

RỐI LOẠN TRIỆU CHỨNG CƠ THỂ VÀ CÁC RỐI LOẠN LIÊN QUAN

(Somatic symptom disorder and other disorders)

Tiếp cận cơ bản dành cho Y5; YHCT5; YHDP5

ThS. BS. Bùi Xuân Mạnh, TS. BS. Ngô Tích Linh

BM Tâm thần – Đại học Y Dược TPHCM

I. Đại cương

Rối loạn triệu chứng cơ thể và các rối loạn có triệu chứng cơ thể nổi bật tạo thành một chương mới trong DSM-5 gọi là rối loạn triệu chứng cơ thể và các rối loạn liên quan. Chương này bao gồm rối loạn triệu chứng cơ thể (*somatic symptom disorder*), rối loạn lo âu bệnh tật (*illness anxiety disorder*), rối loạn chuyển dạng (*conversion disorder*)/rối loạn triệu chứng thần kinh chức năng (*functional neurological symptom disorder*), các yếu tố tâm lý ảnh hưởng đến bệnh lý thực thể (*psychological factors affecting other medical conditions*), rối loạn giả bệnh (*factitious disorder*). Tất cả các rối loạn trong chương này có chung một đặc điểm: sự nổi bật của các triệu chứng cơ thể liên quan đến sự đau khổ và suy giảm đáng kể các chức năng sống của người bệnh. Các bệnh nhân bị rối loạn này thường đến khám trước tiên tại các cơ sở y tế, phòng khám khác trước khi đi khám tâm thần. Trong DSM-5, sự thay đổi và tổ chức lại các hệ thống tiêu chuẩn chẩn đoán trong chương này, trên cơ sở chẩn đoán rối loạn cơ thể hóa (*somatoform disorder*) trong DSM-IV, nhằm mục đích thuận tiện và dễ dàng hơn cho các bác sĩ lâm sàng (không phải chuyên ngành tâm thần).

Chẩn đoán chính trong nhóm chẩn đoán này, rối loạn triệu chứng cơ thể (SSD) tập trung vào các triệu chứng cơ thể nổi bật gây ảnh hưởng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân (các triệu chứng cơ thể gây đau khổ cho người bệnh kèm theo những suy nghĩ, cảm xúc và hành vi không phù hợp khi gặp với các triệu chứng này), chẩn đoán không tập trung vào việc chứng minh không có sự giải thích về mặt y khoa cho các triệu chứng cơ thể. Một điểm đặc biệt của bệnh nhân mắc SSD không phải là bản thân các triệu chứng cơ thể, mà thay vào đó là cách người bệnh thể hiện và giải thích chúng. Việc kết hợp các tiêu chí liên quan đến cảm xúc, nhận thức và hành vi trong chẩn đoán SSD cung cấp một cái nhìn toàn diện và chính xác hơn về hình ảnh lâm sàng thực sự của rối loạn này hơn là việc tập trung vào các triệu chứng cơ thể. Các nguyên tắc và các chẩn đoán trong quá trình áp dụng DSM-IV rất quan trọng trong việc đưa ra DSM-5. Thuật ngữ rối loạn cơ thể hóa (*somatoform disorder*) trong DSM-IV gây nhầm lẫn và được thay thế bằng rối loạn triệu chứng cơ thể và các rối loạn liên quan trong DSM-5. Trong DSM-IV có rất nhiều

sự chồng chéo trong các rối loạn cơ thể hóa và thiếu rõ ràng về ranh giới giữa các chẩn đoán. Do các bệnh nhân mắc các rối loạn này chủ yếu đến khám ở các cơ sở y tế khác thay vì khám chuyên khoa tâm thần, các bác sĩ không chuyên khoa tâm thần khó áp dụng tiêu chuẩn DSM-IV. Phân loại DSM-5 giảm sự chồng chéo này bằng cách giảm số các rối loạn cũng như các phân loại của chúng.

