

## MỤC LỤC

Chương 1 THẨM ĐỊNH VÀ ĐÁNH GIÁ LÂM SÀNG BỆNH NHÂN TÂM THẦN.....	9
Bài 1 ĐÁNH GIÁ LÂM SÀNG BỆNH NHÂN TÂM THẦN.....	9
Bài 2 Y lệnh khi tiếp nhận điều trị.....	13
Bài 3 Y Lệnh khi tiếp nhận BN Tâm thần phân liệt .....	14
Bài 4 Y lệnh khi tiếp nhận bn rối loạn lưỡng cực I.....	14
Bài 5 Y lệnh khi tiếp nhận bn trầm cảm chủ yếu .....	15
Bài 6 Y lệnh khi tiếp nhận bn cai rượu.....	16
Bài 7 Y lệnh khi tiếp nhận bn cai thuốc phiện .....	17
Bài 8 Y lệnh khi tiếp nhận bn RL cảm xúc phân liệt.....	18
Bài 9 Y lệnh cố định bệnh nhân & Các ghi chép. ....	19
Bài 10 Test tâm lý .....	23
Chương 2 LOẠN THẦN .....	24
Bài 1 Tâm thần phân liệt.....	24
Bài 2 Rối loạn cảm xúc phân liệt (CXPL). ....	52
Bài 3 Rối loạn dạng phân liệt .....	57
Bài 4 RL loạn thần ngắn .....	60
Bài 5 Rối loạn hoang tưởng .....	63
Chương 3 RỐI LOẠN KHÍ SẮC .....	67
Bài 1 Gđ Trầm cảm chủ yếu.....	67
Bài 2 Gđ hưng cảm .....	69
Bài 3 Gđ hưng cảm nhẹ .....	70
Bài 4 RL mất điều hòa khí sắc bùng phát.....	71
Bài 5 Rối loạn trầm cảm chủ yếu .....	75
Bài 6 Rối loạn trầm cảm dai dẳng.(Dysthymia).....	84
Bài 7 Rối loạn lưỡng cực I .....	87

Bài 8 Rối loạn lưỡng cực II.....	94
Bài 9 RL khí sắc chu kỳ: (RL KSCK) 301,13 (F34.0).....	100
Bài 10 Rối loạn khó chịu tiền kinh nguyệt. (PMDD).....	102
<b>Chương 4 RL lo âu, OCD, TSD.....</b>	<b>107</b>
Bài 1 RL lo âu lan tỏa (RL LALT). 300.02 (F41.1).....	107
Bài 2 RL hoảng loạn (RLHL) .....	110
Bài 3 RL ám ảnh cưỡng chế (OCD).....	113
Bài 4 RL stress sau sang chấn (PTSD).....	116
Bài 5 RL stress cấp (ASD) .....	123
Bài 6 RL thích ứng .....	126
<b>Chương 5 RL NHÂN CÁCH.....</b>	<b>129</b>
Bài 1 RLNC chung.....	129
Bài 2 RL nhân cách Paranoid (hoang tưởng) .....	132
Bài 3 RL nhân cách phân liệt (SPD) .....	134
Bài 4 RL nhân cách kiểu phân liệt. (Schizotypal) .....	136
Bài 5 RL nhân cách chống xã hội.....	137
Bài 6 RL nhân cách ranh giới (BPD).....	139
Bài 7 RL nhân cách diễn kịch (HPD) .....	141
Bài 8 RL nhân cách ái kỷ (NPD) .....	143
Bài 9 RL nhân cách tránh né .....	145
Bài 10 RL nhân cách phụ thuộc .....	147
Bài 11 RL nhân cách ám ảnh cưỡng chế (OCPD) .....	149
<b>Chương 6 RL triệu chứng cơ thể và RL giả bệnh.....</b>	<b>151</b>
Bài 1 Rối loạn Triệu chứng cơ thể.....	151
Bài 2 Rối loạn chuyển dạng .....	154
Bài 3 RL lo âu sợ bệnh.....	157
Bài 4 RL giả bệnh (factitious) .....	160
<b>Chương 7 RL chu kỳ thức ngủ .....</b>	<b>163</b>

Bài 1 RL Mất ngủ.....	163
Bài 2 Rối loạn buồn ngủ-quá mức .....	169
Bài 3 Chứng ngủ rũ (narcolepsy) .....	172
Bài 4 RL giấc ngủ liên quan đến hô hấp.....	176
Bài 5 RL chu kỳ thức- ngủ sinh học .....	179
Chương 8 RL liên quan đến chất và nghiện chất .....	181
Bài 1 Tiêu chuẩn chung.....	181
Bài 2 RL liên quan đến Chất cụ thể.....	183
Bài 3 RL tâm thần do chất /thuốc (DSM 5) .....	187
Chương 9 RL NHẬN THỨC.....	189
Bài 1 Sảng.....	189
Bài 2 RL nhận thức thần kinh nặng & nhẹ (sa sút trí tuệ).....	191
Chương 10 RL ĂN UỐNG.....	199
Bài 1 CHÁN ĂN TÂM THẦN .....	199
Bài 2 CHỨNG HÁU ĂN.....	201
Chương 11 THỐC ĐIỀU TRỊ TÂM THẦN .....	204
Bài 1 THUỐC CLT .....	204
Bài 2 THUỐC CHỐNG TRẦM CẢM .....	211
Bài 3 THUỐC ỔN ĐỊNH KHÍ SẮC .....	214
Chương 12 CÁC LIỆU PHÁP CƠ THỂ .....	218
Bài 1 LIỆU PHÁP SỐC ĐIỆN .....	218
Bài 2 KÍCH THÍCH TỪ TRƯỜNG XUYÊN SÓ.....	219
Bài 3 KÍCH THÍCH DÂY TK PHẾ VỊ.....	220



# Chương 1

## THẨM ĐỊNH VÀ ĐÁNH GIÁ LÂM SÀNG BỆNH NHÂN TÂM THẦN

### Bài 1

#### ĐÁNH GIÁ LÂM SÀNG BỆNH NHÂN TÂM THẦN

##### **I. Bệnh sử Tâm thần**

**A. Xác định thông tin.** Tuổi tác, giới tính, tình trạng hôn nhân, chủng tộc, người khai báo.

**B. Than phiền chính (CC).** Lý do cho việc tư vấn; lý do thường là lấy trực tiếp từ bệnh nhân.

##### **C. Bệnh sử bệnh hiện tại (HPI)**

1. Các triệu chứng hiện tại: ngày bắt đầu, thời gian và các triệu chứng chính.

2. Các triệu chứng tâm thần trước đây và các điều trị.

3. Căng thẳng tâm lý xã hội gần đây: các sự kiện căng thẳng cuộc sống có thể đã góp phần cho tình trạng hiện tại của bệnh nhân.

4. Lý do bệnh nhân đến khám.

5. Phần này cung cấp bằng chứng hỗ trợ hoặc bác bỏ chẩn đoán có liên quan. Đó đó ghi lại những triệu chứng không thích hợp cũng rất quan trọng.

6. Bằng chứng bệnh sử trong phần này sẽ có liên quan đến tình trạng hiện tại.

##### **D. Bệnh sử tâm thần quá khứ.**

1. Chẩn đoán tâm thần trước đây và hiện nay.

2. Tiền sử của điều trị tâm thần, bao gồm cả điều trị ngoại trú và nội trú.

3. Tiền sử của việc sử dụng thuốc hướng thần.

4. Tiền sử tự tử và khuynh hướng giết người.

##### **E. Tiền sử bệnh quá khứ**

1. Vấn đề y tế hiện tại và/ hoặc trước đây.

2. Loại điều trị, bao gồm cả theo toa, không theo toa, thuốc gia truyền.

**F. Tiền sử gia đình:** Thân nhân có tiền sử rối loạn tâm thần, tự tử hay cố gắng tự tử, nghiện rượu hoặc lạm dụng chất.

**G. Tiền sử xã hội.**

1. Nguồn thu nhập.

2. Mức độ học vấn, Tiền sử các mối quan hệ (bao gồm cả các cuộc hôn nhân, khuynh hướng tình dục, số con); những người hiện sống với bệnh nhân.

3. Mạng lưới hỗ trợ.

4. Hiện tại sử dụng rượu hoặc ma túy bất hợp pháp.

5. Tiền sử nghề nghiệp.

**H. Tiền sử phát triển.** Tình trạng gia đình trong suốt thời thơ ấu, các mối quan hệ với cha mẹ và anh chị em; mốc phát triển, mối quan hệ bạn bè, kết quả học tập.

**II. Khám tình trạng tâm thần.** Các khám nghiệm tình trạng tâm thần là đánh giá bệnh nhân tại thời điểm hiện tại. Không được bao gồm phần bệnh sử.

**A. Hình thức và hành vi tổng quát.**

1. Chăm sóc, mức độ vệ sinh, đặc điểm của quần áo.

2. Đặc điểm thể chất hoặc các cử động bất thường.

3. Thái độ. Khả năng tương tác với người phòng vấn.

4. Hoạt động tâm thần vận động. Kích động hoặc chậm phát triển.

5. Mức độ tiếp xúc bằng mắt.

**B. Cảm xúc**

1. Định nghĩa: Biểu lộ bên ngoài, mô tả về chất lượng, phạm vi và sự phù hợp.

2. Các loại cảm xúc:

a. **Phẳng lặng.** Sự vắng mặt của tất cả hoặc hầu hết các cảm xúc.

b. **Cùn mòn hoặc bị hạn chế.** Cảm xúc giảm vừa phải.

c. **Không ổn định.** Nhiều thay đổi cảm xúc đột ngột.

d. **Cảm xúc chan hòa hoặc cởi mở.** Nhìn chung là phù hợp.

**C. Khí sắc.** Mức độ cảm xúc bên trong của bệnh nhân (tức là, không ổn định, phẫn khích, tức giận, hưng phấn, lo lắng).

**D. Tiền trình tư duy:**

1. Sử dụng ngôn ngữ. Chất lượng và số lượng của các lời nói. Cần lưu ý giọng điệu, từ ngữ có liên quan và lưu loát.

2. Rối loạn suy nghĩ thông thường.
- Lời nói bị dồn ép. Nói nhanh là diễn hình của bệnh nhân rối loạn hưng cảm.
  - Ngôn từ nghèo nàn. Phản ứng tối thiểu, chẳng hạn như trả lời chỉ là "có hoặc không."
  - Lời nói bị chặn. Chấm dứt đột ngột câu nói, thường ở giữa một câu.
  - Tư duy phi tán. Tăng tốc suy nghĩ, nhảy từ ý tưởng này đến ý tưởng khác: hưng cảm diễn hình.
  - Tư duy không liên quan. Chuyển dịch bất hợp lý giữa các chủ đề không liên quan.
  - Lan man (Tangentiality). Tư duy lan man ra khỏi chủ đề chính.
  - Sự bất ngờ. Lạc đề không cần thiết, mà cuối cùng kết thúc đột ngột.
  - Nhại lời. Vang vọng các từ và cụm từ.
  - Từ mới. Bệnh nhân sáng chế các từ mới.
  - Chơi chữ. Lời phát biểu dựa trên âm thanh như vần điệu và nói điêu hơn là kết nối hợp lý.
  - Lặp lại (Perseveration). Sự lặp lại của cụm từ hoặc các từ trong quá trình nói.
  - Tư duy qui chiếu. Giải thích sự kiện không liên quan là có qui chiếu trực tiếp với bệnh nhân, chẳng hạn như tin rằng Đài truyền hình đang nói chuyện trực tiếp với mình.

#### **E. Nội dung tư duy:**

Rối loạn nội dung tư duy chung.

- Hoang tưởng.** Khẳng khăng giữ niềm tin sai lầm, bất chấp những bằng chứng mâu thuẫn.
  - Hoang tưởng bị hại.** Niềm tin sai lầm là có những người khác đang cố làm hại mình, hoặc đang bị gián điệp ám hại.
  - Hoang tưởng được yêu.** Niềm tin sai lầm rằng một người, thường là ở địa vị cao hơn, đang yêu yêu mình.
  - Hoang tưởng tự cao.** Niềm tin sai lầm tự cho mình có giá trị cao hơn về quyền lực, kiến thức, hay sự giàu có.
  - Hoang tưởng cơ thể.** Niềm tin sai lầm rằng bệnh nhân có rối loạn về thể chất hoặc khiếm khuyết.
- Ảo tưởng.** Giải thích sai về thực tại.
- Nhận thức không phù hợp thực tại.** Cảm giác không phù hợp với sự thật bao gồm môi trường bên ngoài.
- Giải thể nhân cách.** Cảm giác không phù hợp với sự thật, chẳng hạn như cho là có một người "bên ngoài" của cơ thể và quan sát các hoạt động của mình.

**e. Có ý tưởng tự sát và giết người.** Ý tưởng tự tử và giết người đòi hỏi chi tiết hơn về ý định và lập kế hoạch (bao gồm cả phương tiện để thực hiện kế hoạch).

**F. Rối loạn trí giác:** Ảo giác, ảo tưởng, và những rối loạn trí giác khác.

a. **Ảo giác:** nhận thức giác quan sai lầm: có thể là thính giác, thị giác, xúc giác, vị giác hay khứu giác.

**G. Đánh giá nhận thức**

**1. Mức độ ý thức.**

**2. Định hướng:** Người, địa điểm và ngày tháng.

**3. Chú ý và tập trung:** Lặp lại 5 chữ số xuôi và ngược hoặc đánh vần một từ năm chữ cái ("thông") tới lui.

**4. Trí nhớ ngắn hạn:** Khả năng nhớ 3 đôi tượng sau 5 phút.

**5. Kiến thức chung:** Khả năng kể tên hơn năm vị Chủ tịch, năm thành phố lớn, hoặc những ngày lịch sử.

**6. Tính toán.** 100 trừ 7 nốt tiếp, các bài toán đơn giản.

**7. Trừu tượng.** Giải thích được câu tục ngữ và sự tương đồng.

**G. Trí năng.** Khả năng của bệnh nhân thể hiện sự hiểu biết về các vấn đề hiện tại của mình, và khả năng hiểu được ý nghĩa của những vấn đề này.

**H. Phán đoán.** Khả năng đưa ra quyết định liên quan đến hoạt động hàng ngày. Đánh giá tốt nhất về phán đoán của bệnh nhân là thông qua bệnh sử bệnh nhân về những việc làm của họ, chứ không phải bằng những câu hỏi giả thuyết.

**III. kiem tra suc khoe chung cua benh nhhan tam thanh.** Cần làm một cuộc kiểm tra thể chất và thần kinh kỹ lưỡng, bao gồm cả các xét nghiệm sàng lọc cơ bản để loại trừ các bệnh lý cơ thể.

A. Xét nghiệm đánh giá các bệnh nhân tâm thần.

1. Công thức máu.

2. Sinh hóa máu (SMAC).

3. Chức năng tuyến giáp.

4. Test sàng lọc giang mai (RPR hoặc MHATP)

5. Phân tích nước tiểu và test ma túy.

6. Kiểm tra thai qua nước tiểu ở bệnh nhân nữ còn khả năng sinh đẻ.

7. Nồng độ cồn trong máu.

8. Nồng độ các thuốc trong máu.

9. Xét nghiệm Viêm gan C ở những bệnh nhân có nguy cơ cao.

10. Xét nghiệm HIV ở những bệnh nhân có nguy cơ cao.

#### **IV. Chẩn đoán đánh giá đa trực theo DSM-IV (tham khảo)**

**Trục I:** Những rối loạn lâm sàng

Những tình trạng khác là trọng tâm trên lâm sàng

**Trục II:** Những rối loạn nhân cách

Chậm phát triển tâm thần

**Trục III:** Những bệnh nội khoa tổng quát

**Trục IV:** Những vấn đề tâm lý xã hội và môi trường

**Trục V:** Lượng giá chung về chức năng.

**V. Kế hoạch điều trị.** Phần này cần thảo luận về điều trị dược lý và điều trị tâm thần khác, bao gồm nhập viện.

## Bài 2

### Y lệnh khi tiếp nhận điều trị

**Nhập viện:** (tên đơn vị)

**Chẩn đoán:** Chẩn đoán DSM 5 lúc nhập viện.

**Tình trạng pháp lý:** Tự nguyện hay không tự nguyện, tình trạng nếu không tự nguyện, tình trạng đặc biệt.

**Trạng thái:** Ôn định

**Dị ứng:** Không rõ.

**Sinh hiệu:** Theo dõi 3 lần/ngày, sau đó 1 lần/ngày nếu ổn định, nếu có có bệnh lý cần theo dõi thì sẽ lấy DHST thường xuyên hơn.

**Hoạt động:** Giới hạn trong khoa phòng, hoặc cho phép bệnh nhân đi lại tự do.

**Theo dõi:** Có biện pháp phòng ngừa hành hung hay tự sát, đề phòng trốn viện.

**Chế độ ăn uống:** Chế độ ăn uống thông thường, chế độ ăn uống ADA (American Diabetes Association), thức ăn mềm.

**Xét nghiệm:** sinh hóa máu, CTM, Uric máu và độc chất, xét nghiệm nước tiểu mang thai, test giang mai, chức năng tuyến giáp, nồng độ thuốc.

**Thuốc:** Tùy theo chỉ định của chẩn đoán hoặc tùy theo các triệu chứng của bệnh nhân. Bao gồm các thuốc cần thiết, chẳng hạn như Tylenol, sữa magiê, thuốc kháng acid.

## Bài 3

### Y Lệnh khi tiếp nhận BN Tâm thần phân liệt

**Nơi tiếp nhận:** Khoa loạn thần cấp.

**Chẩn đoán:** Tâm thần phân liệt, thẻ hoang tưởng dai dẳng, đợt cấp

**Tình trạng pháp lý:** Không tự nguyện có giám hộ.

**Tình trạng bn:** kích động tâm thần

**Dị ứng:** không rõ

**Sinh hiệu:** 3 lần/1ca trực, sau đó 1 lần/ngày nếu ổn định

**Sinh hoạt:** Giới hạn trong khoa.

**Theo dõi:** đề phòng kích động.

**Chế độ ăn uống:** cơm thường

**Xét nghiệm:** sinh hóa máu, CTM, Uric máu và độc chất, xét nghiệm nước tiểu mang thai, test giang mai, chúc năng tuyến giáp.

**Thuốc men:**

Risperidone (Risperdal) 2 mg uống 2 lần/ngày x 2 ngày, sau đó 4 mg uống trước khi ngủ.

Lorazepam (Ativan) 2 mg uống mỗi 4 giờ khi kích động (không quá 8 mg / 24 giờ).

Zolpidem (Ambien) 10 mg trước khi ngủ nếu mất ngủ.

Tylenol 650 mg uống mỗi 4 giờ khi đau hoặc sốt.

Sữa magiê 30 cc uống mỗi 12 giờ khi táo bón.

Mylanta 30 cc uống mỗi 4 giờ khi khó tiêu.

## Bài 4

### Y lệnh khi tiếp nhận bn rối loạn lưỡng cực I

**Nơi nhận:** Khoa loạn thần cấp.

**Chẩn đoán:** RLLC I với biểu hiện hưng cảm có loạn thần.

**Tình trạng pháp lý:** bắt buộc điều trị (theo luật, 5150 ở California)

**Tình trạng:** Kích động loạn thần.

**Dị ứng:** Không rõ.

**Sinh hiệu:** theo dõi 3 lần/ca trực, sau đó 1 lần/ ngày nếu ổn định

**Hoạt động:** Giới hạn trong khoa.

**Theo dõi:** đề phòng trốn viện.

**Chế độ ăn uống:** cơm thường.

**XN:** Sinh hóa máu, CTM, Urê máu và độc chất, xét nghiệm nước tiểu mang thai, test giang mai, chức năng tuyến giáp, nồng độ valproate.

**Thuốc:**

Olanzapine (Zyprexa) 10 mg uống trước ngủ.

Lorazepam (Ativan) 2 mg uống mỗi 4 giờ khi kích động (không quá 8 mg / 24 giờ).

Depakote 500 mg uống 3 lần/ngày.

Zaleplon (Sonata) 10 mg uống trước khi ngủ nếu mất ngủ.

Tylenol 650 mg uống mỗi 4 giờ nếu đau hoặc sốt.

Sữa magiê 30 cc uống mỗi 12 giờ nếu táo bón.

Mylanta 30 cc uống mỗi 4 giờ nếu khó tiêu.

## Bài 5

### Y lệnh khi tiếp nhận bn trầm cảm chủ yếu

**Nơi nhận:** Khoa loạn thần cấp.

**Chẩn đoán:** Trầm cảm chủ yếu, nặng, không có loạn thần.

**Tình trạng pháp lý:** tự nguyện

**Tình trạng:** ổn định.

**Dị ứng:** Không rõ.

**Sinh hiệu:** theo dõi 3 lần/ca trực, sau đó 1 lần/ ngày nếu ổn định

**Hoạt động:** Giới hạn trong khoa.

**Theo dõi:** đề phòng tự sát.

**Chế độ ăn uống:** cơm thường.

**XN:** Sinh hóa máu, CTM, Urê máu và độc chất, xét nghiệm nước tiểu mang thai, test giang mai, chức năng tuyến giáp.

**Thuốc:**

Sertraline (Zoloft) 50 mg uống buổi sáng.

Lorazepam (Ativan) 2 mg uống mỗi 4 giờ khi kích động (không quá 8 mg / 24 giờ).

Trazodone (Desirel) 50mg uống trước khi ngủ nếu mất ngủ.

Tylenol 650 mg uống mỗi 4 giờ nếu đau hoặc sốt.

Sữa magiê 30 cc uống mỗi 12 giờ nếu táo bón.

Mylanta 30 cc uống mỗi 4 giờ nếu khó tiêu.

## Bài 6

### Y lệnh khi tiếp nhận bn cai rượu

**Nơi nhận:** Khoa cai rượu.

**Chẩn đoán:** Nghiện rượu.

**Thủ tục pháp lý:** tự nguyện.

**Tình trạng:** bị canh giữ.

**Dị ứng:** Không rõ.

**Sinh hiệu:** theo dõi 3 lần/ca trực, sau đó 1 lần/ ngày nếu ổn định

**Hoạt động:** Giới hạn trong khoa.

**Theo dõi:** đề phòng cơn co giật triệu chứng cai.

**Chế độ ăn uống:** cơm thường + 1 lon ensure mỗi bữa ăn.

**XN:** Sinh hóa máu, CTM, Urê máu và độc chất, xét nghiệm nước tiểu mang thai, test giang mai, chức năng tuyến giáp.

**Thuốc:**

Folat 1 mg uống mỗi ngày.

Thiamin 100mg IM/ ngày x 3 ngày, Sau đó 100mg uống mỗi ngày.

Lorazepam (Ativan) 2 mg uống 3 lần/ ngày x 2 ngày, rồi 2mg 2 lần/ngày x 2 ngày, rồi 1 mg uống 2 lần/ngày x 2 ngày, và tiếp tục giảm.

Lorazepam (Ativan) 2 mg uống mỗi 4 giờ khi có triệu chứng cai rượu (mạch > 100, huyết áp tâm thu > 160, tâm trương > 100) (không quá 14 mg / 24 giờ).

Zolpidem (Ambien) 10 mg trước khi ngủ nếu mất ngủ.

Tylenol 650 mg uống mỗi 4 giờ nếu đau hoặc sốt.

Sữa magiê 30 cc uống mỗi 12 giờ nếu táo bón.

Mylanta 30 cc uống mỗi 4 giờ nếu khó tiêu.

## Bài 7

### Y lệnh khi tiếp nhận bn cai thuốc phiện

**Nơi nhận:** Khoa loạn thần cấp.

**Chẩn đoán:** Nghiện heroin.

**Thủ tục pháp lý:** tự nguyện.

**Tình trạng:** ổn định.

**Dị ứng:** Không rõ.

**Sinh hiệu:** theo dõi 3 lần/ngày x 3 ngày, sau đó 1 lần/ ngày nếu ổn định

**Hoạt động:** Giới hạn trong khoa.

**Theo dõi:** triệu chứng cai.

**Chế độ ăn uống:** cơm thường.

**XN:** Sinh hóa máu, CTM, Urê máu và độc chất, xét nghiệm nước tiểu mang thai, test giang mai, chức năng tuyến giáp, viêm gan siêu vi, HIV.

#### **Thuốc:**

Clonidine (Catapres) 0,1 mg uống 4 lần/ngày, giữ cho huyết áp tâm thu <90 hoặc tâm trương <60). Cho 0,1 mg uống mỗi 4 giờ nếu có các dấu hiệu và triệu chứng của cai thuốc.

Dicyclomin (Bentyl) 20 mg uống mỗi 6 giờ nếu chuột rút.

Ibuprofen (Advil) 600 mg uống mỗi 6 giờ nếu đau / nhức đầu.

Methocarbamol (Robaxin) 500 mg uống mỗi 6 giờ nếu đau cơ.

Lorazepam (Ativan) 2 mg uống mỗi 4 giờ khi kích động (không quá 8 mg / 24 giờ).

Zolpidem (Ambien) 10 mg trước khi ngủ nếu mất ngủ.

Tylenol 650 mg uống mỗi 4 giờ nếu đau hoặc sốt.

Sữa magiê 30 cc uống mỗi 12 giờ nếu táo bón.

Mylanta 30 cc uống mỗi 4 giờ nếu khó tiêu.

## Bài 8

Y lệnh khi tiếp nhận bn RL cảm xúc phân liệt.

**Nơi nhận:** Khoa loạn thần cấp.

**Chẩn đoán:** RL cảm xúc phân liệt, lưỡng cực, trầm cảm.

**Tình trạng pháp lý:** tự nguyện

**Tình trạng:** ổn định.

**Dị ứng:** Không rõ.

**Sinh hiệu:** theo dõi 3 lần/ca trực, sau đó 1 lần/ ngày nếu ổn định

**Hoạt động:** Giới hạn trong khoa.

**Theo dõi:** đề phòng tự sát.

**Chế độ ăn uống:** cơm thường.

**XN:** Sinh hóa máu, CTM, Urê máu và độc chất, xét nghiệm nước tiểu mang thai, test giang mai, chức năng tuyến giáp, nồng độ lithium.

**Thuốc:**

Quetiapine (Seroquel) 100 mg uống 2 lần/ngày x 2 ngày, rồi 200mg uống 2 lần/ngày.

Lithium 600mg uống 2 lần/ngày.

Citalopram (Celexa) 20mg uống 1 lần buổi sáng.

Lorazepam (Ativan) 2 mg uống mỗi 4 giờ khi kích động (không quá 8 mg / 24 giờ).

Zolpidem (Ambien) 10 mg uống trước khi ngủ nếu mất ngủ.

Tylenol 650 mg uống mỗi 4 giờ nếu đau hoặc sốt.

Sữa magiê 30 cc uống mỗi 12 giờ nếu táo bón.

Mylanta 30 cc uống mỗi 4 giờ nếu khó tiêu.

## Bài 9

### Y lệnh cố định bệnh nhân & Các ghi chép.

#### Y lệnh cố định BN

1. Loại cố định: riêng biệt, cố định 4 điểm, hoặc cố định mềm.

2. Chỉ định:

Bối rối, nguy hiểm đến bản thân.

Kích động, nguy hiểm đến bản thân.

Gây hấn, nguy hiểm cho bản thân / người khác

Cố gắng nhảy vào cổng, nhảy ra đường hoặc cởi đồ.

Cố gắng nhảy khỏi giường, nguy cơ té ngã.

3. Thời gian

Bắt đầu lúc \_\_\_\_\_ giờ.

Không quá (số giờ)

4. Theo dõi bệnh nhân theo chỉ dẫn của phác đồ bệnh viện.

5. Nhân viên có thể làm giảm thời gian cố định tùy theo nhận định của họ.

#### Lưu ý khi cố định bn

Khi cố định bn nên lưu ý là đã cố gắng sử dụng các biện pháp nhẹ hơn và đã thất bại hoặc đã được xem xét, nhưng không thích hợp cho tình trạng lâm sàng cấp bách này.

#### Mẫu Biên bản cố định

Ngày tháng/ thời gian / ghi chép:

Bệnh nhân đột ngột trở nên kích động, ném một chiếc ghế và đe dọa một số bệnh nhân khác bằng lời nói. Bn đã không kiểm soát được đến mức phải lập tức cố định 4 điểm. Các biện pháp ít hạn chế khác, như đưa vào cách ly, đã được xem xét nhưng không thích hợp cho cơn kích động nghiêm trọng và hành vi gây hấn của bn. Bn sẽ được theo dõi theo qui định và sẽ được tháo ra theo quyết định của nhân viên. Bn được tiêm haloperidol (Haldol) 5 mg IM và lorazepam (Ativan) 2 mg IM vì không chịu uống thuốc.

#### Ghi chép diễn biến của bn tâm thần

Ghi chú tiền bộ hàng ngày nên tóm tắt tình trạng lâm sàng hiện tại của bệnh nhân và nên xem xét tiền triển của bệnh nhân khi nắm viện. Cần phải giải quyết cơn kích động còn tồn tại, kế hoạch điều trị, và sắp xếp cho xuất viện. Ghi chú tiền độ cần nêu rõ những yếu tố chính yếu của các vấn đề.

### **Ghi chép diễn biến của bn tâm thần**

#### **Ngày / thời gian / ghi chép:**

**Chủ quan:** Các đánh giá trực tiếp của bệnh nhân cần phải được ghi vào biểu đồ. Thông tin báo cáo của bệnh nhân có thể bao gồm các khiếu nại, các triệu chứng, tác dụng phụ, các sự kiện cuộc sống, và cảm nhận.

**Khách quan:** Thảo luận sự kiện lâm sàng phù hợp và quan sát của các nhân viên điều dưỡng.

**Cảm xúc:** phẳng lặng, cùn mòn, không ổn định, chan hòa.

**Khí sắc:** Buồn nản, Khó chịu, phần khích, tức giận, hài hòa (euthymic), lo lắng.

**Các quá trình tư duy:** Chất lượng và số lượng các câu nói. Giọng điệu, sự liên kết và lưu loát trong lời nói, và các câu nói bất thường.

**Nội dung tư duy:** Hoang tưởng, có ý tưởng tự cao, ý tưởng tự sát.

**Rối loạn trí giác:** ảo giác, ảo tưởng.

**Nhận thức:** Định hướng, sự chú ý, tập trung.

**Trí năng:** Khả năng của bệnh nhân hiểu được các vấn đề hiện tại của mình.

**Phán đoán:** Khả năng ra quyết định.

**XN:** kết quả kiểm tra mới.

**Thuốc hiện tại:** Danh sách các loại thuốc và liều lượng.

**Đánh giá:** Phần này nên được sắp xếp theo các vấn đề. Cần một đánh giá riêng biệt bằng văn bản đối với từng vấn đề (ví dụ, ồn định hoặc kích động tâm thần). Mức độ nguy hiểm cho bản thân hoặc cho người khác cần được giải quyết. Việc đánh giá phải bao gồm lý do hỗ trợ nhu cầu liên tục của bệnh nhân nội trú. Tài liệu có thể bao gồm các vấn đề tự sát, giết người, vấn đề đồng ý thông báo, theo dõi phản ứng phụ của thuốc (ví dụ, nồng độ thuốc trong huyết thanh, bạch cầu, cử động vô thường).

**Kế hoạch:** Bao gồm các thay đổi về điều trị hiện tại, bất kỳ cân nhắc nào cho tương lai, và thảo luận việc giám sát tiếp tục.

### **Ví dụ ghi chép diễn biến của 1 bệnh nhân điều trị nội trú.**

5/10/00 Khoa Tâm thần R2

**Chủ quan:** "FBI đang muốn giết tôi." Bệnh nhân báo cáo rằng cô ấy đã không thể ngủ đêm qua vì FBI quấy rối mình bằng cách hỏi chuyện cô ấy. Cô ấy đã trở nên sợ hãi trong suốt cuộc hỏi bệnh của chúng tôi và từ chối nói chuyện sau 5 phút.

**Khách quan:** Bệnh nhân ngủ chỉ 2 giờ đêm qua và từ chối uống thuốc. Bệnh nhân cũng không muốn ăn hoặc uống vì sợ rằng các thực phẩm bị nhiễm độc. Lúc khám bệnh, bệnh nhân kém biếu lộ giao tiếp bằng mắt, và tâm thần kích động.

**Cảm xúc:** Phẳng lặng.

**Khí sắc:** Buồn Nản Khó Chịu.

**Hình thức tư duy:** Cuộc nói chuyện chỉ giới hạn trong một vài câu hoang tưởng về FBI. Ngoài ra, bệnh nhân giữ im lặng.

**Nội dung tư duy:** hoang tưởng tự cao. Bệnh nhân phủ nhận ảo giác thị giác, ý tưởng tự sát. Bệnh nhân phủ nhận ý tưởng sát nhân, nhưng nói rằng cô ấy sẽ làm hại bất cứ ai do FBI cử đến để làm tổn thương cô.

**Nhận thức:** bệnh nhân không trả lời những câu hỏi này, do bị hoang tưởng.

**Trí năng:** Nghèo nàn.

**Phán đoán:** Khiếm khuyết.

**Đánh giá:** 1. Tâm thần phân liệt, mẫn tỉnh, thể hoang tưởng với đợt cấp tính. Bệnh nhân đang có cơn loạn thần hoang tưởng, tác động mạnh lên các chức năng.

**Kế hoạch:** 1. Bệnh nhân vẫn còn hoang tưởng không liên tục phù hợp với cách dùng thuốc. Tiếp tục khuyến khích bệnh nhân dùng thuốc - Risperdal 2 mg uống 2 lần/ngày.

2. Tiếp tục theo dõi giấc ngủ và ăn uống. XN điện giải vào buổi sáng đến theo dõi tình trạng thiếu nước.

3. Tình trạng pháp lý: Bệnh nhân tự nguyện vào viện. Bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn nhập viện bắt buộc do không có khả năng tự cung cấp quần áo, thực phẩm và chỗ ở.

### **Giấy xuất viện**

Những lưu ý khi xuất viện nên được ghi vào hồ sơ của bệnh nhân trước khi xuất viện.

#### **Giấy xuất viện:**

Ngày giờ:

Chẩn đoán:

**Điều trị:** Mô tả ngắn gọn điều trị được cung cấp trong khi nằm viện, bao gồm cả thuốc điều trị tâm thần, và tư vấn y tế/phẫu thuật và điều trị.

Các XN đã thực hiện: điện tâm đồ, chụp CT, kiểm tra tâm lý.

Thuốc khi xuất viện:

Hướng điều trị tiếp theo:

### **Tóm tắt xuất viện:**

Bản tóm tắt xuất viện cung cấp một đánh giá về bệnh nhân khi ở bệnh viện, thông tin tâm lý xã hội nổi bật và quá trình điều trị bao gồm các xét nghiệm chẩn đoán và đáp ứng với điều trị. Các mẫu tóm tắt sẽ khác nhau tùy theo bệnh viện.

**Tên và Mã số y tế của bệnh nhân:**

**Ngày vào viện:**

**Ngày xuất viện:**

**Chẩn đoán xuất viện :**

**Có sự hiện diện của người có trách nhiệm với bệnh nhân:**

Khi cần phẫu thuật, xét nghiệm chẩn đoán, thủ thuật xâm lấn.

Bệnh sử của bệnh hiện tại: Bao gồm các đặc điểm nổi bật xung quanh lý do để nhập viện, Tiền sử tâm thần, tiền sử xã hội, khám nghiệm tình trạng tâm thần và khám sức khỏe.

**Dữ liệu chẩn đoán:** Kết quả các xét nghiệm, kiểm tra tâm lý, và hình ảnh não.

**Quá trình tại Bệnh viện:** Mô tả quá trình bệnh tật của bệnh nhân tại bệnh viện, bao gồm đánh giá, tư vấn, thuốc men, kết quả điều trị, và các vấn đề chưa được giải quyết khi ra viện. Nếu các vấn đề cần được giải quyết.

**Tình trạng lúc xuất viện:** Mô tả tình trạng của bệnh nhân có cải thiện hay xấu đi, và mô tả tình trạng hiện tại của bệnh nhân.

**Sắp xếp:** Mô tả các tình huống của bệnh nhân sau khi xuất viện (nhà, nhà dưỡng lão), và cho biết ai sẽ chăm sóc các bệnh nhân.

**Tình trạng pháp lý lúc xuất viện:** Tự nguyện, bắt buộc, có người giám hộ.

**Thuốc xuất viện:** Danh sách các loại thuốc, liều lượng, số lượng, và hướng dẫn.

**Hướng dẫn xuất viện và hướng dẫn chăm sóc tiếp theo:** Ngày trở lại để theo dõi chăm sóc tại bệnh viện; chế độ ăn uống, tập thể dục.

**Bàn sao:** Gửi bàn sao cho người nhà, phòng khám, nơi tư vấn.

**Ghi chép diễn biến của bn ngoại trú:**

**Chủ quan:** Bệnh nhân báo cáo có cải thiện tâm trạng, giấc ngủ, và cảm giác ngon miệng, tuy nhiên năng lượng vẫn còn thấp. Bệnh nhân phủ nhận bất kỳ tác dụng phụ của các thuốc ngoại trừ buồn nôn nhẹ và cũng đã giảm hẳn trong vài ngày qua. Vợ hoặc chồng của bệnh nhân báo cáo là bn có tăng thích thú trong hoạt động bình thường.

**Khách quan:** Bệnh nhân được ăn mặc gọn gàng, chải chuốt. Bn tự nói được nhiều hơn nhưng số lượng vẫn còn hạn chế. Tâm trạng vẫn còn chán nản, nhưng có cải thiện so với từ trước đây. Cảm xúc nhẹ nhàng hơn, nhưng vẫn còn bị ức chế. Tư duy có logic và phù hợp. Bệnh nhân phủ nhận bất cứ ý tưởng tự sát hoặc giết người gần đây. Không có triệu chứng tâm thần đã được ghi nhận. Nhận thức còn nguyên vẹn. Trí nhớ đang được cải thiện, và phán đoán vẫn còn tốt.

**Đánh giá:** Bn Trầm cảm chủ yếu được cải thiện với nefazodone (Serzone) và có tâm lý trị liệu hỗ trợ, nhưng bệnh nhân vẫn còn các triệu chứng sau 4 tuần điều trị ở mức 200 mg 2 lần/ngày.

**Kế hoạch:** Tăng nefazodone từ 200 mg 2 lần/ngày lên 200 mg buổi sáng và 400

mang buổi tối. Tiếp tục hỗ trợ điều trị hàng tuần. Giới thiệu đến trung tâm người lớn để giúp gia tăng sự tương tác xã hội.

## Bài 10

### Test tâm lý

Test tâm lý thường cung cấp thêm các thông tin bổ sung cho bệnh sùi tâm thần và kiểm tra tình trạng tâm thần.

#### I. Test tâm lý đặc trưng của các triệu chứng tâm lý, cũng như mô tả tính cách và động cơ.

**A. Test Rorschach.** Dùng các vết mực kích thích tự do liên hệ; đặc biệt hữu ích trong việc khảo sát tâm động học và đánh giá các cơ chế bảo vệ và giới hạn của cá nhân.

**B. Test tự chọn chủ đề (TAT).** Bệnh nhân được yêu cầu xem xét các hình ảnh của con người trong một loạt các tình huống, và được yêu cầu để tạo nên một câu chuyện cho mỗi hình. Test này cung cấp thông tin về nhu cầu, xung đột, phòng thủ, trí tưởng tượng, và mối quan hệ giữa các cá nhân.

**C. Test câu hoàn chỉnh (SCT).** Bệnh nhân được yêu cầu bổ sung hoàn chỉnh những câu không đầy đủ, qua đó tiết lộ các liên kết có ý thức. Cho thấy trí năng phòng thủ, nỗi sợ hãi và những mối quan tâm của bệnh nhân.

**D. Thống kê tính cách multiphasic Minnesota (MMPI).** Một bảng các câu hỏi đánh giá các đặc điểm cá nhân. Kết quả được đưa ra theo thang điểm 10.

**E. Test Vẽ-một-người (DAP).** Bệnh nhân được yêu cầu vẽ một bức tranh của một người, và sau đó vẽ một bức tranh của một người khác giới với bức vẽ đầu tiên. Các bức vẽ được cho là đại diện cho cách bệnh nhân liên hệ đến môi trường của mình, và test này cũng có thể được sử dụng để kiểm tra thiệt hại của não.

#### II. Test bệnh học thần kinh đánh giá khả năng nhận thức và có thể hỗ trợ trong việc mô tả chức năng não bị suy giảm.

**A. Test Bender Gestalt.** Một thử nghiệm về thị giác-vận động và khả năng không gian, hữu ích cho trẻ em và người lớn.

#### B. Halstead-Reitan Battery và Luria-Nebraska Inventory

1. Đánh giá tiêu chuẩn hóa các chức năng não.

2. Đánh giá ngôn ngữ biểu cảm và ngôn ngữ tiếp thu, trí nhớ, lý luận trí tuệ và sự phân đoán, chức năng thị giác-vận động, chức năng cảm giác, trí giác và chức năng vận động.

**C. Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS).** Kiểm tra trí thông minh bằng cách đo IQ lời nói, IQ thực hành, và thang IQ đầy đủ.

#### D. Wisconsin Card Sort.

Test chức năng thùy trán.

## Chương 2

# LOẠN THẦN

### Bài 1

#### Tâm thần phân liệt

Tâm thần phân liệt là một rối loạn đặc trưng bởi sự thờ ơ, mất ý chí, và cảm xúc cùn mòn. Những bệnh nhân này có sự thay đổi trong suy nghĩ, nhận thức, khí sắc và hành vi. Nhiều bn tâm thần phân liệt có hoang tưởng, ảo giác, hiểu sai về thực tại.

##### I. BỆNH NGUYÊN

###### 1. Các yếu tố di truyền

Có một đóng góp di truyền trong một số, có thể là tất cả, hình thức của TTPL, và một tỷ lệ cao của khả năng mắc TTPL là do có thêm tác động di truyền. Ví dụ, TTPL và các rối loạn TTPL liên quan (ví dụ, rối loạn nhân cách schizotypal) xảy ra với một tần suất cao trong số các thân nhân sinh học của BN TTPL. Khả năng của một người có TTPL có tương quan huyết thống gần gũi với một người thân bị bệnh (ví dụ thế hệ thứ nhất hay thứ hai). Trong trường hợp của cặp song sinh cùng trứng có đặc tính di truyền giống hệt nhau, có một khoảng 50 % tỷ lệ cùng mắc TTPL. Tỷ lệ này là cao gấp bốn đến năm lần so với cặp song sinh khác trứng hoặc tỷ lệ xuất hiện trong người thân cấp độ 1 khác (ví dụ, anh chị em, cha mẹ, hoặc con cái). Vai trò của yếu tố di truyền là tiếp tục phản ánh trong tỷ lệ xuất hiện TTPL ở người thân cấp độ hai và ba, vì thế người ta đưa ra giả thuyết do sức tải gen giảm. Các phát hiện của một tỷ lệ cao hơn của TTPL trong những người thân sinh học của một người bị TTPL, so với con nuôi, người thân không có yếu tố sinh học, cung cấp hỗ trợ hơn nữa để đóng góp di truyền trong các nguyên nhân TTPL. Tuy nhiên, dữ liệu sinh đôi cùng trứng rõ ràng chứng minh thực tế là những người dễ bị tổn thương về mặt di truyền có TTPL thì không chắc chắn phát triển thành TTPL; các yếu tố khác (ví dụ, môi trường) phải được tham gia trong việc xác định một kết quả TTPL. Theo mô hình dễ bị tổn thương, trách nhiệm của TTPL là chính xác trong việc thừa nhận ảnh hưởng của môi trường, theo đó các yếu tố **môi trường sinh học hay tâm lý xã hội khác có thể ngăn chặn hoặc gây ra TTPL ở các cá nhân dễ bị tổn thương về mặt di truyền**.

Một số dữ liệu chỉ ra rằng tuổi của người cha có tương quan với sự phát triển của TTPL. Trong các nghiên cứu của các BN TTPL không có tiền sử bệnh ở một trong hai dòng mẹ hoặc cha, người ta nhận thấy rằng những người sinh ra từ người cha già hơn 60 tuổi thì dễ bị tổn thương dẫn đến phát triển các rối loạn. Có lẽ, tình dịch ở nam giới lớn tuổi hơn là chịu tổn hại lớn hơn so với ở nam giới trẻ tuổi.

###### 2. Các yếu tố sinh hóa

**Thuyết Dopamine. Norepinephrine.**

**GABA.**

**Neuropeptides.**

**Glutamate.**

**Acetylcholine và nicotine.**

### **3. Bệnh học thần kinh**

Trong thế kỷ 19, các nhà bệnh lý học TK đã không tìm thấy một cơ sở bệnh lý học thần kinh TTPL, và do đó họ phân loại TTPL là một rối loạn chức năng. Đến cuối thế kỷ 20, tuy nhiên, các nhà nghiên cứu đã có những bước tiến đáng kể trong việc khai mở một cơ sở bệnh lý học thần kinh tiềm năng cho TTPL, chủ yếu trong hệ thống limbic và hạch nền, bao gồm bất thường bệnh lý học thần kinh hoặc hóa học học thần kinh ở vỏ não, đồi thị, và cuống não. Việc mất khối lượng não trong não người TTPL thường như là kết quả từ việc **giảm mật độ của các sợi trực, sợi nhánh, và các khớp thần kinh có chức năng làm trung gian liên kết của não bộ**. Mật độ synap là cao nhất ở trẻ 1 tuổi và sau đó giảm phần lớn ở tuổi vị thành niên sớm. Một lý thuyết dựa một phần trên quan sát thấy BN thường có các triệu chứng TTPL trong thời thiếu niên, cho rằng những kết quả TTPL là do bị cắt xén quá nhiều synap thần kinh trong giai đoạn phát triển này.