Các tiêu chí trước đây nhấn mạnh vào các triệu chứng không giải thích được về mặt y khoa. Các triệu chứng như vậy xuất hiện ở nhiều mức độ khác nhau, đặc biệt là trong rối loạn chuyển dạng, nhưng SSD cũng có thể được chẩn đoán khi bệnh nhân có một bệnh lý thực thể kèm theo. Điều này xuất phát từ việc các nghiên cứu chỉ ra rằng độ tin cậy của việc xác định rằng một triệu chứng cơ thể là không thể giải thích được về mặt y khoa là hạn chế, và căn cứ trên điều này để chẩn đoán là không chính xác. Không thích hợp khi chẩn đoán một bệnh nhân mắc rối loạn tâm thần chỉ vì một nguyên nhân y khoa không thể được chứng minh. Hơn nữa, sự hiện diện của chẩn đoán y khoa không loại trừ khả năng rối loạn tâm thần kèm theo, bao gồm rối loạn triệu chứng cơ thể và rối loạn liên quan. Phân loại mới xác định chẩn đoán rối loạn triệu chứng cơ thể trên cơ sở các triệu chứng dương tính (các triệu chứng cơ thể gây đau khổ cho người bệnh kèm theo những suy nghĩ, cảm xúc và hành vi không phù hợp khi gặp với các triệu chứng này). Tuy nhiên, các triệu chứng không giải thích được về mặt y khoa vẫn là một đặc điểm chính trong rối loạn chuyển dạng bởi vì có thể chứng minh rằng rõ ràng trong các rối loạn như vậy các triệu chứng không phù hợp với sinh lý bệnh học.

Điều quan trọng cần lưu ý là một số rối loạn tâm thần khác ban đầu có thể biểu hiện với các triệu chứng cơ thể là chủ yếu (ví dụ: rối loạn trầm cảm chủ yếu, rối loạn hoang loạn). Các chẩn đoán này có thể giải thích cho các triệu chứng cơ thể, hoặc chúng có thể xảy ra cùng với một trong các rối loạn trong chương này. Mặc dù các triệu chứng cơ thể thường liên quan đến sang chấn tâm lý và tâm bệnh học, một số triệu chứng cơ thể và các rối loạn liên quan có thể phát sinh một cách tự nhiên, và nguyên nhân của chúng có thể vẫn còn mơ hồ. Rối loạn lo âu và rối loạn trầm cảm có thể đi kèm với rối loạn triệu chứng cơ thể và các rối loạn liên quan. Các triệu chứng cơ thể làm nặng và phức tạp thêm đối với các rối loạn trầm cảm và lo âu và dẫn đến suy giảm chức năng nhiều hơn và thậm chí là thất bại điều trị. Trong những trường hợp hiếm, mức độ bận tâm về các triệu chứng cơ thể có thể nghiêm trọng đến mức phải xem xét chẩn đoán rối loạn hoang tưởng. Có nhiều yếu tố có thể góp phần vào rối loạn triệu chứng cơ thể và các rối loạn liên quan. Chúng bao gồm tính dễ tổn thương về di truyền và sinh học (ví dụ, tăng độ nhạy

cảm với đau), trải nghiệm sang chấn sớm (ví dụ: bạo lực, lạm dụng) cũng như những yếu tố văn hóa/xã hội.

Do tập trung chủ yếu vào các triệu chứng cơ thể nên rối loạn lo âu bệnh tật được liệt kê trong chương này. Trong rối loạn chuyển dạng, các triệu chứng thần kinh xuất hiện, sau khi đánh giá thần kinh đầy đủ chứng minh không tương thích giữa các triệu chứng với sinh lý bệnh. PFAOMC cũng được bao gồm trong chương này. Đặc điểm chủ yếu của nó là sự hiện diện của một hoặc nhiều yếu tố tâm lý hoặc hành vi có ảnh hưởng xấu đến các bệnh lý thực thể. Giống như các rối loạn khác trong chương này, rối loạn giả bệnh có các vấn đề dai dẳng liên quan đến nhận thức về bệnh tật. Do đó, rối loạn giả bệnh trong DSM-5 nằm trong chương này.

II. Rối loạn triệu chứng cơ thể (Somatic Symptom Disorder – SSD)

Tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5 (2013) 300.82 (F45.1)

A. Một hoặc nhiều triệu chứng cơ thể gây khó chịu hoặc làm cản trở đáng kể trong cuộc sống hàng ngày.

B. Suy nghĩ, cảm nhận hoặc hành vi quá mức liên quan đến các triệu chứng cơ thể hoặc các vấn đề sức khỏe liên quan được biểu hiện bằng ít nhất một trong những điều sau đây:

1. Những suy nghĩ kéo dài và không phù hợp về mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng bệnh.
2. Lo lắng quá mức và kéo dài về sức khỏe hoặc các triệu chứng.
3. Tốn nhiều thời gian và sức lực quá mức cho các triệu chứng hoặc mối quan tâm về sức khỏe.

C. Mặc dù bất kỳ một triệu chứng cơ thể nào có thể không liên tục xuất hiện, tình trạng có triệu chứng phải kéo dài (thường là hơn 6 tháng).

Đặc điểm chẩn đoán

Bệnh nhân SSD thường có nhiều triệu chứng cơ thể tái diễn gây đau buồn hoặc gây ra sự ảnh hưởng đáng kể trong cuộc sống hàng ngày (Tiêu chí A), mặc dù đôi khi chỉ có *một* triệu chứng nghiêm trọng, phổ biến nhất là *đau*. Các triệu chứng có thể cụ thể (ví dụ: đau cục bộ) hoặc tương đối không đặc hiệu (ví dụ: mệt mỏi). Các triệu chứng cơ thể không có sự lí giải phù hợp về y khoa là *không* đủ để đưa ra chẩn đoán SSD. Điều quan trọng là sự đau khổ, bận tâm của bệnh nhân là xác thực, bất kể triệu chứng đó có được giải thích hợp lý về mặt hay không hay không.

Các triệu chứng có hoặc không liên quan đến một bệnh lý thực thể nào đó. Chẩn đoán SSD và việc bệnh nhân có một bệnh thực thể đồng thời không mâu thuẫn. SSD và việc bệnh nhân có một bệnh thực thể thường xảy ra cùng nhau. Ví dụ, một bệnh nhân có thể rất nhiều các triệu chứng rối loạn triệu chứng cơ thể sau khi bị nhồi máu cơ tim không biến chứng ngay cả khi bản thân nhồi máu cơ tim không dẫn đến bất kỳ biến chứng nghiêm trọng nào.

Điểm quan trọng trong chẩn đoán SSD là việc tìm kiếm các suy nghĩ/cảm nhận và hành vi quá mức về các triệu chứng cơ thể hoặc vấn đề sức khỏe (Tiêu chí B). Những bệnh nhân SSD có xu hướng lo lắng về bệnh tật rất cao (Tiêu chí B). Họ đánh giá các triệu chứng cơ thể của họ là đe dọa quá mức, có hại và thường nghĩ điều tồi tệ nhất về sức khỏe của họ. Ngay cả khi có bằng chứng ngược lại, một số bệnh nhân vẫn lo sợ sự nghiêm trọng của các triệu chứng cơ thể này. Trong SSD nặng, mối quan tâm về sức khỏe có thể đóng vai trò trung tâm trong cuộc sống của bệnh nhân và chi phối các mối quan hệ cuộc sống. Bệnh nhân thường trải qua đau khổ mà chủ yếu tập trung vào các triệu chứng cơ thể và sự ảnh hưởng của chúng. Chất lượng cuộc sống liên quan thường bị ảnh hưởng, cả về thể chất và tinh thần. Do đó, đặc trưng trong bệnh sử là việc bệnh nhân đi khám nhiều bác sĩ cho cùng một triệu chứng. Những bệnh nhân này thường không đáp ứng với các can thiệp y khoa và các can thiệp mới có thể làm trầm trọng thêm các triệu chứng xuất hiện. Một số bệnh nhân bị rối loạn thường nhạy cảm bất thường với tác dụng phụ của thuốc, cảm thấy rằng việc thăm khám và điều trị của họ là không đầy đủ.