**Não thắt.** Chụp cắt lớp vi tính (CT) trên BN TTPL đã luôn biểu hiện có dãn rộng não thắt bên và thứ ba và một số sụt giảm về khối lượng của vỏ não. Giảm khối lượng chất xám vỏ não đã được chứng minh trong những giai đoạn sớm của bệnh. Một số nhà nghiên cứu đã cố gắng xác định xem liệu các bất thường được phát hiện bởi CT là tiến triển hay đứng yên.

**Giảm đối xứng.** Có một sự giảm đối xứng ở một số vùng não trong TTPL, bao gồm các thùy thái dương, vùng trán, chẩm. Việc giảm đối xứng này được tin là do một số nhà điều tra nguồn gốc trong cuộc sống của thai nhi và là dấu hiệu của một sự **giản đoạn phát triển thần kinh ở một bên của não**.

**Hệ limbic.** Vì vai trò của nó trong việc **kiểm soát cảm xúc**, hệ limbic đã đưa ra giả thuyết để được tham gia vào sinh lý bệnh TTPL. Các nghiên cứu về m�u não của BN TTPL sau khi chết đã chỉ ra **sự suy giảm kích thước theo vùng, bao gồm các hạch hạnh nhân, đồi hải mã, và các nếp cuộn parahippocampal**.

**Vỏ não trước trán.** Có bằng chứng đáng kể từ các nghiên cứu não người sau khi chết đã chứng tỏ có bất thường về giải phẫu ở vỏ não trước trán trong TTPL.

**Đồi thị.** Một số nghiên cứu của đồi thị cho thấy bằng chứng về khối lượng hao hụt, mất mát tế bào thần kinh, trong nhánh đặc biệt. Vùng nhân lục giữa của đồi thị, nơi có các kết nối tương hỗ với vỏ não trước trán, đã được báo cáo là bị **giảm số lượng tế bào thần kinh**. Tổng số tế bào thần kinh, tế bào ít nhánh, và tế bào hình sao giảm từ 30 đến 45 % ở những BN TTPL.

**Hạch nền và tiểu não.** Các hạch nền và tiểu não đã được quan tâm về mặt lý thuyết trong TTPL trong ít nhất hai lý do.

+ Nhiều BN TTPL thể hiện **động tác kỳ lạ**, ngay cả trong trường hợp không có rối loạn vận động do thuốc gây ra (ví dụ, rối loạn vận động muộn). Các động tác kỳ dị có thể bao gồm một dáng đi vung về, nhăn mặt, và các kiểu rập khuôn.

+ Các **RL vận động liên quan đến các hạch nền** (ví dụ, bệnh Huntington, bệnh Parkinson) là những bệnh thường được kết hợp với RL tâm thần. Các nghiên cứu cũng

đã cho thấy một sự gia tăng về số lượng các thụ thể D2 ở thùy đuôi, các putamen, và nhân béo. Một số nhà nghiên cứu đã bắt đầu nghiên cứu các hệ thống serotonin trong hạch nền; vai trò của serotonin trong rối loạn tâm thần được gọi ý bởi tính hữu ích lâm sàng của các thuốc chống loạn thần kháng serotonin (ví dụ, clozapine, risperidone).

#### 4. Mạch máu thần kinh.

Quan tâm đặc biệt trong bối cảnh giả thuyết mạch máu thần kinh nối các vùng vỏ não trước trán và hệ thống limbic là nghiên cứu chứng minh mối quan hệ giữa các **bất thường về hình thái vùng đồi thị và rối loạn trong chuyển hóa trước trán vỏ não hoặc chức năng** (hoặc cả hai).

#### Chuyển hóa ở não

Nghiên cứu sử dụng quang phổ cộng hưởng từ, tìm thấy rằng những BN TTPL có nồng độ **phosphomonoester và phosphate vô cơ thấp hơn** và nồng độ **phosphodiester cao hơn** nhóm đối chứng.

Nồng độ **aspartate N-acetyl**, một marker của tế bào TK, **thấp hơn** ở vùng hippocampus và thùy trán của BN TTPL.

#### 5. Điện sinh Ứng dụng

Nghiên cứu điện não đồ cho thấy nhiều BN TTPL có ghi nhận bất thường, tăng nhạy cảm với các hoạt động kích hoạt (ví dụ, hoạt động tăng vọt thường xuyên sau khi thiểu ngủ), giảm sóng alpha, tăng sóng theta và delta hơn bình thường, sóng dạng động kinh có thể nhiều hơn, và có thể có nhiều left-sided bất thường hơn bình thường. BN TTPL cũng thể hiện không có khả năng để lọc ra các âm thanh không liên quan và rất nhạy cảm với tiếng ồn xung quanh. Trần ngập âm thanh làm khó tập trung và có thể là một yếu tố trong việc gây ảo giác thính giác. Độ nhạy âm thanh này có thể được liên kết với một khiếm khuyết di truyền.

**Bệnh động kinh cục bộ phức tạp.** Các triệu chứng first-rank được mô tả bởi Schneider có thể tương tự như triệu chứng của BN bị động kinh cục bộ phức tạp và có thể phản ánh sự hiện diện của một rối loạn thùy thái dương khi thấy ở BN TTPL.

**Những khả năng gợi ý.** P300 đã được nghiên cứu nhiều nhất và được định nghĩa như là một sóng dương lớn, có khả năng gợi ý xảy ra khoảng 300 mili giây sau khi có một kích thích cảm giác. Các nguồn chính của sóng P300 có thể nằm trong các cấu trúc hệ limbic của thùy thái dương giữa. Ở những BN TTPL, P300 đã được báo cáo là nhỏ hơn về mặt thống kê so với các nhóm đối chứng. **Sự bất thường trong sóng P300 cũng đã được báo cáo là phổ biến hơn ở trẻ em có nguy cơ cao mắc bệnh TTPL, bởi vì chúng có cha mẹ mắc bệnh.**

Các khả năng gợi ý khác là báo cáo bất thường ở BN TTPL là N100 và sự thay đổi âm tính ngẫu nhiên.

#### 6. RL chuyển động Mắt

Nhiều nghiên cứu đã báo cáo cử động mắt bất thường ở **50 đến 85 % BN TTPL** so với khoảng 25 % ở những BN tâm thần mà không phải TTPL và dưới 10 % ở nhóm đối chứng có bệnh không phải TTPL.

#### 6. Miễn dịch học thần kinh tâm thần

Một số bất thường về miễn dịch học đã được kết hợp với những BN có TTPL. Các bất thường bao gồm giảm sản xuất Tcell interleukin-2, giảm số lượng và đáp ứng của tế bào

lympho ngoại vi, phản ứng tế bào và dịch thâm bất thường lên tế bào thần kinh, và sự hiện diện của (antibrain) kháng thể hướng-não.

Dữ liệu khác: bất thường về thể chất khi sinh, gia tăng tỷ lệ biến chứng lúc mang thai và khi sinh, tính mùa vụ sinh phù hợp với nhiễm siêu vi, khu vực địa lý, và mùa nhập viện.

### 7. Nội tiết học TK tâm thần

các test ức chế- dexamethasone đã được báo cáo là bất thường trong các phân nhóm khác nhau của BN TTPL.

Một số dữ liệu đề nghị nồng độ của hormone luteinizing hoặc hormone kích thích nang trứng, có lẽ tương quan với tuổi khởi phát và thời gian bệnh kéo dài. Hai bất thường báo cáo bổ sung có thể có tương quan với sự hiện diện của các triệu chứng âm tính: một suy giảm phóng thích prolactin và hormone tăng trưởng trên hormon gonadotropin-releasing hoặc kích thích thyrotropin-releasing và suy giảm phóng thích hormone tăng trưởng lên chất kích thích apomorphine.

### 8. HỌC THUYẾT TÂM LÝ VÀ PHÂN TÂM HỌC

Nếu TTPL là một bệnh của não bộ, nó có khả năng mắc bệnh đồng thời ở các cơ quan khác (ví dụ, nhồi máu cơ tim, bệnh tiêu đường) mà sự tiến triển bị ảnh hưởng bởi stress tâm lý xã hội. Do đó, các bác sĩ nên xem xét cả yếu tố tâm lý và sinh học ảnh hưởng đến TTPL. Các rối loạn ánh hưởng đến BN, mà mỗi người có một sự điều hòa tâm lý riêng biệt. Mặc dù nhiều già thuyết tâm động học về sự phát sinh bệnh TTPL dường như đã lỗi thời, quan sát lâm sàng sâu sắc có thể giúp các bác sĩ đương đại hiểu cách thức bệnh lý này có thể ảnh hưởng đến tâm lý của BN.

Các lý thuyết phân tâm học. Sigmund Freud mặc nhiên công nhận rằng TTPL dẫn từ định hình phát triển sớm trong cuộc sống. Những định hình này tạo ra các khuyết tật về phát triển *cái tôi* (ego), và ông cho rằng những khiếm khuyết đó đóng góp vào các triệu chứng TTPL. Tan rã *cái tôi* trong TTPL thể hiện sự trở lại thời gian khi bản ngã vẫn chưa phát triển hoặc vừa mới bắt đầu được thành lập.

Bởi vì *cái tôi* ảnh hưởng đến việc giải thích thực tại và sự điều khiển các khuynh hướng bên trong, chẳng hạn như giới tính và gây hấn, các chức năng này của *cái tôi* đang suy giảm. Như vậy, xung đột nội tâm phát sinh từ các mẫu định hình sớm và các khiếm khuyết bản ngã, mà có thể là kết quả của mối quan hệ đối tượng ban đầu nghèo nàn, là chất liệu cho các triệu chứng loạn thần.

Như mô tả của Margaret Mahler, có biến dạng trong các mối quan hệ đối ứng giữa các trẻ sơ sinh và bà mẹ. Những đứa trẻ không thể tách rời khỏi, và tiến xa hơn nữa, sự gần gũi và sự phụ thuộc hoàn toàn đặc trưng cho mối quan hệ mẹ-con trong giai đoạn miêng của sự phát triển. Kết quả là, cẩn tính của người đó không bao giờ được an toàn.

Paul Federn đưa ra già thuyết rằng các khiếm khuyết trong chức năng *cái tôi* cho phép sự thù địch dữ dội và hung hăng bóp méo mối quan hệ mẹ-con, dẫn đến vô tổ chức nhân cuối cùng và dễ bị tổn thương với stress. Các triệu chứng xuất hiện trong thời thanh niên xảy ra khi thanh thiếu niên cần một *cái tôi* mạnh mẽ để hoạt động độc lập, tách khỏi cha mẹ, để xác định nhiệm vụ, để kiểm soát sự gia tăng các khuynh hướng nội bộ, và để đối phó với các kích thích mạnh mẽ từ bên ngoài.

Harry Stack Sullivan xem TTPL là một sự xáo trộn trong Quan hệ giữa các cá nhân. Sự lo lắng lớn của BN tạo ra một cảm giác unrelatedness được chuyển thành méo mó parataxic, thường, nhưng không phải lúc nào, persecutory. Theo Sullivan, TTPL là một

phương pháp thích ứng sử dụng để tránh hoảng loạn, bạo lực, và sự tan rã của ý thức về bản thân. Các nguồn của sự lo âu bệnh lý kết quả của chấn thương kinh nghiệm tích lũy trong quá trình phát triển.

Học thuyết phân tâm học cũng mặc nhiên cho rằng các triệu chứng khác nhau của TTPL có ý nghĩa tương trưng cho từng BN. Ví dụ, tưởng tượng về thế giới sắp tận thế có thể chỉ ra một nhận thức rằng thế giới bên trong của BN đã bị phá vỡ. Cảm giác tự ti được thay thế bởi những hoang tưởng về sự vĩ đại và quyền năng tối thượng. Ảo giác có thể thay thế cho sự bất lực của BN khi đối phó với thực tế khách quan và có thể đại diện cho mong muốn hoặc sợ hãi bên trong. Hoang tưởng, tưởng tự như ảo giác, là thoái lui, cố gắng hồi phục để tạo ra một thực tế mới hoặc để thể hiện nỗi sợ hãi hoặc xung động kín đáo.

Bất kể mô hình lý thuyết, tất cả các phương pháp tiếp cận tâm động học được thành lập trên tiền đề rằng các triệu chứng loạn thần có ý nghĩa trong TTPL. Ví dụ, BN có thể trở nên tự cao sau bị tổn thương lòng tự trọng của họ. Tương tự như vậy, tất cả các học thuyết đều công nhận rằng quan hệ con người có thể trở nên đáng sợ đối với những BN TTPL. Mặc dù nghiên cứu về hiệu quả của liệu pháp tâm lý với TTPL cho thấy những kết quả khác nhau, những người liên quan đã tạo ra lòng trắc ẩn và một nơi tôn nghiêm trong thế giới khó hiểu của TTPL phải là một nền tảng của bắt cứ kế hoạch tổng thể. Nghiên cứu theo dõi dài hạn cho thấy rằng một số BN có giai đoạn loạn thần ẩn có thể không được hưởng lợi từ liệu pháp tâm lý thăm dò, nhưng những người có khả năng tích hợp các kinh nghiệm tâm thần vào cuộc sống của họ có thể được hưởng lợi từ một số phương pháp tiếp cận định hướng trí năng. Có quan tâm mới trong việc sử dụng các liệu pháp tâm lý cá nhân lâu dài trong điều trị TTPL, đặc biệt là khi kết hợp với thuốc.

### Các học thuyết về sự học tập.

Mô hình thiếu học thức trong suốt thời thơ ấu ở BN TTPL.

### Các động lực từ Gia đình

Trong một nghiên cứu ở Anh quốc ở trẻ em 4 tuổi, là những trẻ đã có một mối quan hệ bà mẹ-trẻ em nghèo nàn đã tăng gấp sáu lần nguy cơ phát triển TTPL, và con cái của các bà mẹ TTPL, đã được cho làm con nuôi sau khi sinh có nhiều khả năng phát triển bệnh nếu chúng được nuôi trong những hoàn cảnh bất lợi so với những người lớn lên trong ngôi nhà yêu thương của cha mẹ nuôi ổn định. Tuy nhiên, không có bằng chứng wellcontrolled nào chỉ ra rằng một mô hình gia đình cụ thể đóng một vai trò gây bệnh trong sự tiến triển của TTPL. Một số BN TTPL đến từ các gia đình khác thường, chỉ là những người mắc bệnh không phải TTPL. Tuy nhiên, điều quan trọng là, không thể bỏ qua hành vi của gia đình bệnh lý điều làm tăng đáng kể sự căng thẳng cảm xúc mà một BN dễ bị TTPL phải đối phó.

**Ràng buộc kép.** Khái niệm ràng buộc kép đã được xây dựng bởi Gregory Bateson và Donald Jackson để mô tả một gia đình giả định trong đó trẻ em tiếp xúc những thông tin của cha mẹ mâu thuẫn nhau qua hành vi, thái độ, và cảm xúc của họ. Trong giả thuyết Bateson, trẻ em co rút vào một trạng thái tâm thần để thoát khỏi những rắc rối nan giải của ràng buộc kép. Một ví dụ về một ràng buộc kép là một phụ huynh cho phép con cái mình mang bánh quy cho bạn bè của nó rồi sau đó lại trừng phạt các cháu vì đã đưa quá nhiều bánh quy cho bạn.

**Các gia đình phân ly và lệc lạc.** Theodore Lidz mô tả hai mô hình bất thường của hành vi gia đình. Trong một loại gia đình, với một ly thân nỗi bật giữa cha mẹ, cha hoặc mẹ quá gần với một đứa trẻ khác giới. Trong các loại khác trong gia đình, một mối quan hệ lệc lạc giữa một đứa trẻ và một phụ huynh liên quan đến một cuộc đấu tranh quyền lực giữa cha mẹ và sự thống trị hiệu quả của một phụ huynh. Những động lực này nhấn mạnh khả năng thích ứng mong manh của người có TTPL.

**Gia đình Pseudomutual và Pseudohostile.** Như mô tả của Lyman Wynne, một số gia đình ngăn chặn biểu hiện tình cảm bởi luôn sử dụng giao tiếp bằng lời nói pseudomutual hoặc pseudohostile. Trong các gia đình như vậy, một giao tiếp bằng lời độc đáo phát triển, và khi một đứa trẻ rời khỏi nhà và phải giao tiếp với người khác, vẫn đè có thể phát sinh. Giao tiếp bằng lời nói của đứa trẻ có thể khó hiểu cho người ngoài.

**Bày tỏ cảm xúc.** Cha mẹ hoặc người chăm sóc khác có thể cư xử với những lời chỉ trích công khai, sự thù địch, và can thiệp quá mức trên BN TTPL. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng những gia đình thể hiện cảm xúc quá mức thì tỷ lệ tái phát TTPL là cao.

## II. CHẨN ĐOÁN

Tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5 bao gồm tiến trình xác định (tức là, tiên lượng) để cung cấp cho bác sĩ một vài lựa chọn và mô tả tình huống lâm sàng thực tế (Bảng 7.1-1). Sự hiện diện của ảo giác hay hoang tưởng là không nhất thiết để chẩn đoán TTPL; rối loạn của BN được chẩn đoán là TTPL khi BN thể hiện hai trong số các triệu chứng được liệt kê trong các triệu chứng từ 1 đến 5 của Tiêu chí A trong Bảng 7.1-1 (ví dụ, lời nói vô tổ chức). Tiêu chí B yêu cầu chức năng bị suy giảm, mặc dù không có mất định hướng lực có mặt trong các giai đoạn hoạt động của bệnh. Các triệu chứng phải kéo dài ít nhất 6 tháng, và phải không có chẩn đoán rối loạn phân liệt cảm xúc hoặc rối loạn khí sắc.

**DSM 5 Tiêu chuẩn chẩn đoán tâm thần phân liệt:** 295,90 (F20.9)

A. Hai triệu chứng (hoặc nhiều hơn) sau đây, mỗi triệu chứng hiện diện trong một phần đáng kể trong thời gian 1 tháng (hoặc ít hơn nếu được điều trị thành công). Phải có ít nhất một trong những triệu chứng (1), (2), (3):

1. **Hoang tưởng.**

2. **Ảo giác.**

3. **Lời nói vô tổ chức** (ví dụ, lạc đề thường xuyên hoặc rời rạc).

4. **Hành vi vô tổ chức rõ rệt hoặc căng trương lực.**

5. **Triệu chứng âm tính** (ví dụ, giảm biểu hiện cảm xúc hoặc lơ đãng).

B. Trong phần lớn thời gian kể từ khi bắt đầu rối loạn, mức độ hoạt động trong một hoặc nhiều lĩnh vực chính, chẳng hạn như công việc, mối quan hệ giữa các cá nhân, hoặc việc tự chăm sóc, bị suy giảm đáng kể so với trước đây (hoặc khi khởi phát ở trẻ em hoặc thanh thiếu niên, không đạt được mức kỳ vọng của các quan hệ cá nhân, học vấn, hoặc nghề nghiệp).

C. Dấu hiệu liên tục của sự rối loạn kéo dài ít nhất 6 tháng. Thời gian 6 tháng này phải bao gồm ít nhất 1 tháng có các triệu chứng (hoặc ít hơn nếu điều trị thành công) đáp ứng tiêu chí A (tức là, các triệu chứng của giai đoạn toàn phát) và có thể bao gồm các giai đoạn tiền triệu hoặc các di chứng còn sót lại. Trong những giai đoạn tiền triệu hoặc di chứng, các dấu hiệu của sự xáo trộn có thể được biểu hiện bằng các triệu chứng âm tính hoặc bằng hai hay nhiều triệu chứng được liệt kê trong tiêu chí A tồn tại ở một dạng giảm nhẹ (ví dụ như các tin tưởng kỳ quặc, kinh nghiệm tri giác bất thường).

D. Rối loạn CXPL và trầm cảm hoặc RLLC với biểu hiện tâm thần đã được loại trừ bởi vì hoặc là 1) không có giai đoạn trầm cảm chủ yếu hoặc hưng cảm đã xảy ra đồng thời với các triệu chứng của giai đoạn toàn phát, hoặc 2) nếu giai đoạn rối loạn khí sắc xảy ra trong khi các triệu chứng đang giai đoạn toàn phát, thì tổng thời gian của chúng ngắn hơn so với thời gian của giai đoạn toàn phát và dì chứng.

E. Sự rối loạn không phải là do những tác động sinh lý của một chất (ví dụ, một loại chất gây nghiện, một loại thuốc) hoặc một chứng bệnh khác.

F. Nếu có tiền sử có rối loạn phổi tự kỷ hay rối loạn giao tiếp khởi phát thời thơ ấu, việc chẩn đoán bổ sung tâm thần phân liệt chỉ được thiết lập nếu hoang tưởng hoặc ảo giác nổi bật, ngoài ra các triệu chứng cần thiết khác của tâm thần phân liệt, cũng có mặt trong ít nhất 1 tháng (hoặc ít hơn nếu được điều trị thành công).

#### Ghi rõ nếu:

Các xác định sau chỉ được sử dụng sau khi các RL kéo dài khoảng 1 năm và nếu chúng không mâu thuẫn với các tiêu chí chẩn đoán.

#### Gđ đầu, hiện tại Gđ cấp.

#### Gđ đầu, hiện tại thuyên giảm một phần.

#### Gđ đầu, hiện tại thuyên giảm hoàn toàn

#### Nhiều Gđ, hiện trong đợt cấp.

#### Nhiều Gđ, hiện tại thuyên giảm một phần.

#### Nhiều Gđ, hiện tại thuyên giảm hoàn toàn.

**Liên tục:** Các triệu chứng đáp ứng các tiêu chí triệu chứng chẩn đoán của RL vẫn tồn tại trong phần lớn quá trình bệnh, với thời gian có triệu chứng dưới ngưỡng rất ngắn so với toàn quá trình.

#### Không biệt định

#### Ghi rõ nếu:

**Với thể căng trương lực** (tham khảo các tiêu chí cho căng trương lực kết hợp với RL tâm thần khác, phần định nghĩa trang 119-120).

Lưu ý về mã: Sử dụng thêm mã 293.89 (F06.1) căng trương lực kèm với TTPL để chỉ ra sự hiện diện của căng trương lực kèm theo.

#### Ghi rõ mức độ nghiêm trọng hiện tại:

Mức độ nghiêm trọng được đánh giá bởi một đánh giá định lượng của các triệu chứng chính của RL tâm thần, trong đó có hoang tưởng, ảo giác, ngôn ngữ vô tổ chức, hành vi tâm lý bất thường, và các triệu chứng âm tinh. Mỗi một trong các triệu chứng có thể được đánh giá về mức độ nặng hiện tại của nó (nặng nhất trong 7 ngày qua) trên thang điểm 5: từ 0 (không có) đến 4 (có và nặng).

### III. Các thể LS TTPL

Năm thể của TTPL đã được mô tả dựa chủ yếu vào biểu hiện lâm sàng:

- hoang tưởng (paranoid)
- rối loạn hành vi (disorganized)
- căng trương lực (catastonic)
- không xác định (indifferentiated)
- dì chứng (residual)

**Thể hoang tưởng.** Các loại hoang tưởng của TTPL được đặc trưng bởi mối bận tâm với một hoặc nhiều hoang tưởng hoặc ảo giác thính giác thường xuyên. Cỗ điền, kiều hoang tưởng của TTPL được đặc trưng chủ yếu là do sự hiện diện của các hoang tưởng bị hại hoặc tự cao (Hình. 7.1-4). BN TTPL hoang tưởng thường có giai đoạn đầu tiên của bệnh ở độ tuổi lớn hơn ở BN TTPL cataleptic hoặc vô tổ chức. Những BN TTPL xảy ra ở cuối độ tuổi 20 hoặc 30 tuổi đã thường được thiết lập một đời sống xã hội có thể

giúp họ vượt qua bệnh tật, và các nguồn lực tự thân của BN hoang tưởng có xu hướng mạnh hơn so với những BN TTPL catatonic và vô tổ chức. BN với các loại TTPL hoang tưởng ít quay trở lại khoa tâm thần, đáp ứng cảm xúc và hành vi tốt hơn so với BN ở các loại TTPL khác.

BN TTPL hoang tưởng thường căng thẳng, nghi ngờ, phòng thủ, cảnh giác, và đôi khi thù địch hay hung hăng, nhưng họ đôi khi có thể tiến hành tự đầy đủ trong các tình huống xã hội. Tri thông minh của họ trong khu vực không xâm chiếm bởi rối loạn tâm thần thì có xu hướng vẫn còn nguyên vẹn.

**Thể rối loạn hành vi.** Thể rối loạn hành vi được đặc trưng bởi một thoái lui đáng kể đến hành vi nguyên thủy, mất ý chế, và chưa được tổ chức và bởi không đáp ứng các tiêu chuẩn cho các loại catatonic. Sự khởi đầu của thể này nói chung là sớm, xảy ra trước tuổi 25. BN rối loạn hành vi thường hoạt động nhưng theo kiểu vô bờ, không có ý nghĩa. Họ bị rối loạn tư duy rõ rệt, và liên lạc của họ với thực tại là nghèo nàn. Biểu hiện cá nhân của họ là đầu tóc rối bời, và hành vi xã hội và đáp ứng cảm xúc của họ thi không phù hợp. Họ thường cười phá lèn mà không cần bất kỳ lý do rõ ràng. Cười toe toét và nhăn nhó phi lý rất phổ biến ở những BN này, mà hành vi được mô tả như là ngớ ngẩn hay khờ dại.

**Thể căng trương lực.** Thể căng trương lực của TTPL, mà nhiều thập niên phổ biến trước đây, đã trở nên hiếm ở châu Âu và Bắc Mỹ. Các tính năng cỗ điển của các loại catatonic là một sự rối loạn đáng kể chức năng vận động; rối loạn này có thể liên quan đến sưng sù, phủ định, cứng cơ, phản khích, hoặc tạo dáng. Đôi khi BN cho thấy một sự thay đổi nhanh chóng giữa các thái cực của sự phản khích và sưng sù.

Các tính năng liên quan bao gồm rập khuôn, kiểu cách, và uốn sáp. Sự làm thịnh là đặc biệt phổ biến. Trong cơn phản khích căng trương lực, BN cần phải được giám sát cẩn thận để ngăn cản họ làm tổn thương chính mình hoặc người khác. Chăm sóc y tế có thể cần thiết vì suy dinh dưỡng, kiệt sức, sốt cao, hoặc tự gây chấn thương.

**Thể Không xác định.** Là những BN TTPL không phù hợp dễ dàng với một thể nào khác. Những BN này được phân loại là TTPL thể không xác định.

**Thể di chứng.** Thể di chứng của TTPL được đặc trưng là tiếp tục có triệu chứng của rối loạn TTPL nhưng không đầy đủ các triệu chứng toàn phát hoặc đủ các triệu chứng để đáp ứng các chẩn đoán của một loại TTPL. Cảm xúc cùn mòn, thu rút xã hội, hành vi lập dị, tư duy kém logic, và suy giảm nhẹ các mối quan hệ. Khi hoang tưởng hoặc ảo giác xảy ra, chúng không nổi bật và cũng không kèm theo cảm xúc mạnh mẽ.

#### IV. Các thể khác.

Cách phân loại (thể) TTPL đã có một lịch sử lâu dài; có những cách phân loại khác xuất hiện trong y văn, đặc biệt là y văn từ những nước khác ngoài Hoa Kỳ.

**1.Bouffée Déliante (Loạn thần hoang tưởng cấp).** Khái niệm chẩn đoán này khác với chẩn đoán TTPL chủ yếu dựa trên cơ sở là thời gian triệu chứng ít hơn 3 tháng. Việc chẩn đoán tương tự như các chẩn đoán DSM-5 của rối loạn dạng phân liệt. Các bác sĩ ở Pháp báo cáo rằng có khoảng 40 % BN có chẩn đoán bouffée déliante progress thì cuối cùng được phân loại là TTPL.

**2.Tièm ẩn.** Các khái niệm về TTPL tièm ẩn đã được phát triển trong một thời gian khi các nhà lý thuyết gia đề nghị các rối loạn theo thuật ngữ chẩn đoán mở rộng. Hiện nay,

BN phải bị bệnh tâm thần rõ rệt mới đảm bảo được chẩn đoán là TTPL, nhưng với một khái niệm chẩn đoán mở rộng của TTPL, tình trạng của BN hiện không được coi là bị bệnh nghiêm trọng cũng có thể được chẩn đoán là TTPL. Ví dụ, TTPL tiềm ẩn hiện nay thường được dùng thay cho rối loạn nhân cách ranh giới, schizoid, và schizotypal. Những BN này đôi khi có thể hiển thị các hành vi đặc thù hoặc các rối loạn tư duy, nhưng không biểu hiện các triệu chứng loạn thần phù hợp. Trong quá khứ, các hội chứng này cũng được gọi là TTPL ranh giới.

**3. Oneiroid (mơ mộng).** Các tình trạng oneiroid đề cập đến một trạng thái giống như mơ mộng trong đó BN có thể bị bối rối sâu sắc và mất định hướng về thời gian và địa điểm. Thuật ngữ TTPL oneiroid đã được sử dụng cho những BN có trải nghiệm ảo giác để tránh né tham gia vào thế giới thực. Khi có tình trạng oneiroid, các bác sĩ cần phải đặc biệt cẩn thận để khám BN để xem các triệu chứng này có phải là do bệnh lý hoặc thần kinh.

**4. Paraphrenia.** Thuật ngữ paraphrenia đôi khi được sử dụng như là một từ đồng nghĩa với TTPL hoang tưởng hay cho cả một quá trình dần dần xấu đi của bệnh lật hoặc sự hiện diện của một hệ thống hoang tưởng có hệ thống. Nhiều ý nghĩa của thuật ngữ làm cho nó hiệu quả trong việc truyền đạt thông tin.

**5. TTPL già TK (Pseudoneurotic).** Thỉnh thoảng, BN có các triệu chứng ban đầu như lo âu, sợ, ám ảnh, và cưỡng chế sau đó mới lộ ra các triệu chứng của rối loạn tư duy và loạn thần. Những BN này được đặc trưng bởi các triệu chứng của pananxiety, panphobia, panambivalence, và đôi khi rối loạn tình dục. Không giống như người bị rối loạn lo âu, BN pseudoneurotic có lo lắng pháp phòng (freefloating) mà hiếm khi giảm bớt. Trong mô tả lâm sàng, BN ít khi trở thành loạn thần rõ rệt và nghiêm trọng. Tình trạng này hiện đang được chẩn đoán là rối loạn nhân cách ranh giới.

**6. Rối loạn tồn hại đơn thuần (TTPL đơn thuần).** RL thiêt hại đơn giản là đặc trưng của một sự mất âm i dần dần của khuynh hướng và ham muốn. BN có các rối loạn thường không loạn thần rõ rệt và không gặp ảo giác dai dẳng hay hoang tưởng. Triệu chứng chính của họ là thu rút khỏi những tình huống xã hội và công việc liên quan. Hội chứng phải được phân biệt với bệnh trầm cảm, một ám ảnh sợ, một chứng sa sút trí tuệ, hoặc một nét cá tính trầm trọng. Bác sĩ cần chắc chắn rằng BN thực sự đáp ứng các tiêu chuẩn của TTPL trước khi thực hiện việc chẩn đoán.

**7. Rối loạn trầm cảm hậu loạn thần của TTPL.** Sau một giai đoạn TTPL cấp, một số BN bị trầm cảm. Các triệu chứng của rối loạn trầm cảm hậu loạn thần của TTPL có thể gần giống với triệu chứng của giai đoạn còn lại của TTPL và các tác dụng phụ của thuốc chống loạn thần thường được sử dụng. Việc chẩn đoán bệnh không nên được thực hiện nếu chúng là chất gây ra hoặc một phần của một rối loạn khí sắc do một tình trạng y tế chung. Các trạng thái trầm cảm xảy ra trong lên đến 25 %BN TTPL và có liên quan với tăng nguy cơ tự tử.

**8. TTPL-Khởi phát sớm.** Một số ít BN biểu hiện TTPL ở độ tuổi trẻ em. Như vậy trẻ em có thể được đặt vấn đề chẩn đoán sớm, đặc biệt là phân biệt với chậm phát triển tâm thần và rối loạn tự kỷ. Các nghiên cứu gần đây đã chứng minh rằng việc chẩn đoán TTPL thời thơ ấu có thể dựa trên các triệu chứng tương tự như cho TTPL của người lớn. Khởi đầu của nó là thường âm i, tiến trình có xu hướng là mãn tính, và tiến lượng hau như là bất lợi.

**9.TTPL-Khởi phát muộn.** TTPL-Khởi phát muộn là không thể phân biệt về mặt lâm sàng với TTPL, chỉ trừ việc khởi phát sau 45 tuổi. Tình trạng này có xu hướng xuất hiện thường xuyên hơn ở phụ nữ và có xu hướng được đặc trưng bởi một ưu thế của các triệu chứng hoang tưởng. Tiêu lượng là thuận lợi, và những BN này thường đáp ứng tốt với thuốc chống loạn thần.

**10.TTPL thâm hụt.** Trong những năm 1980, tiêu chuẩn được ứng dụng cho một thể của TTPL đặc trưng bởi các triệu chứng âm tính vô căn kéo dài. Những BN này cũng cho thấy có hội chứng thâm hụt. Nhóm BN này hiện nay được cho là có thâm hụt TTPL (xem các tiêu chí chẩn đoán bệnh giả định trong Bảng 7,1-2). BN TTPL có các triệu chứng dương tính được cho là có TTPL không thâm hụt. Các triệu chứng được sử dụng để xác định TTPL thâm hụt có quan hệ chặt chẽ với nhau, mặc dù kết hợp khác nhau của sáu triệu chứng âm tính trong các tiêu chuẩn có thể được tìm thấy.

#### Bảng 2. 1.1 Tiêu chuẩn chẩn đoán TTPL thâm hụt

Có ít nhất 2/6 triệu chứng sau có biểu hiện nặng trên LS:

- Hạn chế cảm xúc.
- Suy giảm mức cảm xúc.
- Ngôn ngữ nghèo nàn.
- Hạn chế sự quan tâm.
- Suy giảm nhận thức mục tiêu.
- Suy giảm khuynh hướng XH.

Có nhiều hơn 2 triệu chứng biểu hiện trong 12 tháng, và luôn luôn thể hiện thường trực trên LS (bao gồm tình trạng loạn thần mạn. Những triệu chứng này có thể có hoặc không được phát hiện trong suốt các giai đoạn loạn thần cấp vô tổ chức hoặc mất bù).

Có 2 hoặc nhiều hơn các đặc điểm sau, và cũng vô căn, nghĩa là không phải là triệu chứng thứ phát của một yếu tố nào khác ngoài tiến trình bệnh lý.

- Lo âu.
- Tác dụng phụ của thuốc.
- Đa nghĩ.
- RL hình thức tư duy.
- Ảo giác hoặc hoang tưởng.
- Tâm thần chậm chạp.
- Trầm cảm.

BN đáp ứng tiêu chí TTPL của DSM5.

BN thâm hụt có một tiến trình bệnh nặng hơn so với BN không thâm hụt, với một tỷ lệ cao hơn của các hành động không tự ý bất thường trước khi dùng thuốc chống loạn thần và trước khi khởi phát triệu chứng loạn thần họ có chức năng xã hội nghèo nàn hơn. Sự khởi phát của giai đoạn loạn thần đầu tiên thường âm ỉ hơn, và việc phục hồi chức năng của những BN này ít kéo dài hơn so với BN không thâm hụt. BN thâm hụt cũng ít có khả năng kết hôn hơn là những BN TTPL khác. Tuy nhiên, mặc dù mức độ nghèo nàn của họ về chức năng và cách ly xã hội lớn hơn, cả hai điều này làm tăng stress trên BN và, do đó có nguy cơ trầm cảm nghiêm trọng, BN thâm hụt nào có ít nguy cơ trầm cảm nặng thì có thể có ít nguy cơ tự tử hơn.

Các yếu tố nguy cơ của BN thâm hụt khác với những BN không thâm hụt; trong khi TTPL thâm hụt có liên quan đến đa số sinh vào mùa hè, BN không thâm hụt có đa số sinh vào mùa đông. TTPL thâm hụt cũng có thể được liên kết với một nguy cơ gia đình lớn hơn về TTPL và đặc điểm giống thâm hụt nhẹ trong thân nhân không loạn thần của người được khảo sát có thâm hụt. Trong một gia đình có nhiều anh chị em bị bệnh, các loại thâm hụt –không thâm hụt có xu hướng đồng nhất. Các nhóm thâm hụt cũng có một tỷ lệ cao hơn ở nam giới. Bệnh học tâm thần của BN thâm hụt tác động lên việc trị liệu; việc thiếu động lực, thiếu ưu tư, suy giảm nhận thức, và tính chất phi xã hội làm suy yếu hiệu quả của các biện pháp can thiệp tâm lý xã hội, cũng như sự tuân thủ phác đồ thuốc. Suy giảm nhận thức của họ nhiều hơn so với các đối tượng không thâm hụt, cũng góp phần vào sự thiếu hiệu quả.

**TEST TÂM LÝ.** BN TTPL thường hoạt động kém trên một loạt các test bệnh học thần kinh. Tính thức, tri nhớ, và hình thành khái niệm bị ảnh hưởng nhiều nhất và phù hợp với sự tham gia của bệnh lý vùng vỏ trán thái dương.

**Những thang đánh giá khách quan** về biểu hiện bệnh học thần kinh, chẳng hạn như mẫu Halstead-Reitan và mẫu Luria-Nebraska, thường giúp tìm kiếm những bất thường, chẳng hạn như rối loạn chức năng thùy trán và thùy thái dương hai bên, bao gồm suy yếu trong sự chú ý, thời gian lưu giữ, và khả năng giải quyết vấn đề. Khả năng vận động cũng bị suy yếu, có thể liên quan đến sự bất đối xứng của não.

**TEST CHỈ SỐ THÔNG MINH.** Khi nhóm BN TTPL được so sánh với nhóm BN tâm thần không có TTPL hoặc với dân số nói chung, các BN TTPL có xu hướng điểm số thấp hơn trong các bài test trí thông minh. Theo thống kê, các bằng chứng cho thấy trí thông minh thấp thường xuất hiện lúc khởi bệnh, và trí thông minh có thể tiếp tục xấu đi với sự tiến triển của bệnh.

#### **IV. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG**

Một cuộc thảo luận của các dấu hiệu lâm sàng và triệu chứng của TTPL đặt ra ba vấn đề chính:

- (1) **không có dấu hiệu hoặc triệu chứng lâm sàng nào là đặc trưng của TTPL;** mỗi dấu hiệu hoặc triệu chứng nhìn thấy trong TTPL có thể xảy ra ở các rối loạn tâm thần và thần kinh khác. Do đó, **bệnh sử** của BN là điều cần thiết để chẩn đoán TTPL; các bác sĩ không thể chẩn đoán TTPL chỉ đơn giản qua kết quả của một lần khám tình trạng tâm thần.
- (2) **các triệu chứng của BN thay đổi theo thời gian.** Ví dụ, BN có thể có ào giác liên tục và một khả năng khác nhau để thực hiện đầy đủ trong các tình huống xã hội, hoặc các triệu chứng quan trọng của một rối loạn khí sắc có thể đến và đi trong quá trình TTPL.
- (3) **các bác sĩ phải ghi nhận trình độ học vấn của BN, khả năng trí tuệ, và các yếu tố văn hóa và tập quán.** Ví dụ, việc thiếu khả năng hiểu các khái niệm trừu tượng có thể phản ánh hoặc là trình độ hoặc là trí thông minh của BN. Các tổ chức tôn giáo và các giáo phái có thể có những phong tục mà dường như xa lạ đối với người ngoài, nhưng là bình thường với những người cùng bối cảnh văn hóa.

#### **Các dấu hiệu và triệu chứng báo trước ( premorbid)**

Trong công thức lý thuyết của quá trình TTPL, các dấu hiệu và triệu chứng báo trước xuất hiện trước giai đoạn tiền triệu của bệnh.

Sự phân biệt ngụ ý rằng các dấu hiệu và triệu chứng premorbid tồn tại trước khi quá trình bệnh chứng cứ chính nó và rằng các dấu hiệu và triệu chứng báo trước là các bộ phận của rối loạn phát triển. Trong điển hình, nhưng không phải bắt buộc, bệnh sử premorbid của TTPL, BN có tính cách phân liệt hoặc dạng phân liệt đặc trưng như yên lặng, thụ động, và sống nội tâm; khi còn nhỏ, chúng có vài người bạn. Thanh thiếu niên tiền phân liệt có thể không có bạn bè thân thiết và không có ngày và có thể tránh các môn thể thao đồng đội. Họ có thể thích xem phim và truyền hình, nghe nhạc, hoặc chơi trò chơi máy tính để loại trừ các hoạt động xã hội. Một số BN vị thành niên có thể hiển thị một khởi phát đột ngột của hành vi OCD như là một phần của hình ảnh báo trước. Hiệu lực của các dấu hiệu và triệu chứng báo trước, hầu như không được công nhận sau khi chẩn đoán TTPL đã được thực hiện, thì không chắc chắn; sau khi TTPL được chẩn đoán, việc tưởng nhớ hồi cứu các dấu hiệu và triệu chứng sớm bị ảnh hưởng. Tuy nhiên, mặc dù các bệnh viện đầu tiên thường được cho là đánh dấu sự khởi đầu của sự rối loạn, các dấu hiệu và triệu chứng thường có mặt trong nhiều tháng hoặc thậm chí nhiều năm. Các dấu hiệu có thể đã bắt đầu phản nản về triệu chứng soma, chẳng hạn như đau đầu, đau lưng và đau cơ, yếu cơ, và các vấn đề tiêu hóa. Chẩn đoán ban đầu có thể là giả vờ đau, hội chứng mệt mỏi mãn tính, hoặc rối loạn cơ thể. Gia đình và bạn bè cuối cùng có thể nhận thấy rằng người đó đã thay đổi và không còn hoạt động tốt trong các hoạt động nghề nghiệp, xã hội và cá nhân. Trong giai đoạn này, BN có thể bắt đầu phát triển một quan tâm đến ý tưởng trừu tượng, triết học, và các câu hỏi huyền bí hay tôn giáo. Dấu hiệu báo trước bỗng dưng và các triệu chứng có thể bao gồm hành vi rõ rệt đặc biệt, cảm xúc bất thường, lời nói khác thường, những ý tưởng kỳ lạ, và trải nghiệm tri giác kỳ lạ.

#### A. Khám tình trạng tâm thần

**Khái quát.** Biểu hiện của một BN TTPL có thể dao động từ một người hoàn toàn bù xu lôi thôi, la hét, kích động đến một người ăn mặc chỉnh chu, hoàn toàn im lặng, và bất động. Giữa hai thái cực này, BN có thể nói nhiều và có thể biểu hiện những tư thế kỳ quái. Hành vi của họ có thể trở nên kích động hoặc bạo lực, rõ ràng là không có mục đích, nhưng thường là do đáp ứng với ảo giác. Ngược lại, ở trạng thái sững sờ căng trương lực, thường được gọi là catatonia, BN có vẻ hoàn toàn vô hồn và thể hiện các dấu hiệu như im lặng, phủ định, và vắng lời tự động. Uốn sấp, một dấu hiệu phổ biến ở catatonia, đã trở nên hiếm, vì có hành vi kiêu cách. Một BN thể catatonia nhẹ có thể biểu hiện thu rút xã hội và vị kỷ rõ rệt, thiếu ngôn ngữ hay vận động tự ý, và không có hành vi mục tiêu định hướng. BN catatonia có thể ngồi bất động và không nói nên lời trong ghế của họ, trả lời câu hỏi với câu nói cựt ngắn, và chỉ di chuyển khi có lệnh di chuyển. Các hành vi hiền nhiên khác có thể bao gồm vụng về hay cứng ngắt trong chuyển động cơ thể, các dấu hiệu này hiện được xem là có thể chỉ ra một quá trình bệnh lý ở hạch nền. BN TTPL thường kém chuẩn bị chu đáo, không tắm rửa, và ăn mặc quá ấm so với nhiệt độ hiện tại. Hành vi kỳ dị khác bao gồm co giật; rập khuôn; kiêu cách; và, đôi khi nhại tư thế, trong đó BN bắt chước tư thế hoặc các hành vi của người khác.

**TAN RÃ CẢM XÚC.** Một số bác sĩ có kinh nghiệm báo cáo về một cảm xúc tan rã, một trải nghiệm trực quan của sự bất lực trong việc thiết lập một mối quan hệ tinh cảm ở BN. Mặc dù trải nghiệm này là phổ biến, không có dữ liệu cho thấy rằng nó là một tiêu chí hợp lệ hay đáng tin cậy trong chẩn đoán TTPL.

## **1.Khí sắc, cảm nghĩ, cảm xúc.**

Hai triệu chứng cảm xúc thông thường trong TTPL là giảm đáp ứng tình cảm, đôi khi đủ năng để xác định anhedonia, và tăng động quá mức và không phù hợp cảm xúc như giận dữ, hạnh phúc, và lo lắng quá mức. Một cảm xúc phẳng lặng hoặc cùn mòn có thể là một triệu chứng của bệnh nội khoa, các tác dụng phụ parkinson của thuốc chống loạn thần, hay trầm cảm, và phân biệt các triệu chứng này có thể là một thách thức lâm sàng. BN có cảm xúc quá mức có thể mô tả cảm xúc hân hoan của toàn năng, ngất trí (tôn giáo), khiếp sợ sự tan rã của linh hồn của họ, hoặc lo âu tê liệt về sự hủy diệt của vũ trụ. Cảm xúc khác bao gồm bối rối, một cảm giác cô lập, thiếu hòa hợp quá mức, và trầm cảm.