II. Rối loạn lo âu bệnh tật (Illness Anxiety Disorder – IAD)

Tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5 (2013) 300.7 (F45.21)

- A. Bận tâm với việc có hoặc mắc một bệnh lý nghiêm trọng.
- B. Các triệu chứng cơ thể không có hoặc nếu có, chỉ ở mức độ nhẹ. Nếu một tình trạng bệnh lý có mặt hoặc có nguy cơ cao về việc phát triển một tình trạng bệnh (ví dụ, có tiền sử gia đình rõ ràng), mối bận tâm rõ ràng là quá mức hoặc không tương xứng.
- C. Lo lắng cao độ về sức khỏe và cá nhân dễ dàng hốt hoảng về tình trạng sức khỏe của bản thân.
- D. Cá nhân thực hiện các hành vi liên quan đến sức khỏe quá mức (ví dụ: liên tục kiểm tra cơ thể của mình để biết các dấu hiệu bệnh tật) hoặc có hành vi tránh né không phù hợp (ví dụ: tránh các cuộc hẹn với bác sĩ và bệnh viện).
- E. Mối bận tâm về bệnh tật đã xuất hiện ít nhất 6 tháng, nhưng bệnh lý đặc hiệu mà bệnh nhân lo sợ có thể thay đổi theo thời gian.

F. Mỗi bận tâm liên quan đến bệnh tật không được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần khác, chẳng hạn như rối loạn triệu chứng cơ thể, rối loạn hoảng loạn, rối loạn lo âu lan tỏa, rối loạn biến dạng cơ thể, rối loạn ám ảnh cưỡng chế hoặc rối loạn hoang tưởng, thể hoang tưởng triệu chứng cơ thể.

Cụ thể:

Thể tìm kiếm chăm sóc (*Care-seeking*): Chăm sóc sức khỏe, bao gồm thăm khám bác sĩ hoặc trải qua các xét nghiệm và thủ thuật, thường được sử dụng.

Thể tránh né chăm sóc (*Care-avoidant*): Chăm sóc sức khỏe hiếm khi được sử dụng.

Đặc điểm chẩn đoán

Hầu hết bệnh nhân nghi bệnh (*hypochondriasis*) hiện tại được xếp vào rối loạn triệu chứng cơ thể; tuy nhiên, trong một số ít trường hợp, chẩn đoán IAD lại đáp ứng chẩn đoán. Đặc điểm của IAD là mỗi bận tâm về việc có hoặc mắc một bệnh lý nghiêm trọng, không được chẩn đoán (Tiêu chí A). Các triệu chứng cơ thể không có hoặc nếu có, chỉ ở mức độ nhẹ (Tiêu chí B). Một đánh giá toàn diện không xác định được một bệnh lý nghiêm trọng về mối quan tâm của bệnh nhân. Mặc dù mối quan tâm có thể xuất phát từ một dấu hiệu hoặc cảm giác cơ thể, sự bận tâm của bệnh nhân là do sự lo lắng về ý nghĩa hoặc nguyên nhân của sự bận tâm đó (ví dụ nghi ngờ chẩn đoán). Nếu có dấu hiệu hoặc triệu chứng thực thể, đó thường là cảm giác sinh lý bình thường (ví dụ chóng mặt khi thay đổi tư thế), rối loạn chức năng lành tính và tự giới hạn (ví dụ, ù tai thoáng qua) hoặc khó chịu cơ thể thường không được coi là biểu hiện của bệnh (ví dụ: ợ hơi).