## **2.Rối loạn tri giác**

**Ảo giác.** BN TTPL có thể trải nghiệm ảo giác ở bất kỳ giác quan nào trong 5 giác quan. Tuy nhiên, các ảo giác phổ biến nhất là thính giác, với giọng nói thường là đe dọa, tục tĩu, buộc tội, hoặc lăng mạ. Hai hay nhiều giọng nói có thể nói chuyện với nhau, hoặc một giọng nói có thể nhận xét về cuộc sống hay hành vi của BN. Ảo giác thị giác là phổ biến, nhưng xúc giác, khứu giác, vị giác và ảo giác là không bình thường (Hình 7.1-6.); nếu có các ảo giác này thì các bác sĩ lâm sàng cần xem xét khả năng có một rối loạn y tế hay thần kinh ẩn giấu là nguyên nhân gây ra toàn bộ hội chứng.

**Ảo giác Cenesthetic.** Ảo giác cenesthetic là cảm giác vô căn cứ của các tình trạng thay đổi trong các bộ phận cơ thể. Ví dụ về các ảo giác cenesthetic bao gồm cảm giác nóng rát ở não, một cảm giác căng trong các mạch máu, và một cảm giác bị cắt trong tủy xương. Những biến dạng cơ thể cũng có thể xảy ra.

**Ảo tưởng.** Đề phân biệt với ảo giác, ảo tưởng trong khi những biến dạng của hình ảnh thực tế hay những cảm giác, ảo giác không dựa trên hình ảnh hay những cảm giác thực sự. Ảo tưởng có thể xảy ra ở những BN TTPL trong giai đoạn hoạt động, nhưng chúng cũng có thể xảy ra trong giai đoạn tiền triệu và trong thời kỳ thuyên giảm. Bất cứ khi nào ảo tưởng hoặc ảo giác xảy ra, các bác sĩ nên xem xét khả năng của do một chất liên quan gây ra các triệu chứng, ngay cả khi BN đã được chẩn đoán là TTPL.

**Tư duy.** Rối loạn tư duy là những triệu chứng khó hiểu nhất đối với nhiều bác sĩ và sinh viên, nhưng chúng có thể là triệu chứng cốt lõi của TTPL. Chia rối loạn tư duy vào các rối loạn về nội dung tư duy, hình thức tư duy, và tiến trình tư duy là một cách để làm rõ chúng.

a.NỘI DUNG TƯ DUY. Rối loạn về nội dung tư duy phản ánh ý tưởng, niềm tin, và giải thích các kích thích của BN. Các hoang tưởng là ví dụ rõ ràng nhất của một rối loạn nội dung tư duy, rất đa dạng trong TTPL và có thể ở dạng bị hại, tự cao, tôn giáo, hoặc soma.

BN có thể tin rằng một thực thể bên ngoài kiểm soát những suy nghĩ hoặc hành vi của họ hoặc ngược lại, rằng họ kiểm soát các sự kiện bên ngoài trong một kiểu cách đặc biệt (như làm mặt trời mọc và lặn hoặc ngăn ngừa động đất). BN có thể có một mối bận tâm và ám ảnh quá mức với những ý tưởng thần bí, trừu tượng, biểu tượng, tâm lý, hay triết học. BN cũng có thể lo lắng về bị cáo buộc lifethreatening nhưng điều kiện soma kỳ lạ và không hợp lý, chẳng hạn như sự hiện diện của người ngoài hành tinh bên trong tinh hoàn của BN ảnh hưởng đến khả năng làm bố của mình.

Việc mất cùm từ ranh giới cái tôi mô tả các thiếu ý thức rõ ràng về nơi mà các BN của cơ thể, tâm trí, và ảnh hưởng kết thúc và nơi những người có sinh khác và các đối tượng vô tri vô giác bắt đầu. Ví dụ, BN có thể nghĩ rằng những người khác, truyền hình, hay báo chí đang đề cập đến họ (ý tưởng của tài liệu tham khảo). Các triệu chứng khác của sự mất mát của ranh giới cái tôi bao gồm các cảm giác rằng BN đã thể chất hợp nhất với một đối tượng bên ngoài (ví dụ, một cây hoặc một người khác) hoặc là BN đã tan rã và hợp nhất với toàn thể vũ trụ (nhận dạng vũ trụ). Với tình trạng như của tâm, một số BN TTPL nghĩ ngờ giới tính hay xu hướng tình dục của họ. Những triệu chứng này không nên nhầm lẫn với transvestism, chuyển giới, hoặc các vấn đề giới tính khác.

b.HÌNH THỨC TƯ DUY. Rối loạn về hình thức tư duy là biểu hiện khách quan có thể quan sát thấy qua những điều BN nói và viết (Hình. 7.1-7). Các rối loạn bao gồm ít liên quan, lan man, rời rạc, lạc đà, sự bất ngờ, từ mới, nhại lời, verbigeration, từ ngữ hổ lốn, và làm thinh. Mặc dù ít liên quan đã được miêu tả là pathognomonic TTPL, các triệu chứng thường thấy ở hưng cảm. Phân biệt giữa ít liên quan và lạc đà có thể được khó khăn cho cả những bác sĩ giàu kinh nghiệm nhất.

Một trong những yếu tố phổi biến trong quá trình tư duy trên là một mồi bận tâm với lực lượng vô hình, bức xạ, phù thủy, tôn giáo, triết học và tâm lý học và nghiêng về phía thần bí, trừu tượng, và biểu tượng. Do đó, tư duy của một người bị TTPL được đặc trưng đồng thời bằng cả tính chất cụ thể quá mức và tượng trưng quá mức.

c.TIẾN TRÌNH TƯ DUY. Rối loạn trong quá trình tư duy quan tâm đến cách thức các ý tưởng và ngôn ngữ được hình thành. BS tìm ra sự rối loạn qua những điều và cách thức BN nói, viết, hoặc vẽ ra. BS cũng có thể đánh giá quá trình suy nghĩ của BN bằng cách quan sát hành vi của họ, đặc biệt là trong việc thực hiện các nhiệm vụ riêng biệt (ví dụ, trong lao động trị liệu). Sự rối loạn quá trình tư duy bao gồm tư duy phi tán, tư duy bị chấn, thiếu chú ý, nội dung tư tưởng nghèo nàn, khả năng trừu tượng kém, dai dẳng, liên quan theo kiểu riêng (ví dụ, ví ngữ trùng lặp, các tiếng kêu), thu gọn từ ngữ quá mức, và sự bất ngờ. Tư duy bị kiểm soát, trong đó lực lượng bên ngoài kiểm soát những gì BN nghĩ hoặc cảm thấy, là phổi biến, như là tư duy bị phát thanh, trong đó BN nghĩ rằng những người khác có thể đọc được suy nghĩ của họ hoặc là suy nghĩ của họ được phát sóng thông qua truyền hình hay radio.

**Bốc đồng, bạo lực, tự sát, và Giết người.** BN TTPL có thể được kích động và kém kiểm soát xung động khi bị bệnh. Họ cũng có thể giảm sự nhạy cảm xã hội và xuất hiện để được bốc đồng, ví dụ, khi họ lấy điếu thuốc của BN khác, đồi kênh truyền hình đột ngột, hoặc ném thức ăn trên sàn nhà. Một số hành vi dường như bốc đồng, bao gồm cả nỗ lực tự tử và giết người, có thể để đáp ứng với những ảo giác chỉ huy các BN để hành động.

**BẠO LỰC.** Hành vi bạo lực (không bao gồm giết người) thường gặp ở những BN TTPL không được điều trị. Hoang tưởng bị hại tự nhiên, các giai đoạn bạo lực trước đây, và loạn thần là những yếu tố nguy cơ xảy ra hành vi bạo lực hay bốc đồng. Điều trị bao gồm các thuốc chống loạn thần thích hợp. Điều trị khẩn cấp bao gồm các cổ định và cách ly. An thần cấp thời bằng lorazepam (Ativan), 1-2mg tiêm bắp, lặp đi lặp lại mỗi giờ khi cần thiết, có thể là cần thiết để ngăn chặn BN làm tổn hại đến người khác. Nếu một bác sĩ cảm thấy sợ hãi khi tiếp xúc với một BN TTPL, vì có nguy cơ BN sẽ có hành vi

kích động gây hấn. Trong trường hợp như vậy, các cuộc hỏi bệnh nên được chấm dứt hoặc được tiến hành với một nhân viên sẵn sàng đối phó.

**Tự tử.** Tự tử là nguyên nhân hàng đầu duy nhất của tử vong sớm ở những người bị TTPL. Nỗ lực tự sát được thực hiện ở 20 đến 50% BN, với tỷ lệ dài hạn của tự sát ước tính là 10-13 phần trăm. Theo DSM-5 khoảng 5-6 %BN TTPL chết do tự tử, nhưng điều này có lẽ là bị giảm bớt. Thông thường, tự tử trong TTPL thường như xảy ra "một cách bất ngờ," mà không cần cảnh báo trước hoặc bày tỏ ý định bằng lời nói. Yếu tố quan trọng nhất là sự hiện diện của một giai đoạn trầm cảm chủ yếu.

Các nghiên cứu dịch tễ học cho rằng có đến 80% BN TTPL có thể có một giai đoạn trầm cảm chủ yếu tại một vài thời điểm trong cuộc sống của họ. Một số dữ liệu cho thấy một nghịch lý rằng những BN có tiên lượng tốt nhất (ít triệu chứng âm tính, vẫn còn trải nghiệm cảm xúc, tự duy trì tương tốt) cũng có thể có nguy cơ cao nhất đối với tự sát. Các thông tin về BN có nguy cơ lớn nhất là nam giới, trẻ, đã từng có những kỳ vọng cao, suy giảm từ mức cao của hoạt động, nhận ra rằng giấc mơ của mình không có khả năng trở thành sự thật, và đã mất niềm tin vào hiệu quả của điều trị. Những đóng góp khác có thể có tỷ lệ tự sát cao bao gồm ảo thanh mệnh lệnh và lạm dụng ma túy. Hai phần ba số BN TTPL, người tự tử đã nhìn thấy một bác sĩ đường như không ngờ trong vòng 72 giờ của cái chết. Một nghiên cứu được lý lớn cho thấy rằng clozapine (Clozaril) có thể có hiệu quả đặc biệt trong việc làm giảm ý tưởng tự tử ở BN TTPL nhập viện vì lý do nỗ lực tự tử. Thuốc chống trầm cảm phụ trợ đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc giảm xảy ra đồng thời trầm cảm nặng trong TTPL.

**Giết người.** Mặc dù sự chú ý giật gân rằng các phương tiện thông tin cung cấp khi một BN TTPL giết một ai đó, các dữ liệu có sẵn cho thấy rằng những BN không có nhiều khả năng để thực hiện vụ giết người hơn là một thành viên của dân số nói chung. Khi một BN TTPL không cam kết tội giết người, nó có thể là vì những lý do không thể đoán trước hoặc kỳ lạ dựa trên ảo giác hay ảo tưởng.

dự đoán có thể hoạt động sát nhân là một lịch sử bạo lực trước đó, hành vi nguy hiểm trong khi nhập viện, và ảo giác hay ảo tưởng liên quan đến bạo lực như vậy.

## 2. Tri giác và nhận thức

**Sự định hướng.** BN TTPL thường định hướng được người, thời gian và địa điểm. Việc thiếu định hướng nhắc nhở bác sĩ lâm sàng cần kiểm tra khả năng của một bệnh lý hay rối loạn thần kinh trung ương. Một số BN TTPL có thể đưa ra câu trả lời không chính xác hoặc kỳ lạ về những câu hỏi định hướng, ví dụ, "Tôi là Đức Kitô; đây là thiên đường; và đang ở năm 35 sau công nguyên."

**Trí nhớ.** Test trí nhớ, như test tình trạng tâm thần, thường là còn nguyên vẹn, nhưng có thể có khiếm khuyết nhận thức nhẹ. Tuy nhiên, không thể có BN tham gia đầy đủ chính xác các test trí nhớ có khả năng có được đánh giá hoàn hảo.

**Suy giảm nhận thức.** Một tiến triển quan trọng trong sự hiểu biết về bệnh lý tâm thần của TTPL là đánh giá mức độ nặng của suy giảm nhận thức trong các rối loạn. Ở BN ngoại trú, suy giảm nhận thức là một yếu tố dự báo tốt hơn về mức độ chức năng hơn là mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng loạn thần. BN TTPL thường biểu hiện rối loạn chức năng nhận thức tinh tế trong các lĩnh vực chú ý, chức năng điều hành, trí nhớ công việc, và trí nhớ giai đoạn. Mặc dù một tỷ lệ đáng kể BN có chỉ số thông minh bình thường, có thể là mỗi người có TTPL đã rối loạn chức năng nhận thức so với những gi-

họ sẽ có thể làm khi không có rối loạn. Mặc dù những khiếm khuyết này không thể có chức năng làm công cụ chẩn đoán, chúng có liên quan chặt chẽ với các hậu quả chức năng của bệnh, và vì lý do đó, có giá trị làm sàng nhu tiên lượng diễn biến, cũng như đối với việc lập kế hoạch điều trị.

Sự suy giảm nhận thức đường như đã có mặt khi BN có giai đoạn đầu tiên và xuất hiện chủ yếu vẫn ổn định trong giai đoạn sớm của bệnh. (Có thể có một nhóm nhỏ các BN có bệnh mất trí nhớ thật vào cuối đời mà không phải là do những rối loạn nhận thức khác, chẳng hạn như bệnh Alzheimer.) Suy giảm nhận thức cũng có mặt trong các hình thức suy yếu trong liên quan không loạn thần của BN TTPL.

Các khiếm khuyết nhận thức của TTPL đã trở thành mục tiêu của thử nghiệm điều trị được lý và tâm lý xã hội. Có khả năng là phương pháp điều trị hiệu quả sẽ trở nên phổ biến rộng rãi trong một vài năm tới, và đây là những khả năng dẫn đến một sự cải thiện chất lượng cuộc sống và mức độ hoạt động của những người bị TTPL.

**Phán đoán và Nhận thức bệnh.** Theo quan niệm kinh điển, BN TTPL được mô tả là có nhận thức bệnh kém tùy theo tính chất và mức độ nghiêm trọng của rối loạn của họ. Cái gọi là nhận thức bệnh kém gắn liền với việc kém tuân thủ điều trị. Khi khám các BN TTPL, bác sĩ lâm sàng cần thận nêu xác định các khía cạnh khác nhau của nhận thức bệnh, chẳng hạn như nhận thức của các triệu chứng, khó hòa đồng với mọi người, và lý do của những vấn đề này. Những thông tin này có thể hữu ích trên lâm sàng cho việc thiết kế một chiến lược điều trị và học thuyết hữu ích trong việc xác định khu vực của não bộ góp phần vào sự thiếu dữ liệu cho nhận thức bệnh (ví dụ, các thùy đỉnh).

**Độ tin cậy.** Một BN TTPL vẫn đáng tin cậy như bất kỳ BN tâm thần khác. Tuy nhiên, bản chất của rối loạn, đòi hỏi người khám phải xác minh thông tin quan trọng thông qua các nguồn bổ sung.

### 3. Bệnh cơ thể đi kèm

**Những phát hiện về thần kinh.** Dấu thần kinh định vị hay không định vị (còn được gọi là dấu hiệu cứng và mềm, tương ứng) đã được báo cáo là phổ biến ở những BN TTPL hơn ở những BN tâm thần khác. Dấu hiệu không định vị bao gồm dysdiadochokinesia (khó thực hiện động tác), astereognosis (không xác định được đồ vật), phản xạ nguyên thủy, và giảm khéo léo. Sự hiện diện của các dấu hiệu và triệu chứng thần kinh tương quan với sự gia tăng mức độ nghiêm trọng của bệnh, cảm xúc cùn mòn, và tiên lượng xấu. Dấu hiệu thần kinh không bình thường khác bao gồm co giật, rập khuôn, nhăn nhó, kỹ năng vận động bị suy yếu, sức cơ bất thường, và các vận động bất thường. Một nghiên cứu đã tìm thấy rằng chỉ có khoảng 25% BN TTPL hiếu biết về động tác tự động bất thường của chính họ và sự thiếu nhận thức có tương quan với sự thiếu hiểu biết về các rối loạn loạn thần chính và thời gian bị bệnh.

**Khám mắt.** Ngoài các rối loạn của sự theo đuổi mắt mịn (vận động chuyển mắt đột ngột), BN TTPL có một tỷ lệ nháy mắt cao. Tỷ lệ nháy mắt cao được cho là phản ánh hoạt động hyperdopaminergic. Trong các loài linh trưởng, nháy nháy mắt có thể được tăng lên bằng chất chủ vận dopamine và giảm chất đối kháng dopamin.

**Lời nói.** Mặc dù các rối loạn về lời nói trong TTPL (ví dụ, ít liên quan) theo kinh điển được coi là để chỉ một rối loạn suy nghĩ, chúng cũng có thể chỉ ra một dạng khò chịu của mắt ngôn ngữ, có lẽ do các thùy đỉnh chi phối. Sự bắt lực của BN TTPL trong nhận thức ngôn điệu của lời nói hoặc đổi điệu giọng nói có thể được xem như là một triệu chứng

thần kinh của một rối loạn ở thùy đĩnh bên không thuận. Triệu chứng khác giống của thùy đĩnh trong TTPL bao gồm việc không có khả năng dễ thực hiện nhiệm vụ (tức là, apraxia), mất định hướng phải trái, và sự thiếu quan tâm về rối loạn này.

#### 4. Bệnh kèm khác

**Béo phì.** BN TTPL hay bị béo phì, với chỉ số khối cơ thể (BMI) cao hơn nhóm người cùng tuổi và giới tính xuất hiện trong dân số nói chung. Điều này là do, ít nhất là một phần, với ảnh hưởng của nhiều loại thuốc chống loạn thần, cũng như cân bằng dinh dưỡng kém và giảm hoạt động vận động. Chính việc tăng cân này, góp phần làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch và tử vong, tăng nguy cơ bệnh tiểu đường, béo phì và các bệnh liên quan khác như tăng lipid máu và ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ.

**Đái tháo đường.** TTPL có liên quan với tăng nguy cơ đái tháo đường type II. Đây có lẽ một phần là do liên quan với béo phì được ghi nhận trước đây, nhưng đó cũng là bằng chứng cho thấy một số loại thuốc chống loạn thần gây ra bệnh tiểu đường thông qua một cơ chế trực tiếp.

**Bệnh tim mạch.** Nhiều loại thuốc chống loạn thần có tác dụng trực tiếp trên điện sinh lý tim. Ngoài ra, béo phì, tăng tỷ lệ hút thuốc lá, đái tháo đường, tăng lipid máu; và một lối sống ít vận động đều tăng một cách độc lập các nguy cơ bệnh tật và tử vong tim mạch.

**HIV.** BN TTPL có nguy cơ lây nhiễm HIV là 1,5 đến 2 lần so với dân số nói chung. Liên quan này được cho là do các hành vi nguy cơ cao, chẳng hạn như quan hệ tình dục không an toàn, nhiều bạn tình, và tăng cường sử dụng ma túy.

**Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.** Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đang tăng lên từ trong TTPL so với dân số nói chung. Tỷ lệ cao của việc hút thuốc là một đóng góp rõ ràng cho vấn đề này và có thể là nguyên nhân duy nhất.

**Viêm khớp dạng thấp.** BN TTPL chỉ có 1/3 nguy cơ viêm khớp dạng thấp so với trong dân số nói chung. Mỗi liên quan nghịch thường này đã được lập lại nhiều lần, ý nghĩa của nó là không rõ.

### B. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

#### 1. Rối loạn loạn thần thứ phát

Một loạt các bệnh lý không tâm thần và một loạt các chất có thể gây ra các triệu chứng rối loạn tâm thần và catatonia (Bảng 7.1- 3). Việc chẩn đoán thích hợp nhất cho rối loạn tâm thần hoặc catatonia như là rối loạn tâm thần do một bệnh lý tổng quát, rối loạn catatonic do một bệnh lý chung, hoặc rối loạn tâm thần do chất.

Bảng 2.1- 2

#### Chẩn đoán phân biệt với các triệu chứng giống TTPL

Bệnh lý và bệnh TK	Tâm thần
Do Chất: Amphetamine, chất gây ảo giác, belladonna, ảo giác do rượu, cai barbiturat, cocaine, phencyclidine.	Loạn thần không điển hình. RL tự kỷ RL loạn thần ngắn. RL hoang tưởng RL giả bệnh với dấu hiệu và triệu chứng tiền triệu loạn thần. Giả vờ đau RL khi sặc Thiếu niêm bình thường
Động kinh: đặc biệt động kinh thùy thái dương.	
Khối u, bệnh lý mạch máu não, hoặc chấn thương, đặc biệt vùng tủy hoặc hệ viền.	
Các bệnh khác	
Porphyria cấp gián đoạn.	

AIDS	OCD
Thiếu vitamin B12.	RL nhân cách- dạng phân liệt, phân liệt, ranh giới, paranoid.
Ngộ độc CO.	RL phân liệt cảm xúc.
RL chuyển hóa lipid não	TTPL
Bệnh Creutzfeldt-Jakob	RL dạng phân liệt
Bệnh Fabry	
Bệnh Fahr	
Bệnh Hallervorden-Spatz.	
Nhiễm độc kim loại nặng.	
Herpes não.	
Homocystinuria (RL chuyển hóa methionin)	
Bệnh Huntington.	
Metachromatic leukodystrophy (bệnh tích trữ lysosom...)	
Giang mai thần kinh	
Tràn dịch não áp lực bình thường	
Pellagra	
Lupus đồ hệ thống	
Hội chứng Wernicke-Korsakoff	
Bệnh Wilson	

Khi đánh giá một BN có triệu chứng loạn thần, bác sĩ cần làm theo những hướng dẫn chung cho việc đánh giá bệnh lý không tâm thần. (1) các bác sĩ nên tích cực truy tìm một bệnh lý không tâm thần chưa được chẩn đoán khi BN biểu hiện triệu chứng bất thường bất kỳ hoặc hiếm gặp hoặc sự bất kỳ sự thay đổi mức độ ý thức. (2) cần phải cố gắng để có được một tiền sử gia đình đầy đủ, bao gồm tiền sử y khoa, thần kinh và rối loạn tâm thần. (3), cần phải xem xét khả năng của một bệnh lý không tâm thần, ngay cả ở những BN có chẩn đoán trước đây là TTPL. Có khả năng một BN TTPL chỉ là do có một khối u não gây các triệu chứng loạn thần kinh là một BN không phải TTPL.

### 2. Các Rối loạn loạn thần khác

Các triệu chứng loạn thần kinh TTPL có thể giống với những rối loạn dạng phân liệt, rối loạn loạn thần ngắn, rối loạn phân liệt và các rối loạn hoang tưởng. RL dạng phân liệt khác với TTPL vì các triệu chứng có thời gian ít nhất là 1 tháng nhưng ít hơn 6 tháng. RL loạn thần ngắn là chẩn đoán thích hợp khi các triệu chứng đã kéo dài ít nhất 1 ngày nhưng ít hơn 1 tháng và khi BN đã không trở về trạng thái chức năng tiền triệu trong thời gian đó. Cũng có thể có một sự kiện đau buồn lắng đọng. Khi một hội chứng hưng cảm hay trầm cảm phát triển đồng thời với các triệu chứng chính của TTPL, rối loạn phân liệt cảm xúc là chẩn đoán thích hợp. Các hoang tưởng không kỳ quái biểu hiện ít nhất 1 tháng mà không có các triệu chứng khác của TTPL hoặc một rối loạn khi sắc đàm bão cho chẩn đoán rối loạn hoang tưởng.

### 3. Rối loạn khí sắc

Một BN với một giai đoạn trầm cảm chủ yếu có thể biểu hiện hoang tưởng và ảo giác, cho dù BN có rối loạn khí sắc đơn cực hay lưỡng cực. Hoang tưởng gặp trong trầm cảm loạn thần thường tương đồng với khí sắc và liên quan đến các chủ đề như tội lỗi, tự

trách móc, tự trừng phạt, và về các bệnh nan y. Trong rối loạn khí sắc, các triệu chứng loạn thần tự khỏi hoàn toàn khi giải quyết được trầm cảm.

Một giai đoạn trầm cảm nghiêm trọng cũng có thể dẫn đến mất chức năng, giảm tự chăm sóc, và xa lánh xã hội, nhưng đây là những triệu chứng thứ phát của trầm cảm và không nên nhầm lẫn với các triệu chứng âm tính của TTPL.

Một giai đoạn hưng cảm đầy đủ thường có biểu hiện hoang tưởng và đói khi ảo giác. Hoang tưởng trong hưng cảm thường tương đồng với khí sắc và thường liên quan đến chủ đề tự cao. Tuy thời điểm, tư duy phi tán gẫu trong hưng cảm có thể bị nhầm lẫn với các rối loạn tư duy của TTPL. Đặc biệt chú ý trong quá trình khám tình trạng tâm thần của một BN có tư duy phi tán cản lưu ý việc duy trì sự liên quan kết nối giữa các chủ đề, mặc dù rất khó theo dõi cuộc đối thoại vì tốc độ tư duy nhanh chóng của BN.

#### 4. Các Rối loạn nhân cách (RLNC)

Các RLNC khác có thể có một số tính năng của TTPL. RLNC kiêu phán liệt, RLNC phân liệt, và RLNC ranh giới là những RLNC có các triệu chứng tương tự nhiều nhất. RLNC ám ảnh cuồng chế nghiêm trọng có thể che lấp một tiền trình TTPL ở bên dưới. RLNC không giống như TTPL ở chỗ có triệu chứng nhẹ và một bệnh sử xảy ra trong suốt cuộc đời của BN; chúng cũng thiếu một thời điểm khởi phát rõ rệt.

#### 5. Làm bộ đau và rối loạn giả bệnh

Đối với một BN bắt chước các triệu chứng TTPL, nhưng không thực sự có rối loạn, rối loạn giả vờ đau hoặc giả bệnh có thể là một chẩn đoán thích hợp. BN giả các triệu chứng TTPL và đã được nhận vào và điều trị tại các bệnh viện tâm thần. Tình trạng của BN hoàn toàn kiểm soát sẵn xuất các triệu chứng của họ có thể hội đủ điều kiện cho một chẩn đoán giả vờ đau; những BN này thường có một số lý do tài chính hay pháp lý rõ ràng để muốn được coi là bị bệnh tâm thần. Tình trạng BN kém kiểm soát các triệu chứng loạn thần giả mạo có thể hội đủ điều kiện cho một chẩn đoán rối loạn nhân tạo. Tuy nhiên, một số BN TTPL có thể giả phản nản về sự gia tăng các triệu chứng tâm thần để có được tăng thêm hỗ trợ có lợi hoặc để được nhận vào một bệnh viện.

### V. TIỀN TRIỀN VÀ TIỀN LƯỢNG

#### 1. Tiền triển

Một mô hình tiền triển của các triệu chứng có thể là bằng chứng đầu tiên của bệnh, mặc dù tầm quan trọng của các triệu chứng thường chỉ được xác nhận qua hồi cứu. Đặc biệt, các triệu chứng bắt đầu ở tuổi thiếu niên và được theo sau bởi sự phát triển của các triệu chứng báo trước trong vài ngày đến vài tháng. Thay đổi xã hội, môi trường, chẳng hạn như đi học đại học xa, sử dụng một chất, hoặc cái chết của một người thân, có thể thúc đẩy các triệu chứng đáng lo ngại, và hội chứng tiền triệu có thể kéo dài một năm hoặc hơn trước khi khởi phát triệu chứng loạn thần công khai.

Tiền trình kinh điển của TTPL là những những đợt bùng phát và thuyên giảm. Sau giai đoạn loạn thần đầu tiên, một BN dần hồi phục và sau đó có thể hoạt động tương đối bình thường trong một thời gian dài. Tuy nhiên, BN thường bị tái phát, và các mô hình của bệnh trong 5 năm đầu tiên sau khi chẩn đoán thường chỉ ra tiền trình của bệnh. BN gia tăng suy giảm về hoạt động cơ bản sau mỗi đợt tái phát rối loạn loạn thần. Thất bại trong việc quay về chức năng cơ bản sau mỗi lần tái phát là sự khác biệt lớn giữa TTPL và các rối loạn khí sắc. Đôi khi một trầm cảm hậu loạn thần có thể quan sát thấy sau một giai đoạn loạn thần trên lâm sàng, và BN TTPL thường dễ bị tổn thương do stress trong

suốt đời. Triệu chứng dương tính có xu hướng trở nên ít nghiêm trọng với thời gian, nhưng triệu chứng âm tính thu rút xã hội hoặc khiếm khuyết có thể gia tăng mức độ nghiêm trọng. Mặc dù khoảng một phần ba của tất cả các BN TTPL tồn tại bên lề xã hội hoặc được thu gom, hầu hết có cuộc sống đặc trưng là lang thang; không làm việc; nhập viện thường xuyên; và vô gia cư và nghèo đói trong môi trường đô thị.

## **2. Tiêu lượng**

Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng trong khoảng thời gian từ 5 đến 10 năm sau khi nhập viện tâm thần lần đầu do TTPL, chỉ có khoảng 10 đến 20% BN có thể được mô tả là có một kết quả tốt. Hơn 50 % BN có thể được mô tả là có một kết cục xấu, nhập viện nhiều lần, gia tăng các triệu chứng, các đợt rối loạn khi sặc nặng, và nỗ lực tự tử. Mặc dù có những khuôn mặt cau có, TTPL không phải luôn luôn có tiền triền xấu, và một số yếu tố có liên quan với tiêu lượng tốt (Bảng 7.1-4).

**Bảng 2.1-3**

**Các yếu tố có liên quan với tiêu lượng tốt và xấu trong TTPL.**

Tiêu lượng tốt	Tiêu lượng xấu
Khởi phát trễ Có yếu tố thúc đẩy Khởi phát cấp tính Có tiền triệu tốt về XH, giới tính, công việc. Triệu chứng RL khi sặc (đặc biệt RL trầm cảm) Đã lập gia đình. Tiền sử gia đình có RL khi sặc. Hệ thống trợ giúp tốt Các triệu chứng dương tính	Khởi phát sớm Không có yếu tố thúc đẩy Khởi phát âm lì Có tiền triệu kém về XH, giới tính, công việc. Hành vi thu hút, tự kỷ.  Độc thân, ly dị, góa bụa Tiền sử gia đình có TTPL. Hệ thống trợ giúp kém Các triệu chứng âm tính Các dấu hiệu và triệu chứng TK Bệnh sử chấn thương chu sinh Không hồi phục trong 3 năm. Nhiều đợt tái phát Tiền sử gây hấn

Tỷ lệ thuyền giảm được ghi nhận dao động từ 10 đến 60 phần trăm, và một ước tính hợp lý là 20-30 % của tất cả các BN TTPL có thể sống một cuộc sống khá bình thường. Khoảng 20 đến 30 %BN tiếp tục gặp các triệu chứng vừa phải và 40 đến 60 %BN vẫn bị suy giảm đáng kể bởi rối loạn trên toàn bộ cuộc sống của họ. BN TTPL bị suy giảm nhiều hơn so với những BN bị rối loạn khi sặc, mặc dù 20-25 %BN rối loạn khi sặc cũng bị rối loạn nghiêm trọng lâu dài.

## **VI. NGUYỄN TÁC ĐIỀU TRỊ**

Mặc dù các thuốc chống loạn thần là chủ yếu trong việc điều trị TTPL, nghiên cứu đã tìm thấy rằng những can thiệp tâm lý xã hội, bao gồm cả tâm lý trị liệu, có thể làm gia tăng cải thiện lâm sàng. Cũng như thuốc được sử dụng để điều trị sự mất cân bằng hóa học, chiến lược không dùng thuốc phải được dùng để điều trị các vấn đề không phải sinh

học. Sự phức tạp của TTPL thường làm cho bất kỳ phương pháp điều trị đơn độc không đủ để đối phó với các rối loạn nhiều mặt. Phương thức tâm lý xã hội cần được lồng ghép vào các phác đồ điều trị thuốc và hỗ trợ nó. BN TTPL hưởng lợi nhiều hơn từ việc sử dụng kết hợp các loại thuốc chống loạn thần và điều trị tâm lý xã hội hơn là chỉ sử dụng một trong hai cách điều trị.

### 1. Nhập viện

Nhập viện được chỉ định cho mục đích chẩn đoán; ổn định việc dùng thuốc; vì sự an toàn của BN có ý tưởng tự sát hoặc giết người; và cho hành vi gây rối vô tổ chức hoặc không phù hợp, bao gồm cả khả năng để chăm sóc các nhu cầu cơ bản như thực phẩm, quần áo, và nơi ở. Thiết lập một tương quan có hiệu quả giữa BN và các hệ thống hỗ trợ cộng đồng cũng là một mục tiêu chính của việc nhập viện.

Đợt nằm viện ngắn 4-6 tuần cũng hiệu quả như nằm viện dài hạn, và các cơ sở bệnh viện với phương pháp tiếp cận hành vi hoạt động tạo ra kết quả tốt hơn so với chỉ là cơ sở giam giữ. Kế hoạch điều trị của bệnh viện cần hướng tới các vấn đề thực tế của việc tự chăm sóc, chất lượng cuộc sống, việc làm và các mối quan hệ xã hội. Trong thời gian nằm viện, BN nên được phối hợp với các cơ sở chăm sóc sau này, bao gồm gia đình của họ, gia đình nuôi dưỡng, nhà quản lý và chăm sóc, và nhà bán trú. Các trung tâm chăm sóc ban ngày và việc vãng già của BS hoặc y tá có thể giúp BN vẫn ở ngoài bệnh viện trong thời gian dài và có thể cải thiện chất lượng cuộc sống hàng ngày của họ.

### 2. Điều trị bằng thuốc

Chlorpromazine ra đời năm 1952.

Thuốc chống loạn thần làm giảm biểu hiện triệu chứng loạn thần và làm giảm tỷ lệ tái phát. Khoảng 70 % bệnh nhân đạt được thuyên giảm khi được điều trị với một thuốc chống loạn thần bất kỳ.

Các loại thuốc dùng để điều trị TTPL có một loạt các tính chất dược lý, nhưng tất cả các chia sẻ năng lực đối kháng thụ thể dopamine sau synap trong não.

Thể hệ 1: các chất đối kháng thụ thể dopamine

Thể hệ 2: đối kháng serotonin dopamine (SDAs).

Clozapine (Clozaril), năm 1960. Tuy nhiên, vào năm 1976, nó đã được ghi nhận rằng clozapine có liên quan với nguy cơ gây mất bạch cầu hạt. Đặc tính này làm chậm trễ việc giới thiệu clozapine. Năm 1990, clozapine cuối cùng đã trở thành có sẵn tại Hoa Kỳ, nhưng được sử dụng có giới hạn cho những BN đáp ứng kém với các thuốc khác.

## VII. CÁC GIAI ĐOẠN ĐIỀU TRỊ TTPL

### 1. Điều trị loạn thần cấp

+ điều trị ngay lập tức.

+ thường kéo dài 4-8 tuần.

TTPL cấp thường kèm kích động nặng, có thể có các triệu chứng đáng sợ như hoang tưởng, ảo giác, hay đa nghi, hoặc do các nguyên nhân khác (bao gồm cả lạm dụng chất kích thích). BN có thể xuất hiện akathisia kích động. Khó phân biệt akathisia với kích động tâm thần, đặc biệt khi BN không có khả năng mô tả trải nghiệm bên trong của họ. Nếu BN được dùng một chất liên quan đến các tác dụng phụ ngoại tháp, thường là một thuốc chống loạn thần thể hệ 1, một thử nghiệm với một kháng cholinergic chống Parkinson, benzodiazepine, hoặc propranolol (Inderal) để phân biệt.

Các bác sĩ có một số tùy chọn để chữa trị kích động do loạn thần. Thuốc chống loạn thần và BZD có thể làm dịu BN tương đối nhanh chóng. Với BN bị kích động cao, tiêm bắp thuốc chống loạn thần tạo ra hiệu ứng nhanh chóng hơn. Một lợi thế của thuốc chống loạn thần là liều tiêm bắp duy nhất của haloperidol (Haldol), fluphenazine (Prolixin, Permitil), olanzapine (Zyprexa), hoặc ziprasidone (Geodon) sẽ thường dẫn đến kết quả làm dịu mà không gây ngủ quá mức. Thuốc chống loạn thần hiệu lực thấp thường liên quan với an thần và hạ huyết áp tư thế, đặc biệt là khi chúng được tiêm bắp. Tiêm bắp ziprasidone và olanzapine tương tự như thuốc uống của chúng mà không gây tác dụng phụ ngoại tháp đáng kể trong khi điều trị cấp. Điều này có thể là một lợi thế quan trọng hơn haloperidol hoặc fluphenazine, mà có thể gây ra loạn trương lực cơ đáng sợ hoặc akathisia ở một số BN. Một dạng thuốc uống hòa tan nhanh của olanzapine (Zydis) cũng có thể hữu ích tương đương với tiêm bắp.

BZD cũng có hiệu quả trên cơn kích động trong loạn thần cấp. Lorazepam (Ativan) có lợi thế của sự hấp thụ đáng tin cậy khi nó được dùng bằng đường uống hoặc tiêm bắp. Việc sử dụng BZD cũng có thể làm giảm lượng thuốc chống loạn thần cần thiết để kiểm soát BN loạn thần.

## 2. Điều trị giai đoạn ổn định và giai đoạn duy trì.

Trong giai đoạn ổn định hoặc duy trì, các bệnh đang ở trong một giai đoạn tương đối yên gián. Các mục tiêu trong giai đoạn này là ngăn ngừa tái phát loạn thần và giúp BN trong cải thiện mức độ hoạt động. Các loại thuốc mới đã được giới thiệu là ít nguy cơ có các rối loạn vận động muộn, một trong những mối lo ngại lớn về điều trị lâu dài đã được giảm bớt. Trong giai đoạn này, BN thường ở trong trạng thái tương đối của sự yên gián với các triệu chứng loạn thần chỉ ở mức tối thiểu. BN ổn định, sẽ được duy trì bằng một thuốc chống loạn thần có tỷ lệ tái phát thấp hơn so với những BN ngưng dùng thuốc. Dữ liệu cho thấy rằng 16-23 % BN được điều trị sẽ trải nghiệm tái phát trong vòng 1 năm, và 53-72 % sẽ tái phát nếu không dùng thuốc. Ngay cả với những BN chỉ có một giai đoạn có bốn trong năm cơ hội tái phát thì chỉ có ít nhất một lần trong 5 năm tiếp theo. Ngưng thuốc làm tăng nguy cơ này lên gấp năm lần.

Mặc dù guidelines được công bố không đưa ra khuyến cáo rõ ràng về thời gian điều trị duy trì sau giai đoạn đầu tiên, dữ liệu gần đây cho thấy 1 hoặc 2 năm có thể là không đủ. Đây là một mối quan tâm đặc biệt khi BN đã đạt được tình trạng việc làm tốt hoặc tham gia vào các chương trình học hành bởi vì họ có nhiều thứ để mất nếu họ phải trải qua một đợt loạn thần nữa.

Người ta thường khuyên cáo rằng các BN (multiepisode) có nhiều cơn cần được điều trị duy trì trong ít nhất 5 năm, và nhiều chuyên gia khuyên dùng thuốc vĩnh viễn.

**3.Không tuân thủ.** Không tuân thủ điều trị thuốc chống loạn thần lâu dài là rất cao. Uớc tính có khoảng 40 đến 50 % BN không tuân thủ trong vòng 1 hoặc 2 năm. Tuân thủ tăng khi sử dụng thuốc tác dụng kéo dài thay cho thuốc uống.

Khi bắt đầu các thuốc tác dụng kéo dài, cần bổ sung thuốc uống trong khi chờ đạt nồng độ đỉnh trong huyết tương. Fluphenazine và haloperidol đã có dạng thuốc chích tác dụng kéo dài. Dạng thuốc tác dụng kéo dài của risperidone, paliperidone, aripiprazole, và olanzapine cũng có sẵn.

Có một số lợi thế để sử dụng thuốc tiêm tác dụng kéo dài. Các bác sĩ biết ngay lập tức khi không tuân thủ xảy ra và có thời gian để bắt đầu can thiệp thích hợp trước khi thuốc

hết hiệu lực; có ít thay đổi nồng độ ngày-quá/ngày trong máu, dễ thiết lập một liều hiệu quả tối thiểu; và cuối cùng, nhiều BN thích nó vì không phải nhớ lịch trình liều lượng của các thuốc uống hàng ngày.

### VIII. CHIẾN LƯỢC CHO BN ĐÁP ỨNG KÉM

Khi BN TTPL cấp đang dùng một thuốc chống loạn thần, khoảng 60 % sẽ cải thiện đến mức mà họ sẽ đạt được khuyên hoàn toàn hoặc trải nghiệm những triệu chứng nhẹ; còn lại 40 % BN sẽ cải thiện nhưng vẫn có mức độ dao động của các triệu chứng dương tính có khả năng kháng thuốc. Thay vì phân loại BN có đáp ứng và không đáp ứng, dễ chính xác hơn người ta xem xét mức độ cải thiện của bệnh sau khi dùng thuốc. Một số BN kháng thuốc rất nặng và họ được yêu cầu nằm viện dài hạn. Những người khác đáp ứng với thuốc chống loạn thần đã úc chế đáng kể các triệu chứng loạn thần, nhưng biểu hiện triệu chứng dai dẳng, như là ảo giác hay hoang tưởng.

Trước khi xem xét một BN đáp ứng kém với một loại thuốc cụ thể, điều quan trọng là để đảm bảo rằng họ đã thử nghiệm thuốc đầy đủ. Một thử nghiệm 4 đến 6 tuần trên một liều đầy đủ của một thuốc chống loạn thần đại diện cho một thử nghiệm hợp lý cho hầu hết các BN. Những BN thể hiện ngay cả một cải thiện nhẹ trong thời gian này có thể tiếp tục cải thiện ở một tốc độ ổn định từ 3 đến 6 tháng. Cần xác định BN đã được dùng một số lượng thuốc đầy đủ bằng cách giám sát nồng độ trong huyết tương. Thông tin này có sẵn cho một số thuốc chống loạn thần, bao gồm haloperidol, clozapine, fluphenazine, trifluoperazine (Stelazine), và perphenazine (Trilafon). Nồng độ trong huyết tương rất thấp có thể cho thấy BN đã không tuân thủ, hoặc thường gấp hơn, chỉ tuân thủ một phần. Nó cũng có thể gợi ý rằng BN đã chuyển hóa nhanh chóng thuốc chống loạn thần hoặc thuốc không được hấp thụ đầy đủ.

Trong tình trạng này, tăng liều có thể hữu ích. Nếu nồng độ tương đối cao, các bác sĩ nên xem xét liệu các tác dụng phụ có thể can thiệp vào việc đáp ứng điều trị.

Nếu BN đáp ứng kém, người ta có thể tăng liều trên mức trị liệu thông thường; Tuy nhiên, liều cao thường không được kết hợp với cải thiện nhiều hơn so với liều thông thường. Thay thuốc khác là thích hợp hơn với chuẩn liều tăng dần.

Nếu một BN đã phản ứng kém với một DRA thông thường, nó không chắc rằng cá nhân này sẽ làm tốt trên DRA khác. Thay đổi một SDA sẽ có ích hơn.

Clozapine có hiệu quả cho những BN đáp ứng kém với DRAs. Nghiên cứu mù đôi so sánh clozapine với thuốc chống loạn thần khác chỉ ra rằng clozapine có lợi thế rõ ràng hơn các loại thuốc thông thường ở những BN có các triệu chứng loạn thần nghiêm trọng nhất, cũng như ở những người trước đó đã đáp ứng kém với thuốc chống loạn thần khác. Khi clozapine được so sánh với chlorpromazine trong một nhóm bệnh loạn thần nặng, những người đã thất bại trong thử nghiệm với ít nhất ba thuốc chống loạn thần, clozapine có hiệu quả đáng kể hơn trong gần như mọi khía cạnh của bệnh lý loạn thần, bao gồm cả các triệu chứng dương tính và các triệu chứng âm tính.

### IX. XỬ TRÍ TÁC DỤNG PHỤ

BN thường xuyên gặp các tác dụng phụ của một thuốc chống loạn thần trước khi họ trải nghiệm sự cải thiện lâm sàng. Trong khi đó, một phản ứng lâm sàng có thể bị trì hoãn trong nhiều ngày hoặc vài tuần sau khi thuốc được bắt đầu, các tác dụng phụ có thể bắt đầu ngay lập tức. Đối với thuốc hiệu lực thấp, những tác dụng phụ có thể bao gồm an-

thần, hạ huyết áp tư thế, và tác dụng kháng acetylcholin, trong khi thuốc hiệu lực cao có thể gây ra tác dụng phụ ngoại tháp.

### 1. Tác dụng phụ ngoại tháp.

Các bác sĩ có một số lựa chọn thay thế để điều trị tác dụng phụ ngoại tháp. Bao gồm việc giảm liều thuốc chống loạn thần (mà thường gặp nhất là một DRA), thêm một thuốc chống Parkinson, và thay đổi BN đến SDA đó là ít có khả năng gây ra các tác dụng phụ ngoại tháp. Các loại thuốc chống Parkinson hiệu quả nhất là các loại thuốc chống Parkinson kháng cholinergic. Tuy nhiên, những loại thuốc này có tác dụng phụ riêng, bao gồm khô miệng; táo bón; mờ mắt; và thường mất trí nhớ. Ngoài ra, những loại thuốc này thường chỉ có hiệu quả một phần, để lại BN với số lượng đáng kể các tác dụng phụ ngoại tháp kéo dài. Thuốc chẹn β trung ương, chẳng hạn như propranolol, cũng thường có hiệu quả điều trị akathisia. Hầu hết các BN đáp ứng với liều lượng từ 30 đến 90 mg mỗi ngày.