Nếu một bệnh lý thực thể được xác định thì sự lo lắng và bận tâm của bệnh nhân rõ ràng là quá mức và không phù hợp với mức độ nghiêm trọng của bệnh (Tiêu chí B). Y học chứng cứ và tài liệu hiện có liên quan đến nghi bệnh (*hypochondriasis*) trong DSM-IV trước đó, và không rõ mức độ chính xác của chúng khi áp dụng cho chẩn đoán mới này. Mỗi bận tâm với ý nghĩ rằng mình bị bệnh kèm với sự lo lắng quá mức về sức khỏe và bệnh tật (Tiêu chí C). Bệnh nhân IAD thường xuyên than phiền về bệnh tật, chẳng hạn như nghe về việc người khác bị bệnh hoặc đọc một tin tức liên quan đến sức khỏe. Mỗi bận tâm của bệnh nhân về bệnh lý của bản thân chưa được tìm ra không giảm đi với sự giải thích của bác sĩ, với kết quả xét nghiệm âm tính hoặc kết quả lành tính. Các nỗ lực của bác sĩ trong việc trấn an và giảm nhẹ triệu chứng nói không làm giảm bớt mỗi bận tâm của bệnh nhân và có thể làm chúng tăng lên. Mỗi bận tâm về bệnh tật ảnh hưởng quá mức cuộc sống của bệnh nhân, ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày. Bệnh

nhân mắc IAD thường tự kiểm tra nhiều lần các dấu hiệu trên cơ thể mình (ví dụ: kiểm tra cổ họng trong gương nhiều lần) (Tiêu chí D). Họ tự nghiên cứu về bệnh mà họ đang nghi ngờ mình mắc một cách quá mức (ví dụ, trên Internet) và liên tục tìm kiếm sự trấn an từ gia đình, bạn bè hoặc bác sĩ. Sự lo lắng không ngừng này thường làm người khác bức bối và có thể dẫn đến sự căng thẳng đáng kể trong gia đình.

Bởi vì bệnh nhân IAD tin rằng họ bị bệnh lý y khoa nào đó nên họ thường đi khám nhiều chuyên khoa về bệnh lý thực thể hơn là đi khám tâm thần. Phần lớn bệnh nhân IAD không bằng lòng với các kết quả và giải thích của bác sĩ, họ càng lo lắng quá mức và đi thăm khám thêm nhiều nơi hơn nữa. Họ thường tham khảo ý kiến của nhiều bác sĩ cho cùng một vấn đề và thu được kết quả xét nghiệm chẩn đoán âm tính nhiều lần. Đôi khi, quá trình chăm sóc y tế dẫn đến một nghịch lý là bệnh nhân càng lo lắng hoặc họ gặp phải biến chứng do việc điều trị quá mức và không đúng gây ra. Những người mắc IAD thường cảm thấy họ không được các bác sĩ thăm khám và chẩn đoán bệnh cho mình một cách nghiêm túc.

III. Rối loạn giả bệnh (Factitious Disorder - FD)

Tiêu chuẩn chẩn đoán 300.19 (F68.10)

Rối loạn giả bệnh áp đặt lên bản thân

- A. Các dấu hiệu, triệu chứng về thể chất hoặc tâm lý giả tạo, hoặc gây ra thương tích hoặc bệnh tật, liên quan đến sự lừa dối được xác định.
- B. Bệnh nhân tự giới thiệu mình với người khác bị ốm, suy yếu hoặc bị thương.
- C. Hành vi lừa dối là hiển nhiên ngay cả khi không có sự tương thưởng bên ngoài rõ rệt nào.
- D. Hành vi không được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần khác, chẳng hạn như rối loạn hoang tưởng hoặc rối loạn tâm thần khác.

Rối loạn giả bệnh áp đặt lên người khác

- A. Các dấu hiệu, triệu chứng về thể chất hoặc tâm lý giả tạo, hoặc gây ra thương tích hoặc bệnh tật, liên quan đến sự lừa dối được xác định.
- B. Bệnh nhân biểu lộ một ai đó (nạn nhân) cho người khác là bị bệnh, bị suy yếu hoặc bị thương.
- C. Hành vi lừa dối là hiển nhiên ngay cả khi không có sự tương thưởng bên ngoài rõ rệt nào.
- D. Hành vi không được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần khác, chẳng hạn như rối loạn hoang tưởng hoặc rối loạn tâm thần khác.

Đặc điểm chẩn đoán

Đặc điểm cơ bản của FD là giả tạo các dấu hiệu và triệu chứng bệnh lý hoặc tâm lý ở bản thân hoặc người khác có liên quan đến sự lừa dối xác định. Người bị FD cũng có thể tìm cách điều trị cho chính họ hoặc người khác. Chẩn đoán yêu cầu chứng minh rằng bệnh nhân đang thực hiện các hành động giả tạo các dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh hoặc thương tích trong trường hợp không có sự tương thường bên ngoài rõ rệt nào. Các hình thức giả tạo bệnh tật bao gồm phóng đại, ngụy tạo và mô phỏng. Mặc dù có thể có bệnh lý thực thể từ trước, hành vi giả tạo khiến người khác xem bệnh nhân (hoặc nạn nhân) bị bệnh nặng hơn và điều này có thể dẫn đến can thiệp lâm sàng quá mức. Ví dụ, những người mắc FD có thể khai cảm giác chán nản và muốn tự tử sau cái chết của chồng/vợ mặc dù cái chết không phải là sự thật hoặc cá nhân không có chồng/vợ; khai có các đợt của các triệu chứng thần kinh (ví dụ, co giật, chóng mặt); cố ý làm sai các mẫu thí nghiệm (ví dụ: bằng cách thêm máu vào nước tiểu) để chỉ ra một sự bất thường; làm sai lệch hồ sơ bệnh án để chỉ ra một căn bệnh; ăn một chất (ví dụ: insulin hoặc warfarin) để gây ra kết quả thí nghiệm bất thường; hoặc tự gây thương tích cho bản thân hoặc gây bệnh cho bản thân.

Gia đình, bạn bè và nhân viên y tế thường bị ảnh hưởng tiêu cực bởi hành vi của bệnh nhân FD. FD có những điểm tương đồng với rối loạn sử dụng chất, rối loạn ăn uống, rối loạn kiểm soát xung động, rối loạn ấu dâm vì liên quan đến cả sự kéo dài của hành vi và những nỗ lực cố ý để che giấu hành vi rối loạn thông qua sự lừa dối. Chẩn đoán FD tập trung vào việc xác định một cách khách quan về sự giả tạo các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh, thay vì suy luận về ý định hoặc động lực của hành vi giả tạo.

IV. Rối loạn chuyển dạng (Conversion Disorder, Functional Neurological Symptom Disorder)

Tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5 (2013)

- A. Một hoặc nhiều triệu chứng thay đổi chức năng vận động tự chủ hoặc chức năng cảm giác.
- B. Kết quả lâm sàng cung cấp bằng chứng về sự không phù hợp giữa triệu chứng và các bệnh lý thần kinh hoặc bệnh lý thực thể.
- C. Triệu chứng hoặc sự thay đổi chức năng không được giải thích tốt hơn bởi một bệnh lý thực thể hoặc tâm thần khác.

D. Các triệu chứng hoặc sự khiếm khuyết gây ra đau khổ hoặc suy giảm đáng kể về mặt lâm sàng trong xã hội, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực quan trọng khác của chức năng hoặc đánh giá sức khỏe.

Lưu ý mã hóa: Mã ICD-9-CM mã hóa rối loạn chuyển dạng là 300.11 bất kể loại triệu chứng nào. Mã ICD-10-CM phân loại theo triệu chứng.

Cụ thể:

(F44.4) Yếu liệt

(F44.4) Cử động bất thường (ví dụ: run, chuyển động dystonie, myoclonus , điệu bộ đáng đi)

(F44.4) Triệu chứng nuốt

(F44.4) Triệu chứng lời nói (ví dụ: chứng khó đọc, nói khó)

(F44.5) Co giật

(F44.6) Tê dại hoặc mất cảm giác

(F44.6) Triệu chứng giác quan (ví dụ: thị giác, khứu giác hoặc thính giác)

(F44.7) Triệu chứng hỗn hợp

Cụ thể:

Giai đoạn cấp tính: Các triệu chứng hiện diện dưới 6 tháng.

Mạn tính: Các triệu chứng hiện diện từ 6 tháng trở lên.