Nếu thuốc chống loạn thần thông thường được kê đơn, các bác sĩ có thể xem xét việc kê đơn các thuốc chống Parkinson dự phòng cho những BN có thể gặp tác dụng phụ ngoại tháp đáng lo ngại. Chúng bao gồm những BN có tiền sử nhạy cảm có tác dụng phụ ngoại tháp và những người đang được điều trị với liều lượng cao của các loại thuốc hiệu lực cao. Thuốc chống Parkinson dự phòng cũng có thể được chỉ định khi thuốc hiệu lực cao được kê đơn cho những người già ông trè, những người có xu hướng dễ bị phát triển rối loạn trương lực cơ. Như thế, những BN này cần được dùng loại thuốc mới hơn.

Một số cá nhân rất nhạy cảm với tác dụng phụ ngoại tháp ở liều cần thiết để kiểm soát rối loạn loạn thần của họ. Đối với đa số những BN này, các tác dụng phụ của thuốc có thể có vẻ tồi tệ hơn so với chính căn bệnh. Những BN này cần được điều trị thường xuyên với một SDA vì các thuốc này ít tác dụng phụ ngoại tháp hơn so với các DRAs. Tuy nhiên, những người này rất nhạy cảm, thậm chí có thể gặp tác dụng phụ ngoại tháp trên một SDA. Risperidone có thể gây ra tác dụng phụ ngoại tháp ngay cả ở liều thấp, ví dụ, 0,5 mg nhưng mức độ nghiêm trọng và nguy cơ sẽ tăng lên khi dùng liều cao hơn, ví dụ trên 6 mg. Olanzapine và ziprasidone cũng liên quan với liều gây Parkinson và akathisia.

### 2. Rối loạn vận động muộn

Khoảng 20 đến 30 % số BN điều trị lâu dài với một DRA thông thường sẽ biểu hiện triệu chứng của rối loạn vận động muộn. Khoảng 3 đến 5 % số BN trẻ tuổi dùng một DRA phát triển rối loạn vận động muộn mỗi năm. Nguy cơ ở BN cao tuổi là cao hơn nhiều. Mặc dù việc rối loạn vận động gây tàn tật nặng là không phổ biến, khi xảy ra, nó có thể ảnh hưởng đến đi lại, hít thở, ăn uống, và nói chuyện. Cá nhân nhạy cảm hơn với tác dụng phụ ngoại tháp cấp độ phát triển rối loạn vận động muộn. BN bị rối loạn nhận thức hoặc khí sắc kèm theo cũng có thể dễ bị rối loạn vận động muộn so với những người chỉ có TTPL.

Sự khởi phát một rối loạn vận động thường xảy ra hoặc là trong khi BN đang dùng một thuốc chống loạn thần, hoặc trong vòng 4 tuần ngừng uống một thuốc chống loạn thần, hoặc 8 tuần sau khi dùng một thuốc chống loạn thần tác dụng chậm. Các thuốc thế hệ mới có nguy cơ rối loạn vận động muộn thấp hơn.

Khuyến nghị đối với việc ngăn ngừa và xử trí các rối loạn vận động muộn bao gồm (1) sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả của thuốc chống loạn thần; (2) dùng thận trọng với trẻ em, người già và BN bị rối loạn khí sắc; (3) kiểm tra BN một cách thường xuyên để tìm bằng chứng của rối loạn vận động muộn; (4) xem xét các lựa chọn thay thế cho các thuốc chống loạn thần được sử dụng và xem xét giảm liều khi rối loạn vận động muộn được chẩn đoán; và (5) xem xét một số lựa chọn nếu các rối loạn vận động muộn nặng hơn, bao gồm cả việc ngừng các thuốc chống loạn thần hoặc chuyển sang một loại thuốc khác. Clozapine đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc làm giảm rối loạn vận động muộn hoặc loạn trương lực cơ nặng.

### 3. Tác dụng phụ khác

An thần và hạ huyết áp tư thế có thể là tác dụng phụ quan trọng đối với BN đang được điều trị với DRAs-hiệu lực thấp, chẳng hạn như perphenazine. Những tác động này thường nghiêm trọng nhất trong thời gian dùng thuốc ban đầu với các loại thuốc này. Kết quả là, các BN được điều trị bằng các loại thuốc, đặc biệt là clozapine có thể cần đến hàng tuần để đạt được một liều điều trị. Mặc dù đa số BN dung nạp với tính an thần và hạ huyết áp tư thế, an thần có thể tiếp tục là một vấn đề. Ở những BN này, buồn ngủ ban ngày có thể gây trở ngại cho nỗ lực của BN trở lại cuộc sống cộng đồng.

Tất cả DRAs, cũng như SDAs, làm tăng nồng độ prolactin, có thể dẫn đến tiết sữa và kinh nguyệt không đều. Tăng dài hạn prolactin và ức chế hiệu quả hormon phóng thích - gonadotropin có thể gây ức chế các hormone sinh dục. Những điều này, đến lượt nó, có thể có tác động đến ham muốn tình dục và chức năng tình dục. Cũng có lo ngại rằng tăng prolactin có thể gây ra sự giảm mật độ xương và dẫn đến loãng xương. Các mối quan tâm về hyperprolactinemia, chức năng tình dục, và mật độ xương được dựa trên trải nghiệm nồng độ cao prolactin liên quan đến các khối u và các nguyên nhân khác. Không rõ là những nguy cơ này có liên quan với nồng độ thấp hơn xảy ra với các thuốc làm tăng prolactin.

### 4. Giám sát sức khỏe ở BN dùng thuốc chống loạn thần

Do ảnh hưởng của SDAs trên sự trao đổi chất của insulin, bác sĩ tâm thần nên theo dõi một số chỉ số sức khỏe, bao gồm cả chỉ số BMI, đường huyết và lipid. BN nên được cân và tính BMI trong mỗi lần khám trong 6 tháng sau khi thay đổi thuốc.

### 5. Tác dụng phụ của Clozapine

Clozapine có một số tác dụng phụ làm cho nó trở thành một loại thuốc rất khó sử dụng. Nghiêm trọng nhất là nguy cơ mất bạch cầu hạt. Tình trạng có khả năng gây tử vong này xảy ra trong khoảng 0,3 % BN được điều trị với clozapine trong năm đầu tiên tiếp xúc.

Sau đó, rủi ro là thấp hơn đáng kể. Kết quả là, những BN dùng clozapine tại Hoa Kỳ được yêu cầu phải đặt trong một chương trình theo dõi về huyết học hàng tuần trong 6 tháng đầu và hai tuần một lần trong 6 tháng tiếp theo. Sau 1 năm điều trị mà không có vấn đề về huyết học, giám sát có thể được thực hiện hàng tháng.

Clozapine cũng có liên quan với tăng nguy cơ co giật hơn thuốc chống loạn thần khác. Nguy cơ đạt gần 5% ở liều trên 600 mg. BN có co giật với clozapine thường có thể được xử trí bằng cách giảm liều và thêm một thuốc chống co giật, thường là valproate (Depakene). Viêm cơ tim đã được báo cáo xảy ra trong khoảng 5/ 100.000 BN-năm. Tác dụng phụ khác với clozapine bao gồm tăng tiết nước bọt, buồn ngủ, nhịp tim nhanh, tăng cân, tiểu đường, sốt, và hạ huyết áp tư thế.

## X. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ SINH HỌC KHÁC

Sốc điện (ECT) đã được nghiên cứu trong cả TTPL cấp và mẫn. Các nghiên cứu ở BN khởi phát gần đây chỉ ra rằng ECT có tác dụng như thuốc chống loạn thần và hiệu quả hơn liệu pháp tâm lý. Các nghiên cứu khác cho thấy rằng bổ sung các thuốc chống loạn thần với ECT là hiệu quả hơn so với dùng thuốc chống loạn thần đơn độc. Thuốc chống loạn thần nên được dùng trong và sau khi điều trị ECT. Mặc dù phẫu thuật loạn thần không còn được coi là một điều trị thích hợp, nó được thực hiện trên cơ sở thử nghiệm hạn chế, các trường hợp khó chữa nặng.

## XI. LIỆU PHÁP TÂM LÝ

Liệu pháp tâm lý xã hội bao gồm một loạt các phương pháp làm tăng khả năng xã hội, tự túc, kỹ năng thực hành và giao tiếp giữa các cá nhân ở những BN TTPL. Mục đích là để cho phép những người bị bệnh nặng phát triển các kỹ năng xã hội và nghề nghiệp cho cuộc sống độc lập. Việc điều trị như vậy được thực hiện ở nhiều nơi, bao gồm các bệnh viện, phòng khám ngoại trú, trung tâm sức khỏe tâm thần, bệnh viện ban ngày, và nhà hoặc câu lạc bộ xã hội.

### 1. Huấn luyện Kỹ năng xã hội

Huấn luyện kỹ năng xã hội đôi khi được gọi là liệu pháp kỹ năng hành vi. Cùng với điều trị bằng thuốc, liệu pháp này có thể trực tiếp hỗ trợ và hữu ích cho BN. Ngoài các triệu chứng loạn thần ở BN TTPL, các triệu chứng đáng chú ý khác liên quan đến cách BN tương giao với những người khác, bao gồm tiếp xúc bằng mắt kém, phản xạ chậm trễ bất thường, nét mặt kỳ dị, thiếu tinh sẵn sàng trong các tình huống xã hội, và nhận thức không chính xác hoặc thiếu nhận thức về cảm xúc ở những người khác. Huấn luyện kỹ năng hành vi giải quyết những hành vi này thông qua việc sử dụng băng ghi hình của người khác và của BN, sắm vai trong điều trị, và bài tập về nhà cho các kỹ năng cụ thể được thực hành. Huấn luyện kỹ năng xã hội đã được chứng minh là giảm tỷ lệ tái phát được đo bằng sự cần thiết phải nhập viện.

### 2. Liệu pháp hướng đến gia đình

Bởi vì BN TTPL thường được xuất viện trong tình trạng chi mới hồi phục một phần, nên gia đình mà BN ở thường xuyên được hưởng lợi từ liệu trình điều trị gia đình (thường thì hàng ngày) ngắn gọn nhưng chuyên sâu. Liệu pháp này nên tập trung vào tình hình trước mắt và nên bao gồm xác định và tránh những tình huống có khả năng phiền hà. Khi vấn đề phát sinh với BN trong gia đình, mục đích của việc trị liệu là để giải quyết các vấn đề một cách nhanh chóng.

Vì muốn giúp đỡ, các thành viên trong gia đình thường khích người thân cõi TTPL trở lại hoạt động bình thường quá nhanh, cả hai bên đều thiếu sự hiểu biết về các rối loạn và chối bỏ mức độ nghiêm trọng của nó. Để không quá thất vọng, người trị liệu phải giúp cả gia đình và BN hiểu và tìm hiểu về TTPL và phải khuyễn khích thảo luận giai đoạn loạn thần và những sự kiện dẫn đến nó. **Người ta thường bỏ qua các giai đoạn loạn thần**, điều này sẽ làm tăng sự xấu hổ gắn liền với các sự kiện và không khai thác cái mới của các giai đoạn để hiểu nó tốt hơn. Các triệu chứng tâm thần thường làm các thành viên gia đình lo sợ, và nói chuyện cởi mở của người thân BN với bác sĩ làm thần sẽ giúp mọi sự trở nên dễ dàng hơn. BS điều trị có thể hướng dẫn liệu pháp gia đình sau này hướng tới ứng dụng lâu dài chiến lược giảm stress và đối phó stress và giúp BN tái hòa nhập dần dần vào cuộc sống hàng ngày.

BS điều trị phải kiểm soát cường độ cảm xúc của buổi gặp gia đình với BN TTPL. Các biểu hiện quá nhiều cảm xúc trong một phiên gặp có thể làm hỏng quá trình phục hồi của BN và làm giảm khả năng thành công của liệu pháp gia đình trong tương lai. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng liệu pháp gia đình đặc biệt hiệu quả trong việc giảm tái phát.

**Hiệp hội Quốc gia về bệnh tâm thần (NAMI).** NAMI và các tổ chức tương tự cung cấp các nhóm hỗ trợ cho các thành viên gia đình và bạn bè của những BN bị bệnh tâm thần và cho chính BN. Các tổ chức này cung cấp lời khuyên về cảm xúc và thực hành khi tham gia chăm sóc trong hệ thống chăm sóc sức khỏe đôi khi phức tạp và là nguồn trợ giúp hữu ích cho các thành viên trong gia đình. NAMI cũng đã tiến hành vận động chống bêu xấu bệnh tâm thần và nâng cao nhận thức của chính phủ về nhu cầu và quyền lợi của những người đang bị bệnh tâm thần và gia đình của họ.

### 3. Quản lý case

Bởi vì một loạt các chuyên gia có kỹ năng chuyên môn, chẳng hạn như bác sĩ tâm thần, nhân viên xã hội, và trị liệu nghề nghiệp, trong số những người khác, cùng tham gia vào một chương trình điều trị, thế nên cần có một người hiểu rõ tất cả các nguồn lực tác động lên BN. Người quản lý case đảm bảo rằng những nỗ lực của họ được điều phối và rằng BN giữ các cuộc hẹn và tuân thủ kế hoạch điều trị; người quản lý case có thể vãng già và thậm chí đi cùng với BN đến nơi làm việc. **Sự thành công của chương trình phụ thuộc vào trình độ, tay nghề và năng lực của cá nhân người quản lý case.** Các quản lý case thường có quá nhiều case phải quản lý hiệu quả. Các lợi ích cuối cùng của chương trình vẫn chưa được chứng minh.

### 4. Điều trị cộng đồng tự quyết

The Assertive Community Treatment (ACT) ban đầu được phát triển bởi các nhà nghiên cứu ở Madison, Wisconsin, vào những năm 1970, cho việc cung cấp các dịch vụ cho những người bị bệnh tâm thần mạn. BN được giao cho một **nhóm đa ngành** (ví dụ, **quản lý case**, **bác sĩ tâm thần**, **y tá**, **bác sĩ đa khoa**). Mỗi đội có một số BN cố định và cung cấp tất cả các dịch vụ tại chỗ và khi BN cần, 24/7. Đây là sự can thiệp cơ động và chuyên sâu cung cấp các hoạt động điều trị, phục hồi chức năng, và hỗ trợ. Chúng bao gồm **giao thuốc tận nhà**, theo dõi sức khỏe tâm thần và thể chất, kỹ năng xã hội sống động, và thường xuyên liên lạc với các thành viên trong gia đình. Có tỷ lệ nhân viên trên BN cao (1:12). Chương trình ACT hiệu quả có thể làm giảm nguy cơ tái nhập viện đối với người TTPL, nhưng họ phải lao động vất vả và vận hành chương trình thì khá tốn kém.

### 5. Liệu pháp Nhóm

Liệu pháp nhóm cho người có TTPL thường tập trung vào kế hoạch thực tế cuộc sống, các vấn đề, và các mối quan hệ. Các nhóm có thể được định hướng hành vi, động lực tâm thần hoặc định hướng nhận thức bệnh, hoặc hỗ trợ. Một số nhà điều tra nghi ngờ về hiệu quả của chuyển đổi động lực và điều trị nhận thức trên các BN TTPL diễn hình. Nhưng liệu pháp nhóm có hiệu quả trong việc làm **giảm sự cô lập xã hội**, **làm tăng cảm giác của sự gắn kết**, và **cải thiện thử nghiệm thực tế** cho các BN TTPL. Liệu pháp Nhóm là cách hỗ trợ hữu ích nhất cho các BN TTPL.

### 6. Liệu pháp hành vi nhận thức

Liệu pháp nhận thức hành vi đã được sử dụng ở những BN TTPL để cải thiện nhận thức méo mó, giảm chia trí, và điều chỉnh phán đoán. Có những báo cáo về việc cải thiện

hoang tưởng và ảo giác ở một số BN sử dụng phương pháp này. BN được cải thiện thường có nhận thức về tình trạng bệnh của mình.

### 7. Liệu pháp Tâm lý cá nhân

Các nghiên cứu về ảnh hưởng của liệu pháp tâm lý cá nhân trong điều trị TTPL đã cung cấp dữ liệu cho biết liệu pháp này là hữu ích và có tác dụng hỗ trợ cho việc điều trị bằng thuốc. Trong tâm lý trị liệu với một BN TTPL, phát triển một mối quan hệ trị liệu tạo trải nghiệm an toàn cho BN là rất quan trọng. Độ tin cậy của bác sĩ điều trị, khoảnh cách cảm xúc giữa nhà trị liệu và BN, và sự chân thành của các bác sĩ điều trị được giải thích bởi các BN đều ảnh hưởng đến trải nghiệm điều trị. Tâm lý trị liệu cho một BN TTPL nên được dùng trong thời hạn hàng chục năm, chứ không phải là vài phiên, vài tháng hoặc thậm chí nhiều năm.

Một số bác sĩ và các nhà nghiên cứu đã nhấn mạnh rằng khả năng một BN TTPL tạo thành một liên minh điều trị với một bác sĩ chuyên khoa là tiên đoán về kết quả. BN TTPL có thể tạo thành một liên minh điều trị tốt duy trì trong tâm lý trị liệu, giúp duy trì tuân thủ thuốc của họ, và sẽ có kết quả tốt ở 2 năm đánh giá tiếp theo.

Mối quan hệ khó khăn giữa bác sĩ và BN thường gặp phải trong việc điều trị các BN không loạn thần. Thiết lập một mối quan hệ thường rất khó. BN TTPL thường cô đơn tuyệt vọng, nhưng lại phòng thủ chống lại sự gần gũi và tin tưởng; họ có thể trở nên nghi ngờ, lo lắng, hoặc thù địch hoặc thoái lui khi ai đó cố gắng đến gần (Hình. 7.1-8). BS điều trị nên tôn trọng nghiêm ngặt khoảng cách và sự riêng tư của BN và phải chứng minh sự thẳng thắn giản dị, sự kiên nhẫn, sự chân thành, và nhẹ cảm với những quy ước XH trong hành vi thân mật quá sớm và việc chiều cỗ sử dụng tên riêng. BN có thể nhận ra được sự thân mật quá mức hoặc sự thân thiện chuyên nghiệp là nỗ lực mua chuộc, lôi kéo, hoặc lợi dụng.

Tuy nhiên, trong bối cảnh của một mối quan hệ chuyên nghiệp, linh hoạt là điều cần thiết trong việc thiết lập một liên minh làm việc với BN. Một BS điều trị có thể ngồi ăn với BN, ngồi trên sàn, đi dạo, ăn ở các nhà hàng, nhận quà và tặng quà, chơi bóng bàn, nhớ ngày sinh nhật của BN, hoặc chỉ ngồi lặng lẽ với BN. Mục đích chính là để truyền đạt ý tưởng rằng các bác sĩ điều trị là đáng tin cậy, muôn hiểu được BN và cố gắng để làm như vậy, và có niềm tin vào tiềm năng nhân vị của BN, không có vấn đề quấy rầy, thù nghịch, hoặc kỳ quái nào mà BN có thể có trong lúc này.

### 8. Liệu pháp cá nhân

Mục tiêu: **tăng cường sự thích ứng cá nhân với xã hội và để ngăn chặn tái phát.** Nó là một phương pháp lựa chọn sử dụng các kỹ năng xã hội và các bài tập thư giãn, giáo dục tâm lý, tự suy nghĩ, tự nhận thức, và các lỗ hổng dễ bị stress tấn công. Các nhà trị liệu cung cấp một thiết lập mà nhấn mạnh sự chấp nhận và đồng cảm. BN được trị liệu cá nhân cho thấy có cải thiện về thích ứng xã hội (dùng thang tổng hợp bao gồm hiệu suất công việc, giải trí, và các mối quan hệ giữa các cá nhân) và có tỷ lệ tái phát thấp hơn sau 3 năm so với BN không dùng liệu pháp cá nhân.

### 9. Liệu pháp biện chứng hành vi

Hình thức điều trị này, kết hợp lý thuyết về nhận thức và hành vi trong cả thiết lập cá nhân và nhóm, đã tỏ ra hữu dụng trong tình trạng nhân cách ranh giới và có thể có lợi ích trong TTPL. Điểm nhấn được đặt vào việc nâng cao kỹ năng giao tiếp với sự hiện diện của một chuyên gia trị liệu tích cực và đồng cảm.

### 10. Lao động trị liệu

Giúp BN lấy lại kỹ năng cũ hoặc phát triển những cái mới. Bao gồm:

- + các xưởng làm việc,
- + các câu lạc bộ việc làm,
- + các chương trình bán thời gian hoặc tuyển dụng chuyên tiếp. Cho phép BN được làm việc vừa là phương tiện hướng tới sự phục hồi.

Nhiều BN TTPL có khả năng thực hiện công việc chất lượng cao mặc dù bệnh tật. Những người khác có thể biểu lộ kỹ năng đặc biệt hoặc thậm chí sáng chói trong một số lĩnh vực riêng như là kết quả của một số khía cạnh mang phong cách riêng của rối loạn của họ.

### 11. Liệu pháp nghệ thuật

Nhiều BN TTPL được hưởng lợi từ liệu pháp nghệ thuật, cung cấp cho họ một lối thoát để bộc lộ qua hình ảnh. Nó giúp họ giao tiếp với người khác và chia sẻ nội tâm của họ, một thế giới thường đáng sợ đối với người khác.

### 12. Tập luyện nhận thức

Sử dụng các bài tập trên máy tính, tác động lên nhận thức, bao gồm:

- trí nhớ làm việc
- cải thiện chức năng xã hội.

## Bài 2

### Rối loạn cảm xúc phân liệt (CXPL)

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán theo DSM 5:

**295,70 (F25)**

A. Một khoảng thời gian không bị gián đoạn của bệnh trong đó có một đoạn khí sắc nổi bật (trầm cảm chủ yếu hoặc hưng cảm) đồng thời với Tiêu chí A của TTPL.

Lưu ý: Các Gđ trầm cảm chủ yếu phải bao gồm Tiêu chí A1: khí sắc trầm cảm.

B. Hoang tưởng hoặc ảo giác trong hơn 2 tuần với sự vắng mặt của một Gđ khí sắc nổi bật (trầm cảm hoặc hưng cảm) trong suốt thời gian kéo dài của bệnh.

C. Các triệu chứng có thể đáp ứng các tiêu chí cho một đoạn khí sắc nổi bật phải hiện diện trong một phần đáng kể của toàn bộ thời gian toàn phát và di chứng của bệnh.

D. Sự RL không phải là do tác động của một chất nào đó (ví dụ, một loại chất gây nghiện, một loại thuốc) hoặc bệnh lý khác.

Xác định:

**295,70 (F25.0) Thể lưỡng cực:** phân nhóm này được áp dụng nếu một Gđ hưng cảm là một phần của biểu hiện. Gđ trầm cảm chủ yếu cũng có thể xảy ra.

**295,70 (F25.1) Thể trầm cảm:** phân nhóm này được áp dụng nếu chỉ có Gđ trầm cảm chủ yếu là một phần của biểu hiện.

Ghi rõ nếu:

**Với căng trương lực** (tham khảo các tiêu chí cho căng trương lực kết hợp với một RL tâm thần, pp. 119-120, cho định nghĩa).

**Mã hóa lưu ý:** Sử dụng thêm Mã 293,89 (F06.1) căng trương lực kết hợp với RL CXPL để chỉ ra sự hiện diện của các căng trương lực kèm theo.

Ghi rõ nếu:

Các chẩn đoán sau chỉ được sử dụng sau thời gian 1 năm có các RL và nếu chúng không mâu thuẫn với các tiêu chuẩn và tiến trình chẩn đoán.

**Gđ đầu, hiện ở Gđ cấp tính**

**Gđ đầu, hiện thuyên giảm một phần**

**Gđ đầu, hiện thuyên giảm hoàn toàn.**

**Nhiều Gđ hiện ở Gđ cấp.**

**Nhiều Gđ hiện đang phục hồi một phần.**

**Nhiều Gđ hiện đang thuyên giảm hoàn toàn**

**Không biệt định**

Xác định mức độ nghiêm trọng hiện tại:

Mức độ nghiêm trọng được đánh giá bởi một đánh giá định lượng của các triệu chứng chính của RL tâm thần, bao gồm hoang, ảo giác, lời nói vô tổ chức, hành vi tâm lý bất thường, và các triệu chứng âm tính. Mỗi triệu chứng có thể được đánh giá cho mức độ nghiêm trọng như hiện nay (nặng nhất trong 7 ngày qua) trên thang điểm 5, từ 0 (không có) đến 4 (hiện tại và nặng).

## II. Các tính năng chẩn đoán

Việc chẩn đoán RL CXPL là dựa trên đánh giá về một thời gian liên tục của bệnh trong đó các cá nhân tiếp tục hiển thị các triệu chứng toàn phát hoặc di chứng của bệnh tâm thần. Việc chẩn đoán thường, nhưng không nhất thiết, được thực hiện trong khoảng thời gian của bệnh tâm thần. Tại một số thời gian trong kỳ, Tiêu chí A cho TTPL đã được đáp ứng. Tiêu chuẩn B (RL chức năng xã hội) và F (loại trừ các RL phô tú ký hay RL giao tiếp khác khởi phát ở trẻ em) cho TTPL không cần phải được đáp ứng. Ngoài việc đáp ứng tiêu chí A cho TTPL, có một Gđ khi sắc nổi bật (trầm cảm chủ yếu hoặc hưng cảm) (Tiêu chí A cho RL CXPL). Bởi vì mất hứng thú hoặc mất niềm vui là phô biến trong TTPL, để đáp ứng Tiêu chí A cho RL CXPL, các Gđ trầm cảm chủ yếu phải có tâm trạng chán nản phô biến (tức là, sự hiện diện của suy giảm hứng thú rõ rệt hoặc niềm vui là không đủ). Các cơn trầm cảm hoặc hưng cảm được thể hiện trong phần lớn các tổng thời gian của bệnh (tức là, sau khi Tiêu chí A đã được đáp ứng) (Tiêu chí C cho RL CXPL). Để phân biệt RL CXPL với một chứng RL trầm cảm hoặc lưỡng cực với biểu hiện loạn thần, hoang tưởng hoặc ảo giác phải hiện diện ít nhất 2 tuần không có một Gđ khí sắc nổi bật (trầm cảm hoặc hưng cảm) tại một số điểm trong suốt thời gian mắc bệnh (Tiêu chí B cho RL CXPL). Các triệu chứng không phải là do tác động của một chất hoặc một chứng bệnh khác (Tiêu chí D cho RL CXPL).

Tiêu chí C cho RL CXPL xác định rằng các triệu chứng khí sắc đáp ứng tiêu chí của một Gđ khí sắc nổi bật phải có mặt cho phần lớn các tổng thời gian của Gđ toàn phát và di chứng của bệnh. Tiêu chí C đòi hỏi phải đánh giá các triệu chứng khí sắc cho

toàn bộ tiến trình của một cơn bệnh loạn thần, mà khác với các tiêu chí trong DSM-IV, chỉ yêu cầu đánh giá về Gđ hiện nay của bệnh. Nếu các triệu chứng khí sắc được thể hiện chỉ trong một thời gian tương đối ngắn, phải chẩn đoán là TTPL, chứ không phải là RL CXPL. Khi quyết định biểu hiện của một cá nhân đáp ứng Tiêu chí C, các bác sĩ làm sàng nên xem lại tổng thời gian bị bệnh loạn thần (các triệu chứng tức là, cả toàn phát và di chứng) và xác định khi các triệu chứng khí sắc đáng kể (không cần điều trị hoặc cần điều trị bằng thuốc chống trầm cảm và / hoặc thuốc ổn định khí sắc) đi kèm với các triệu chứng loạn thần. Việc xác định này đòi hỏi phải có đầy đủ thông tin về bệnh sử và đánh giá lâm sàng. Ví dụ, một cá nhân với một bệnh sử 4 năm có các triệu chứng toàn phát và di chứng của TTPL phát triển Gđ trầm cảm và hưng cảm mà tổng cộng không chiếm nhiều hơn 1 năm trong bệnhh sử 4 năm của bệnh loạn thần. Phần biểu hiện này sẽ không đáp ứng tiêu chí C.

Ngoài năm lĩnh vực vùng triệu chứng được xác định trong các tiêu chuẩn chẩn đoán, đánh giá nhận thức, trầm cảm, và các vùng triệu chứng hưng cảm là rất quan trọng để làm cho sự phân biệt quan trọng giữa phò khác nhau và TTPL RL loạn thần khác.

### **III. Các tính năng liên quan hỗ trợ chẩn đoán**

Chức năng nghề nghiệp thường bị suy giảm, nhưng đây không phải là một tiêu chí xác định (trái ngược với TTPL). Hạn chế tiếp xúc xã hội và những khó khăn với việc tự chăm sóc được kết hợp với RL CXPL, nhưng các triệu chứng âm tính có thể ít nghiêm trọng và ít kéo dài hơn so với triệu chứng được thấy ở bệnh nhân TTPL. Anosognosia (tức là, giảm trí năng) cũng thường gặp trong RL CXPL, nhưng thâm hụt trong hiểu biết có thể ít nghiêm trọng và ít phổ biến hơn so với trong TTPL. Cá nhân có RL CXPL có thể tăng nguy cơ phát triển những cơn trầm cảm hoặc RLCC muộn nếu các triệu chứng khí sắc vẫn tiếp tục sau khi thuyên giảm các triệu chứng đáp ứng Tiêu chí A cho TTPL. Có thể có liên quan đến các RL do rượu và chất khác có liên quan.

Không có xét nghiệm hoặc các biện pháp sinh học có thể hỗ trợ trong việc đưa ra các chẩn đoán RL CXPL. Cho dù RL CXPL khác với TTPL liên quan đến các tính năng liên quan như cấu trúc hoặc chức năng não bất thường, thiếu hụt nhận thức, hoặc các yếu tố nguy cơ di truyền là không rõ ràng.

### **IV. Mức độ phò biến**

RL CXPL có mức độ phò biến bằng khoảng 1/3 so với TTPL. Tỷ lệ suốt đời của RL CXPL được ước tính là 0,3%. Tỷ lệ mắc RL CXPL ở phụ nữ cao hơn so với nam giới, chủ yếu là do sự tăng của các loại trầm cảm ở nữ giới.

### **V. Tiến triển**

Độ tuổi thường gặp lúc khởi phát của RL CXPL là tuổi trưởng thành sớm, mặc dù khởi phát có thể xảy ra bất cứ tuổi nào từ thời niên thiếu đến sau này trong cuộc sống. Một số lượng đáng kể của các cá nhân ban đầu được chẩn đoán bị một chứng bệnh loạn thần khác sẽ nhận được chẩn đoán RL CXPL sau khi mô hình của các Gđ khí sắc đã trở nên rõ ràng hơn. Với tiêu chí C của chẩn đoán hiện nay, ước mong rằng việc chẩn đoán cho một số cá nhân sẽ chuyển đổi từ RL CXPL đến RL khác khi triệu chứng khí sắc trở nên ít nổi bật. Tiêu lượng cho RL CXPL có phần tốt hơn so với tiêu lượng của TTPL, nhưng tồi tệ hơn so với tiêu lượng của các RL khí sắc.

RL CXPL có thể xảy ra trong một loạt các mô hình thời gian. Sau đây là một mô hình điển hình: Một cá nhân có thể tuyên bố là mình bị ảo giác thính giác và hoang

tưởng bị hai 2 tháng trước khi khởi phát một Gđ trầm cảm chủ yếu nỗi bất. Các triệu chứng loạn thần và toàn bộ Gđ trầm cảm chủ yếu xuất hiện sau đó 3 tháng. Sau đó, bệnh nhân hồi phục hoàn toàn khỏi Gđ trầm cảm chủ yếu, nhưng các triệu chứng loạn thần kéo dài một tháng trước khi chúng cung biến mất. Trong Gđ này của bệnh, các triệu chứng của cá nhân đồng thời đáp ứng các tiêu chí cho một Gđ trầm cảm chủ yếu và Tiêu chí A cho TTPL, và trong thời gian này bệnh, áo giác thính giác và hoang lưỡng đã có mặt cả trước và sau Gđ trầm cảm. Tổng thời gian bệnh kéo dài khoảng 6 tháng, với các triệu chứng loạn thần có mặt đơn độc trong 2 tháng đầu, cả trầm cảm và các triệu chứng loạn thần hiện diện trong 3 tháng tiếp theo, và các triệu chứng loạn thần có mặt đơn độc trong tháng cuối cùng. Trong trường hợp này, thời gian của Gđ trầm cảm không phải là ngắn so với tổng thời gian của các RL loạn thần kinh, và do đó biểu hiện đủ điều kiện để chẩn đoán RL CXPL.

Các biểu hiện của triệu chứng loạn thần theo tuổi đời là rất thay đổi. Các triệu chứng trầm cảm hoặc hưng cảm có thể xảy ra trước khi khởi phát loạn thần, trong các Gđ loạn thần cấp, trong thời gian di chứng, và sau khi hết loạn thần. Ví dụ, một cá nhân có thể có các triệu chứng khí sắc nỗi bất trong Gđ báo trước của TTPL. Mô hình này là không nhất thiết chỉ dành cho RL CXPL, khi nó sự đồng thời cùng xảy ra với các triệu chứng loạn thần và khí sắc thì nó mới được chẩn đoán. Đôi với một cá nhân có các triệu chứng đáp ứng rõ ràng các tiêu chuẩn cho chứng RL CXPL nhưng tiếp tục theo dõi chỉ còn thấy các di chứng của triệu chứng của loạn thần (chẳng hạn như RL tâm thần dưới ngưỡng và / hoặc các triệu chứng ám tính nỗi bất), các chẩn đoán có thể được chuyển thành TTPL, khi tổng tỷ lệ bệnh loạn thần so với các triệu chứng khí sắc trở nên nỗi bất hơn. RL CXPL, thê lưỡng cực, có thể là phô biến hơn ở những người trẻ, trong khi RL CXPL, thê trầm cảm, có thể phô biến hơn ở người lớn tuổi.

## **VI. Các yếu tố nguy cơ và tiên lượng**

**Di truyền và sinh lý.** Bệnh nhân mắc TTPL, có thể làm tăng nguy cơ RL CXPL ở người thân cấp độ 1. Nguy cơ RL CXPL có thể được lăng lên trong số những BN có một người thân cấp độ 1 mắc bệnh TTPL, RLLC, hoặc RL CXPL.

## **VII. Văn hóa-liên quan vấn đề chẩn đoán**

Yếu tố văn hóa và kinh tế xã hội phải được xem xét, đặc biệt là khi bệnh nhân và các bác sĩ lâm sàng không cùng chung nền văn hóa và kinh tế. Ý tưởng có vẻ như là hoang tưởng trong một nền văn hóa (ví dụ, phủ thủy) có thể là bình thường trong một nền văn hóa khác. Ngoài ra còn có một số bằng chứng trong y văn cho thấy có các chẩn đoán quá mức của TTPL so với RL CXPL trong quần thể người Mỹ gốc châu Phi và Tây Ban Nha, vì vậy cần phải cẩn thận để đảm bảo một đánh giá thích hợp về mặt văn hóa, bao gồm cả các triệu chứng loạn thần và cảm xúc.

## **VIII. Nguy cơ tự sát**

Nguy cơ tự sát suốt đời của TTPL và RL CXPL là 5%, và sự hiện diện của các triệu chứng trầm cảm có mối tương quan với tăng nguy cơ tự sát. Có bằng chứng cho thấy tỷ lệ tự sát cao trong các quần thể Bắc Mỹ hơn ở châu Âu, Đông Âu, Nam Mỹ, và quần thể Ấn Độ của các bệnh nhân TTPL hoặc RL CXPL.

## **IX. Hậu quả chức năng của RL CXPL**

RL CXPL có liên quan đến RL chức năng xã hội và nghề nghiệp, nhưng RL chức năng không phải là một tiêu chuẩn chẩn đoán (vi đó là của TTPL), và có khác biệt đáng kể giữa các cá nhân được chẩn đoán mắc chứng RL CXPL.

## X. Chẩn đoán phân biệt

**RL tâm thần và các tình trạng bệnh lý khác.** Một loạt các tình trạng tâm thần và y tế có thể biểu hiện với các triệu chứng loạn thần và khí sắc mà phải được xem xét trong chẩn đoán phân biệt với RL CXPL. Chúng bao gồm các RL loạn thần do những bệnh khác; mè sảng; RL nhận thức thần kinh toàn thể; chất / thuốc gây ra RL loạn thần hoặc RL nhận thức thần kinh; RLLC với biểu hiện loạn thần; trầm cảm chủ yếu với biểu hiện loạn thần; RL trầm cảm hay lưỡng cực với các tính năng căng trương lực; kiểu phân liệt, nhân cách phân liệt, hoặc RL nhân cách hoang tưởng; RL loạn thần ngắn; RL dạng phân liệt; TTPL; RL hoang tưởng; và phô TTPL biệt định và không biệt định khác và các RL loạn thần khác. Tình trạng y tế và chất sử dụng có thể biểu hiện một biến chứng loạn thần và các triệu chứng khí sắc, do vậy cần phải được loại trừ RL loạn thần do những tình trạng y tế khác. Phân biệt RL CXPL với TTPL và RL trầm cảm và lưỡng cực với biểu hiện loạn thần thường rất khó. Tiêu chí C được thiết kế để tách biệt RL CXPL và TTPL, và tiêu chí B được thiết kế để phân biệt RL CXPL với RL trầm cảm hoặc lưỡng cực kèm biểu hiện loạn thần. Cụ thể hơn, RL CXPL có thể được phân biệt với một RL trầm cảm hoặc lưỡng cực với biểu hiện loạn thần do sự hiện diện của hoang tưởng nổi bật và / hoặc ảo giác trong ít nhất 2 tuần trong sự vắng mặt của một Gđ khí sắc nổi bật. Ngược lại, trong trầm cảm hoặc RLLC với biểu hiện loạn thần, các biểu hiện loạn thần chủ yếu xảy ra trong Gđ khí sắc. Bởi vì tỷ lệ tương đối của triệu chứng khí sắc và các triệu chứng loạn thần có thể thay đổi theo thời gian, việc chẩn đoán thích hợp có thể thay đổi và trở thành RL CXPL (ví dụ, một chẩn đoán RL CXPL cho một Gđ trầm cảm chủ yếu nghiêm trọng và nổi bật kéo dài 3 tháng trong 6 tháng đầu tiên của một bệnh loạn thần dai dẳng sẽ được thay đổi thành TTPL nếu các triệu chứng loạn thần toàn phát hoặc di chứng loạn thần nổi bật vẫn tồn tại trong nhiều năm mà không có một sự tái phát của một Gđ khí sắc nào).

**RL loạn thần do những tình trạng y tế khác.** Tình trạng y tế khác và sử dụng chất có thể gây biến chứng RL loạn thần và các triệu chứng khí sắc và do đó loạn thần kinh do những tình trạng y tế khác cần phải được loại trừ.

**Các RL TTPL, lưỡng cực, và trầm cảm.** Phân biệt RL CXPL với TTPL và các RL trầm cảm và lưỡng cực với biểu hiện loạn thần thường rất khó. Tiêu chí C được thiết kế để tách RL CXPL TTPL, và tiêu chí B được thiết kế để phân biệt RL CXPL một chứng RL trầm cảm hoặc lưỡng cực kèm biểu hiện loạn thần. Cụ thể hơn, RL CXPL có thể được phân biệt với một RL trầm cảm hoặc lưỡng cực với biểu hiện loạn thần dựa vào sự hiện diện của hoang tưởng nổi bật và / hoặc ảo giác trong ít nhất 2 tuần trong sự vắng mặt của một Gđ khí sắc chủ yếu. Ngược lại, trong trầm cảm hoặc RLLC với biểu hiện loạn thần, các biểu hiện loạn thần chủ yếu xảy ra trong Gđ khí sắc. Bởi vì tỷ lệ tương đối của triệu chứng khí sắc với các triệu chứng loạn thần có thể thay đổi theo thời gian, việc chẩn đoán thích hợp có thể thay đổi và thành RL CXPL. (Ví dụ, một chẩn đoán RL CXPL cho một Gđ trầm cảm chủ yếu nghiêm trọng và nổi bật kéo dài 3 tháng trong 6 tháng đầu tiên của một căn bệnh loạn thần kinh mãn tính sẽ được thay đổi thành TTPL nếu các triệu chứng loạn thần toàn phát hoặc di chứng nổi bật vẫn tồn tại trong nhiều năm mà không tái phát một Gđ khí sắc khác.)

## XI. Bệnh kèm

Nhiều cá nhân được chẩn đoán mắc chứng RL phân liệt cũng được chẩn đoán bị RL tâm thần khác, đặc biệt là RL sử dụng chất và RL lo âu. Tương tự, tỷ lệ mắc các bệnh nội khoa khác cũng tăng cao hơn mức cơ bản của dân số chung và dẫn đến giảm tuổi thọ.

## XII. Điều trị các RL CXPL:

- Các triệu chứng loạn thần được điều trị bằng thuốc chống loạn thần.
- Gđ trầm cảm của rối loạn CXPL được điều trị bằng thuốc chống trầm cảm
- Đối với type lưỡng cực, dùng ổn định khí sắc, như lithium, valproate hay carbamazepine, được sử dụng đơn độc hoặc kết hợp với thuốc chống loạn thần.
- Sốc điện có thể cần thiết cho bệnh trầm cảm nặng hoặc hưng cảm.
- Nhập viện và tâm lý trị liệu hỗ trợ có thể được yêu cầu.

## Bài 3

### Rối loạn dạng phân liệt

Bệnh nhân bị rối loạn dạng phân liệt đáp ứng đủ tiêu chuẩn cho TTPL, nhưng thời gian bị bệnh là từ 1-6 tháng.

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán theo DSM 5: 295.40 (F20.81)

A. Hai (hoặc nhiều hơn) các triệu chứng sau đây, mỗi triệu chứng hiện diện trong một phần đáng kể trong thời gian 1 tháng (hoặc ít hơn nếu được điều trị thành công). Ít nhất phải có một trong những triệu chứng (1), (2), (3):

1. Hoang tưởng.
2. Ảo giác.
3. Lời nói vô tổ chức (ví dụ, lạc đề thường xuyên hoặc rời rạc).
4. Hành vi vô tổ chức rõ rệt hoặc căng trương lực.
5. Triệu chứng âm tính (ví dụ, giảm biểu hiện cảm xúc hoặc thờ ơ).

B. Một Gđ RL kéo dài ít nhất 1 tháng nhưng ít hơn 6 tháng. Khi chẩn đoán phải được thực hiện mà không cần chờ đợi sẽ phục hồi, sẽ được coi là "tạm thời".

C. Đã loại trừ RL CXPL và RL trầm cảm hoặc lưỡng cực với biểu hiện loạn thần bởi vì hoặc là 1) không có Gđ trầm cảm chủ yếu hoặc hưng cảm đã xảy ra đồng thời với các triệu chứng của pha toàn phát, hoặc 2) nếu Gđ khí sắc đã xảy ra trong lúc có các triệu chứng của pha toàn phát, thì chúng chỉ chiếm phần nhỏ trong tổng thời gian của Gđ toàn phát và di chứng của bệnh.

D. Sự RL không phải là do những tác động sinh lý của một chất (ví dụ, một chất gây nghiện, một loại thuốc) hay tình trạng bệnh lý khác.

#### Ghi rõ nếu:

**Có các tính năng tiên lượng tốt:** Điều xác định này đòi hỏi sự hiện diện của ít nhất hai trong số các tính năng sau: khởi phát triệu chứng loạn thần nỗi bật trong vòng 4 tuần của sự thay đổi đáng chú ý đầu tiên trong hành vi bình thường hoặc chức năng; nhảm lẫn hoặc lúng túng; chức năng xã hội và nghề nghiệp trước đây là tốt; và sự vắng mặt của cảm xúc cùn mòn hoặc phảng lảng.

**Không có các tính năng tiên lượng tốt:** sự xác định này được áp dụng nếu hai hoặc nhiều hơn các đặc điểm trên đã không có mặt.

*Ghi rõ nếu:*

**Kèm căng trương lực** (tham khảo các tiêu chí cho căng trương lực kết hợp với một RL tâm thần, pp. 119-120, theo định nghĩa).

**Mã hóa lưu ý:** Sử dụng thêm mã 293.89 (F06.1) căng trương lực kết hợp với RL dạng phân liệt để chỉ ra sự hiện diện của căng trương lực kèm theo.

**Chỉ rõ mức độ nghiêm trọng hiện tại:**

Mức độ nghiêm trọng được đánh giá bởi một đánh giá định lượng của các triệu chứng chính của loạn thần, bao gồm hoang tưởng, ảo giác, lời nói vô tổ chức, hành vi tâm lý bất thường, và các triệu chứng âm tính. Mỗi triệu chứng có thể được đánh giá theo mức độ nghiêm trọng hiện tại (nặng nhất trong 7 ngày qua) trên thang điểm 5, từ 0 (không có) đến 4 (hiện tại và nặng).

## **II. Các đặc điểm chẩn đoán**

Các triệu chứng đặc trưng của RL dạng phân liệt là giống hệt với TTPL (Tiêu chí A). RL dạng phân liệt được phân biệt bởi sự khác biệt của nó về thời gian: tổng thời gian của bệnh, trong đó có Gđ báo trước, hoạt động, và các Gđ còn lại, ít nhất là 1 tháng nhưng dưới 6 tháng (Tiêu chí B). Yêu cầu thời gian cho RL dạng phân liệt là trung gian giữa các chứng RL loạn thần ngắn, kéo dài hơn 1 ngày và khởi bệnh trong 1 tháng, và TTPL, kéo dài trong ít nhất 6 tháng. Việc chẩn đoán RL dạng phân liệt được thực hiện theo hai điều kiện: 1) khi một cơn bệnh kéo dài từ 1 đến 6 tháng và các cá nhân đã hồi phục, và 2) khi một cá nhân có triệu chứng ít hơn thời gian 6 tháng cần thiết để chẩn đoán TTPL nhưng vẫn chưa phục hồi. Trong trường hợp này, việc chẩn đoán phải được ghi nhận là "RL dạng phân liệt (tạm thời)" bởi vì chúng ta không chắc chắn là các cá nhân sẽ phục hồi khỏi sự RL trong thời gian 6 tháng. Nếu RL vẫn còn vượt quá 6 tháng, việc chẩn đoán nên được chuyển thành TTPL.