Cụ thể:

Có yếu tố gây stress cụ thể

Không có yếu tố gây stress cụ thể

Đặc điểm chẩn đoán

Nhiều bác sĩ lâm sàng sử dụng một số thuật ngữ thay thế như khái niệm "chức năng - *functional*" (nhằm đề cập chức năng bất thường của hệ thống thần kinh trung ương) hoặc khái niệm "do tâm lý" (nhằm đề cập đến bệnh nguyên) để mô tả các triệu chứng CD (rối loạn triệu chứng thần kinh chức năng). Trong CD, có thể có một hoặc nhiều triệu chứng thuộc nhiều loại khác nhau. Các *triệu chứng vận động* bao gồm yếu hoặc liệt; cử động bất thường, như run hoặc dystonie; đáng đi bất thường; và tư thế chân tay bất thường. Các *triệu chứng cảm giác* bao gồm thay đổi, giảm hoặc không có cảm giác da, thị giác hoặc thính giác. Các cơn run chân tay bất thường kèm mất ý thức có thể giống một cơn động kinh. Có thể có những giai đoạn không đáp

ứng kích thích bên ngoài như ngất hoặc hôn mê. Các triệu chứng khác bao gồm không nói được (aphonia), cảm giác một khối u ở cổ họng (globus) và nhìn đôi. Phải có những bằng chứng lâm sàng cho thấy sự không phù hợp của triệu chứng với bệnh lý thần kinh. Sự không phù hợp này có thể được phát hiện thông qua thăm khám thần kinh và khám thực thể một cách hệ thống (ví dụ: dấu hiệu Hoover). Điều quan trọng cần lưu ý là chẩn đoán CD nên dựa trên bức tranh lâm sàng tổng thể chứ không dựa trên một phát hiện lâm sàng.

Nhiều triệu chứng có thể hỗ trợ chẩn đoán CD. Bệnh nhân CD có một tiền sử của nhiều triệu chứng cơ thể. Khởi phát của CD có thể liên quan đến stress hoặc sang chấn tâm lý hoặc thể chất. Tuy nhiên, mặc dù việc tìm kiếm các yếu tố về căng thẳng và sang chấn là quan trọng, chẩn đoán CD không nên bị loại trừ nếu không tìm thấy các yếu tố đó. CD thường liên quan đến các triệu chứng phân ly, chẳng hạn như giải thể nhân cách hóa, tri giác sai thực tại và quên phân ly, đặc biệt là khi khởi phát triệu chứng hoặc trong các giai đoạn triệu chứng bùng phát. Chẩn đoán CD không đòi hỏi sự phán xét rằng các triệu chứng không được tạo ra một cách có chủ ý (tức là không giả vờ), vì việc đánh giá này có thể không tin cậy. Hiện tượng “*la belle indifférence*” (nghĩa là thiếu quan tâm, thờ ơ với triệu chứng bệnh của bản thân) có liên quan đến CD nhưng nó không đặc hiệu cho CD và không nên được sử dụng để chẩn đoán. Tương tự như khái niệm lợi ích thứ phát (*secondary gain*) (nghĩa là khi bệnh nhân nhận được các lợi ích bên ngoài như tiền hoặc chạy tội) cũng không cụ thể đối với CD. Trong trường hợp có bằng chứng xác định rõ ràng sự giả tạo các triệu chứng, các chẩn đoán nên được xem xét thay thế bao gồm rối loạn giả bệnh (FD) và chứng giả bệnh (*malingering*).

V. Các yếu tố tâm lý ảnh hưởng đến bệnh lý thực thể khác (Psychological Factors Affecting Other Medical Conditions - PFAOMC)

Tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5 (2013) 316 (F54)

A. Có một triệu chứng hoặc bệnh lý thực thể (trừ rối loạn tâm thần).

B. Yếu tố tâm lý hoặc hành vi ảnh hưởng xấu đến bệnh lý thực thể theo một trong những cách sau:

1. Các yếu tố đó đã ảnh hưởng đến diễn tiến của bệnh lý thực thể được thể hiện bởi mối liên hệ chặt chẽ giữa các yếu tố tâm lý và sự tiến triển, trầm trọng thêm hoặc chậm phục hồi.