Một tính năng khác biệt của RL dạng phân liệt là thiếu một tiêu chuẩn đòi hỏi chức năng xã hội và nghề nghiệp bị suy giảm. Trong khi sự suy giảm như vậy có thể có khả năng có mặt, chúng không cần thiết cho chẩn đoán RL dạng phân liệt.

Ngoài năm lĩnh vực triệu chứng được xác định trong các tiêu chuẩn chẩn đoán, các lĩnh vực: đánh giá nhận thức, triệu chứng trầm cảm, và triệu chứng hưng cảm là rất quan trọng để làm nên sự phân biệt rõ rệt giữa phô TTPL và các RL tâm thần khác.

## **III. Các Đặc Điểm liên quan hỗ trợ chẩn đoán**

Giống như với TTPL, hiện chưa có xét nghiệm hoặc kiểm tra tâm lý cho RL dạng phân liệt. Có nhiều vùng não nơi hình ảnh thần kinh, bệnh lý học thần kinh, và nghiên cứu sinh lý thần kinh đã chỉ ra những bất thường, nhưng không dùng cho chẩn đoán.

## **IV. Mức độ phô biến**

Tỷ lệ RL dạng phân liệt qua các định chế văn hóa xã hội cũng tương tự như quan sát thấy trong TTPL. Tại Hoa Kỳ và các nước phát triển khác, tỷ lệ này là thấp, có thể gấp năm lần ít hơn của TTPL. Ở các nước đang phát triển, tỷ lệ có thể cao hơn, đặc biệt đối với các đặc tả "kèm các tính năng tiên lượng tốt", trong một số các thiết lập RL dạng phân liệt có thể phô biến như TTPL.

## V. Tiễn triền

Sự tiễn triền của RL dạng phân liệt là tương tự như của TTPL. Khoảng một phần ba các BN có chẩn đoán ban đầu là chứng RL dạng phân liệt (tạm thời) sẽ phục hồi trong thời gian 6 tháng và RL dạng phân liệt là chẩn đoán cuối cùng của họ. Đa số còn lại hai phần ba BN cuối cùng sẽ nhận được một chẩn đoán là TTPL hoặc RL cảm xúc phân liệt.

## VI. Các yếu tố nguy cơ và tiên lượng

**Di truyền và sinh lý.** Thân nhân của những người có RL dạng phân liệt có nguy cơ cao mắc bệnh TTPL.

### Hậu quả chức năng của RL dạng phân liệt

Đối với phần lớn các cá nhân có RL dạng phân liệt rồi cuối cùng được chẩn đoán là TTPL hoặc RL cảm xúc phân liệt, hậu quả chức năng tương tự như các hậu quả của những RL này. Hầu hết các cá nhân trải nghiệm RL chức năng trong một số lĩnh vực sinh hoạt hàng ngày, chẳng hạn như ở trường học hoặc nơi làm việc, các mối quan hệ giữa các cá nhân, và tự chăm sóc. Cá nhân hồi phục từ RL dạng phân liệt có kết quả phục hồi chức năng tốt hơn.

## VII. Chẩn đoán phân biệt

**RL tâm thần khác và các tình trạng bệnh lý.** Một loạt các tình trạng tâm thần và bệnh lý có thể có biểu hiện với các triệu chứng loạn thần phải được xem xét trong chẩn đoán phân biệt với RL dạng phân liệt. Chúng bao gồm các RL loạn thần do một chứng bệnh khác hoặc điều trị của nó; mê sảng hoặc RL nhận thức thần kinh toàn thể; chất / thuốc gây ra RL loạn thần hay mê sảng; RL trầm cảm hoặc lưỡng cực kèm biểu hiện tâm thần; RL cảm xúc phân liệt; RLLC biệt định hoặc không biệt định khác và RL liên quan; RL trầm cảm hoặc lưỡng cực kèm các tình năng căng trương lực; TTPL; RL loạn thần ngắn; RL hoang tưởng; phổi TTPL biệt định hoặc không biệt định khác và RL loạn thần khác; RL nhân cách kiểu phân liệt, tính cách phân liệt, hoặc hoang tưởng; hội chứng tự kỷ; RL biểu hiện trong thời thơ ấu với lời nói vô tổ chức; ADHD; OCD; PTSD; và chấn thương sọ não.

Mặc dù tiêu chuẩn chẩn đoán RL TTPL và RL dạng phân liệt có khác biệt cơ bản trong thời gian bị bệnh, thì các tranh luận của các chẩn đoán phân biệt của TTPL cũng áp dụng cho RL dạng phân liệt.

**RL loạn thần ngắn.** Khác với RL dạng phân liệt, thời gian RL loạn thần ngắn chỉ kéo dài dưới 1 tháng.

## VIII. Điều trị các rối loạn dạng phân liệt

- Thuốc chống loạn thần kết hợp với liệu pháp tâm lý trị hỗ trợ là điều trị ban đầu.
- Có thể yêu cầu nhập viện nếu bệnh nhân không thể tự chăm sóc hoặc nếu có ý tưởng tự sát hoặc giết người.
- Có thể dùng thuốc chống trầm cảm hoặc ổn định khí sắc nếu có triệu chứng trầm cảm.
- Điều trị sớm và tấn công có thể có tiên lượng tốt hơn.

## Bài 4

### RL loạn thần ngắn

Rối loạn loạn thần ngắn là một rối loạn được đặc trưng bởi ảo giác, hoang tưởng, ngôn ngữ hoặc hành vi vô tổ chức. Thời gian của các triệu chứng là từ một ngày đến một tháng, trong khi đó việc chẩn đoán tâm thần phân liệt đòi hỏi thời gian có các triệu chứng là sáu tháng.

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn loạn thần ngắn: 298.8 (F23)

A. Sự hiện diện của một (hoặc nhiều hơn) các triệu chứng sau đây. Ít nhất phải có một trong trong các triệu chứng (1), (2), hoặc (3):

1. Hoang tưởng.
2. Ảo giác.
3. Ngôn ngữ vô tổ chức (ví dụ, thường xuyên lạc đề hoặc không ăn nhập nhau).
4. Hành vi vô tổ chức hiển nhiên hoặc căng trương lực.

Lưu ý: Không bao gồm các triệu chứng nếu đó là một ứng xử văn hóa.

B. Thời gian một Gđ của các xáo trộn ít nhất là 1 ngày nhưng ít hơn 1 tháng, cuối cùng trở lại với đầy đủ các chức năng hoạt động như trước khi bệnh.

C. Sự RL không được giải thích tốt hơn bởi trầm cảm chủ yếu hoặc RL LC với biểu hiện loạn thần hoặc RL loạn thần khác như TTPL hoặc căng trương lực, và không phải là do những tác động sinh lý của một chất (ví dụ, một loại chất gây nghiện, một loại thuốc) hoặc một chứng bệnh khác.

#### Ghi rõ nếu:

**Với căng thẳng đáng kể** (phản ứng loạn thần ngắn): Nếu các triệu chứng xảy ra do phản ứng với các sự kiện mà, đơn lẻ hoặc kết hợp lại sẽ gây căng thẳng đáng kể cho hầu như bất cứ ai trong hoàn cảnh tương tự theo văn hóa của cá nhân.

**Không kèm căng thẳng rõ rệt**: Nếu triệu chứng không xuất hiện để đáp ứng với sự kiện đơn lẻ hoặc kết hợp lại sẽ gây căng thẳng đáng kể hầu như cho bất cứ ai trong hoàn cảnh tương tự theo văn hóa của cá nhân.

**Với khởi phát sau sinh**: Nếu khởi phát trong khi mang thai hoặc trong vòng 4 tuần sau khi sinh.

#### Ghi rõ nếu:

**Với căng trương lực** (tham khảo các tiêu chí cho căng trương lực kết hợp với một RL tâm thần)

**Mã hóa lưu ý**: Sử dụng thêm mã 293,89 (F06.1) căng trương lực kết hợp với RL thần ngắn để chỉ ra sự hiện diện của căng trương lực kèm theo.

#### Chỉ rõ mức độ nghiêm trọng hiện tại:

Mức độ nghiêm trọng được đánh giá bởi một đánh giá định lượng của các triệu chứng chính của loạn thần, bao gồm hoang tưởng, ảo giác, lời nói vô tổ chức, hành vi tâm lý bất thường, và các triệu chứng ám tính. Mỗi triệu chứng có thể được đánh giá theo mức độ nghiêm trọng hiện tại (nặng nhất trong 7 ngày qua) trên thang điểm 5 từ 0 (không có) đến 4 (hiện có và nặng). (Lâm sàng-danh giá kích cỡ của Mức độ nghiêm trọng của triệu chứng Loạn thần trong chương "Các biện pháp đánh giá.")

**Lưu ý:** Chẩn đoán các RL loạn thần ngắn có thể được thực hiện mà không cần sử dụng bảng phân độ này.

## II. Các Đặc Điểm chẩn đoán

Các đặc điểm chính của RL loạn thần ngắn là một RL có liên quan đến sự khởi phát đột ngột của ít nhất một trong các triệu chứng loạn thần dương tính sau đây: hoang tưởng, ảo giác, lời nói vô tổ chức (ví dụ, lạc đề thường xuyên hoặc rồ rạc), hoặc hành vi tâm thần bất thường rõ rệt, bao gồm căng trương lực (tiêu chí A). Khởi phát đột ngột được định nghĩa là sự thay đổi từ trạng thái không loạn thần đến một trạng thái loạn thần rõ ràng trong vòng 2 tuần, thường là không có một tiền triệu. Một Gd RL kéo dài ít nhất 1 ngày nhưng ít hơn 1 tháng, và các cá nhân cuối cùng đã có một hồi phục chức năng đầy đủ ở mức trước khi có triệu chứng (Tiêu chí B). Sự RL không được giải thích tốt hơn bởi một RL trầm cảm hoặc LC có biểu hiện loạn thần, bởi RL phân liệt, hoặc TTPL và không phải là do những tác động sinh lý của một chất nào đó (ví dụ, bị ảo giác) hoặc điều kiện y tế khác (ví dụ, tụ máu dưới màng cứng) (Tiêu chí C).

Ngoài năm lĩnh vực triệu chứng được xác định trong các tiêu chuẩn chẩn đoán, đánh giá nhận thức, trầm cảm, và các lĩnh vực triệu chứng hưng cảm là rất quan trọng để chỉ ra sự khác biệt quan trọng giữa phô TTPL và các RL loạn thần khác.

## III. Các Đặc Điểm liên quan hỗ trợ chẩn đoán

Cá nhân có RL loạn thần ngắn thường bị RL cảm xúc hoặc sự lú lẫn che khuất. Họ có thể bị biến đổi nhanh chóng từ một người thành người khác hoàn toàn. Mặc dù những xáo trộn rất ngắn, mức độ suy giảm có thể nghiêm trọng, và có thể yêu cầu được giám sát để đảm bảo nhu cầu dinh dưỡng và vệ sinh cần thiết và các cá nhân được bảo vệ khỏi những hậu quả của phán đoán kém, suy giảm nhận thức, hoặc hành động trên cơ sở hoang tưởng. Có thể có nguy cơ gia tăng hành vi tự sát, đặc biệt là trong các Gd cấp.

## IV. Mức độ phô biến

Tại Hoa Kỳ, RL loạn thần ngắn có thể chiếm 9% các trường hợp đầu tiên khởi phát RL loạn thần. RL loạn thần có thể đáp ứng tiêu chí A và C, nhưng không phải Tiêu chí B, cho RL loạn thần ngắn (tức là thời gian của các triệu chứng hoạt động là 1-6 tháng, ngược với sự thuyên giảm trong vòng 1 tháng) là phô biến hơn ở các nước đang phát triển so với các nước phát triển. RL loạn thần ngắn phô biến ở phụ nữ nhiều gấp hai lần so với nam giới.

## V. Tiển triển

RL loạn thần ngắn có thể xuất hiện ở vị thành niên hoặc đầu tuổi trưởng thành, và khởi đầu có thể xảy ra ngang qua tuổi đời, với độ tuổi trung bình lúc bắt đầu là giữa những năm 30. Theo định nghĩa, một chẩn đoán RL loạn thần ngắn đòi hỏi một sự thuyên giảm đầy đủ của tất cả các triệu chứng và cuối cùng hồi phục đầy đủ các chức năng như trước khi khởi phát trong vòng 1 tháng kể từ khi bắt đầu bị RL. Ở một số

người, thời gian của các triệu chứng loạn thần kinh có thể là khá ngắn (ví dụ, một vài ngày).

## **VI. Các yếu tố nguy cơ và tiên lượng**

**Tính khí.** Tồn tại một RL nhân cách và những đặc tính từ trước (ví dụ, RL nhân cách kiêu phân liệt; RL nhân cách ranh giới; hoặc những đặc tính trong lãnh vực loạn thần, như RL nhận thức, và lĩnh vực cảm xúc âm tính, chẳng hạn như đa nghi) có thể ảnh hưởng lên BN, tạo nên sự tiến triển của RL.

## **VII. Văn hóa liên quan đến các vấn đề chẩn đoán**

Điều quan trọng là phải phân biệt các triệu chứng của RL loạn thần ngắn với mô hình ứng xử văn hóa. Ví dụ, trong một số nghi lễ tôn giáo, một cá nhân có thể báo cáo nghe thấy tiếng nói, nhưng chúng thường không tồn tại và không được coi là bất thường bởi hầu hết các thành viên của cộng đồng của cá nhân. Ngoài ra, nền văn hóa và tôn giáo phải được lưu ý khi xem xét niềm tin này là hoang tưởng.

## **VIII. Hậu quả chức năng của RL loạn thần ngắn**

Mặc dù tỷ lệ tái phát cao, đối với hầu hết các cá nhân, hậu quả vẫn tốt về mặt chức năng xã hội và triệu chứng.

## **IX. Chẩn đoán phân biệt**

**Tình trạng bệnh lý khác.** Một loạt các RL y tế có thể biểu hiện với các triệu chứng loạn thần trong thời gian ngắn. RL loạn thần do những bệnh khác hoặc mê sảng được chẩn đoán khi có bằng chứng từ bệnh sử, khám lâm sàng hoặc xét nghiệm, mà các hoang tưởng hoặc ảo giác là hậu quả sinh lý trực tiếp của một tình trạng bệnh lý cụ thể (ví dụ, hội chứng Cushing, u não) (xem "RL loạn thần do một Tình trạng Y tế" trong chương này).

**RL liên quan đến sử dụng chất.** Chất / thuốc gây ra RL loạn thần, chất- gây mê sảng, và ngộ độc thuốc được phân biệt với RL loạn thần ngắn bởi thực tế là một chất (ví dụ như, một loại thuốc bị lạm dụng, một loại thuốc, tiếp xúc với một chất độc) được cho là nguyên nhân liên quan các triệu chứng loạn thần (xem "chất/thuốc-gây ra RL loạn thần" trong chương này). Các xét nghiệm, chẳng hạn như một bảng test ma túy nước tiểu hoặc do độ cồn trong máu, có thể hữu ích trong việc đưa ra phán quyết, cũng như cần một bệnh sử cẩn thận về sử dụng chất với sự chú trọng đến các mối quan hệ thời gian lúc chất được đưa vào và lúc khởi phát các triệu chứng và tính chất của các chất đã được sử dụng.

**Trầm cảm và RL LC.** Các chẩn đoán RL loạn thần ngắn không thể được thực hiện nếu các triệu chứng loạn thần được giải thích tốt hơn bởi một Gđ khí sắc (tức là, các triệu chứng loạn thần xảy ra hoàn toàn trong một Gđ đầy đủ của trầm cảm chủ yếu, hưng cảm, hoặc hỗn hợp).

**RL loạn thần khác.** Nếu các triệu chứng loạn thần kéo dài trong 1 tháng hoặc lâu hơn, chẩn đoán hoặc là RL dạng phân liệt, RL hoang tưởng, RL trầm cảm với biểu hiện loạn thần, RLLC với biểu hiện tâm thần, hoặc phổ TTPL biệt định hoặc không biệt định khác và RL loạn thần khác, tùy thuộc vào các triệu chứng khác được biểu hiện. Chẩn đoán phân biệt giữa chứng RL loạn thần ngắn và RL dạng phân liệt là khó khăn khi các triệu chứng loạn thần đã khởi trước 1 tháng do đáp ứng với điều trị thành công bằng

thuốc. Cần lưu ý cần thận đến khả năng đó là một RL có chu kỳ (ví dụ, RLLC, những đợt tái phát cấp của TTPL) có thể chịu trách nhiệm cho bất kỳ Gđ loạn thần theo chu kỳ nào.

**Giả vờ đau và RL giả bệnh.** Một Gđ của RL nhân tạo, có dấu hiệu chủ yếu là tâm lý và triệu chứng, có thể có sự xuất hiện của RL loạn thần ngắn, nhưng trong trường hợp này có bằng chứng cho thấy các triệu chứng được tạo ra một cách có chủ ý. Khi giả vờ đau liên quan đến triệu chứng giống như loạn thần, thường có bằng chứng cho thấy bệnh đang giả vờ để đạt được một mục đích dễ hiểu.

**RL nhân cách.** Trong một số cá nhân có RL nhân cách, những căng thẳng tâm lý xã hội có thể thúc đẩy những Gđ ngắn có các triệu chứng loạn thần. Những triệu chứng này thường thoáng qua và không đảm bảo cho một chẩn đoán riêng biệt. Nếu các triệu chứng loạn thần kéo dài ít nhất 1 ngày, một chẩn đoán thêm là RL loạn thần ngắn có thể thích hợp.

#### X. Điều trị các rối loạn loạn thần ngắn.

- A. Có thể cho nhập viện, đặc biệt là nếu có ý tưởng tự sát hoặc giết người.
- B. Một đợt ngắn dùng thuốc an thần kinh như risperidone (Risperdal) 2-4 mg / ngày, thường được chỉ định, và các benzodiazepin hỗ trợ có thể hữu ích. Benzodiazepin- tác dụng ngắn hạn như lorazepam 1-2 mg mỗi 4-6 giờ có thể được sử dụng khi cần thiết cho cơn kích động và lo lắng kèm theo.
- C. Được chỉ định thêm tâm lý trị liệu nếu có yếu tố gây stress.

## Bài 5

### Rối loạn hoang tưởng

Rối loạn hoang tưởng được đặc trưng bởi sự hiện diện của niềm tin bất hợp lý, không đúng sự thật.

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn hoang tưởng theo DSM-5 297,1 (F22)

- A. Sự hiện diện của một hoang tưởng (hoặc nhiều hơn) trong thời gian 1 tháng hoặc lâu hơn.
- B. Tiêu chí A cho TTPL đã không bao giờ được đáp ứng.  
Lưu ý: Ảo giác, nếu có, không nổi bật và có liên quan đến chủ đề hoang tưởng (ví dụ, cảm giác bị nhiễm côn trùng kết hợp với hoang tưởng của sự phá hoại).
- C. Ngoài các tác động của sự hoang tưởng hoặc kết quả của nó, chức năng không bị suy giảm rõ rệt, và hành vi không rõ ràng là kỳ lạ hoặc riêng lẻ.
- D. Nếu Gđ hưng cảm hoặc trầm cảm diễn hình đã xảy ra, những điều này xảy ra tương đối ngắn so với thời gian của Gđ hoang tưởng.
- E. Sự RL không phải là do những tác động sinh lý của một chất hoặc một điều kiện y tế khác và không được giải thích tốt hơn bởi một RL tâm thần, như RL sọ biến dạng cơ thể hoặc OCD.

**Ghi rõ:**

**Loại hoang tưởng được yêu:** kiểu này áp dụng khi chủ đề chính của sự hoang tưởng là nghĩ rằng có một người khác đang yêu đương sự.

**Loại hoang tưởng tự cao:** áp dụng khi chủ đề chính của hoang tưởng là niềm tin vào một số tài năng lớn (nhưng không được công nhận) hoặc hiểu biết hoặc đã thực hiện một số khám phá quan trọng.

**Loại hoang tưởng ghen tuông:** áp dụng khi chủ đề chính của hoang tưởng của cá nhân là nghĩ rằng vợ hoặc chồng hoặc người yêu của mình không chung thủy.

**Loại hoang tưởng bị hại:** áp dụng khi chủ đề trung tâm của hoang tưởng liên quan đến niềm tin của cá nhân mà người đó đang bị ám mưu chống đối, bị lừa, do thám, theo dõi, bị đầu độc hoặc bị đánh thuốc mê, cố bị bôi bẩn, bị sách nhiễu, hoặc bị cản trở trong việc theo đuổi dài mục tiêu dài hạn.

**Loại soma:** áp dụng khi chủ đề trung tâm của vọng tưởng liên quan đến chức năng cơ thể hay những cảm giác cơ thể.

**Loại hỗn hợp:** áp dụng khi không có một chủ đề hoang tưởng nào chiếm ưu thế.

**Loại không biệt định:** áp dụng khi niềm tin hoang tưởng thống trị không thể được xác định rõ ràng hoặc không được mô tả trong các loại hình cụ thể (ví dụ, hoang tưởng qui chiêu mà không có một thành phần bị hại hay tự cao nổi bật).

**Ghi rõ nếu:**

**Với nội dung kỳ quái:** Hoang tưởng được coi là kỳ quái nếu chúng rõ ràng là không hợp lý, không thể hiểu được, và không bắt nguồn từ kinh nghiệm cuộc sống bình thường (ví dụ như, một cá nhân tin là một người lạ đã lấy đi cơ quan nội tạng của mình và thay thế chúng với cơ quan của người khác mà không để lại bất kỳ vết thương hay vết sẹo).

**Ghi rõ nếu:**

Có được các điều rõ ràng dưới đây sau một khoảng thời gian 1 năm của các RL:

**Gđ đầu tiên, hiện đang Gđ cấp tính:** Biểu hiện đầu tiên của các RL các triệu chứng và thời gian tiêu chuẩn xác định chẩn đoán. Một Gđ cấp là một khoảng thời gian mà các tiêu chuẩn của triệu chứng được đáp ứng đầy đủ.

**Gđ đầu tiên, hiện tại thuyên giảm một phần :** Thuyên giảm một phần là một khoảng thời gian mà sự cải thiện sau một Gđ trước đó được duy trì và trong đó các các tiêu chuẩn xác định các RL được đáp ứng chỉ một phần.

**Gđ đầu tiên, hiện tại thuyên giảm hoàn toàn:** Thuyên giảm hoàn toàn là một khoảng thời gian sau khi một Gđ trước đó trong thời gian này không có triệu chứng RL cụ thể nào.

**Nhiều Gđ, hiện ở Gđ cấp tính**

**Nhiều Gđ, hiện tại một phần thuyên giảm**

**Nhiều Gđ, hiện tại thuyên giảm hoàn toàn.**

**Liên tục:** Các triệu chứng thỏa mãn các tiêu chuẩn chẩn đoán triệu chứng của RL đang còn lại cho phần lớn các quá trình bệnh, với thời gian dưới ngưỡng triệu chứng là rất ngắn so với quá trình tổng thể.

## **Không xác định**

### **Xác định mức độ nghiêm trọng hiện tại:**

Mức độ nghiêm trọng được đánh giá bởi một đánh giá định lượng của các triệu chứng chính của RL tâm thần bao gồm hoang tưởng, ảo giác, lời nói vô tổ chức, hành vi tâm lý bất thường, và các triệu chứng âm tinh. Mỗi một trong các triệu chứng có thể được đánh giá về mức độ nặng hiện tại của nó (nặng nhất trong 7 ngày qua) trên thang điểm 5 điểm từ 0 (không có) đến 4 (hiện tại và nặng).

## **II. Các đặc điểm chẩn đoán**

Các đặc điểm thiết yếu của RL hoang tưởng là sự hiện diện của một hoặc nhiều hoang tưởng mà vẫn tồn tại trong ít nhất 1 tháng (Tiêu chí A). Một chẩn đoán RL hoang tưởng không được đưa ra nếu cá nhân đã từng có một biểu hiện triệu chứng hợp với Tiêu chí A của TTPL (Tiêu chí B). Ngoài những tác động trực tiếp của các ảo tưởng, suy yếu, chán nản, tâm lý xã hội có thể có nhiều giới hạn hơn trong những RL tâm thần khác như TTPL, và hành vi không rõ ràng là kỳ lạ hoặc riêng lẻ (Tiêu chí C). Nếu Gđ khai sắc xảy ra đồng thời với những hoang tưởng, tổng thời gian của các Gđ khai sắc là ngắn so với tổng thời gian của thời kỳ hoang tưởng (Tiêu chí D). Những hoang tưởng không phải là do những tác động sinh lý của một chất (ví dụ, cocaine) hoặc những bệnh khác (ví dụ như bệnh Alzheimer) và không được giải thích tốt hơn bởi một RL tâm thần, chẳng hạn như RL cơ thể dysmorphic hoặc RL ám ảnh cuồng chế (tiêu chí E).

## **III. Các tính năng liên quan hỗ trợ chẩn đoán**

Các vấn đề xã hội, hôn nhân, hoặc công việc có thể là kết quả từ những niềm tin hoang tưởng của RL hoang tưởng. Cá nhân có RL hoang tưởng có thể mô tả dựa trên sự thật nhưng những người khác nhận xét là niềm tin của họ bất hợp lý không thể chấp nhận (nghĩa là, có thể có "nhận thức thực tế" nhưng không phải là nhận thức thực sự). Nhiều cá nhân phát triển căm kinh hoặc bồn chồn khi sặc, mà thường có thể được hiểu như là một phản ứng đối với những niềm tin hoang tưởng của họ. Tức giận và hành vi bạo lực có thể xảy ra với các loại hoang tưởng bị hại, ghen tuông, và được yêu. Các cá nhân có thể tham gia vào các hành vi tôn giáo hay đổi kháng (như gửi hàng trăm thư phản đối chính phủ). Khó khăn pháp lý có thể xảy ra, đặc biệt là trong các loại ghen tuông và được yêu.

## **IV. Mức độ phổ biến**

Sự phổ biến của RL hoang tưởng suốt đời đã được ước tính vào khoảng 0,2%, và các kiểu phụ thường gặp nhất là hoang tưởng bị hại. RL hoang tưởng, loại ghen tuông, có lẽ là phổ biến ở nam nhiều hơn ở nữ, nhưng không có sự khác biệt giới tính lớn ở tần số tổng thể của RL hoang tưởng.

## **V. Triển triển**

Về chức năng nói chung là tốt hơn so với TTPL. Mặc dù chẩn đoán nhìn chung là ổn định, có một tỷ lệ các cá nhân tiếp tục phát triển thành TTPL. RL hoang tưởng có một mối quan hệ gia đình có ý nghĩa với cả TTPL và RL nhân cách dạng phân liệt. Mặc dù nó có thể xảy ra ở lứa tuổi trẻ, tình trạng này có thể phổ biến hơn ở những người lớn tuổi.

## **VI. Văn hóa-liên quan vấn đề chẩn đoán**

Nền văn hóa và tôn giáo của một cá nhân phải được đưa vào tài khoản trong việc đánh giá sự hiện diện của RL hoang tưởng. Nội dung của hoang tưởng cũng khác nhau giữa các nền văn hóa.

## VII. Các hậu quả suy giảm chức năng của RL hoang tưởng

Sự suy giảm chức năng nhưng lại được giới hạn hơn so với các RL tâm thần khác, mặc dù trong một số trường hợp, sự suy yếu có thể là đáng kể và bao gồm nghèo nàn các hoạt động nghề nghiệp và cô lập xã hội. Khi hoạt động tâm lý xã hội hiện tại là nghèo nàn, niềm tin hoang tưởng rằng mình đóng một vai trò quan trọng là bình thường. Một đặc điểm chung của cá nhân bị RL hoang tưởng là khi có những ý tưởng hoang tưởng, họ sẽ không được thảo luận hoặc hành động theo.

## VIII. Chẩn đoán phân biệt của rối loạn hoang tưởng

**OCD và các RL liên quan.** Nếu một cá nhân với chứng OCD hoàn toàn bị thuyết phục rằng niềm tin của RL ám ảnh cưỡng chế của mình là đúng, với sự thiếu nhận biết / sự xác tín hoang tưởng, thì nên chẩn đoán là OCD. Tương tự như vậy đối với một BN có RL sợ biến dạng cơ thể.

**Mê sảng, RL nhận thức thần kinh chủ yếu, RL tâm thần do những bệnh khác, và RL loạn thần do chất / thuốc gây ra.** Cá nhân có những RL này có thể biểu hiện triệu chứng nghỉ là RL hoang tưởng. Ví dụ, hoang tưởng bị hại đơn giản trong bối cảnh RL nhận thức thần kinh chủ yếu sẽ được chẩn đoán là RL nhận thức thần kinh chủ yếu, với sự xáo trộn về hành vi. Một RL loạn thần do chất / thuốc gây ra phản ứng chéo có thể giống hệt nhau trong triệu chứng RL hoang tưởng nhưng có thể được phân biệt bởi các mối quan hệ thứ tự thời gian chất sử dụng với sự khởi phát và thuyên giảm của những niềm tin hoang tưởng.

**TTPL và RL dạng phân liệt.** RL hoang tưởng có thể được phân biệt với TTPL và RL RL dạng phân liệt bởi sự vắng mặt của các triệu chứng đặc trưng khác của Gđ hoạt động của TTPL.

**RL trầm cảm và RLLC và cảm xúc phân liệt.** Những RL này có thể được phân biệt với RL hoang tưởng bởi các mối quan hệ thời gian giữa các RL khí sắc kèm hoang tưởng và bởi mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng khí sắc. Nếu hoang tưởng xảy ra hoàn toàn trong Gđ khí sắc, thì chẩn đoán là RL trầm cảm lưỡng cực hoặc có biểu hiện loạn thần. Triệu chứng khí sắc đáp ứng đủ tiêu chuẩn cho một đoạn khí sắc có thể chồng lấn lên RL hoang tưởng. RL hoang tưởng có thể được chẩn đoán chỉ khi tổng thời gian của tất cả các Gđ khí sắc vẫn còn ngắn so với tổng thời gian của RL hoang tưởng. Nếu không, sau đó chẩn đoán một loại bệnh khác hoặc TTPL thể không biệt định và RL tâm thần khác kèm theo RL trầm cảm, RL trầm cảm không biệt định, RL lưỡng cực khác và RL liên quan, hoặc lưỡng cực không biệt định và RL liên quan là thích hợp.

## IX. Điều trị các rối loạn hoang tưởng

A. RL hoang tưởng thường tro với thuốc chống loạn thần.

B. Tâm lý trị liệu, bao gồm liệu pháp gia đình hoặc các cặp vợ chồng, có thể cung cấp một số lợi ích.

## Chương 3

# RỐI LOẠN KHÍ SẮC

### I. Phân loại rối loạn khí sắc

**A. Rối loạn khí sắc được xác định bởi sự hiện diện của các Gđ khí sắc.** Các Gđ khí sắc đại diện cho một loạt các tình trạng khí sắc. Gđ khí sắc không phải là thực thể chẩn đoán. Các rối loạn khí sắc được chẩn đoán lâm sàng dựa theo sự hiện diện của các Gđ khí sắc đặc trưng.

**B. Các Gđ khí sắc được phân loại như sau:**

- a. Gđ trầm cảm chủ yếu.
- b. Gđ hưng cảm
- c. Gđ hỗn hợp
- d. Gđ hưng cảm nhẹ.

**C. Rối loạn khí sắc được phân loại như sau:**

- a. Rối loạn trầm cảm
- b. Rối loạn lưỡng cực
- c. Rối loạn khí sắc khác

### Bài 1

#### Gđ Trầm cảm chủ yếu

Gđ trầm cảm chủ yếu được đặc trưng bởi nỗi buồn dai dẳng thường gắn liền với các triệu chứng cơ thể như sụt cân, khó ngủ và năng lượng giảm.

##### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán theo DSM 5

A. Ít nhất 5 triệu chứng sau đây trong thời gian ít nhất là 2 tuần. Phải có ít nhất 1 TC (1) hoặc (2):

1. Khí sắc trầm cảm lan tỏa
2. Thường xuyên mất hưng thú, không hài lòng

3. Thay đổi đáng kể cân nặng. (5 %)
4. Rối loạn giấc ngủ.
5. Tâm thần- vận động kích động hoặc chậm chạp.
6. Mệt mỏi thường xuyên hoặc mất năng lượng.
7. Cảm giác tội lỗi quá nhiều, hoặc cảm thấy vô dụng
8. Khó tập trung.
9. Suy nghĩ thường xuyên đến cái chết hoặc ý nghĩ tự tử.

B. Các triệu chứng phải gây rối loạn xã hội hoặc nghề nghiệp đáng kể hoặc gây thiệt hại đáng kể.

- C. Không phải do một tình trạng bệnh lý, thuốc men hoặc các loại thuốc.

**Ghi chú:** Tiêu chuẩn A-C tiêu biểu cho một Gđ trầm cảm chủ yếu. Các Gđ trầm cảm chủ yếu thì thường gặp trong RL lưỡng cực I, nhưng không nhất thiết phải có để chẩn đoán RL lưỡng cực I.

**Ghi chú:** Những phản ứng đối với những sự mất mát lớn (VD. tang chế, phá sản, mất mát do thiên tai, bệnh hiểm nghèo, hay khuyết tật) có thể có những cảm giác buồn bã nhiều, gậm nhám nỗi mất mát, mất ngủ, ăn không ngon, và sụt cân như trong tiêu chuẩn A của Gđ trầm cảm. Mặc dù những triệu chứng như vậy có thể hiểu được và có thể xem là phù hợp với sự mất mát, ta cũng cần xem xét một cách cẩn thận xem có hay không một giai đoạn trầm cảm chủ yếu được chồng lấp trên sự phản ứng bình thường với mất mát. Quyết định này chắc chắn đòi hỏi phải thông qua đánh giá lâm sàng dựa trên bệnh sử và ứng xử văn hóa thông thường của bệnh nhân về biểu lộ đau khổ trong bối cảnh mất mát.

## II. Đặc điểm lâm sàng của Gđ trầm cảm.

A. Đôi khi không có thể hiện khí sắc trầm cảm, chỉ có biểu lộ sự lo lắng và khó chịu.

B. Cảm giác tuyệt vọng và bất lực là phổ biến.

C. Giảm ham muốn tình dục là phổ biến.

D. Dậy sớm và khó ngủ trở lại là điển hình.

E. Có thể kích động tâm thần vận động nặng.

F. Bệnh nhân có thể xuất hiện sa sút trí tuệ vì kém chú ý, kém tập trung, và thiếu quyết đoán.

G. Cảm giác tội lỗi có thể trở nên quá mức, đến độ xuất hiện hoang tưởng.

H. Tái hiện lại ám ảnh về những vấn đề trong quá khứ hoặc vấn đề đặc biệt là phổ biến,

I. Mối bận tâm với sức khỏe thể chất có thể xảy ra.

J. Hoang tưởng đơn giản và ảo giác có thể xảy ra, và họ thường xuyên sống trong ảo mộng.

K. Tiền sử gia đình có rối loạn khí sắc hoặc lùi là phổi biến.

## Bài 2

### Gđ hưng cảm

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán DSM 5:

A. Ít nhất trong một tuần, khí sắc bất thường và liên tục gia tăng, chan hòa hay dẽ cảm gắt (có thể ít hơn một tuần nếu được nhập viện).

B. Trong thời gian rối loạn khí có ít nhất ba trong số sau đây đã tiếp tục tồn tại một cách đáng kể (bốn nếu khí sắc cảm kinh):

1. Tự đánh giá cao hay ý tưởng tự cao.

2. Giảm nhu cầu ngủ. (Chỉ cần ngủ 3 giờ/ngày).

3. Bệnh nhân nói nhiều hơn bình thường hoặc cảm thấy có áp lực để buộc phải nói. (khách quan)

4. Tư duy phi tán (nhảy từ chủ đề này sang chủ đề khác) hay một cảm thấy các ý nghĩ dồn dập. (chủ quan)

5. Hay bị chia tri.

6. Gia tăng hoạt động có mục đích hoặc tâm thần kích động.

7. Sự tham gia quá nhiều vào các hoạt động thú vị nhưng có nhiều tiềm năng mang lại hậu quả tai hại (vd, tình dục không an toàn).

C. RL khí sắc đủ nặng để gây ra sự suy giảm rõ rệt trong các hoạt động xã hội, nghề nghiệp hay cần thiết phải nhập viện để ngăn ngừa những hậu quả tai hại cho chính bệnh nhân hay cho người khác, hoặc có những đặc điểm loạn thần.

D. Gđ này không phải do tác động sinh lý của một chất (Vd. lạm dụng chất, thuốc men, hay cách điều trị khác), cũng không do một bệnh lý khác.

**Ghi chú:** Một Gđ hưng cảm đầy đủ xuất hiện trong khi điều trị chống trầm cảm (Vd. Thuốc, choáng điện), nhưng tồn tại kéo dài ở một mức độ đầy đủ triệu chứng vượt lên trên tác động sinh lý của cách trị liệu đó thì dù bằng chứng cho một Gđ hưng cảm và có thể được chẩn đoán là RLLC I.

**Ghi chú:** Tiêu chuẩn A-D cấu thành Gđ hưng cảm. Ít nhất phải có một giai đoạn hưng cảm để chẩn đoán RLLC I.

#### II. Đặc điểm lâm sàng của Gđ hưng cảm

A. Các biểu hiện phổi biến nhất là hưng phấn quá mức, nhưng một số bệnh nhân có thể chỉ có biểu hiện khó chịu.

B. Bệnh nhân có thể thường xuyên tìm cách giao tiếp nhiệt tình với những người khác, thường xuyên có phản ứng kém trong tương tác.

C. Tăng hoạt động tâm thần có thể mang hình thức của việc lập kế hoạch và tham gia quá mức, nhưng cuối cùng chẳng được gì.

D. Hành vi liều lĩnh mang lại những hậu quả xấu là phô biến (ví dụ, mua sắm điên cuồng, chi tiêu quá mức, tình dục bừa bãi).

E. Có thể mất ngủ nặng và kéo dài trong nhiều ngày.

F. Khí sắc không ổn định là phô biến.

G. Hoang tưởng tự cao là phô biến.

H. Lời nói bị dồn ép, nói to và quấy rầy, và thường rất khó ngắt lời những bệnh nhân này. Tư duy phi tán có thể dẫn đến ngôn ngữ hỗn độn và không liên quan.

I. Bệnh nhân thường xuyên thiếu sáng suốt trong hành vi và chống lại việc điều trị.

J. Bệnh nhân có thể trở nên loạn thần rõ rệt, thường xuyên nhất là có các biểu hiện hoang tưởng.

K. Bệnh nhân có thể trở thành kẻ gây hấn, đặc biệt nếu có loạn thần.

L. Khó chịu (dysphoria) là phô biến ở cao điểm của một Gđ hưng cảm, và có thể dẫn đến tự sát.

## Bài 3

### Gđ hưng cảm nhẹ

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán theo DSM 5

A. Ít nhất trong 4 ngày, khí sắc bất thường và liên tục gia tăng, chan hòa hay dễ cáu gắt.

B. Trong thời gian rối loạn khí sắc có ít nhất ba trong số sau đây đã tiếp tục tồn tại một cách đáng kể (bốn nếu có khí sắc cáu kỉnh):

1. Tự đánh giá cao hay ý tưởng tự cao.

2. Giảm nhu cầu ngủ. (Chỉ cần ngủ 3 giờ/ngày)

3. Bệnh nhân nói nhiều hơn bình thường hoặc cảm thấy có áp lực để buộc phải nói. (khách quan)

4. Tư duy phi tán (nhảy từ chủ đề này sang chủ đề khác) hay một cảm thấy các ý nghĩ dồn dập. (chủ quan)

5. Hay bị chia trí.

6. Gia tăng hoạt động có mục đích hoặc tâm thần kích động.

7. Sự tham gia quá nhiều vào các hoạt động thú vị nhưng có nhiều tiềm năng mang lại hậu quả tai hại (vd, tình dục không an toàn).

C. Gđ này có kèm theo một sự thay đổi rõ ràng trong các hoạt động, mà đó không phải là đặc điểm của cá nhân đó khi không có triệu chứng.

D. RL khí sắc và thay đổi trong hoạt động được quan sát thấy bởi những người khác.

E. Gđ bệnh không đủ năng để gây ra một sự suy giảm rõ rệt trong các hoạt động xã hội và nghề nghiệp thi không cần thiết phải nhập viện. Nếu có các đặc điểm loạn thần, thi Gđ này được định nghĩa là hưng cảm.

F. Gđ này không phải do tác động sinh lý của một chất (Vd. lạm dụng chất gây nghiện, thuốc men, hay cách điều trị khác).

**Ghi chú:** Một Gđ hưng cảm nhẹ với đầy đủ tiêu chuẩn xuất hiện trong khi điều trị chống trầm cảm (Vd. Thuốc, choáng điện), nhưng tồn tại kéo dài ở một mức độ đầy đủ triệu chứng vượt lên trên tác động sinh lý của cách trị liệu đó thi đủ bằng chứng cho một Gđ hưng cảm nhẹ. Tuy vậy, cần cẩn trọng vì một hay hai triệu chứng (đặc biệt là kích thích, bồn chồn, hay kích động theo sau việc sử dụng thuốc chống trầm cảm) thi không đủ để chẩn đoán một Gđ hưng cảm nhẹ và cũng không nhất thiết là dấu chỉ của triệu chứng phát bệnh RL lưỡng cực

**Ghi chú:** Tiêu chuẩn A-F cấu thành Gđ hưng cảm nhẹ. Gđ hưng cảm nhẹ thi thường gặp trong RL lưỡng cực I nhưng không cần thiết phải có để chẩn đoán RL lưỡng cực I.

## Bài 4

### RL mất điều hòa khí sắc bùng phát

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán 296.99 (F34.8)

A. Cơn giận bùng phát mạnh thể hiện bằng lời nói (ví dụ, quát tháo) và / hoặc hành vi (ví dụ, bạo lực đối với người hoặc tài sản) biểu hiện rõ ràng tương xứng về mức độ hoặc thời gian của tình huống hoặc cơn kích động.

B. Cơn giận dữ bùng phát không phù hợp với mức độ sự việc.

C. Bùng phát giận dữ xảy ra trung bình ba hoặc nhiều lần mỗi tuần.

D. Khí sắc giữa những đợt bùng phát giận dữ là liên tục cáu kỉnh hoặc giận dữ nhất trong ngày, gần như mỗi ngày, và có thể quan sát bởi những người khác (ví dụ, bố mẹ, giáo viên, bạn học).

E. Các tiêu chí A-D đã có mặt trong vòng 12 tháng trở lên. Trong suốt thời gian đó, các cá nhân đã không có một khoảng thời gian kéo dài 3 tháng liên tục mà không có tất cả các triệu chứng trong tiêu chí A-D.

F. Tiêu chuẩn A và D có mặt ở ít nhất hai môi trường sinh hoạt (ví dụ, ở nhà, ở trường, với các bạn bè) và là nghiêm trọng ở ít nhất là một nơi trong số này.

G. Các chẩn đoán không nên được thực hiện lần đầu tiên trước 6 tuổi hoặc sau 18 tuổi.

H. Qua bệnh sử hay quan sát được, tuổi khởi phát các tiêu chí A-E là trước 10 tuổi.

I. Chưa bao giờ có một khoảng thời gian nào khác kéo dài hơn 1 ngày mà có đầy đủ các tiêu chí triệu chứng, ngoại trừ thời gian, đáp ứng cho một Gđ hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ.

**Lưu ý:** Mức độ tăng khí sắc phát triển thích hợp, chẳng hạn như xảy ra trong bối cảnh của một sự kiện rất tích cực hoặc theo dự đoán, không nên được coi là một triệu chứng hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ.

J. Các hành vi không xảy ra hoàn toàn trong một Gđ của trầm cảm và không được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần (ví dụ, rối loạn phô tự kỷ, rối loạn stress sau sang chấn, rối loạn lo âu chia ly, rối loạn trầm cảm dai dẳng [dysthymia]).

**Lưu ý:** Chẩn đoán này không thể cùng tồn tại với các rối loạn khiêu khích chống đối, rối loạn bùng nỗ liên tục, hoặc rối loạn lưỡng cực, mặc dù nó có thể cùng tồn tại với những bệnh khác, trong đó có rối loạn trầm cảm chủ yếu, rối loạn tăng động/ giảm chú ý, rối loạn hành vi, và rối loạn sử dụng chất. Cá nhân có triệu chứng đáp ứng các tiêu chí cho cả rối loạn mất điều hòa khí sắc bùng phát và rối loạn khiêu khích chống đối chỉ nên được chẩn đoán mất điều hòa khí sắc bùng phát. Nếu một cá nhân đã từng trải qua một Gđ hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ, thì không nên chẩn đoán là rối loạn mất điều hòa khí sắc bùng phát.

K. Các triệu chứng không liên quan đến các tác động sinh lý của một chất hoặc một chứng bệnh khác, hay bệnh lý thần kinh.

## II. Các đặc điểm chẩn đoán

Các đặc tính cốt lõi của rối loạn mất điều hòa khí sắc bùng phát là mạn tính, khó chịu dai dẳng nặng nề. Khó chịu nghiêm trọng này có hai biểu hiện lâm sàng nổi bật, trước tiên là sự bùng phát giận dữ thường xuyên. Những câu nói bột phát thường xảy ra để đáp ứng với sự thất vọng và có thể là bằng lời nói hoặc hành vi (hành vi là các hình thức tấn công lên tài sản, của mình hoặc của người khác). Chúng phải xảy ra thường xuyên (nghĩa là trên trung bình, ba hoặc nhiều lần mỗi tuần) (Tiêu chí C) trong ít nhất 1 năm và trong ít nhất hai môi trường (Tiêu chí E và F), chẳng hạn như ở nhà và ở trường, và chúng phải có tiến triển không phù hợp (Tiêu chí B). Biểu hiện thứ hai của kích thích nghiêm trọng bao gồm khí sắc mạn tính, liên tục cău kỉnh hoặc giận dữ xuất hiện giữa những cơn bộc phát tức giận nặng nề. Khi sắc cău kỉnh hoặc giận dữ này phải là đặc tính của đứa trẻ, có mặt hầu hết trong ngày, gần như mỗi ngày, và làm người khác phải để ý trong môi trường của trẻ em (Tiêu chí D).

Biểu hiện lâm sàng của rối loạn mất điều hòa khí sắc bùng phát phải được phân biệt một cách cẩn thận với các biểu hiện khác, các bệnh lý liên quan, đặc biệt rối loạn lưỡng cực ở trẻ em. Trong thực tế, rối loạn mất điều hòa khí sắc bùng phát đã được thêm vào DSM-5 để giải quyết các mối quan tâm đáng kể về phân loại thích hợp và điều trị trẻ em có biểu hiện mạn tính, dai dẳng khó chịu liên quan đến các trẻ có biểu hiện RLLC kinh điển (tức là, nhiều Gđ).

Một số nhà nghiên cứu xem việc khó chịu nặng nề, không theo Gđ như là đặc trưng của rối loạn lưỡng cực ở trẻ em, mặc dù cả hai DSM-IV và DSM-5 đều yêu cầu cả trẻ em và người lớn phải có các Gđ riêng biệt của hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ để đủ điều kiện để chẩn đoán rối loạn lưỡng cực I. Trong những thập niên cuối của thế kỷ 20, các nhà nghiên cứu quan niệm rằng khó chịu nặng nề không theo Gđ là một biểu hiện hưng cảm trẻ em trùng hợp với một sự bùng nổ theo tỷ lệ mà lúc đó các bác sĩ có chẩn

đoán RLLC cho bệnh nhi. Sự gia tăng mạnh theo tỷ lệ này là do các bác sĩ kết hợp ít nhất hai biểu hiện lâm sàng thành một thể loại duy nhất. Đó là, gồm cả kinh điển, các biểu hiện nhiều Gđ hung cảm và không theo Gđ khó chịu nặng nề đã được cho là RLLC ở trẻ em. Trong DSM-5, các hạn định RLLC được dàn hàng riêng một cách rõ ràng cho các biểu hiện nhiều Gđ của các triệu chứng lưỡng cực. DSM-IV không có chẩn đoán được thiết kế riêng cho người trẻ có triệu chứng dấu hiệu bao gồm khó chịu rất nghiêm trọng không theo Gđ, trong khi DSM-5, với sự bao gồm trong các rối loạn mắt điều hòa khí sắc bùng phát, đã có một tiêu chuẩn riêng cho các biểu hiện này.

### III. Mức độ phổ biến

Rối loạn mắt điều hòa khí sắc bùng phát thường gặp ở trẻ em đến khám ở phòng khám sức khỏe tâm thần trẻ em. Ước tính tỉ lệ của các rối loạn trong cộng đồng là không rõ ràng. Dựa trên tỉ lệ khó chịu dai dẳng mạn tính và nghiêm trọng, đó là tính năng cốt lõi của sự rối loạn, tổng thể 6 tháng đến 1 năm tỉ lệ-Gđ của rối loạn mắt điều hòa khí sắc bùng phát ở trẻ em và thanh thiếu niên có thể sẽ rơi vào khoảng 2% - 5%. Tuy nhiên, tỉ lệ dự kiến sẽ cao hơn ở nam giới và trẻ em tuổi đi học hơn ở phụ nữ và thanh thiếu niên.

### IV. Tiến triển bệnh

Sự khởi phát của chứng rối loạn mắt điều hòa khí sắc bùng phát phải có trước 10 tuổi, và chẩn đoán không nên được áp dụng cho trẻ em dưới 6 tuổi. Tình trạng thiếu rõ ràng này chỉ biểu hiện trong thời hạn-tuổi này. Bởi vì các triệu chứng của rối loạn mắt điều hòa khí sắc bùng phát có thể sẽ thay đổi khi trẻ trưởng thành, sử dụng chẩn đoán nên được giới hạn cho các nhóm tuổi tương tự với những trẻ mà các giá trị đã được xác lập (7-18 tuổi). Khoảng một nửa số trẻ em có khó chịu nặng mạn tính sẽ có biểu hiện tiếp tục đáp ứng các tiêu chí của bệnh lý đến 1 năm sau đó. Tỷ lệ chuyển đổi từ nặng, khó chịu không theo Gđ thành RLLC là rất thấp. Thay vào đó, trẻ em dễ bị kích thích mạn tính có nguy cơ phát triển thành chứng rối loạn trầm cảm đơn cực và / hoặc lo âu ở tuổi trưởng thành.

Biến thể liên quan đến tuổi cũng phân biệt RLLC kinh điển và rối loạn mắt điều hòa khí sắc bùng phát. Tỷ lệ RLLC thường là rất thấp trước khi đến tuổi thanh niên (<1%), với mức tăng ổn định vào tuổi trưởng thành sớm (tỷ lệ 1% -2%). Rối loạn mắt điều hòa khí sắc bùng phát là phổ biến hơn RLLC ở tuổi trước vị thành niên, và các triệu chứng của tình trạng này thường trở nên ít phổ biến hơn lúc trẻ chuyển sang tuổi trưởng thành.

### V. Các yếu tố nguy cơ và tiên lượng

**Tính khí.** Trẻ em bị cáu gắt mẫn tính thường biểu hiện tiền sử tâm thần phức tạp. Ở trẻ em như vậy, một bệnh sử tương đối rộng của kích thích mạn tính là phổ biến, thường biểu hiện trước khi đủ tiêu chuẩn cho các hội chứng được đáp ứng. Biểu hiện tiền chẩn đoán như vậy có thể hội đủ điều kiện cho một chẩn đoán rối loạn khiêu khích chống đối. Nhiều trẻ em bị rối loạn mắt điều hòa khí sắc bùng phát còn có triệu chứng đáp ứng các tiêu chí cho các rối loạn tăng động/giảm chú ý (ADHD) và với một rối loạn lo âu, các chẩn đoán như vậy thường có mặt ở một độ tuổi tương đối sớm. Đối với một số trẻ em, các tiêu chí trầm cảm cũng có thể được đáp ứng.

**Di truyền và sinh lý.** Về mặt phối hợp gia đình và di truyền, nó sẽ gợi ý về trẻ em có biểu hiện cáu gắt mẫn tính, không theo Gđ có thể được phân biệt với các trẻ em bị rối loạn lưỡng cực nhờ vào nguy cơ dựa trên gia đình của chúng. Tuy nhiên, hai nhóm này không có sự khác biệt về tỷ lệ gia đình mắc rối loạn lo âu, rối loạn trầm cảm đơn cực, hoặc lạm dụng chất. So với trẻ em bị RLLC hoặc bệnh tâm thần khác, những trẻ có rối

loan mất điều hòa khí sắc bùng phát biểu hiện cả tương đồng và khác biệt về khiếm khuyết xử lý thông tin. Ví dụ, khiếm khuyết biểu lộ cảm xúc khuôn mặt, cũng như bị xáo trộn về việc ra quyết định và kiểm soát nhận thức, biểu lộ ở trẻ mắc chứng rối loạn lưỡng cực và trẻ cău gắt mạn tính, cũng như ở trẻ có một số bệnh lý tâm thần khác. Cũng có bằng chứng về rối loạn chức năng cụ thể, chẳng hạn như trong nhiệm vụ đánh giá triển khai sự chú ý trong phản ứng với các kích thích cảm xúc, đã chứng tỏ dấu hiệu duy nhất của rối loạn chức năng ở trẻ em cău gắt mạn tính.

## **VII. Các vấn đề chẩn đoán liên quan đến giới tính**

Tрẻ em đến phòng khám với các đặc tính rối loạn mất điều hòa khí sắc bùng phát chủ yếu là trẻ nam. Trong các mẫu công đồng, một số lớn nam cần được hỗ trợ. Sự khác biệt về tỷ lệ giữa nam và nữ này đã phân biệt giữa rối loạn mất điều hòa khí sắc bùng phát với rối loạn lưỡng cực, bệnh có tỷ lệ nam nữ ngang nhau.

## **VII.Nguy cơ tự sát**

Nói chung, có bằng chứng ghi chép về hành vi tự sát và gây hấn, cũng như những hậu quả chức năng nghiêm trọng khác, trong rối loạn mất điều hòa khí sắc bùng phát cần lưu ý khi lượng giá trẻ cău gắt mạn tính.

## **VIII. Hậu quả chức năng của Rối loạn mất điều hòa khí sắc bùng phát.**

Mạn tính, khó chịu nghiêm trọng, thường được nhìn thấy trong rối loạn mất điều hòa khí sắc bùng phát, có liên quan với sự gián đoạn đáng kể trong mối quan hệ gia đình bạn bè của trẻ, cũng như trong hoạt động học hành. Bởi vì khả năng chịu bức bối là vô cùng thấp, trẻ em như vậy thường khó thành công trong trường học; chúng thường không thể tham gia vào các hoạt động vui chơi thông thường của trẻ em khỏe mạnh; cuộc sống gia đình của chúng bị phá vỡ nghiêm trọng bởi sự bùng phát và cău kính của chúng; và chúng gặp khó khăn khi khởi đầu hoặc duy trì tình bạn. Mức độ rối loạn chức năng ở trẻ em mắc chứng rối loạn lưỡng cực và rối loạn mất điều hòa khí sắc bùng phát nói chung là ngang nhau. Cả hai bệnh gây ra sự gián đoạn nghiêm trọng trong đời sống của bệnh nhân và gia đình các em. Trong cả hai rối loạn bùng phát khí sắc mất điều hòa và rối loạn lưỡng cực ở trẻ em, hành vi nguy hiểm, ý tưởng tự sát hoặc nỗ lực tự sát, gây hấn nghiêm trọng, và nhập viện tâm thần là phổ biến.

## **IX. Chẩn đoán phân biệt**

### **RLLC, Rối loạn thách thức chống đối.**

### **ADHD, RL trầm cảm chủ yếu, rối loạn lo âu, và rối loạn phô tú kỵ.**

### **Rối loạn bùng nổ liên tục.**

## **X. Bệnh kèm**

Tỷ lệ bệnh kèm trong rối loạn mất điều hòa khí sắc bùng phát là rất cao. Hiếm có BN có triệu chứng đáp ứng các tiêu chí cho rối loạn mất điều hòa khí sắc bùng phát đơn độc. Bệnh kèm giữa chứng rối loạn mất điều hòa khí sắc bùng phát và hội chứng khác theo định nghĩa của DSM xuất hiện cao hơn nhiều so với những bệnh tâm thần khác ở trẻ em; sự chống chọi mạnh nhất là với rối loạn thách thức chống đối. Không chỉ là tỷ lệ chung của bệnh kèm cao trong rối loạn mất điều hòa khí sắc bùng phát, nhưng cũng có nhiều bệnh kèm theo xuất hiện đặc biệt đa dạng. Những trẻ này thường xuất hiện ở các phòng khám với một loạt các hành vi gây rối, khí sắc, lo âu, và thậm chí cả các triệu chứng và các chẩn đoán phô tú kỵ. Tuy nhiên, trẻ em bị rối loạn mất điều hòa

khí sắc bùng phát không cần có những triệu chứng đáp ứng tiêu chí của rối loạn lưỡng cực, trong bối cảnh đó, chỉ có chẩn đoán rối loạn lưỡng cực nên được thực hiện. Nếu trẻ có triệu chứng đáp ứng tiêu chí cho rối loạn thách thức chống đối hoặc rối loạn bùng nổ liên tục và rối loạn mất điều hòa khí sắc bùng phát, chỉ có chẩn đoán rối loạn khí sắc mất điều hòa bùng phát nên được chẩn định. Ngoài ra, như đã nói trên đây, không thể gán cho trẻ một chẩn đoán là rối loạn mất điều hòa khí sắc bùng phát nếu các triệu chứng chỉ xảy ra trong một bối cảnh gây lo lắng, khi các thói quen của một đứa trẻ bị rối loạn phô tú kỵ hay rối loạn ám ảnh cưỡng bức bị quấy rầy, hoặc trong bối cảnh của một Gđ trầm cảm chủ yếu.

## Bài 5

### Rối loạn trầm cảm chủ yếu

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn trầm cảm chủ yếu theo DSM 5

A. Ít nhất 5 triệu chứng sau đây trong thời gian ít nhất là 2 tuần. Phải có ít nhất 1 TC (1) hoặc (2):

1. Khí sắc trầm cảm lan tỏa
2. Thường xuyên mất hứng thú, không hài lòng
3. Thay đổi đáng kể cân nặng. (5 %)
4. Rối loạn giấc ngủ.
5. Tâm thần- vận động kích động hoặc chậm chạp.
6. Mệt mỏi thường xuyên hoặc mất năng lượng.
7. Cảm giác tội lỗi quá nhiều, hoặc cảm thấy vô dụng
8. Khó tập trung.
9. Suy nghĩ thường xuyên đến cái chết hoặc ý nghĩ tự tử.

B. Các triệu chứng phải gây rối loạn xã hội hoặc nghề nghiệp đáng kể hoặc gây thiệt hại đáng kể.

C. Không phải do một tình trạng bệnh lý, thuốc men hoặc các loại thuốc.

**Ghi chú:** Tiêu chuẩn A-C tiêu biểu cho một Gđ trầm cảm chủ yếu.

**Ghi chú:** Những phản ứng đối với những sự mất mát lớn (VD. tang chế, phá sản, mất mát do thiên tai, bệnh hiểm nghèo, hay khuyết tật) có thể có những cảm giác buồn bã nhiều, gậm nhám nỗi mất mát, mất ngủ, ăn không ngon, và sụt cân như trong tiêu chuẩn A. Mặc dù những triệu chứng như vậy có thể hiếu được và có thể xem là phù hợp với sự mất mát, ta cũng cần xem xét một cách cẩn thận xem có hay không một giai đoạn trầm cảm chủ yếu được chồng lấp trên sự phản ứng bình thường với mất mát. Quyết định này chắc chắn đòi hỏi phải thông qua đánh giá lâm sàng dựa trên bệnh sử và ứng xử văn hóa thông thường của bệnh nhân về biểu lộ đau khổ trong bối cảnh mất mát.

D. Sự xuất hiện của các Gđ trầm cảm chủ yếu không được giải thích tốt hơn bởi rối loạn phân liệt, TTPL, rối loạn dạng phân liệt, rối loạn hoang tưởng, hoặc phô tâm thần phân liệt biệt định và không biệt định khác và rối loạn tâm thần khác.

E. Chưa bao giờ có một Gđ hưng cảm hoặc một Gđ hưng cảm nhẹ.

**Lưu ý:** Việc loại trừ này không áp dụng nếu tất cả các cơn giống hưng cảm hoặc giống hưng cảm nhẹ là do chất gây ra hoặc do các tác động sinh lý của một chứng bệnh khác.

**Khi ghi tên một chẩn đoán**, các khoản sẽ được liệt kê theo thứ tự sau đây: RL trầm cảm chủ yếu, Gđ đơn độc hay tái phát, xác định mức độ nghiêm trọng /loạn thần /thuyên giảm, tiếp theo là các xác định sau đây mà không cần áp mã cho các Gđ hiện tại.

Xác định:

Với khó chịu

Với đặc điểm hỗn hợp

Với những đặc điểm u sầu

Với đặc điểm không điển hình

Với biểu hiện loạn thần khí sắc đồng dư

Với biểu hiện tâm thần tâm trạng không thích hợp

Với căng trương lực. Mã hóa lưu ý: Sử dụng thêm mã 293,89 (F06.1).

Với khởi phát chu sinh

Với mô hình theo mùa (chỉ trong Gđ tái phát)

## II. Các đặc điểm chẩn đoán

Các triệu chứng thuộc tiêu chí của RL trầm cảm chủ yếu phải có mặt gần như mỗi ngày để được công nhận là hiện tại, với ngoại lệ của thay đổi cân nặng và ý tưởng tự sát. Khi sắc trầm cảm phải có mặt trong hầu hết các ngày, ngoài việc có hiện tại gần như mỗi ngày. Thường than phiền mất ngủ hoặc mệt mỏi, và thất bại khi thăm dò các triệu chứng trầm cảm kèm theo sẽ dẫn đến dưới mức chẩn đoán. Lúc đầu, BN có thể chối bỏ sự buồn phiền nhưng có thể gợi ra thông qua hỏi bệnh hoặc suy ra từ biểu hiện trên khuôn mặt và thái độ. Với cá nhân tập trung vào một lời phàn nán cơ thể, bác sĩ cần xác định xem liệu các nguy từ lời phàn nán đó là liên kết với các triệu chứng trầm cảm cụ thể. Mệt mỏi và rối loạn giấc ngủ chiếm một tỷ lệ cao trong các cas bệnh; rối loạn tâm thần vận động ít gặp hơn nhưng là biểu hiện của mức độ tổng thể lớn hơn, như là sự hiện diện của hoang tưởng hoặc gần như hoang tưởng tội lỗi.

Các đặc tính thiết yếu của một Gđ trầm cảm chủ yếu là một khoảng thời gian ít nhất là 2 tuần trong đó có cả khí sắc trầm cảm hoặc mất sự quan tâm hoặc hứng thú trong gần như tất cả các hoạt động (Tiêu chí A). Ở trẻ em và thanh thiếu niên, tâm trạng có thể bị kích thích hơn là buồn phiền. Các cá nhân cũng phải trải qua ít nhất bốn triệu chứng khác được rút ra từ một danh sách bao gồm những thay đổi trong ăn uống hoặc cân nặng, ngủ, và các hoạt động tâm thần vận động; giảm năng lượng; cảm giác vô dụng hoặc tội lỗi; khó khăn trong suy nghĩ, tập trung, hoặc đưa ra quyết định; hoặc suy nghĩ thường xuyên về cái chết hoặc ý tưởng tự sát hoặc có kế hoạch hay nỗ lực tự sát. Để tính là một Gđ trầm cảm chủ yếu, một triệu chứng phải có biểu hiện mới trong hiện tại hoặc phải trở nên tồi tệ rõ ràng so với tình trạng trước đây của người đó. Các triệu chứng phải tồn tại trong hầu hết các ngày, gần như mỗi ngày, ít nhất là 2 tuần liên tiếp. Các Gđ phải kèm theo đau khổ có ý nghĩa lâm sàng hoặc suy giảm trong lĩnh vực xã hội,

nghè nghiệp hoặc lĩnh vực chức năng quan trọng khác. Đôi với một số cá nhân với Gđ nhẹ hơn, chức năng hoạt động có thể xuất hiện bình thường nhưng đòi hỏi phải gia tăng nỗ lực đáng kể.

Khí sắc trong một Gđ trầm cảm chủ yếu thường được mô tả bởi những người bệnh như chán nản, buồn, tuyệt vọng, chán nản, hay "buồn chán" (Tiêu chí A1). Trong một số trường hợp, nỗi buồn có thể bị phủ nhận lúc đầu nhưng sau đó có thể được gọi ra bởi cuộc phỏng vấn (ví dụ, bằng cách chỉ ra rằng trong bệnh nhân như thế sắp khóc). Trong một số cá nhân phản nản về cảm giác "blah", không có cảm xúc, hoặc cảm thấy lo lắng, sự hiện diện của một khí sắc trầm cảm có thể được suy ra từ biểu hiện trên khuôn mặt và thái độ của người đó. Một số cá nhân nhẫn mạn than phiền về cơ thể (ví dụ, đau nhức cơ thể và đau) chứ không phải là báo cáo cảm giác buồn bã. Nhiều cá nhân báo cáo hoặc biểu lộ gia tăng giận dữ (ví dụ, sự tức giận dai dẳng, một xu hướng phản ứng với các sự kiện với sự bùng phát khi tức giận hay đỗ lỗi cho người khác, một cảm giác phóng đại của sự thất vọng vì những vấn đề nhỏ). Ở trẻ em và thanh thiếu niên, một khí sắc cău kinh hoặc bức bộ có thể phát triển hơn là một khí sắc buồn hay thất vọng. Biểu hiện này nên được phân biệt với một mô hình khó chịu khi thất vọng.

Gần như luôn luôn có biểu hiện mất quan tâm hay niềm vui, tuy theo từng mức độ. Cá nhân có thể báo cáo cảm thấy ít quan tâm đến sở thích, "không quan tâm nữa", hay không cảm thấy bất kỳ thích thú với việc các hoạt động mà trước đây được coi là thú vị (Tiêu chí A2). Các thành viên trong gia đình thường xuyên thông báo thu rút xã hội hoặc bỏ bê việc giải trí thú vị (ví dụ, một người mê chơi golf trước đây không còn chơi nữa, một người thích chơi bóng đá giờ không còn tìm thấy lý do để tiếp tục). Ở một số cá nhân, có giảm đáng kể mức quan tâm hoặc ham muốn tình dục so với trước đây.

Thay đổi sự thèm ăn có thể là tăng hoặc giảm sự thèm ăn. Một số bệnh nhân trầm cảm báo cáo rằng họ phải tự ép buộc bản thân ăn uống. Người khác thì có thể ăn nhiều hơn và có thể thèm một số thức ăn cụ thể (ví dụ, đồ ngọt hoặc carbohydrate khác). Khi thay đổi rõ rệt về khẩu vị (trong cả hai hướng), có thể có một thiệt hại đáng kể hoặc tăng trọng lượng, hoặc, ở trẻ em, có thể ghi nhận một thất bại trong việc tăng cân theo dự kiến (Tiêu chí A3).

Rối loạn giấc ngủ có thể mang hình thức hoặc là khó ngủ hoặc ngủ quá mức (Tiêu chuẩn A4). Khi có mất ngủ, nó thường được thể hiện dưới hình thức mất ngủ giữa giấc (tức là, thức dậy trong đêm và sau đó gấp khó khăn trở lại giấc ngủ) hoặc mất ngủ cuối giấc (tức là, thức dậy quá sớm và không thể ngủ lại). Mất ngủ đầu giấc (tức là, khó ngủ) cũng có thể xảy ra. Cá nhân có biểu hiện ngủ nhiều (hypersomnia) có thể gấp cơn ngủ dài vào ban đêm hoặc tăng giấc ngủ ban ngày. Đôi khi lý do mà các cá nhân tìm kiếm điều trị là vì những rối loạn giấc ngủ.

Thay đổi về tâm thần vận động bao gồm kích động (ví dụ, không có khả năng ngồi yên, đi tới đi lui, xoa tay, hoặc kéo hay cọ xát vào da, quần áo, hoặc các đối tượng khác) hoặc chậm lại (ví dụ, lời nói, suy nghĩ và chuyển động cơ thể chậm lại; ngập ngừng khi trả lời; lời nói bị gián đoạn âm lượng, sự uốn giọng, số lượng, hoặc về nội dung, hoặc chí im lặng) (Tiêu chí A5). Tâm thần vận động bị kích thích hoặc chậm lại phải đủ nặng để có thể quan sát bởi người khác và không đại diện cho cảm xúc hoàn toàn chủ quan.

Giảm năng lượng, chán chường, và mệt mỏi là phổ biến (Tiêu chí A6). Một người có thể báo cáo mệt mỏi dài mà không có vì một hoạt động gắng sức nào. Ngay cả trong những công việc nhỏ nhất dường như cũng đòi hỏi phải nỗ lực đáng kể. Hiệu quả công việc có thể bị giảm. Ví dụ, một cá nhân có thể than phiền rằng việc rửa mặt và thay quần áo vào buổi sáng làm mất sức và mất gấp đôi thời gian bình thường.

Cảm giác vô dụng hoặc tội lỗi liên quan đến một Gđ trầm cảm chủ yếu có thể bao gồm đánh giá tiêu cực không thực tế về giá trị của cá nhân hoặc những mối bận tâm về tội lỗi hay suy ngẫm về những thất bại nhỏ trong quá khứ (Tiêu chí A7). Những người này thường hiểu sai về những sự kiện chung chung hoặc bình thường ngày-quá-day và cho đó là bằng chứng của các khuyết tật cá nhân và có một cảm giác chịu trách nhiệm quá mức cho các sự kiện không thuận lợi. Cảm giác vô dụng hoặc tội lỗi có thể được có tỷ lệ thuận với hoang tưởng (ví dụ, một cá nhân tự thuyết phục rằng mình phải chịu trách nhiệm đối với nạn nghèo đói trên thế giới). Đò lỗi cho bản thân vì đã bị bệnh và vì không làm tròn trách nhiệm nghề nghiệp hoặc trong các mối tương quan là hậu quả rất phổ biến của trầm cảm và, ngoại trừ hoang tưởng, không được coi là đủ để đáp ứng được tiêu chí này.

Nhiều cá nhân báo cáo là bị suy giảm khả năng suy nghĩ, tập trung, hoặc đưa ra quyết định, ngay cả trong việc nhỏ (Tiêu chí A8). Họ có thể dễ dàng bị phân tâm hay phản nản về việc khó ghi nhớ. Những người tham gia vào các hoạt động đòi hỏi nhận thức thường không thể làm việc được. Ở trẻ em, sự giảm đột ngột ở lớp học có thể phản ánh việc kém tập trung. Ở người già, ghi nhớ khó khăn có thể là than phiền chính và có thể bị nhầm lẫn với dấu hiệu ban đầu của một bệnh mất trí nhớ ("giả mất trí"). Khi Gđ trầm cảm chủ yếu được điều trị thành công, các vấn đề về bộ nhớ thường hoàn toàn tự hồi phục. Tuy nhiên, trong một số cá nhân, đặc biệt là những người lớn tuổi, một Gđ trầm cảm chủ yếu đôi khi có thể là biểu hiện ban đầu của một bệnh mất trí nhớ không thể đảo ngược.

Suy nghĩ về cái chết, ý tưởng tự sát, hoặc tự sát (Tiêu chí A9) là phổ biến. Chúng có thể bắt đầu từ một mong muốn thụ động không muôn thức giác vào buổi sáng hoặc một niềm tin rằng những người khác sẽ trả nên tốt hơn nếu mình chết đi, có trải qua những suy nghĩ thường xuyên về tự tử, có một kế hoạch tự sát cụ thể. Nghiêm trọng hơn cá nhân tự sát có thể đã sắp xếp công việc của họ theo thứ tự (ví dụ, cập nhật di chúc, giải quyết nợ nần), thu thập vật dụng cần thiết (ví dụ, một sợi dây thừng hoặc một khẩu súng), và chọn một vị trí và thời gian để hoàn thành tự sát. Động cơ tự tử có thể bao gồm một mong muốn từ khước đối mặt với những trở ngại cảm thấy không thể vượt qua được, một mong muốn mãnh liệt muốn chấm dứt những gì được coi là một trạng thái cảm xúc bất tận và đau đớn tột cùng, không có khả năng nhìn thấy trước bất kỳ sự vui thú nào của cuộc sống, hay mong muốn không tạo gánh nặng cho người khác. Việc giải quyết các suy nghĩ đó có thể là một biện pháp có ý nghĩa để giảm đi nguy cơ tự tử hơn là phản đối kế hoạch tự tử tiếp theo.

Việc đánh giá các triệu chứng của một Gđ trầm cảm chủ yếu là đặc biệt khó khăn khi chúng xuất hiện ở một cá nhân cũng có một bệnh lý tổng quát (ví dụ, ung thư, đột quy, nhồi máu cơ tim, bệnh tiểu đường, mang thai). Một số dấu hiệu và triệu chứng theo tiêu chí của một Gđ trầm cảm chủ yếu là giống hệt với trạng bệnh lý nói chung (ví dụ, giảm cân với bệnh tiểu đường không được điều trị; mệt mỏi với bệnh ung thư; ngủ nhiều thời gian đầu mang thai; mất ngủ sau夜 trong thời kỳ mang thai hoặc sau sinh). Những triệu chứng được tính vào một chẩn đoán trầm cảm chủ yếu, trừ khi chúng là rõ ràng và hoàn toàn do một tình trạng bệnh lý chung. Triệu chứng không tự chủ của khó chịu, mất hứng thú, tội lỗi hay sự vô dụng, kém tập trung hoặc do dự, và ý nghĩ tự tử nên được đánh giá cẩn thận đặc biệt trong những trường hợp như vậy. Định nghĩa của Gđ trầm cảm chủ yếu đã được sửa đổi để bao gồm các triệu chứng không tự chủ, giúp chẩn đoán chính xác hơn.

### III.Các đặc điểm liên quan hỗ trợ chẩn đoán

RL trầm cảm chủ yếu có liên quan với tỷ lệ tử vong cao, đa số là tự tử; Tuy nhiên, đó không phải là nguyên nhân duy nhất. Ví dụ, bệnh nhân trầm cảm được nuôi dưỡng ở gia đình có khả năng tăng đáng kể việc tử vong trong năm đầu tiên. Các cá nhân thường có biểu hiện hay khóc, khó chịu, lo nghĩ, ám ảnh dai dẳng, lo lắng, sợ sệt, lo lắng quá mức về sức khỏe thể chất, và than phiền về đau (ví dụ: đau đầu, khớp, bụng, hoặc các cơn đau khác). Ở trẻ em, có thể xảy ra lo lắng.

Mặc dù phần lớn y văn vẫn tồn tại miêu tả tương quan giải phẫu thần kinh, nội tiết thần kinh, và sinh lý thần kinh của trầm cảm, không có xét nghiệm nào mang lại kết quả đủ độ nhạy và độ đặc hiệu để được sử dụng như một công cụ chẩn đoán cho rối loạn này. Cho đến gần đây, vùng trục dưới đồi-tuyến yên-thượng thận tăng hoạt động là điều bất thường đã được kiểm tra rộng rãi nhất liên quan đến Gđ trầm cảm chủ yếu, và việc nó xuất hiện liên quan đến chứng trầm uất, loạn thần, và nguy cơ cuối cùng là tự sát. Nghiên cứu phân tử cũng đã liên hệ đến các yếu tố ngoại vi, bao gồm cả các biến thể di truyền trong các yếu tố dinh dưỡng thần kinh và các cytokine gây viêm. Ngoài ra, nghiên cứu hình ảnh cộng hưởng từ chức năng cung cấp bằng chứng cho những bất thường chức năng trong hệ thống thần kinh cụ thể hỗ trợ xử lý cảm xúc, tìm kiếm điểm thường và điều hòa cảm xúc ở người lớn mắc bệnh trầm cảm chủ yếu.

#### **IV.Mức độ phổ biến**

Tỷ lệ mười hai tháng của RL trầm cảm chủ yếu ở Hoa Kỳ là khoảng 7%, với sự khác biệt đáng kể theo nhóm tuổi như tỷ lệ ở những người từ 18 đến 29 tuổi là cao hơn gấp 3 lần so với tỷ lệ ở những người độ tuổi 60 tuổi trở lên. Nữ nữ giới mắc bệnh cao hơn nam giới gấp 1,5-3 bắc đầu từ đầu tuổi thiếu niên.

#### **V.Tiến triển**

RL trầm cảm chủ yếu có thể xuất hiện lần đầu tiên ở mọi lứa tuổi, nhưng khả năng khởi phát tăng rõ rệt ở tuổi dậy thì. Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ đạt mức cao nhất trong những năm 20 tuổi; Tuy nhiên, khởi phát lần đầu tiên muộn cũng không phải là hiếm.

Tiến triển của RL trầm cảm chủ yếu là khá đa dạng, chẳng hạn một số cá nhân hiếm khi, hoặc không bao giờ, có trải nghiệm thuyên giảm (một thời kỳ có 2 hoặc nhiều tháng không có triệu chứng, hoặc chỉ có một hoặc hai triệu chứng ở mức độ nhẹ), trong khi những người khác trải qua nhiều năm với rất ít hoặc không có triệu chứng giữa các Gđ riêng biệt. Điều quan trọng là phải phân biệt cá nhân có biểu hiện cho điều trị trong một đợt cấp của bệnh trầm cảm mạn tính với những người có triệu chứng phát triển gần đây. Các triệu chứng trầm cảm mạn tính làm tăng đáng kể khả năng của nhân cách tiềm ẩn, lo âu và rối loạn sử dụng chất và làm giảm khả năng điều trị kèm theo việc giải quyết đầy đủ triệu chứng. Do đó cần hồi bệnh nhân có côn các triệu chứng trầm cảm để xác định các Gđ cuối cùng của ít nhất 2 tháng sau khi họ đã hoàn toàn hết các triệu chứng trầm cảm.

Phục hồi thường bắt đầu trong vòng 3 tháng kể từ khi khởi phát cho hai trên năm bệnh nhân trầm cảm chủ yếu và trong vòng 1 năm cho bốn trên năm bệnh nhân. Mức độ khởi phát gần đây là một yếu tố quyết định mạnh mẽ về khả năng phục hồi trong ngắn hạn, và nhiều cá nhân bị trầm cảm chỉ trong vài tháng có thể được dự kiến sẽ phục hồi một cách tự nhiên. Các Đặc Điểm liên quan đến tỷ lệ hồi phục thấp hơn, khác hơn so với gian đoạn hiện tại, bao gồm các biểu hiện loạn thần, lo âu nỗi bật, rối loạn nhân cách, và triệu chứng nghiêm trọng.

Nguy cơ tái phát tiến triển thấp hơn theo thời gian khi tăng thời gian thuỷt giảm. Các nguy cơ cao hơn ở những người mà Gđ trước là nghiêm trọng, ở những người trẻ, và ở những người đã có trải nghiệm nhiều Gđ. Sự tồn tại của các triệu chứng trầm cảm thậm chí nhẹ trong suốt quá trình thuỷt giảm là một yếu tố dự báo mạnh mẽ việc tái phát.

Nhiều bệnh lưỡng cực bắt đầu với một hoặc nhiều Gđ trầm cảm, và một tỷ lệ đáng kể của các bệnh nhân có biểu hiện ban đầu là RL trầm cảm chủ yếu sẽ biến chuyển thành một rối loạn lưỡng cực, theo thời gian. Điều này có nhiều khả năng ở các cá nhân có khởi phát bệnh ở tuổi thanh thiếu niên, những người có biểu hiện loạn thần, và những người có tiền sử gia đình bị bệnh lưỡng cực. Sự hiện diện của một xác định "với các đặc tính hỗn hợp" cũng làm tăng nguy cơ bệnh hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ trong tương lai. RL trầm cảm chủ yếu, đặc biệt với các biểu hiện loạn thần, cũng có thể chuyển tiếp sang tâm thần phân liệt, sự thay đổi này là nhiều hơn thường xuyên hơn là chiều ngược lại.

Mặc dù có sự khác biệt về giới trong tỷ lệ mắc các rối loạn trầm cảm, có vẻ như là không có sự khác biệt rõ ràng theo giới tính về biểu hiện, tiến trình, hoặc đáp ứng điều trị. Tương tự như vậy, không có tác dụng rõ ràng của thời đại hiện nay lên quá trình diễn tiến hoặc đáp ứng điều trị của RL trầm cảm chủ yếu. Dù vậy, có một số khác biệt về triệu chứng, như là ngủ nhiều và tăng sự thèm ăn có nhiều khả năng ở những người trẻ hơn, và các triệu chứng u sầu, đặc biệt là rối loạn tâm thần vận động, là phổ biến hơn ở những người lớn tuổi. Khả năng tự tử làm giảm trong những năm giữa và cuối đời, mặc dù nguy cơ tự tử hoàn không có. Trầm cảm khởi phát sớm thì liên quan đến yếu tố gia đình nhiều hơn và nhiều khả năng liên quan đến các rối loạn nhân cách. Tiến triển của RL trầm cảm chủ yếu ở các cá nhân nói chung không thay đổi theo tuổi tác. Số lần hồi phục xuất hiện ổn định trong thời gian dài, và biểu hiện trong một Gđ nói chung là không tăng hoặc giảm theo thời gian.

## VI.Các yếu tố nguy cơ và tiên lượng

**Tinh khí.** Thân kinh nhạy cảm (cảm xúc âm tính) là một yếu tố nguy cơ để khởi phát bệnh RL trầm cảm chủ yếu, và mức độ cao xuất hiện để làm cho cá nhân nhiều khả năng để phát triển Gđ trầm cảm phản ứng với các sự kiện cuộc sống căng thẳng.

**Môi trường.** Trãi nghiệm thời thơ ấu bất lợi, đặc biệt là khi có nhiều trãi nghiệm về các loại khác nhau, tạo thành một tập hợp các yếu tố nguy cơ tiềm năng cho RL trầm cảm chủ yếu. Cuộc sống căng thẳng cũng được công nhận là yếu tố tạo nên Gđ trầm cảm chủ yếu, nhưng sự hiện diện hay vắng mặt của các sự kiện cuộc sống bất lợi gần sự khởi phát của các Gđ không xuất hiện để cung cấp một hướng dẫn hữu ích để chẩn đoán hoặc lựa chọn điều trị.

**Di truyền và sinh lý.** Người thân cấp độ 1 của các cá nhân có RL trầm cảm chủ yếu có nguy cơ bị RL trầm cảm chủ yếu cao hơn từ hai đến bốn lần so với dân số chung. Nguy cơ tương đối xuất hiện cao hơn đối với khởi phát sớm và các hình thức tái phát. Khả năng di truyền là khoảng 40%, và nhân cách thân kinh nhạy cảm góp phần đáng kể cho nguy cơ di truyền này.

**Tiến trình thích ứng.** Về cơ bản tất cả các rối loạn không khí sắc chủ yếu làm tăng nguy cơ cho một cá nhân phát triển bệnh trầm cảm. Gđ trầm cảm chủ yếu phát triển trên nền của những rối loạn khác thường theo một tiến trình dễ hồi phục hơn. Sử dụng chất, lô âu và rối loạn nhân cách ranh giới là một trong những rối loạn phổ biến nhất trong số này, và biểu hiện của các triệu chứng trầm cảm có thể che khuất và trì hoãn

việc xác định chúng. Tuy nhiên, duy trì cải thiện lâm sàng các triệu chứng trầm cảm có thể phụ thuộc vào các điều trị thích hợp các bệnh lý khác. Bệnh lý mạn tính hoặc khuyết tật cũng làm tăng nguy cơ có các Gđ trầm cảm chủ yếu. Các bệnh phổ biến như bệnh tiểu đường, béo phì và bệnh tim mạch thường phức tạp thêm bởi các Gđ trầm cảm, và những gia đoạn có nhiều khả năng trở thành mạn tính hơn là Gđ trầm cảm ở người không có bệnh lý kèm theo.

## VII.Các vấn đề chẩn đoán liên quan đến nền văn hóa

Khảo sát của trầm cảm các nền văn hóa khác nhau đã thể hiện sự khác biệt gấp 7 lần ở tỷ lệ 12 tháng nhưng nhất quán hơn về tỷ lệ nữ / nam, tuổi trung bình lúc khởi phát, và mức độ biểu hiện của các rối loạn có kèm theo lạm dụng chất. Trong khi những phát hiện cho thấy sự khác biệt văn hóa đáng kể trong các biểu hiện của trầm cảm, họ không cho phép liên kết đơn giản giữa các nền văn hóa đặc biệt và khả năng của các triệu chứng cụ thể. Thay vào đó, các bác sĩ cần phải nhận thức rằng trong hầu hết các nước phản ứng các trường hợp trầm cảm đã không được công nhận tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu và trong nhiều nền văn hóa, các triệu chứng cơ thể rất có khả năng tạo thành các than phiền. Trong số các triệu chứng tiêu chí A, mất ngủ và mất năng lượng không có báo cáo thống nhất.

## VIII.Vấn đề chẩn đoán liên quan đến giới tính

Mặc dù phát hiện tái phát nhiều nhất trong dịch tễ học của trầm cảm cho thấy một tỷ lệ cao hơn ở phụ nữ, nhưng không có sự khác biệt rõ ràng giữa các giới trong các triệu chứng, tất nhiên, cả trong đáp ứng điều trị, hoặc hậu quả chức năng. Ở phụ nữ, nguy cơ tự tử cao hơn, và nguy cơ tự tử thành công thấp hơn. Sự chênh lệch về tỷ lệ tự tử theo giới tính không phải là lớn trong số những người có rối loạn trầm cảm vì nó thuộc về dân số chung.

## IX.Nguy cơ tự sát

Khả năng có hành vi tự sát tồn tại ở tất cả các lứa tuổi trong Gđ trầm cảm chủ yếu. Các yếu tố nguy cơ được mô tả một cách nhất quán nhất là một quá khứ lịch sử của những nỗ lực hoặc đe dọa tự tử, nhưng nó phải được nhớ rằng tự tử hoàn thành hầu hết không phải do nỗ lực không thành công. Các đặc tính khác có liên quan với tăng nguy cơ tự tử thành công bao gồm nam giới, độc thân hoặc sống một mình, và cảm giác tuyệt vọng nổi bật. Sự hiện diện của rối loạn nhân cách ranh giới làm tăng rõ rệt nguy cơ tự tử trong tương lai.

## X.Hậu quả chức năng của rối loạn trầm cảm chủ yếu

Nhiều trong số những hậu quả chức năng của trầm cảm xuất phát từ triệu chứng cá nhân. Khiếm khuyết có thể rất nhẹ, nhiều yếu như vậy tương tác với các cá nhân mắc bệnh làm mất nhận thức về các triệu chứng trầm cảm. Tuy nhiên, khiếm khuyết có thể gây tê liệt hoàn toàn khía cạnh bệnh nhân trầm cảm không thể thực hiện các nhu cầu tự chăm sóc cơ bản hoặc trở nên cảm lảng hoặc căng trương lực. Trong số các bệnh nhân được quan sát thấy ở các cơ sở y tế thông thường, những người có rối loạn trầm cảm chủ yếu có đau đớn và bệnh tật về thể lý nhiều hơn và suy giảm nhiều hơn về thể chất, xã hội và vai trò chức năng.

## XI.Chẩn đoán phân biệt Gđ hưng cảm với khí sắc cáu kỉnh hoặc Gđ hỗn hợp.

Rối loạn khí sắc do một chứng bệnh khác.

**Chất / thuốc gây ra rối loạn trầm cảm hoặc lưỡng cực.**

**Rối loạn tăng động/ giảm chú ý.**

**Rối loạn thích ứng kèm khí sắc trầm cảm.**

**Nỗi buồn.**

## **XII. Bệnh kèm**

Những rối loạn khác mà trầm cảm thường xuyên xảy ra những rối loạn liên quan chất, rối loạn hoang loạn, OCD, chán ăn tâm thần, chứng háu ăn, và rối loạn nhân cách ranh giới.

## **XIII. Thuốc điều trị trầm cảm**

A. Xem phần thảo luận đầy đủ về điều trị trầm cảm, thuốc chống trầm cảm.

B. Chọn một thuốc chống trầm cảm.

1. Tất cả các thuốc chống trầm cảm đã cho thấy hiệu quả như nhau, nhưng có cấu tạo dung phụ khác nhau.

2. Không có phương pháp đáng tin cậy để tiên đoán rằng bệnh nhân sẽ đáp ứng với một thuốc chống trầm cảm cụ thể dựa trên biểu hiện lâm sàng. Nếu bệnh nhân hoặc người thân đã có đáp ứng điều trị trước đó với một loại thuốc nhất định, một thử nghiệm thuốc sẽ được chỉ định.

3. Lựa chọn thuốc cũng được dựa trên dung nạp dự kiến của tác dụng phụ, tuổi của bệnh nhân, khả năng tự tử, và bất kỳ bệnh lý hoặc thuốc kèm theo.

a. SSRI thi an toàn hơn ở những bệnh nhân có tiền sử bệnh tim.

b. SSRIs thi an toàn hơn so với thuốc chống trầm cảm dị vòng trong quá liều, phù hợp hơn với các bệnh nhân muốn tự tử.

## **C. Phân loại các thuốc chống trầm cảm**

### **1. Thuốc chống trầm cảm dị vòng.**

a. Các tác dụng phụ (đặc biệt là an thần và tác dụng kháng acetylcholin) là tồi tệ trong tháng điều trị đầu tiên và thường giảm sau bốn tuần.

b. Sớm trong quá trình điều trị, bệnh nhân có thể ngủ tốt hơn, nhưng bệnh nhân hiếm khi mô tả sự cải thiện khí sắc trước 3-4 tuần.

c. Chỉ kê đơn số lượng tối thiểu vì những tiềm năng của tricyclics dễ gây ra quá liều dẫn đến tử vong ở những bệnh nhân muốn tự tử.

d. Sử dụng thuốc chống trầm cảm dị vòng ở người già có thể bị giới hạn bởi sự nhạy cảm của những bệnh nhân này đến tác dụng phụ kháng cholinergic và tim mạch.

### **2. Úc chế tái hấp thu có chọn lọc serotonin (SSRIs)**

a. SSRIs bao gồm fluoxetine (Prozac), sertraline (Zoloft), paroxetin (Paxil), fluvoxamine (Luvox) và citalopram (Celexa), và escitalopram (Lexapro).

b. SSRIs, với tác dụng phụ tương đối lành tính, cho phép dùng thuốc mỗi ngày một lần và hiện tại ít nguy hiểm do quá liều vì chúng không có các độc tính tim mạch như tricyclics.

c. Một ưu điểm khác của SSRIs là họ cần ít liều chuẩn để. Do đó, một liều điều trị có thể đạt được sớm hơn so với tricyclics.

d. Mặc dù nhiều người bệnh dùng SSRIs không có hậu quả bất lợi, các tác dụng phụ thường gặp nhất là mất ngủ, khó chịu đường tiêu hóa, kích động, và rối loạn chức năng tình dục.