2. Các yếu tố đó can thiệp vào việc điều trị bệnh lý thực thể (ví dụ: tuân thủ điều trị kém).

3. Các yếu tố đó làm tăng thêm yếu tố nguy cơ của bệnh.

4. Các yếu tố đó ảnh hưởng đến sinh lý bệnh hoặc làm trầm trọng thêm các triệu chứng.

C. Các yếu tố tâm lý và hành vi trong Tiêu chí B không được giải thích rõ hơn bằng một rối loạn tâm thần khác (ví dụ: rối loạn hoảng loạn, rối loạn trầm cảm chủ yếu, rối loạn stress sau sang chấn).

Đặc điểm chẩn đoán

Đặc điểm cơ bản của PFAOMC là sự hiện diện của một hoặc nhiều yếu tố tâm lý hoặc hành vi ảnh hưởng xấu đến bệnh lý thực thể thông qua tăng nguy cơ tử vong hoặc tàn tật (Tiêu chí B). Các yếu tố này có thể ảnh hưởng xấu đến bệnh lý thực thể thông qua ảnh hưởng đến diễn tiến hoặc điều trị của bệnh hoặc ảnh hưởng đến sinh lý bệnh cơ bản để kết tủa hoặc làm trầm trọng thêm các triệu chứng.

Các yếu tố tâm lý hoặc hành vi bao gồm đau khổ tâm lý, khủng hoảng trong mối quan hệ với mọi người xung quanh, cách ứng phó với các thay đổi trong cuộc sống và các hành vi sức khỏe không lành mạnh, chẳng hạn như phủ nhận các triệu chứng hoặc tuân thủ điều trị kém. Các ví dụ lâm sàng phổ biến là lo âu làm nặng thêm hen suyễn, từ chối điều trị đau ngực cấp tính và lạm dụng insulin bởi một bệnh nhân tiểu đường muốn giảm cân. Nhiều yếu tố tâm lý khác nhau đã được chứng minh là ảnh hưởng xấu đến các bệnh lý thực thể, ví dụ, các triệu chứng trầm cảm hoặc lo lắng, các sự kiện cuộc sống căng thẳng, mối quan hệ với mọi người xung quanh, đặc điểm nhân cách và cách ứng phó. Các tác động bất lợi đến bệnh lý thực thể có thể bao gồm cấp tính, với hậu quả ngay lập tức (ví dụ, bệnh cơ tim Takotsubo) đến mãn tính, xảy ra trong một thời gian dài (ví dụ, căng thẳng công việc mạn tính làm tăng nguy cơ tăng huyết áp). Các bệnh lý thực thể bị ảnh hưởng có thể có sinh lý bệnh rõ ràng (ví dụ, bệnh tiểu đường, ung thư, bệnh mạch vành), hội chứng chức năng (ví dụ, *migraine*, *irritable bowel syndrome*, *fibromyalgia*) hoặc các triệu chứng vô căn (đau, mệt, chóng mặt).

Chẩn đoán PFAOMC được dành cho các tình huống trong đó ảnh hưởng của yếu tố tâm lý đến các bệnh lý thực thể là có bằng chứng rõ ràng và yếu tố tâm lý có ảnh hưởng đáng kể về mặt lâm sàng đối với tiến trình hoặc kết cục điều trị. Ngược lại, các triệu chứng tâm lý hoặc hành vi bất thường để đáp ứng với một bệnh lý thực thể hay một sang chấn là một rối loạn điều chỉnh (một phản ứng tâm lý có ý nghĩa lâm sàng đối với một yếu tố gây stress có thể xác định được). Phải có bằng chứng hợp lý để xác định mối liên hệ giữa các yếu tố tâm lý và bệnh lý thực thể, mặc dù thường không thể chứng minh được nguyên nhân trực tiếp hoặc cơ chế của mối quan hệ.

PFAOMC có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi. Riêng với trẻ nhỏ, khai thác bệnh sử từ cha mẹ hoặc trường học có thể giúp đánh giá chẩn đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Hales, R. E., Yudofsky, S. C., Gabbard, G. O., & American Psychiatric Publishing. (2014). *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
3. Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2015). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (11th ed.). Baltimore, MD, US: Williams & Wilkins Co.
4. Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2015). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia :Lippincott Williams & Wilkins.