### 3. Thuốc không điển hình

a. Bupropion (Wellbutrin, Wellbutrin SR): Bupropion là một thuốc chống trầm cảm nhẹ, và đặc biệt hữu ích ở những bệnh nhân có suy giảm tình dục do các loại thuốc khác. Chu kỳ bán rã ngắn của bupropion đòi hỏi nhiều liều trong ngày, làm phức tạp việc tuân thủ. Có một tỷ lệ thấp của rối loạn chức năng tình dục.

b. Venlafaxine (Effexor, Effexor XR): Venlafaxine là một chất ức chế chọn lọc của norepinephrine và serotonin. Mất ngủ, căng thẳng và buồn nôn là phổ biến. Nó có thể làm tăng huyết áp tâm trương và đòi hỏi phải theo dõi huyết áp.

c. Nefazodone (Serzone): Nefazodone là một thuốc chống trầm cảm serotonin, nhưng nó không được coi là một SSRI vì tác dụng lên thụ thể khác. Nó có xu hướng an thần hơn SSRIs và có thể có tác dụng làm dịu hoặc chống lo âu ở một số bệnh nhân. Nó cũng rất hữu ích ở những bệnh nhân có suy giảm tình dục khi dùng thuốc chống trầm cảm khác. Hiếm có trường hợp suy gan do dùng nefazodone được báo cáo (1/300.000 bn-năm dùng nefazodone)

d. Mirtazapine (Remeron): Mirtazapine là một đối kháng alpha-2 adrenergic có chọn lọc trong đó tăng cường noradrenergic và dẫn truyền thần kinh serotonin. An thần và tăng cường sự thèm ăn thì tỷ lệ nghịch với liều, khiến nhiều bác sĩ lâm sàng từ bỏ liều chuẩn để. Tăng cân cũng là phổ biến (trung bình 2 kg). Có một tỷ lệ thấp của rối loạn chức năng tình dục.

e. Duloxetin (Cymbalta): Duloxetin là 1 SNRI. Nó được chỉ định cho trầm cảm chủ yếu và bệnh đau thần kinh. Tác dụng phụ thường gặp là buồn nôn và mất ngủ.

**XIV. Sốc điện để điều trị trầm cảm.** ECT là một điều trị an toàn và hiệu quả cho bệnh trầm cảm, đặc biệt là nếu có nguy cơ cao đối với tự sát hoặc không đủ thời gian cho một cuộc thử nghiệm thuốc.

### XV. Tâm lý trị liệu cho rối loạn trầm cảm chủ yếu

A. Một loạt các liệu pháp tâm lý có hiệu quả trong điều trị trầm cảm, đặc biệt là tâm lý trị liệu hành vi nhận thức và tâm lý trị liệu định hướng trí não.

B. Kết hợp được lý và tâm lý là điều trị hiệu quả nhất đối với trầm cảm, sau khi ECT.

## Bài 6

### Rối loạn trầm cảm dai dẳng.(Dysthymia)

Tiêu chuẩn chẩn đoán 300,4 (F34.1)

Rối loạn này đại diện cho một sự hợp nhất của DSM-IV-về phân định trầm cảm mẫn tính và rối loạn trầm cảm dai dẳng.

A. Khí sắc trầm cảm trong hầu hết các ngày, số ngày có triệu chứng nhiều hơn số ngày không có, do cá nhân tự nhận ra hoặc được quan sát thấy bởi những người khác, ít nhất là trong 2 năm.

Lưu ý: Ở trẻ em và thanh thiếu niên, khí sắc có thể bị kích thích và phải kéo dài ít nhất 1 năm.

B. Sự biểu hiện, trong khi trầm cảm, có hai (hoặc nhiều hơn) các triệu chứng sau:

1. Ăn uống kém hoặc ăn quá nhiều.
2. Mất ngủ hoặc ngủ nhiều.
3. Giảm năng lượng hoặc mệt mỏi.
4. Tự đánh giá thấp bản thân.
5. Khó tập trung hoặc khó đưa ra quyết định.
6. Cảm giác tuyệt vọng.

C. Trong thời gian 2 năm (1 năm ở trẻ em hoặc thanh thiếu niên) có sự xáo trộn, cá nhân chưa bao giờ có bệnh mà không có triệu chứng trong Tiêu chuẩn A và B trong hơn 2 tháng tại cùng một thời điểm.

D. Tiêu chuẩn của trầm cảm có thể liên tục có mặt trong 2 năm.

E. Chưa bao giờ có một Gđ hưng cảm hoặc một Gđ hưng cảm nhẹ, và tiêu chí chưa bao giờ được đáp ứng cho rối loạn khí sắc chu kỳ.

F. Các xáo trộn không được giải thích tốt hơn bởi một RLCXPL dai dẳng, TTPL, rối loạn hoang tưởng, hoặc phô tâm thần phân liệt biệt định hoặc không biệt định khác và rối loạn tâm thần khác.

G. Các triệu chứng không liên quan đến các tác động sinh lý của một chất (ví dụ, một loại thuốc bị lạm dụng, một loại thuốc) hoặc những bệnh khác (ví dụ như suy giáp).

H. Các triệu chứng gây ra đau khổ có ý nghĩa lâm sàng hoặc suy giảm trong lĩnh vực xã hội, nghề nghiệp hoặc chức năng quan trọng khác.

Lưu ý: Bởi vì các tiêu chí cho một Gđ trầm cảm chủ yếu bao gồm bốn triệu chứng mà không có mặt trong danh sách triệu chứng rối loạn trầm cảm dai dẳng (dysthymia), rất ít BN sẽ có triệu chứng trầm cảm tồn tại lâu hơn 2 năm mà không đáp ứng tiêu chí cho rối loạn trầm cảm dai dẳng. Nếu đủ tiêu chuẩn cho một Gđ trầm cảm chủ yếu đã được đáp ứng tại một số điểm trong Gđ hiện tại của người bệnh, họ cần được chẩn

đoán là RL trầm cảm chủ yếu. Nếu không, một chẩn đoán rối loạn trầm cảm biệt định hoặc rối loạn trầm cảm không xác định khác được bảo đảm.

Ghi rõ nếu:

**Với đau khổ lo lắng**

**Với đặc tính hỗn hợp**

**Với đặc tính u sầu**

**Với đặc tính không điền hình**

**Với biểu hiện tâm thần khí sắc đồng dư**

**Với biểu hiện khí sắc loạn thần không phù hợp**

**Với khởi phát chu sinh**

Ghi rõ nếu:

**Hồi phục một phần**

**Thuyên giảm hoàn toàn**

Ghi rõ nếu:

**khởi phát sớm:** Nếu khởi phát trước tuổi 21.

**Khởi phát muộn:** Nếu khởi phát ở tuổi 21 hoặc hơn.

Ghi rõ nếu (trong hầu hết 2 năm gần đây có rối loạn trầm cảm dai dẳng):

**Với hội chứng trầm cảm dai dẳng trọng ven:** Tiêu chí đầy đủ cho một Gđ trầm cảm chủ yếu đã không được đáp ứng ít nhất 2 năm trước.

**Với Gđ trầm cảm chủ yếu dai dẳng:** tiêu chí đầy đủ cho một Gđ trầm cảm chủ yếu đã được đáp ứng trong suốt trước khoảng thời gian 2 năm.

**Với những Gđ trầm cảm chủ yếu liên tục, đến Gđ hiện tại:** Tiêu chí đầy đủ cho một Gđ trầm cảm chủ yếu hiện tại được đáp ứng, nhưng đã có những khoảng thời gian ít nhất là 8 tuần trong ít nhất là 2 năm trước với các triệu chứng dưới nêu ra cho một Gđ trầm cảm chủ yếu đầy đủ.

**Với những Gđ trầm cảm chủ yếu liên tục, mà không phải Gđ hiện tại:** Tiêu chí đầy đủ cho một Gđ trầm cảm chủ yếu hiện không đáp ứng, nhưng đã có một hoặc nhiều Gđ trầm cảm chủ yếu trong ít nhất là 2 năm trước.

## **II. Các Đặc Điểm chẩn đoán**

Các đặc tính thiết yếu của rối loạn trầm cảm dai dẳng (dysthymia) là một khí sắc trầm cảm xảy ra trong hầu hết các ngày, số ngày có nhiều hơn số ngày không có, ít nhất trong 2 năm, hoặc ít nhất là 1 năm cho trẻ em và thanh thiếu niên (Tiêu chí A). Rối loạn này đại diện cho một sự hợp nhất của 2 định nghĩa của DSM-IV về trầm cảm mạn tính và rối loạn trầm cảm dai dẳng. Trầm cảm chủ yếu có thể đi trước rối loạn trầm cảm dai dẳng, và Gđ trầm cảm chủ yếu có thể xảy ra trong quá trình rối loạn trầm cảm dai dẳng. Cá nhân có triệu chứng đáp ứng tiêu chí trầm cảm trong 2 năm nên được chẩn đoán là rối loạn trầm cảm dai dẳng hoặc RL trầm cảm chủ yếu.

Cá nhân có rối loạn trầm cảm dai dẳng diễn tả tâm trạng của họ như buồn hay "chán chường." Trong suốt thời gian của khí sắc trầm cảm, ít nhất hai trong số sáu triệu chứng của Tiêu chí B có mặt. Bởi vì các triệu chứng này đã trở thành một phần của trải nghiệm hằng ngày của cá nhân, đặc biệt là trong trường hợp khởi phát sớm (ví dụ, "Tôi đã luôn luôn theo cách này"), họ có thể không báo cáo, trừ khi cá nhân được nhắc trực tiếp. Trong khoảng thời gian 2 năm (1 năm cho trẻ em hoặc thanh thiếu niên), bất kỳ khoảng thời gian có triệu chứng bệnh nào cũng kéo dài quá 2 tháng (Tiêu chí C).

### III. Mức độ phổ biến

Rối loạn trầm cảm dai dẳng là một hậu quả kết hợp của rối loạn dysthymia theo DSM-IV và Gđ trầm cảm chủ yếu mạn tính. Tỷ lệ 12 tháng tại Mỹ là khoảng 0,5% cho rối loạn trầm cảm dai dẳng và 1,5% đối với RL trầm cảm chủ yếu mạn tính.

### IV. Tiến triển bệnh

Rối loạn trầm cảm dai dẳng thường có khởi phát sớm và ngầm ngầm (tức là, trong thời thơ ấu, tuổi niên thiếu, hoặc cuộc sống ban đầu cho người lớn) và, theo định nghĩa, một tiến trình mạn tính. Với các cá nhân có cả rối loạn trầm cảm dai dẳng và rối loạn nhân cách ranh giới, các hiệp biến của các đặc điểm tương ứng thúc đẩy các hoạt động theo một cơ chế chung theo thời gian. Khởi phát sớm (tức là trước tuổi 21) được liên kết với một khả năng cao hơn của rối loạn nhân cách và các rối loạn sử dụng chất kèm theo.

Khi các triệu chứng tăng lên mức độ của một Gđ trầm cảm chủ yếu, chúng có khả năng sau đó trở lại với một mức độ thấp hơn. Tuy nhiên, các triệu chứng trầm cảm đa số ít có khả năng khởi bệnh theo thời gian ở người rối loạn trầm cảm dai dẳng hơn là người có Gđ trầm cảm chủ yếu.

### V. Các yếu tố nguy cơ và tiên lượng

**Tính khí.** Các yếu tố tiên lượng kết quả xấu hơn về sau bao gồm mức độ nhạy cảm thần kinh cao hơn (yếu tố cảm xúc tiêu cực), triệu chứng nghiêm trọng hơn, suy giảm chức năng toàn bộ, sự hiện diện của rối loạn lo âu, rối loạn hành vi.

**Môi trường.** Yếu tố nguy cơ bao gồm trẻ em mất hoặc xa lìa cha mẹ.

**Di truyền và sinh lý.** Không có sự khác biệt rõ ràng trong phát triển bệnh, quá trình, hoặc tiền sử gia đình giữa chứng rối loạn trầm cảm dai dẳng và RL trầm cảm chủ yếu mạn tính theo DSM-IV. Phát hiện mới đây liên quan đến một trong hai rối loạn do đó có khả năng áp dụng cho các rối loạn trầm cảm dai dẳng. Như vậy các cá nhân có rối loạn trầm cảm dai dẳng có khả năng là sẽ có một tỷ lệ cao hơn của người thân cấp độ 1 có rối loạn trầm cảm dai dẳng hơn là cá nhân có RL trầm cảm chủ yếu và rối loạn trầm cảm hơn nói chung.

Một số vùng não (ví dụ, vùng vỏ não trước trán, khúc cuộn phía trước, amygdala, hippocampus) có liên quan đến rối loạn trầm cảm dai dẳng. Có thể ghi nhận bất thường trên sóng não khi ngủ.

### VI. Hậu quả chức năng của Rối loạn trầm cảm dai dẳng

Mức độ mà rối loạn trầm cảm dai dẳng ảnh hưởng lên hoạt động xã hội và nghề nghiệp có thể sẽ rất khác nhau, nhưng các hậu quả có thể là to lớn hoặc lớn hơn những người RL trầm cảm chủ yếu.

### VII. Chẩn đoán phân biệt của Rối loạn trầm cảm dai dẳng

**A. RL trầm cảm chủ yếu.** Dysthymia dẫn đến các triệu chứng trầm cảm mẩn tính, ít nghiêm trọng so với trầm cảm chủ yếu. Trầm cảm chủ yếu thường có một hoặc nhiều tập phim Gđ riêng rẽ.

**B. Rối loạn khí sắc do chất.** Rượu, benzodiazepines và thuốc an thần-thuốc ngủ khác có thể có các triệu chứng giống dysthymia, hoặc là sử dụng lâu dài của các chất kích thích hoặc cocaine. Các steroid, thuốc tránh thai, methyldopa, chẹn beta adrenergic và isotretinoin (Accutane) cũng có liên quan đến triệu chứng trầm cảm. Rối loạn khí sắc do chất có thể được loại trừ nếu cần thận hỏi kỹ bệnh sử và sử dụng thuốc và ma túy.

**C. Rối loạn khí sắc do một bệnh lý nội khoa.** Triệu chứng trầm cảm phù hợp với dysthymia xảy ra trong một loạt các bệnh lý nội khoa. Những rối loạn này bao gồm: đột quỵ, bệnh Parkinson, bệnh đa xơ cứng, bệnh Huntington, thiếu vitamin B12, suy giáp, bệnh Cushing, ung thư tuyến tụy, HIV và những bệnh khác. Loại trừ bằng bệnh sử, khám lâm sàng và các xét nghiệm như đã nêu.

**D. Rối loạn loạn thần.** Triệu chứng trầm cảm rất phổ biến trong các rối loạn tâm thần mẩn tính, và không nên chẩn đoán là dysthymia nếu các triệu chứng chỉ xảy ra trong thời gian loạn thần.

**E. Các rối loạn nhân cách.** Rối loạn nhân cách thường xuyên chung sống với rối loạn dysthymia.

### VIII. Điều trị các rối loạn Dysthymia

A. Nhập viện thường không cần thiết trừ khi đang có tư tưởng tự sát.

B. **Thuốc chống trầm cảm.** Nhiều bệnh nhân đáp ứng tốt với thuốc chống trầm cảm. SSRIs thường được sử dụng nhiều nhất. Nếu những thuốc chống trầm cảm này hoặc thuốc khác như venlafaxine, nefazodone hoặc bupropion đã thất bại, thì dùng một thuốc chống trầm cảm ba vòng như desipramine, 150-200 mg mỗi ngày thường có hiệu quả.

C. **Tâm lý trị liệu:** Điều trị tâm lý nhận thức có thể giúp bệnh nhân giải quyết được thái độ tiêu cực sai lầm về chính bản thân. Tâm lý trị liệu định hướng trí năng có thể giúp bệnh nhân giải quyết xung đột thời thơ ấu đã tích tụ lại gây nên những triệu chứng trầm cảm. Kết hợp tâm lý trị liệu và thuốc sẽ cho ra các kết quả tốt nhất.

## Bài 7

### Rối loạn lưỡng cực I

Rối loạn lưỡng cực I là một rối loạn trong đó ít nhất một Gđ hưng cảm.

#### I. Tiêu chí chẩn đoán rối loạn lưỡng cực I của DSM 5

A. Một hoặc nhiều Gđ hưng cảm. (tiêu chí A-D của "Gđ hưng cảm")

B. Các Gđ hưng cảm hoặc trầm cảm không được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn loạn thần

Xác định:

Với khung hoàng lo lắng (anxious distress)

Với những đặc điểm hỗn hợp

Với chu kỳ nhanh

Với những biểu hiện u uất

Với những biểu hiện không điển hình

Với những biểu hiện loạn thần phù hợp khí sắc

Với những biểu hiện loạn thần không phù hợp khí sắc

Với căng trương lực: dùng thêm mã 293.89 (F06.1)

Với khởi phát chu sinh.

Với kiểu thay đổi theo mùa.

## II.Các đặc điểm chẩn đoán

Các đặc tính thiết yếu của một Gđ hưng cảm là một khoảng thời gian rõ rệt có một khí sắc bất thường, liên tục tăng cao, lan tỏa hay cát kinh và tăng liên tục hoạt động hoặc năng lượng, hiện diện trong hầu hết các ngày, gần như mỗi ngày, trong một khoảng thời gian ít nhất 1 tuần (hoặc bất kỳ thời gian nếu nhập viện là cần thiết), kèm theo ít nhất là ba triệu chứng bổ sung từ Tiêu chí B. Nếu khí sắc cát kinh hơn là tăng cao hay lan tỏa, ít nhất bốn triệu chứng tiêu chí B phải có mặt.

Khi sắc trong một Gđ hưng cảm thường được mô tả như phấn khích, vui vẻ quá mức, bay bổng, hay "cảm giác trên đỉnh của thế giới." Trong một số trường hợp, khí sắc có tính lây lan cao như vậy và nó có thể dễ dàng nhận ra là quá đáng và có thể được đặc trưng bởi sự nhiệt tình không giới hạn và gây rối cho các tương tác giữa các cá nhân, tình dục, hoặc nghề nghiệp. Ví dụ, các cá nhân có thể tự bắt đầu cuộc trò chuyện cởi mở với người lạ ở nơi công cộng. Thường thì khí sắc chủ yếu là dễ bị kích thích hơn là tăng cao, đặc biệt là khi mong muốn của cá nhân bị từ chối hoặc nếu cá nhân đã được sử dụng các chất. Thay đổi nhanh chóng về khí sắc trong thời gian ngắn có thể xảy ra và được gọi là rối loạn cảm xúc (tức là, những thay đổi luân phiên giữa các trạng thái phấn khích, khó chịu, và dễ bị kích thích). Ở trẻ em, hạnh phúc, đại dột và "ngờ nghênh" là bình thường trong bối cảnh của những dịp đặc biệt; Tuy nhiên, nếu các triệu chứng tái phát, không phù hợp với bối cảnh, và nằm ngoài những gì được dự kiến cho cấp độ phát triển của trẻ, chúng có thể đáp ứng tiêu chí A. Nếu hạnh phúc là bất thường đối với một đứa trẻ (tức là, khác biệt so với ban đầu), và thay đổi khí sắc xảy ra tại cùng một thời gian khi các triệu chứng có thể đáp ứng tiêu chí B của hưng cảm, chẩn đoán được xác định; Tuy nhiên, sự thay đổi khí sắc phải đi kèm với tăng liên tục mức độ hoạt động hoặc năng lượng được quan sát thấy ở những người biết rõ về đứa trẻ.

Trong Gđ hưng cảm, BN có thể tham gia vào nhiều dự án mới chồng chéo. Các dự án này thường bắt đầu với ít hiểu biết về chủ đề này, và không có gì có vẻ ngoài tầm với của BN. Các mức độ hoạt động tăng lên có thể biểu hiện qua bất thường về giờ giấc trong ngày.

Tự đánh giá cao thường xuất hiện, từ tự tin đến tự cao rõ rệt, và có thể đạt mức độ hoang tưởng (Tiêu chí B1). Mặc dù không có bất kỳ kinh nghiệm hoặc tài năng đặc biệt,

các cá nhân có thể bắt tay vào những nhiệm vụ phức tạp như viết một cuốn tiểu thuyết hoặc công bố một số phát minh không thực tế. Hoang tưởng tự cao (ví dụ, có một mối quan hệ đặc biệt với một người nổi tiếng) là phô biến. Ở trẻ em, tự đánh giá quá cao khả năng và niềm tin rằng, ví dụ, chúng là những người giỏi nhất ở một môn thể thao hay thông minh nhất lớp là bình thường; Tuy nhiên, khi niềm tin đó có bằng chứng trái ngược rõ ràng hoặc đưa trẻ cố gắng thực hiện một công việc nguy hiểm rõ rệt, và quan trọng nhất, biểu hiện một sự thay đổi hành vi bình thường của trẻ, các tiêu chí tự cao nên được coi là thoả mãn.

Một trong những đặc tính phô biến nhất là giảm nhu cầu ngủ (Tiêu chuẩn B2) và khác với chứng mất ngủ, khi đó các cá nhân muôn ngủ hoặc cảm thấy cần phải ngủ nhưng không được. Các cá nhân có thể ngủ ít, nếu có, hoặc có thể thức dậy nhiều giờ sớm hơn so với bình thường, cảm giác đã nghỉ ngơi và tràn đầy năng lượng. Khi rối loạn giấc ngủ là nghiêm trọng, các cá nhân có thể không ngủ cả ngày, nhưng vẫn không cảm thấy mệt mỏi. Thường thì việc giảm nhu cầu giấc ngủ báo hiệu sự khởi đầu của một Gđ hưng cảm.

Lời nói có thể nói nhanh, dồn ép, ồn ào, và rất khó ngắt lời (Tiêu chí B3). Các cá nhân có thể nói chuyện liên tục và không quan tâm đến mong muốn của người khác trong giao tiếp, thường xuyên ăn nói bừa bãi hoặc không quan tâm đến sự phù hợp trong lời nói. Lời nói đôi khi mang tính bông đùa, chơi chữ, gây cười không đúng chỗ, và sự diễn tuồng, với phong cách ấn tượng, ca hát và cử chỉ quá mức. Độ ồn ào và có sức mạnh của lời nói thường trở nên quan trọng hơn so với những gì được nói. Nếu khí sắc của cá nhân là cáu kỉnh nhiều hơn lán tòa, lời nói có thể được đánh dấu bởi những than phiền, bình luận thù nghịch, hoặc chửi rủa từng tràng, đặc biệt nếu có ngăn chặn họ. Cả hai triệu chứng tiêu chí A và Tiêu chí B có thể kèm theo các triệu chứng đảo cực (tức là, trầm cảm) (xem "với các biểu hiện hỗn hợp").

Thường thì các cá nhân suy nghĩ dồn dập nhanh hơn mức họ có thể biểu hiện qua lời nói (Tiêu chí B4). Thường xuyên có tư duy phi tán bằng chứng là một tràng lời nói nhanh liên tục, với sự thay đổi chủ đề đột ngột. Khi tư duy phi tán trở nên nghiêm trọng, lời nói có thể trở nên vô tổ chức, không mạch lạc, và đặc biệt là gây đau khổ cho cá nhân. Đôi khi suy nghĩ giống như bị đóng đặc lại gây khó nói.

Dễ bị xao lâng (Tiêu chí B5) được minh chứng bởi việc không có khả năng kiểm soát các kích thích không quan trọng từ bên ngoài (ví dụ, trang phục của người phòng vấn, tiếng ồn của khung cảnh hoặc những lời trao đổi, đồ nội thất trong phòng) và thường cảm thấy các bệnh nhân hưng cảm có một cuộc trò chuyện hợp lý hay tham dự các hướng dẫn.

Sự gia tăng trong hoạt động có mục đích thường bao gồm lập kế hoạch quá mức và tham gia vào nhiều hoạt động, bao gồm cả tình dục, nghề nghiệp, chính trị, hay các hoạt động tôn giáo. Gia tăng khung hướng tình dục, tưởng tượng, và hành vi thường xuất hiện. Cá nhân trong một Gđ hưng cảm thường thấy tăng tính xã hội (ví dụ, thay đổi thói quen cũ hoặc gọi điện thoại hoặc liên hệ với bạn bè hoặc thậm chí người lạ), mà không để tâm đến sự phiền toái, hống hách, và đòi buộc tự nhiên của những tương tác. Họ thường thể hiện tâm thần kích động hoặc bồn chồn (tức là, hoạt động không có mục đích) bằng cách tập dược hay bằng cách giữ nhiều cuộc hội thoại cùng một lúc. Một số cá nhân viết quá nhiều, e-mail, tin nhắn văn bản vv, và nhiều chủ đề khác nhau cho bạn bè, các nhân vật công chúng, hoặc các phương tiện truyền thông.

Các tiêu chí gia tăng hoạt động có thể khó xác định ở trẻ em; Tuy nhiên, khi các trẻ thực hiện nhiều nhiệm vụ cùng một lúc, bắt đầu xây dựng kế hoạch lì mì và không thực

té cho các dự án, phát triển những mối quan tâm tình dục mà trước đây không có và không phù hợp lứa tuổi (không bao gồm bị lạm dụng tình dục hoặc tiếp xúc với các tài liệu khiêu dâm), khi đó tiêu chí B có thể được đáp ứng dựa trên đánh giá lâm sàng. Đó là điều cần thiết để xác định xem hành vi đại diện cho một sự thay đổi từ hành vi cơ bản của trẻ em; xảy ra nhiều nhất trong ngày, gần như mỗi ngày trong khoảng thời gian cần thiết; và xảy ra trong mối liên quan thời gian với các triệu chứng khác của hưng cảm.

Khí sắc chan hòa, lạc quan quá mức, tự cao, và phán đoán kém thường dẫn đến sự tham gia liều lĩnh trong các hoạt động như tiệc tùng, phân phát tài sản, lái xe thiếu thận trọng, đầu tư kinh doanh liều lĩnh, và tình dục bừa bãi cách bất thường, bất chấp những hoạt động này có thể gây hậu quả nghiêm trọng (Tiêu chí B7). Các cá nhân có thể mua nhiều mặt hàng không cần thiết mà không có tiền để chi trả, và trong một số trường hợp lại mang đi cho sau đó. Hành vi tình dục có thể bao gồm ngoại tình hoặc quan hệ tình dục bừa bãi với người lạ, thường bỏ qua các nguy cơ của bệnh lây truyền qua đường tình dục hay các hậu quả về quan hệ cá nhân.

Các Gđ hưng cảm phải dẫn đến sự suy giảm đáng kể các hoạt động xã hội hoặc nghề nghiệp hay phải nhập viện để ngăn chặn thiệt hại cho bản thân hoặc người khác (ví dụ, thiệt hại tài chính, hoạt động bất hợp pháp, bị mất việc làm, hành vi tự gây thương tích). Theo định nghĩa, sự hiện diện của các biểu hiện loạn thần trong một Gđ hưng cảm cũng thỏa mãn Tiêu chí C.

Triệu chứng hay hội chứng hưng cảm nếu do tác dụng sinh lý của một loại thuốc (ví dụ, trong bối cảnh ngộ độc cocaine hoặc amphetamine), các tác dụng phụ của thuốc hoặc phương pháp điều trị (ví dụ, steroid, L-dopa, thuốc chống trầm cảm, kích thích), hoặc những bệnh khác thì không được tính vào chẩn đoán RLLC I.

### **III. Các Đặc Điểm liên quan hỗ trợ chẩn đoán**

Trong một Gđ hưng cảm, các cá nhân thường không nhận thức được rằng họ đang bị bệnh hoặc cần điều trị và kịch liệt chống lại những nỗ lực điều trị. Các cá nhân có thể thay đổi trang phục của họ, trang điểm, hoặc xuất hiện với một phong cách khêu gợi tình dục nhiều hơn hoặc rực rỡ hơn. Một số người cảm thấy tăng nhạy cảm khứu giác, thính giác, hoặc thị giác. Cờ bạc và hành vi chống đối xã hội có thể đi cùng với Gđ hưng cảm. Một số cá nhân có thể trở thành thù địch và đe dọa thể chất những người khác, và khi hoang tưởng, có thể trở thành hung hăng hoặc tự sát. Hậu quả nghiêm trọng của một Gđ hưng cảm (ví dụ, bắt buộc nhập viện, những khó khăn của pháp luật, những khó khăn tài chính nghiêm trọng) thường là do phán đoán kém, mất sáng suốt, và hiểu động thái quá.

Khí sắc có thể thay đổi rất nhanh chóng thành tức giận hoặc trầm cảm. Triệu chứng trầm cảm có thể xảy ra trong một Gđ hưng cảm và, nếu có, có thể kéo dài nhiều phút, giờ, hoặc hiếm hơn, nhiều ngày.

### **IV. Mức độ phô biến**

Ước tính tỷ lệ 12 tháng ở Hoa Kỳ là 0,6% cho RLLC I như đã khẳng định trong DSM-IV. Tỷ lệ mười hai tháng của chứng RLLC I tại 11 nước dao động từ 0,0% đến 0,6%. Tỷ lệ suất đời của nam/nữ phô biến là khoảng 1,1: 1.

### **V. Tiến triển**

Tuổi trung bình lúc khởi phát Gđ hưng cảm, hưng cảm nhẹ, hoặc trầm cảm chủ yếu đầu tiên là khoảng 18 tuổi cho RLLC I. Cần đặc biệt cân nhắc khi chẩn đoán cho trẻ

em. Với những trẻ có độ tuổi thứ tự thời gian tương tự nhau cũng có thể có các Gđ phát triển rất khác nhau, rất khó để xác định chính xác những gì là "bình thường" hay "dự kiến" tại bất kỳ thời điểm nào. Vì vậy, mỗi đứa trẻ cần được đánh giá theo mức cơ bản của riêng mình nó. Khởi phát xảy ra trong suốt chu kỳ cuộc sống, bao gồm cả khởi phát lần đầu ở tuổi 60 hoặc 70. Khởi phát triệu chứng hưng cảm (ví dụ, tình dục hay ức chế xã hội) vào cuối tuổi trung niên hoặc muộn hơn nên nhắc xem xét các tình trạng bệnh lý (ví dụ, rối loạn nhận thức thần kinh vùng trán thái dương) và của sử dụng chất hoặc cai chắt.

Hơn 90% các cá nhân có một Gđ hưng cảm đơn độc sẽ có các Gđ khì sắc tái phát. Khoảng 60% các cơn hưng cảm xảy ra ngay trước một Gđ trầm cảm chủ yếu. Cá nhân có RLLC I có nhiều (bốn hoặc nhiều hơn) Gđ khì sắc (trầm cảm, hưng cảm, hoặc hưng cảm nhẹ) trong vòng 1 năm sẽ được xác định là "có chu kỳ nhanh."

## **VI. Các yếu tố nguy cơ và tiên lượng**

**Môi trường.** RLLC là phổ biến hơn ở các nước có thu nhập cao thì cao hơn so với ở các nước có thu nhập thấp (1,4 so với 0,7%). Các cá nhân có lý thám, lý dị, hoặc già bưa có tỷ lệ RLLC I hơn các cá nhân đã kết hôn hay chưa bao giờ kết hôn, nhưng mối liên hệ trực tiếp thì chưa rõ.

**Di truyền và sinh lý.** Một tiền sử gia đình có RLLC là một trong những yếu tố nguy cơ lớn nhất và phù hợp nhất cho RLLC. Trung bình tăng nguy cơ gấp 10 lần ở những người có người thân trưởng thành mắc RLLC I và lưỡng cực II. Tầm quan trọng của nguy cơ gia tăng theo mức độ quan hệ họ hàng. TTPL và RLLC có thể chia sẻ cùng một nguồn gốc di truyền, kết quả là có gia đình có người mắc TTPL và người khác mắc RLLC.

**Quá trình thích ứng.** Sau khi một cá nhân có một Gđ hưng cảm với biểu hiện loạn thần, cơn hưng cảm sau này có nhiều khả năng có biểu hiện loạn thần. Gđ phục hồi không hoàn toàn giữa chứng sẽ thường gấp hơn khi Gđ hiện tại có kèm với khì sắc biểu hiện loạn thần không phù hợp.

## **VII. Văn hóa-liên quan vấn đề chẩn đoán**

Ít thông tin tồn tại trên sự khác biệt văn hóa cụ thể trong các biểu hiện của RLLC I. Một cách giải thích cho điều này có thể là công cụ chẩn đoán thường được dịch và áp dụng trong các nền văn hóa khác nhau mà không xác nhận xuyên văn. Trong một nghiên cứu ở Hoa Kỳ, tỷ lệ mắc 12 tháng của chứng RLLC I là thấp hơn đáng kể ở người Phi-Caribe so với người Mỹ gốc Phi hoặc người da trắng.

## **VIII. Giới tính liên quan đến vấn đề chẩn đoán**

Nữ giới có nhiều khả năng có chu kỳ nhanh và các tình trạng hỗn hợp, và có mô hình bệnh kèm khác với nam giới, trong đó có tỷ lệ cao hơn về các rối loạn ăn uống. Nữ giới có RLLC I hoặc II có nhiều khả năng có các triệu chứng trầm cảm hơn nam giới. Họ cũng có nguy cơ rối loạn sử dụng rượu suốt đời cao hơn nam giới và có khả năng có rối loạn sử dụng rượu nhiều hơn nữ giới trong dân số chung.

## **IX. Nguy cơ tự sát**

Nguy cơ tự sát suốt đời ở người có RLLC được ước tính có ít nhất gấp 15 lần so với dân số nói chung. Trong thực tế, người RLLC có thể chiếm 1/4 tất cả các vụ tự tử thành công. Một tiền sử có nỗi lực tự sát và hàng trầm ngày bị trầm cảm trong năm qua có liên quan với nguy cơ tự sát hoặc tự sát thành công.

## **X. Hậu quả chức năng của RLLC I**

Mặc dù rất nhiều cá nhân có RLLC trở lại mức độ chức năng giữa các Gđ, khoảng 30% có sự suy giảm nghiêm trọng trong chức năng vai trò công việc. Hồi phục chức năng chậm đáng kể sau khi phục hồi các triệu chứng, đặc biệt là đối với phục hồi nghề nghiệp, dẫn đến tình trạng kinh tế xã hội thấp hơn mặc dù mức độ giáo dục tương đương khi so với dân số chung. Cá nhân có RLLC I hoạt động kém hơn người khỏe mạnh trong các bài test nhận thức. Khiếm khuyết nhận thức có thể gây ra khó khăn cho nghề nghiệp và tương quan giữa các cá nhân và sự sinh tồn, thậm chí cả trong các Gđ hung phấn.

## XI. Chẩn đoán phân biệt

**RL trầm cảm chủ yếu.** RL trầm cảm chủ yếu cũng có thể kèm theo các triệu chứng hưng cảm nhẹ hoặc hưng cảm (ví dụ, các triệu chứng ít hơn hoặc trong một thời gian ngắn hơn so với yêu cầu cho hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ). Khi các cá nhân thể hiện một Gđ trầm cảm nặng, người ta phải phụ thuộc vào bằng chứng tiền sử của các Gđ hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ trước đây. Các triệu chứng khó chịu có thể có liên quan với hoặc trầm cảm hoặc RLLC, làm tăng thêm tính phức tạp cho chẩn đoán.

**RLLC khác.** Chẩn đoán RLLC I được phân biệt với RLLC II bằng cách xác định xem liệu có bất cứ Gđ vừa qua của hưng cảm. RLLC biệt định và không biệt định và RL liên quan khác nên được phân biệt với RLLC I và II bằng cách xem xét liệu một trong hai Gđ liên quan đến các triệu chứng hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ hoặc các Gđ của các triệu chứng trầm cảm không đáp ứng đủ tiêu chuẩn cho những tình trạng này.

RLLC do những bệnh khác có thể được phân biệt với RLLC I và II bằng cách xác định một tình trạng bệnh lý liên quan có quan hệ nhân quả, dựa trên các bằng chứng lâm sàng tốt nhất.

**RL lo âu toàn thể hóa, RL hoảng loạn, RL stress sau sang chấn, hoặc RL lo âu khác.** Những RL này cần phải được xem xét trong chẩn đoán phân biệt như một trong hai RL chính hoặc trong một số trường hợp, một RL kèm theo. Một bệnh sử cẩn thận các triệu chứng là cần thiết để phân biệt RL lo âu lan tỏa với RLLC, như suy ngẫm lo lắng có thể bị nhầm lẫn với tư duy dồn dập, và những nỗ lực để giảm thiểu cảm giác lo âu có thể xem là hành vi bốc đồng. Tương tự như vậy, các triệu chứng của RL stress sau sang chấn cần phải được phân biệt với RLLC. Cần đánh giá bản chất từng Gđ của các triệu chứng được mô tả, cũng như xem xét các triệu chứng gây nên, trong việc đưa ra chẩn đoán phân biệt này.

**Chất / thuốc gây ra RLLC.** RL sử dụng chất có thể có biểu hiện triệu chứng hưng cảm do chất/ thuốc gây ra, điều này phải được phân biệt với RLLC I; đáp ứng chất ổn định khí sắc trong hưng cảm do một chất / thuốc gây ra thì không cần phải chẩn đoán là RLLC. Có thể có sự trùng hợp đáng kể khi quan sát thấy xu hướng lạm dụng chất của các cá nhân có RLLC I có trong suốt một Gđ. Một chẩn đoán chính của RLLC phải được thiết lập dựa trên việc các triệu chứng vẫn còn sau khi đã ngưng sử dụng chất.

**RL tăng động/ giảm chú ý.** RL này có thể bị chẩn đoán nhầm là RLLC, đặc biệt là ở thanh thiếu niên và trẻ em. Nhiều triệu chứng trùng với các triệu chứng hưng cảm, chẳng hạn như nói nhanh, tư duy dồn dập, bị chia rẽ, và giảm nhu cầu ngủ. Các triệu chứng "trùng lặp" đối với cả ADHD và RLLC có thể tránh được nếu các bác sĩ làm rõ liệu các triệu chứng có đại diện cho một Gđ khác.

**RL nhân cách.** Các RL nhân cách như RL nhân cách ranh giới có thể có sự trùng lặp triệu chứng đáng kể với RLLC, vì RL cảm xúc khích thích và bốc đồng rất phổ biến ở cả hai tình trạng bệnh lý này. Các triệu chứng phải đại diện cho một Gđ khác biệt, và cần

gia tăng chú ý dựa trên tiêu chí cơ bản của chẩn đoán RLLC. Sẽ không chẩn đoán là RL nhân cách khi có một Gđ khi sắc chưa được điều trị.

**RL có cáu gắt nổi bật.** Ở bệnh nhân có cáu gắt nghiêm trọng, đặc biệt là trẻ em và thanh thiếu niên, việc chăm sóc áp dụng cho chẩn đoán RLLC chỉ được thực hiện trên những trẻ đã có một Gđ hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ rõ rệt, đó là một khoảng thời gian khác biệt trong thời hạn yêu cầu, khi mà sự khó chịu là khác biệt rõ ràng so với mức cơ bản của cá nhân và được đi kèm với khởi phát các triệu chứng cà tiêu chí B. Khi cáu gắt của một đứa trẻ là dai dẳng và đặc biệt nghiêm trọng, chẩn đoán RL mất điều hòa khí sắc gián đoạn sẽ thích hợp hơn. Thật vậy, khi bất kỳ đứa trẻ đang được đánh giá là hưng cảm, cần phải xem xét các triệu chứng có đại diện cho một sự thay đổi rõ ràng các hành vi diễn hình của trẻ.

## VII. Bệnh kèm

Phổ biến là có các RL tâm thần xảy ra đồng thời, với các RL thường gặp nhất là RL lo âu (ví dụ, cơn hoảng loạn, RL lo âu xã hội [ám ảnh xã hội], ám ảnh cụ thể], xảy ra trong khoảng ba phần tư số bệnh nhân; ADHD, RL gián đoạn bất kỳ, RL kiểm soát xung động hoặc các RL hành vi (ví dụ, RL bùng nổ liên tục, RL thách thức chống đối, RL hành vi), và bất kỳ RL sử dụng chất gây nghiện (ví dụ, RL sử dụng rượu) xảy ra trong hơn một nửa những người có RLLC I. Người lớn mắc chứng RLLC I có tỷ lệ cao có bệnh lý nghiêm trọng xảy ra đồng thời và / hoặc không được điều trị. Hội chứng chuyển hóa và đau nửa đầu thường gặp hơn ở những người có RLLC hơn trong dân số nói chung. Hơn một nửa số cá nhân có triệu chứng đáp ứng các tiêu chí cho RLLC có một RL sử dụng rượu bia, và những người có cả hai RL có nguy cơ lớn về nỗ lực tự sát.

## XIV. Điều trị RLLC I

A. Có thể cho nhập viện ở Gđ khi sắc hưng cảm hoặc trầm cảm.

B. Đánh giá mức độ tự sát là điều cần thiết: ý tưởng tự sát cũng như ý muốn tự sát. Thuốc men có thể làm giảm ý muốn tự sát trong RLLC

C. Thuốc men:

1. Thuốc ổn định khí sắc truyền thống, như lithium và các thuốc chống co giật có hiệu quả trong điều trị cấp tính cũng như dự phòng các cơn khí sắc. Thuốc ổn định khí sắc có tác dụng điều trị và dự phòng Gđ hưng cảm hơn là thuốc chống trầm cảm. Lamotrigin có tác dụng khiêm tốn trong điều trị trầm cảm lưỡng cực nhưng tốt hơn lithium và các thuốc chống co giật khác.

2. Thuốc chống trầm cảm có thể được sử dụng để điều trị các cơn trầm cảm chủ yếu, nhưng nó chỉ nên được sử dụng kết hợp với một chất ổn định khí sắc để ngăn ngừa một Gđ hưng cảm. Thuốc chống trầm cảm ba vòng và SNRI (venlafaxine và duloxetin) có nguy cơ cao gây hưng cảm. Thuốc chống trầm cảm có thể gây ra chu kì nhanh.

3. Tất cả các thuốc chống loạn thần không diễn hình đều có hiệu quả trên hưng cảm cấp. Aripiprazole và olanzapine được chấp thuận cho điều trị duy trì và dữ liệu thử thách được từ các thuốc chống loạn thần không diễn hình khác cũng có kết quả tốt khi dùng dài hạn. Kết hợp Olanzapin - Fluoxetin được chấp thuận để điều trị trầm cảm lưỡng cực.

4. Thuốc an thần benzodiazepine, cũng như clonazepam và lorazepam, cũng được dùng cho các cơn kích động nặng liên quan tới hưng cảm cấp.

5. ECT rất hiệu quả trên RLLC (Gđ trầm cảm và hưng cảm) nhưng chỉ được dùng sau khi điều trị bằng thuốc thải bại hoặc CCB.

#### D. Tâm lý liệu pháp

1. Liệu pháp nhằm tăng cường hiểu biết và đối phó với những hậu quả của các cơn hưng cảm có thể rất hữu ích.

2. Liệu pháp gia đình hoặc liệu pháp hôn nhân cũng có thể giúp tăng cường hiểu biết và khoan dung với người bệnh trong nhà.

## Bài 8

### RỐI LOẠN LƯỞNG CỰC II

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán RLLC II: 296,89 (F31.81)

Để chẩn đoán RLLC II, cần đáp ứng các tiêu chí cho **một Gđ hưng cảm nhẹ** hiện tại hoặc đã qua và các tiêu chuẩn cho **một Gđ trầm cảm chủ yếu** hiện tại hoặc đã qua:

A. Đạt tiêu chuẩn của ít nhất một Gđ hưng cảm nhẹ (Tiêu chuẩn A-F của «Gđ hưng cảm nhẹ») và ít nhất một Gđ trầm cảm chủ yếu (Tiêu chuẩn A-C của «Gđ trầm cảm chủ yếu»).

#### B. Chưa từng có một Gđ hưng cảm

C. Việc xảy ra các Gđ hưng cảm nhẹ hay trầm cảm không thể giải thích bởi RL phân liệt cảm xúc, TTPL, RL dạng phân liệt, RL hoang tưởng, hay phô tâm thần phân liệt xác định hay không xác định khác và RL loạn thần khác.

D. Các triệu chứng của trầm cảm hay việc không thể tiên đoán gây ra bởi sự thay đổi luân phiên một cách thường xuyên giữa các Gđ trầm cảm và hưng cảm nhẹ gây ra một sự đau khổ đáng kể về mặt lâm sàng hay sự suy giảm về mặt hoạt động xã hội, nghề nghiệp hay các lĩnh vực quan trọng khác.

#### Quy trình mã hóa và ghi chép

RLLC II có một mã số chẩn đoán: 296,89 (F31.81). Tình trạng của nó đối với mức độ nghiêm trọng hiện tại, sự hiện diện của các biểu hiện loạn thần, tất nhiên, và các xác định khác không thể mã hóa cũng phải được nêu rõ trong văn bản (ví dụ, 296,89 [F31.81] RLLC II, hiện Gđ trầm cảm, mức độ nghiêm trọng vừa phải, với các biểu hiện hỗn hợp ; 296,89 [F31.81] RL lưỡng cực II, Gđ gần đây nhất là trầm cảm, thuyên giảm một phần).

Ghi rõ Gđ hiện tại hoặc gần đây nhất:

**Hưng cảm nhẹ**

**Trầm cảm**

*Ghi rõ nếu:*

**Với lo âu khó sờ.**

**Với các biểu hiện hỗn hợp.**

**Với chu kỳ nhanh.**

**Với biểu hiện tâm thần tâm trạng tương đồng.**

**Với biểu hiện tâm thần tâm trạng không thích hợp**

**Với căng trương lực.** lưu ý: Sử dụng thêm Mã 293,89 (F06.1).

**Với khởi phát chu sinh**

**Với mô hình theo mùa:** Chỉ áp dụng cho các mô hình của Gđ trầm cảm chủ yếu.

*Ghi rõ tiến trình nếu không đáp ứng đủ tiêu chuẩn cho một Gđ khí sắc hiện tại :*

**Trong hồi phục một phần**

**Thuyên giảm hoàn toàn**

*Ghi rõ mức độ nghiêm trọng nếu đủ tiêu chuẩn cho một Gđ khí sắc đang gặp:*

**Nhẹ**

**Vừa phải**

**Nặng**

## **II. Các Đặc Điểm chẩn đoán**

RLLC II được đặc trưng bởi một tiến trình lâm sàng có các Gđ khí sắc tái diễn bao gồm một hoặc nhiều Gđ trầm cảm chủ yếu (Tiêu chí A-C của "Gđ trầm cảm chủ yếu") và ít nhất một Gđ hưng cảm nhẹ (Tiêu chí A-F của "Gđ Hưng cảm nhẹ"). Các Gđ trầm cảm chủ yếu phải kéo dài ít nhất 2 tuần, và Gđ hưng cảm nhẹ phải kéo dài ít nhất 4 ngày, để đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán. Trong Gđ khí sắc, số lượng cần thiết của các triệu chứng phải có mặt hầu hết trong ngày, gần như mỗi ngày, và đại diện cho một sự thay đổi đáng kể hành vi và hoạt động bình thường. Sự hiện diện của một Gđ hưng cảm trong quá trình bệnh tật ngắn cần sự chẩn đoán RLLC II (Tiêu chí B của "RL Lưỡng cực II"). Các Gđ RL trầm cảm do chất/ thuốc gây ra hoặc RL lưỡng cực và RL liên quan do chất / thuốc gây ra (đại diện cho các tác động sinh lý của một loại thuốc, phương pháp điều trị soma khác cho bệnh trầm cảm, lạm dụng thuốc, hoặc tiếp xúc với độc tố) hoặc trầm cảm và RL liên quan do một chứng bệnh hoặc RLLC và RL liên quan do một chứng bệnh khác không được tính vào một chẩn đoán RLLC II, trừ khi chúng dài dằng vợi qua những tác động sinh lý của việc điều trị hoặc chất và sau đó đáp ứng các tiêu chuẩn thời gian cho một Gđ. Ngoài ra, các Gđ không được tính tốt hơn cho bởi RL phân liệt và không được chồng lên TTPL, RL dạng phân liệt, RL hoang tưởng, hoặc phổ TTPL biệt định hoặc không xác định khác hoặc các RL loạn thần khác (Tiêu chí C của "RL Lưỡng cực II"). Các Gđ dao động trầm cảm hoặc hưng cảm nhẹ phải gây ra đau khổ có ý nghĩa lâm sàng hoặc gây suy giảm trong lĩnh vực xã hội, nghề nghiệp, hoặc chức năng quan trọng khác (Tiêu chí D của RL lưỡng cực II"); Tuy nhiên, đối với Gđ hưng cảm nhẹ, yêu cầu này không cần phải được đáp ứng. Một Gđ hưng cảm nhẹ gây suy giảm đáng kể sẽ hội đủ điều kiện để chẩn đoán Gđ hưng cảm và, do đó, cho một chẩn đoán suốt đời

**RLLC I.** Việc tái phát Gđ trầm cảm chủ yếu là thường xuyên hơn và dài hơn so với những người mắc RLLC I.

Bệnh nhân có RLLC II thường trình diện với bác sĩ trong một Gđ trầm cảm chủ yếu và không có than phiền gì về khởi đầu của cơn hưng cảm nhẹ. Thông thường, các Gđ hưng cảm nhẹ không gây ra suy giảm. Thay vào đó, các kết quả suy giảm các Gđ trầm cảm chủ yếu hoặc từ một mô hình liên tục thay đổi khí sắc không thể đoán trước và dao động, không đáng tin cậy hoạt động giữa các cá nhân hoặc nghề nghiệp. Cá nhân có RLLC II có thể không xem các Gđ hưng cảm nhẹ như bệnh lý hoặc bất lợi, mặc dù người khác có thể gặp rắc rối bởi hành vi thất thường của họ. Thông tin lâm sàng được cung cấp từ nguồn tin khác, chẳng hạn như những người bạn thân hoặc người thân, thường là hữu ích trong việc thiết lập chẩn đoán RLLC II.

Một Gđ hưng cảm nhẹ không nên nhầm lẫn với nhiều ngày hưng phấn và năng lượng phục hồi hoặc tự động theo sau sự thuyên giảm của một Gđ trầm cảm chủ yếu. Mặc dù có sự khác biệt đáng kể về thời gian và mức độ nghiêm trọng giữa một Gđ hưng cảm và hưng cảm nhẹ, RLLC II không phải là một "hình thức nhẹ hơn" của chứng RLLC I. So với các cá nhân có RLLC I, bình quân cá nhân có RLLC II có bệnh kéo dài và mất nhiều thời gian hơn trong Gđ trầm cảm của bệnh, mà có thể nặng và / hoặc tàn phế. Các triệu chứng trầm cảm xảy ra đồng thời với một Gđ hưng cảm nhẹ hoặc triệu chứng hưng cảm nhẹ xảy ra đồng thời với một Gđ trầm cảm rất phổ biến ở những người bị RLLC II và ở rất nhiều bệnh nhân nữ, đặc biệt hưng cảm nhẹ với các đặc điểm hỗn hợp. Cá nhân trải qua hưng cảm nhẹ với các tính năng hỗn hợp có thể không gọi các triệu chứng của mình là hưng cảm nhẹ, nhưng lại cảm nhận chúng như trầm cảm kèm tăng năng lượng hoặc kích thích.

### **III. Các Đặc Điểm liên quan hỗ trợ chẩn đoán**

Một đặc tính chung của RLLC II là bốc đồng, có thể góp phần vào nỗ lực tự sát và RL sử dụng chất. Bốc đồng cũng có thể bắt nguồn từ một RL nhân cách, RL sử dụng chất kích thích, RL lo âu, một RL tâm thần, hoặc một tình trạng bệnh lý kèm theo. Có thể có mức độ cao của sự sáng tạo ở một số cá nhân bị RLLC. Tuy nhiên, mối quan hệ đó có thể là không tuyến tính; đó là, phần lớn những thành tựu sáng tạo đã liên quan đến các hình thức RLLC nhẹ hơn, và sự sáng tạo cao hơn đã được tìm thấy trong các thành viên gia đình không mắc bệnh. Hậu quả kèm theo của các cá nhân có mức sáng tạo cao trong Gđ hưng cảm nhẹ có thể tạo mâu thuẫn trong việc tìm kiếm điều trị hoặc làm giảm tuân thủ điều trị.

### **IV. Mức độ phổ biến**

Tỷ lệ 12 tháng của chứng RLLC II, theo quốc tế, là 0,3%. Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ 12 tháng là 0,8%. Tỷ lệ RLLC II ở trẻ em thì khó thiết lập. Theo DSM-IV RL lưỡng cực I, lưỡng cực II, và RLLC không biệt định có một tỷ lệ kết hợp là 1,8% ở Hoa Kỳ; và mẫu cộng đồng không phải Hoa Kỳ, có tỷ lệ cao hơn (2,7% bao gồm) ở người trẻ trên 12 tuổi.

### **V. Tiễn triển bệnh**

Mặc dù RLLC II có thể bắt đầu vào cuối tuổi vị thành niên và trong suốt tuổi trưởng thành, tuổi trung bình khởi phát vào giữa những năm 20 tuổi, hơi muộn hơn so với RLLC I nhưng sớm hơn so với RL trầm cảm chủ yếu. Bệnh thường bắt đầu với một Gđ trầm cảm và không được công nhận là RLLC II cho đến khi một Gđ hưng cảm nhẹ xảy ra; điều này xảy ra ở khoảng 12% bệnh nhân có chẩn đoán ban đầu là RL trầm cảm chủ yếu. Lo lắng, sử dụng chất, hoặc RL ăn uống cũng có thể đi trước các chẩn đoán, gây

khó khăn cho việc phát hiện bệnh. Nhiều cá nhân trải nghiệm nhiều Gđ trầm cảm chủ yếu trước khi Gđ hưng cảm nhẹ đầu tiên được công nhận.

Số lượng các Gđ suốt đời (cả hưng cảm nhẹ và Gđ trầm cảm chủ yếu) có xu hướng cao ở RLLC II so với RL trầm cảm chủ yếu hoặc RLLC I. Tuy nhiên, cá nhân có RLLC I thực sự nhiều khả năng gặp các triệu chứng hưng cảm nhẹ hơn là các cá nhân với RL lưỡng cực II. Khoảng cách giữa các Gđ khí sắc trong quá trình RL lưỡng cực II có xu hướng giảm theo tuổi của bệnh nhân. Trong khi Gđ hưng cảm nhẹ là tính năng xác định RLLC II, Gđ trầm cảm là lâu dài hơn và gây tàn phế theo thời gian. Mặc dù ưu thế của trầm cảm, một khi một Gđ hưng cảm nhẹ đã xảy ra, việc chẩn đoán sẽ trở thành RLLC II và không bao giờ quay trở lại RL trầm cảm chủ yếu.

Khoảng 5% -15% của các cá nhân mắc RLLC II có nhiều (bốn hoặc nhiều hơn) Gđ khí sắc (hưng cảm nhẹ hoặc trầm cảm) trong vòng 12 tháng trước đó. Nếu mô hình này đang hiện diện, nó sẽ được ghi nhận bởi sự xác định là "với chu kỳ nhanh." Theo định nghĩa, các triệu chứng loạn thần không xảy ra trong Gđ hưng cảm nhẹ, và chúng xuất hiện ít thường xuyên ở Gđ trầm cảm chủ yếu trong RLLC II hơn so với RLLC I.

Chuyển từ một Gđ trầm cảm thành một Gđ hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ (còn hoặc không có các tính năng hỗn hợp) cả hai có thể xảy ra, một cách tự phát và trong lúc điều trị trầm cảm. Khoảng 5% -15% các cá nhân có RLLC II mà cuối cùng có phát triển một Gđ hưng cảm, sẽ được chẩn đoán là RLLC I, bắt kè quá trình tiếp theo.

Làm việc chẩn đoán ở trẻ em thường là một thách đố, đặc biệt là ở những người dễ bị kích thích và hưng phấn siêu đó là không-Gđ (tức là, thiếu thời gian tốt phân ranh giới của tâm trạng thay đổi). Dễ bị kích thích không-Gđ lúc còn trẻ có liên quan đến nguy cơ bị RL lo âu và RL trầm cảm chủ yếu, nhưng không RLLC, ở tuổi trưởng thành. Thanh niên cầu kinh dai dẳng có RLLC sẽ có tỷ lệ lập gia đình thấp hơn so với thanh niên chỉ có RLLC. Để chẩn đoán một Gđ hưng cảm nhẹ, các triệu chứng của trẻ phải vượt quá những gì được dự kiến cho Gđ phát triển của trẻ trong một môi trường và nền văn hóa nhất định. So với sự khởi phát RLLC II ở người lớn, khởi phát các RL ở trẻ em hoặc thanh thiếu niên có thể liên kết với một tiến triển nặng hơn suốt đời. Tỷ lệ mắc 3-năm của khởi phát RLLC II lần đầu ở người già trên 60 tuổi là 0,34%. Tuy nhiên, phân biệt bệnh nhân trên 60 tuổi mắc chứng RLLC II khởi phát muộn so với khởi phát sớm cũng không thấy có bất kỳ tiện ích lâm sàng nào.

## VI. Các yếu tố nguy cơ và tiên lượng

**Di truyền và sinh lý.** Nguy cơ RLLC II có xu hướng cao nhất trong số người có người thân bị RLLC II, và ngược lại với các cá nhân có RLLC I hoặc RL trầm cảm chủ yếu. Có thể có yếu tố di truyền ảnh hưởng đến tuổi lúc khởi phát của các RLLC.

**Hướng thích ứng.** Một mô hình có chu kỳ nhanh sẽ kết hợp với một tiên lượng kém hơn. Quay trở lại mức trước đây về chức năng xã hội của các bệnh nhân RL lưỡng cực II có nhiều khả năng ở các bệnh nhân ở độ tuổi trẻ hơn và trầm cảm ít nghiêm trọng hơn, cho thấy di chứng của bệnh tật làm kéo dài việc phục hồi. Học thức cao hơn, ít năm mắc bệnh hơn, và có kết hôn liên quan độc lập với phục hồi chức năng ở người có RLLC, ngay cả theo type của chẩn đoán (I vs II), các triệu chứng trầm cảm hiện tại, và sự hiện diện của bệnh tâm thần kèm theo cũng được đưa vào để đánh giá.

## VII. Các vấn đề chẩn đoán liên quan đến giới tính

Trong khi tỷ lệ giới tính cho RLLC I là tương đương, phát hiện về sự khác biệt giới tính trong RLLC II được trộn lẫn, khác nhau tùy theo mẫu (ví dụ: theo đăng ký, cộng

đồng, hoặc lâm sàng) và nước xuất xứ. Có rất ít hoặc không có bằng chứng về sự khác biệt giới trong lưỡng cực, trong khi một số người, nhưng không phải tất cả, các mẫu lâm sàng cho thấy RLLC II là phổ biến hơn ở phụ nữ so với nam giới, có thể phản ánh sự khác biệt về giới trong việc tìm kiếm điều trị hoặc các yếu tố khác.

Tuy nhiên, dường như có sự khác biệt theo giới tính về mô hình bệnh tật và bệnh kèm, ở phụ nữ được báo cáo nhiều hơn so với nam giới về hưng cảm nhẹ với các tính năng trầm cảm hỗn hợp và một tiến triển chu kỳ nhanh. Sinh con có thể là một kích hoạt cụ thể cho một Gđ hưng cảm nhẹ, có thể xảy ra ở 10% -20% phụ nữ trong quần thể phi lâm sàng và diễn hình nhất trong thời kỳ hậu sản sớm. Phân biệt hưng cảm nhẹ với khí sắc phẫn chán và giảm giác ngủ mà thường đi kèm với sự ra đời của một đứa trẻ có thể được thử nghiệm. Hưng cảm nhẹ sau sinh có thể báo trước sự khởi đầu của một trầm cảm xảy ra ở khoảng một nửa trong số những phụ nữ trải nghiệm sau sinh "cao độ". Phát hiện chính xác chứng RLLC II có thể giúp đỡ trong việc thiết lập điều trị trầm cảm phù hợp, và có thể làm giảm nguy cơ tự sát và giết trẻ sơ sinh.

### VIII. Nguy cơ tự sát

Nguy cơ tự sát cao trong RLLC II. Khoảng một phần ba các bệnh nhân RL lưỡng cực II báo cáo có tiền sử tự tử. Tỷ lệ phổ biến suốt đời của ý định tự tử trong RL lưỡng cực II và RL lưỡng cực I là tương đương (tương ứng với 32,4% và 36,3%). Tuy nhiên, nỗ lực tự sát, theo định nghĩa, có một tỷ lệ thấp hơn so với nỗ lực của tự tử thành công, có thể cao hơn ở những người bị RLLC II so với các cá nhân với chứng RLLC I. Có thể có một mối liên hệ giữa các marker di truyền và tăng nguy cơ cho hành vi tự tử ở người có RLLC, trong đó có một nguy cơ tự sát cao hơn gấp 6,5 lần trong số người thân cấp độ 1 của người có RL lưỡng cực II so với những người có RL lưỡng cực I.

### IX. Hậu quả chức năng của RLLC II

Mặc dù rất nhiều bệnh nhân RL lưỡng cực II phục hồi đầy đủ chức năng giữa các Gđ khí sắc, có ít nhất 15% tiếp tục có những RL chức năng giữa các Gđ, và 20% chuyển trực tiếp sang một Gđ khí sắc khác mà không có hồi phục giữa các gia đoạn. Chức năng phục hồi chậm đằng sau đối với các triệu chứng của RLLC II, đặc biệt là liên quan đến phục hồi nghề nghiệp, dẫn đến tình trạng kinh tế xã hội thấp hơn mặc dù có mức độ tương đương về học vấn so với dân số chung. Cá nhân có RLLC II hoạt động kém hơn người khỏe mạnh trong các bài test nhận thức, với ngoại lệ về trí nhớ và lưu loát ngữ nghĩa, và có suy giảm nhận thức tương tự như các cá nhân bị RLLC I. Các khuyết điểm khuyết về nhận thức liên quan đến RLLC II có thể gây khó khăn cho công việc làm ăn. Thất nghiệp kéo dài ở người có RLLC có liên quan với nhiều đợt trầm cảm hơn, lớn tuổi hơn, tăng tỷ lệ RL hoảng loạn hiện tại và tiền sử có RL sử dụng rượu.

### X. Chẩn đoán phân biệt

**RL trầm cảm chủ yếu.** Có lẽ RL trầm cảm chủ yếu là chẩn đoán phân biệt có nhiều thách đố nhất, có thể kèm theo triệu chứng hưng cảm nhẹ hoặc hưng cảm mà không đáp ứng đủ tiêu chuẩn (tức là, hoặc là triệu chứng ít hơn hoặc ngắn hơn thời gian cần thiết cho một Gđ hưng cảm nhẹ). Điều này đặc biệt đúng trong việc đánh giá cá nhân với các triệu chứng khó chịu, có thể kết hợp với hoặc RL trầm cảm chủ yếu hoặc RLLC II.

**RL khí sắc chu kỳ.** Trong RL khí sắc chu kỳ, có nhiều Gđ có các triệu chứng hưng cảm nhẹ và có nhiều đợt có các triệu chứng trầm cảm mà không đáp ứng tiêu chí

về triệu chứng hoặc thời gian cho một Gđ trầm cảm chủ yếu. RLLC II được phân biệt với RL khí sắc chủ kỳ bởi sự hiện diện của một hoặc nhiều Gđ trầm cảm chủ yếu. Nếu một Gđ trầm cảm chủ yếu xảy ra sau 2 năm đầu tiên của RL khí sắc chủ kỳ, sẽ chẩn đoán thêm là RLLC II.

**Phổ TTPL và các RL loạn thần khác có liên quan.** RLLC II phải được phân biệt với các RL loạn thần (ví dụ, RL cảm xúc phản liệt, TTPL, và RL hoang tưởng). TTPL, RL cảm xúc phản liệt, và RL hoang tưởng có tất cả các đặc trưng của Gđ có các triệu chứng loạn thần xảy ra trong trường hợp không có các triệu chứng khí sắc nỗi bật. Cân nhắc hữu ích khác bao gồm các triệu chứng đi kèm trước đó, và tiền sử gia đình.

**RL hoảng loạn hoặc RL lo âu khác.** RL lo âu cần phải được xem xét trong chẩn đoán phân biệt và thường xuyên có thể có mặt như RL xảy ra đồng thời.

**RL sử dụng chất.** RL sử dụng chất được bao gồm trong chẩn đoán phân biệt.

**RL tăng động/giảm chú ý.** RL tăng động/giảm chú ý (ADHD) có thể bị chẩn đoán nhầm là RLLC II, đặc biệt là ở thanh thiếu niên và trẻ em. Nhiều triệu chứng của ADHD, chẳng hạn như nói nhanh, ý tưởng dồn dập, bị chia trí, và ít nhu cầu ngủ, chồng chéo với các triệu chứng hưng cảm nhẹ. Tính chất nước dôi của các triệu chứng đối với cả ADHD và RLLC II có thể tránh được nếu các bác sĩ làm rõ liệu các dấu hiệu đại diện cho một Gđ khác biệt và nếu hiện tại có sự gia tăng đáng chú ý trên cơ sở cần thiết để chẩn đoán RLLC II.

**RL nhân cách.** Các qui ước tương tự như áp dụng cho ADHD cũng được áp dụng khi đánh giá một cá nhân về một RL nhân cách như RL nhân cách ranh giới, vì RL cảm xúc khí sắc và bối rối rất phổ biến ở cả RL nhân cách và RLLC II. Các triệu chứng phải đại diện cho một Gđ riêng biệt, và sự gia tăng đáng chú ý trên cơ sở cần thiết cho việc chẩn đoán RLLC II phải có mặt. Một chẩn đoán RL nhân cách không nên được thực hiện trong một Gđ khí sắc không được điều trị trừ khi tiền sử suốt đời bao gồm có sự hiện diện của một RL nhân cách.

**RLLC khác.** Chẩn đoán RLLC II nên được phân biệt với RLLC I bằng cách cẩn thận cân nhắc xem liệu có bắt cứ Gđ vừa qua của hưng cảm, và với RLLC biệt định và không biệt định và RL liên quan khác bằng cách xác nhận sự hiện diện đầy đủ của triệu chứng hưng cảm nhẹ và trầm cảm.

## XI. Bệnh kèm

RLLC II thường liên quan nhiều với một hoặc nhiều RL tâm thần xảy ra đồng thời, với RL lo âu là phổ biến nhất. Khoảng 60% bệnh nhân bị RLLC II có ba hoặc nhiều rối loạn tâm thần xảy ra đồng thời; 75% có rối loạn lo âu; và 37% có rối loạn sử dụng chất. Trẻ em và thanh thiếu niên bị RLLC II có một tỷ lệ cao hơn về rối loạn lo âu xảy ra đồng thời so với những người có RLLC I, và các RL lo âu thường xảy ra trước RLLC. RL lo âu và RL sử dụng chất xảy ra ở người có RLLC II với tỉ lệ cao hơn so với dân số chung. Khoảng 14% bệnh nhân bị RL luồng cục II có ít nhất một RL ăn uống trong đời, RL ăn uống vô độ được phổ biến hơn háu ăn tâm thần và chán ăn tâm thần.

Những RL này thường cùng xảy ra dường như không theo một tiến trình nào của bệnh mà thật sự độc lập với các RLLC, nhưng lại có quan hệ rất lớn với các tình trạng khí sắc. Ví dụ, lo lắng và RL ăn uống có xu hướng liên kết với hầu hết các triệu chứng trầm cảm và RL sử dụng chất liên kết vừa phải với các triệu chứng hưng cảm.

## XII. Điều trị RLLC II.

Các thuốc điều trị RLLC II bao gồm một chất ổn định khí sắc (và thuốc chống trầm cảm nếu có chỉ định), và điều trị là tương tự như của RLLC I, được mô tả ở trên.

## Bài 9

### RL khí sắc chu kỳ: (RL KSCK) 301,13 (F34.0)

RL khí sắc chu kỳ nhấn mạnh đến các Gđ mạn tính theo chu kỳ của bệnh trầm cảm nhẹ và triệu chứng hưng cảm nhẹ.

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán theo DSM 5

A. Nhiều Gđ trầm cảm và hưng cảm nhẹ, xảy ra ít nhất là 2 năm (TE: 1 năm). Gđ trầm cảm không đạt được mức độ của trầm cảm chủ yếu.

B. Trong thời gian 2 năm (TE: 1 năm), bệnh nhân đã không có triệu chứng bệnh nhiều hơn 2 tháng tại một thời điểm.

C. Không đáp ứng các tiêu chí của Gđ trầm cảm chủ yếu, hưng cảm hay hưng cảm nhẹ.

D. Các triệu chứng trong tiêu chuẩn A không thể giải thích bởi RL phân liệt cảm xúc, TTPL, RL dạng phân liệt, RL hoang tưởng, hay phô TTPL biệt định hay không biệt định khác và RL loạn thần khác.

E. Các triệu chứng không do sự góp phần của những hậu quả sinh lý của một chất (Vd. lạm dụng chất, thuốc men) hay một bệnh lý khác (vd, , cường giáp)

F. Các triệu chứng gây ra một sự đau khổ đáng kể về mặt lâm sàng hay sự suy giảm về mặt hoạt động xã hội, nghề nghiệp hay các lĩnh vực quan trọng khác.

Ghi rõ nếu:

Với lo âu đau khổ.

#### II. Các Đặc Điểm chẩn đoán

Các đặc tính thiết yếu của RL KSCK là một bệnh mạn tính, RL khí sắc dao động liên quan đến rất nhiều Gđ của các triệu chứng hưng cảm nhẹ và thời gian của các triệu chứng trầm cảm có khác biệt tùy theo loại (Tiêu chí A). Các triệu chứng hưng cảm nhẹ là không đủ số lượng, mức độ nghiêm trọng, lan tỏa, hoặc thời gian để đáp ứng đủ tiêu chuẩn cho một Gđ hưng cảm nhẹ, và không có đủ số lượng các triệu chứng trầm cảm, mức độ nghiêm trọng, lan tỏa, hoặc thời gian để đáp ứng đủ tiêu chuẩn cho một Gđ trầm cảm chủ yếu. Trong thời gian 2 năm đầu (1 năm cho trẻ em hoặc thanh thiếu niên), các triệu chứng phải được kéo dài (số ngày có biểu hiện nhiều hơn số ngày không có), và bất kỳ khoảng thời gian không triệu chứng kéo dài không quá 2 tháng (Tiêu chí B). Việc chẩn đoán RL KSCK chỉ được thực hiện nếu các tiêu chí cho một trầm cảm, hưng cảm, hoặc Gđ hưng cảm nhẹ chủ yếu chưa bao giờ được đạt (Tiêu chí C).

Nếu một cá nhân bị RL KSCK mà sau đó (tức là, sau 2 năm đầu ở người lớn hoặc 1 năm ở trẻ em hoặc thanh thiếu niên) cảm nghiệm một Gđ trầm cảm chủ yếu, hưng cảm, hoặc Gđ hưng cảm nhẹ, sẽ thay đổi chẩn đoán thành RL trầm cảm chủ yếu, RLLC I, hoặc RL lưỡng cực biệt định hoặc không biệt định khác và RL liên quan tương ứng

(phân nhóm như là Gđ hưng cảm nhẹ mà không có Gđ trầm cảm chủ yếu trước đó) và chẩn đoán RL KSCK được gỡ bỏ.

Việc chẩn đoán RL KSCK không được thực hiện nếu các mô hình thay đổi khí sắc được giải thích tốt hơn bởi RL cảm xúc phân liệt, TTPL, RL dạng phân liệt, RL hoang tưởng, hoặc phô TTPL biệt định và không biệt định khác và các RL loạn thần khác (Tiêu chí D), trong đó một cách dễ dàng các triệu chứng khí sắc được coi là đặc điểm liên kết các RL loạn thần. Các RL khí sắc cũng không phải là hiệu ứng sinh lý của một chất nào đó (ví dụ, một loại thuốc gây nghiện, một loại thuốc) hoặc những bệnh khác (ví dụ, cường giáp) (Tiêu chí E). Mặc dù một số cá nhân có thể hoạt động tốt trong một số Gđ hưng cảm nhẹ, trong quá trình kéo dài của RL, phải có đau khổ có ý nghĩa lâm sàng hoặc suy yếu trong xã hội, nghề nghiệp, hoặc các lĩnh vực chức năng quan trọng khác như là kết quả của sự RL khí sắc (tiêu chí F). Sự suy giảm có thể phát triển như là kết quả của thời gian kéo dài của chu kỳ, những thay đổi khí sắc thường không thể đoán trước (ví dụ, các cá nhân có thể có biểu hiện thắt thường, ủ rũ, không thể đoán trước, không phù hợp, hoặc không đáng tin cậy).

### **III. Mức độ phô biến**

Tỷ lệ suốt đời của RL KSCK là khoảng 0,4% l%. Mức độ phô biến các RL khí sắc ở bệnh viện có thể dao động từ 3% đến 5%. Trong dân số nói chung, RL KSCK là dường như phân bố như nhau ở nam giới và nữ giới. Phụ nữ bị RL KSCK có thể có nhiều khả năng đến điều trị ở các cơ sở y tế hơn so với nam giới.

### **IV. Tiến triển của bệnh**

RL KSCK thường bắt đầu ở tuổi thiếu niên hoặc đầu tuổi trưởng thành và đôi khi được coi là phản ánh một khuynh hướng thắt thường của RL khác trong chương này. RL KSCK thường có khởi phát âm thầm và một tiến trình kéo dài. Có 15% -50% nguy cơ một cá nhân có RL KSCK sau đó sẽ phát triển thành RLLC I hoặc RLLC II. Khởi phát dai dẳng, hưng cảm nhẹ dao động và các triệu chứng trầm cảm muộn trong cuộc sống của người lớn cần phải được phân biệt rõ ràng với RLLC và RL liên quan do một chứng bệnh khác và RL trầm cảm do những bệnh khác (ví dụ, bệnh đa xơ cứng) trước khi chẩn đoán là RL KSCK. Trong số trẻ em bị RL KSCK, tuổi trung bình lúc khởi phát triệu chứng là 6,5 tuổi.

### **V. Chẩn đoán phân biệt**

**RL Lưỡng cực và RL liên quan do một chứng bệnh khác và RL trầm cảm do những bệnh lý khác.** Việc chẩn đoán RL lưỡng cực và RL liên quan do một chứng bệnh khác hoặc RL trầm cảm do những bệnh khác được thực hiện khi các RL khí sắc được đánh giá là do tác dụng sinh lý của một tình trạng bệnh lý mãn tính cụ thể thông thường (ví dụ, cường giáp). Việc xác định này được dựa trên bệnh sử, khám lâm sàng, hoặc phát hiện qua xét nghiệm. Nếu xét thấy các triệu chứng hưng cảm nhẹ và các triệu chứng trầm cảm không phải là hậu quả sinh lý của các tình trạng bệnh lý, thì các RL tâm thần chính yếu (tức là, RL KSCK) và tình trạng bệnh lý sẽ được mã hoá. Ví dụ, Trong trường hợp này các triệu chứng khí sắc sẽ được coi là hậu quả tâm lý (không phải là sinh lý) của việc mắc một bệnh mạn tính, hoặc nếu không có mối quan hệ bệnh nguyên giữa các triệu chứng hưng cảm nhẹ và các triệu chứng trầm cảm với các tình trạng bệnh lý.

**Chất / thuốc gây ra RL lưỡng cực và RL liên quan và chất / thuốc gây ra RL trầm cảm.** Chất / thuốc gây ra RL lưỡng cực và RL liên quan và chất / thuốc gây ra RL

trầm cảm được phân biệt với RL KSCK bởi phán quyết rằng một chất / thuốc (đặc biệt là các chất kích thích) là bệnh nguyên liên quan đến RL khí sắc. Các thay đổi khí sắc thường xuyên trong những RL này là gợi ý cho RL KSCK thì thường được giải quyết sau khi ngưng sử dụng chất / thuốc.

**RLLC I, với chu kỳ nhanh, và RLLC II, với chu kỳ nhanh.** Cả hai RL có thể giống với RL KSCK bởi tính chất của những thay đổi được đánh dấu thường xuyên trong khí sắc. Theo định nghĩa, trong RL KSCK các tiêu chí cho một Gđ trầm cảm chủ yếu, hưng cảm, hoặc hưng cảm nhẹ chưa bao giờ được đáp ứng, trong khi đó RLLC I và lưỡng cực II RL xác định "với chu kỳ nhanh" đòi hỏi phải có đầy đủ Gđ khí sắc.

**RL nhân cách ranh giới.** RL nhân cách ranh giới được kết hợp với sự thay đổi rõ rệt về khí sắc do đó có thể nghĩ đến RL KSCK. Nếu các tiêu chí được đáp ứng cho cả hai RL, cả RL nhân cách ranh giới và RL KSCK có thể được chẩn đoán.

## VI. Bệnh kèm

Các RL liên quan sử dụng chất và RL giấc ngủ (tức là, gặp khó khăn trong việc khởi đầu và duy trì giấc ngủ) có thể xuất hiện ở người có RL KSCK. Hầu hết trẻ em bị RL KSCK điều trị ngoại trú trong các cơ sở tâm thần có bệnh lý tâm thần kèm theo; chúng có nhiều khả năng hơn so với bệnh nhân trẻ em khác có RL tâm thần kèm theo RL tăng động / giảm chú ý.

## VII. Điều trị RL khí sắc chu kỳ.

A. Ôn định khí sắc là những lựa chọn điều trị, và Lithium có hiệu quả trong 60% bệnh nhân. Việc sử dụng trên lâm sàng của thuốc ổn định khí sắc cũng tương tự như ở rối loạn lưỡng cực.

B. Gđ trầm cảm phải được điều trị một cách thận trọng vì nguy cơ gây triệu chứng hưng cảm với thuốc chống trầm cảm (xảy ra ở 50% bệnh nhân). Thuốc chống trầm cảm cũng có thể tăng tốc độ tái phát nhanh. SNRI và thuốc ba vòng thường làm tăng nguy cơ. Để đạt mục tiêu điều trị có thể dùng đồng thời một thuốc chống trầm cảm và một thuốc ổn định khí sắc.

C. Bệnh nhân thường đòi hỏi phải điều trị hỗ trợ để nâng cao nhận thức về bệnh tật của mình và để đối phó với những hậu quả chức năng của hành vi của họ.

## Bài 10

### Rối loạn khó chịu tiền kinh nguyệt. (PMDD)

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán 625.4 (N94.3)

A. Trong phần lớn các chu kỳ kinh nguyệt, ít nhất năm triệu chứng phải có mặt trong tuần cuối cùng trước khi bắt đầu hành kinh, bắt đầu cải thiện trong vòng vài ngày sau khi bắt đầu có kinh nguyệt, và trở thành tối thiểu hoặc biến mất vào tuần sau hành kinh.

B. Một (hoặc nhiều hơn) các triệu chứng sau đây phải có mặt:

1. Rối loạn cảm xúc rõ rệt (ví dụ, tính khí thất thường: cảm xúc đột ngột buồn bã hoặc khóc lóc, hoặc tăng độ nhạy cảm chói bò).

2. Cảm giác rõ rệt hoặc giận dữ hoặc tăng xung đột giữa các cá nhân.
  3. Khí sắc trầm cảm rõ rệt, cảm giác tuyệt vọng, hoặc suy nghĩ tự ti.
  4. Lo âu, căng thẳng rõ rệt, và / hoặc cảm giác bị kẹt cứng hoặc bén bò vục.
- C. Một (hoặc nhiều hơn) các triệu chứng sau đây phải có thêm để đạt tổng cộng có năm triệu chứng khi kết hợp với các triệu chứng của Tiêu chí B ở trên.
1. Giảm quan tâm trong hoạt động bình thường (ví dụ, làm việc, trường học, bạn bè, sở thích).
  2. Khó khăn chủ quan trong sự tập trung.
  3. Ngủ lịm, dễ mệt mỏi, hoặc thiếu năng lượng rõ rệt.
  4. Thay đổi rõ rệt trong sự thèm ăn; ăn quá nhiều; hoặc thèm ăn cự thè.
  5. Chứng ngủ nhiều hoặc mất ngủ.
  6. Một cảm giác bị choáng ngợp hoặc ra khỏi tầm kiểm soát.
  7. Triệu chứng thể chất như đau vú hoặc sưng, đau khớp hoặc cơ, một cảm giác "đầy bụng", hoặc tăng cân.

**Lưu ý:** Các triệu chứng trong tiêu chí A-C phải được đáp ứng cho hầu hết các chu kỳ kinh nguyệt xảy ra trong các năm trước.

D. Các triệu chứng có liên quan đến đau khổ có ý nghĩa lâm sàng hoặc can thiệp vào công việc, việc học tập, các hoạt động xã hội bình thường, hoặc các mối quan hệ với người khác (ví dụ, tránh né các hoạt động xã hội; giảm năng suất và hiệu quả tại nơi làm việc, trường học hoặc ở nhà).

E. Các xáo trộn không phải là một đợt cấp của các triệu chứng của một rối loạn khác, chẳng hạn như rối loạn trầm cảm chủ yếu, rối loạn hoảng loạn, rối loạn trầm cảm dai dẳng (dysthymia), hoặc rối loạn nhân cách (mặc dù nó có thể cùng xảy ra với bất kỳ rối loạn nào).

F. Tiêu chí A cần phải được xác nhận bằng xếp hạng tiềm năng hàng ngày trong ít nhất hai chu kỳ triệu chứng. (Lưu ý: Các chẩn đoán có thể được thực hiện tạm trước khi có xác nhận này.)

G. Các triệu chứng không liên quan đến tác động sinh lý của một chất nào đó (ví dụ, một loại thuốc bị lạm dụng, thuốc men, điều trị khác) hoặc tình trạng bệnh lý khác (ví dụ, cường giáp).

### Qui trình ghi chép

Nếu các triệu chứng vẫn chưa được xác nhận bằng tần suất hàng ngày trong ít nhất hai chu kỳ triệu chứng, cần ghi chữ "tạm thời" sau khi ghi tên của chẩn đoán (nghĩa là "PMDD, tạm thời").

### II.Các đặc điểm chẩn đoán

Các tính năng thiết yếu của PMDD là những biểu hiện của triệu chứng rối loạn cảm xúc khí sắc, dễ bị kích thích, khó chịu, và lo âu xảy ra nhiều lần trong Gđ tiền kinh nguyệt của chu kỳ và hồi phục khi bắt đầu có kinh nguyệt hoặc ngay sau đó. Những triệu chứng

này có thể kèm theo các triệu chứng về hành vi và thể chất. Các triệu chứng phải xảy ra ở hầu hết các chu kỳ kinh nguyệt trong năm qua và phải có ảnh hưởng xấu đến công việc hoặc chức năng xã hội. Cường độ và / hoặc biểu hiện các triệu chứng kèm theo có thể có liên quan chặt chẽ với đặc điểm nền văn hóa xã hội mà phụ nữ bị ảnh hưởng, quan điểm gia đình, và các yếu tố cụ thể hơn như niềm tin tôn giáo, sự chấp nhận của xã hội, và các vấn đề vai trò giới tính nữ.

Thông thường, các triệu chứng đạt đỉnh vào khoảng thời gian khởi đầu chu kỳ kinh nguyệt. Mặc dù nó không phải là không phổ biến với các triệu chứng kéo dài vào những ngày đầu tiên của chu kỳ kinh nguyệt, các cá nhân phải có một thời kỳ triệu chứng bệnh trong Gđ nang trứng sau kỳ kinh nguyệt bắt đầu. Trong khi các triệu chứng cốt lõi bao gồm triệu chứng khí sắc và lo âu, các triệu chứng về hành vi và thể chất cũng thường xảy ra. Tuy nhiên, sự hiện diện của các triệu chứng về thể chất và / hoặc hành vi trong trường hợp không có khí sắc và / hoặc các triệu chứng lo lắng là không đủ để chẩn đoán. Các triệu chứng ở mức độ so sánh được (nhưng không kéo dài như những triệu chứng của rối loạn tâm thần, chẳng hạn như Gđ trầm cảm nặng hoặc rối loạn lo âu lan tỏa. Để xác định chẩn đoán lâm thời, đánh giá triệu chứng tiềm năng hàng ngày được yêu cầu trong ít nhất hai chu kỳ triệu chứng.

### **III. Các Đặc Điểm liên quan hỗ trợ chẩn đoán**

Hoang tưởng và ảo giác đã được mô tả trong Gđ hoàng thể cuối của chu kỳ kinh nguyệt nhưng rất hiếm. Gđ tiền kinh nguyệt đã được xem xét bởi một số sê có Gđ nguy cơ tự tử.

### **IV. Mức độ phổ biến**

Tỷ lệ mười hai tháng của chứng PMDD là từ 1,8% đến 5,8% ở phụ nữ có kinh nguyệt. Các ước tính được thời phỏng lên đáng kể nếu chúng được dựa trên các báo cáo hồi cứu hơn là xếp hạng tiềm năng hàng ngày. Tuy nhiên, tỷ lệ ước tính dựa trên một bản ghi hàng ngày của các triệu chứng trong 1-2 tháng có thể có ít biểu hiện hơn, vì cá nhân có các triệu chứng nghiêm trọng nhất có thể không thể duy trì quá trình đánh giá. Ước tính sit sô nhất của PMDD là 1,8% đối với phụ nữ có triệu chứng đáp ứng đủ tiêu chuẩn mà không suy giảm chức năng, và 1,3% đối với phụ nữ có triệu chứng đáp ứng các tiêu chuẩn hiện tại có suy giảm chức năng và không có triệu chứng xảy ra đồng thời do một rối loạn tâm thần khác.

### **V. Diễn biến**

Khởi phát của PMDD có thể xảy ra ở bất kỳ điểm nào sau khi có kinh nguyệt. Tỷ lệ các trường hợp mới qua một thời gian theo dõi 40 tháng là 2,5% (95% khoảng tin cậy = 1,7-3,7). Giai thoại, nhiều cá nhân, khi sắp mãn kinh, báo cáo rằng triệu chứng xấu đi. Các triệu chứng chấm dứt sau khi mãn kinh, mặc dù thay thế hormone theo chu kỳ có thể kích hoạt lại biểu hiện của triệu chứng.

### **VI. Các yếu tố nguy cơ và tiên lượng**

**Môi trường.** Các yếu tố môi trường liên quan với các biểu hiện của PMDD bao gồm căng thẳng, tiền sử chấn thương cá nhân, thay đổi theo mùa, và các khía cạnh văn hóa xã hội của hành vi tình dục của phái nữ nói chung, và vai trò của giới tính nữ nói riêng.

**Di truyền và sinh lý.** Tính di truyền của PMDD là không rõ. Tuy nhiên, các triệu chứng tiền kinh nguyệt, ước tính cho phạm vi di truyền là từ giữa 30% và 80%, với các

thành phần ổn định nhất của các triệu chứng tiền kinh nguyệt, ước tính khoảng 50% di truyền.

**Điều chỉnh tiền trinh.** Những phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai có thể ít có than phiền tiền kinh nguyệt hơn những phụ nữ không sử dụng thuốc tránh thai.

### VII. Văn hóa-liên quan vấn đề chẩn đoán

PMDD không phải là một hội chứng ràng buộc-văn hóa và đã được quan sát thấy ở những người ở Hoa Kỳ, Châu Âu, Án Độ, và châu Á. Không rõ là liệu tỷ lệ có khác nhau theo chủng tộc. Tuy nhiên, tần số, cường độ, và biểu hiện các triệu chứng và các mẫu khảo sát có thể bị ảnh hưởng đáng kể bởi các yếu tố văn hóa.

### VIII. Markers chẩn đoán

Như đã nêu trên đây, chẩn đoán PMDD được xác nhận một cách thích hợp bởi 2 tháng xếp hạng triệu chứng tiềm năng. Một số thang đánh giá, bao gồm Daily Rating of Severity of Problems và Visual Analogue Scales for Premenstrual Mood Symptoms, đã trải qua xác nhận và thường được sử dụng trong các thử nghiệm lâm sàng đối với PMDD. Premenstrual Tension Syndrome Rating Scale đã có báo cáo nội bộ và một phiên bản quan sát, cả hai đều đã được xác nhận và sử dụng rộng rãi để đo lường mức độ nghiêm trọng ở những phụ nữ có PMDD.

### IX. Hậu quả chức năng của PMDD.

Các triệu chứng phải được kết hợp với suy giảm có ý nghĩa lâm sàng và / hoặc suy giảm rõ ràng và đáng kể khả năng hoạt động xã hội hoặc nghề nghiệp trong tuần trước khi có kinh nguyệt. Suy giảm trong hoạt động xã hội có thể được biểu hiện bằng sự bất hòa trong hôn nhân và các vấn đề với trẻ em, các thành viên khác trong gia đình, hoặc bạn bè. Vấn đề hôn nhân hoặc công việc kinh niên không nên nhầm lẫn với các rối loạn chức năng chỉ xảy ra trong liên quan với các PMDD.

### X. Chẩn đoán phân biệt

**Hội chứng tiền kinh nguyệt.** Hội chứng tiền kinh nguyệt khác với PMDD vì không cần có tối thiểu năm triệu chứng, và không có quy định các triệu chứng cảm xúc cho những cá nhân có hội chứng tiền kinh nguyệt. PMDD chỉ được chẩn đoán khi các triệu chứng dẫn đến suy giảm rõ rệt trong hoạt động XH và nghề nghiệp.

**Đau bụng kinh.** Đau bụng kinh là một hội chứng kinh nguyệt đau đớn, nhưng điều này khác với một hội chứng đặc trưng bởi sự thay đổi cảm xúc. Hơn nữa, các triệu chứng của đau bụng kinh bắt đầu với sự khởi đầu của chu kỳ kinh nguyệt, trong khi đó các triệu chứng của PMDD, theo định nghĩa, bắt đầu trước khi bắt đầu có kinh nguyệt, thậm chí chúng kéo dài trong những ngày đầu tiên của chu kỳ kinh nguyệt.

**Rối loạn lưỡng cực, RL trầm cảm chủ yếu, và RL trầm cảm dai dẳng (dysthymia).** Nhiều phụ nữ có (hoặc tự nhiên hoặc do chất / thuốc gây ra) RL lưỡng cực hay RL trầm cảm chủ yếu hoặc rối loạn trầm cảm dai dẳng tin rằng họ có PMDD. Tuy nhiên, khi họ thống kê lại các triệu chứng, họ nhận ra rằng các triệu chứng không theo một khuôn mẫu tiền kinh nguyệt. Phụ nữ bị rối loạn tâm thần khác có thể gặp các triệu chứng mạn tính hoặc các triệu chứng liên tục mà không liên quan đến Gđ chu kỳ kinh nguyệt. Tuy nhiên, vì sự khởi đầu của kinh nguyệt tạo một sự kiện đáng nhớ, họ có thể báo cáo rằng các triệu chứng chỉ xảy ra trong tiền kinh nguyệt hoặc triệu chứng tiền kinh nguyệt xấu đi. Đây là một trong những nguyên nhân khiến các yêu cầu mà các triệu

chứng được xác nhận bằng xếp hạng tiêm năn hàng ngày. Quá trình chẩn đoán phân biệt, đặc biệt là nếu các bác sĩ chỉ dựa trên triệu chứng hồi cứu, sẽ gặp khó khăn hơn vì sự chồng chéo giữa các triệu chứng của rối loạn tiền kinh nguyệt khó chịu và một số chẩn đoán khác. Sự chồng chéo của các triệu chứng là đặc biệt quan trọng để phân biệt PMDD với những Gđ trầm cảm chủ yếu, rối loạn trầm cảm dai dẳng, rối loạn luồng cực, và rối loạn nhân cách ranh giới. Tuy nhiên, tỷ lệ rối loạn nhân cách ở những người bị PMDD không cao hơn ở những người không có rối loạn này.

**Sử dụng các phương pháp điều trị nội tiết tố.** Một số phụ nữ có biểu hiện triệu chứng tiền kinh nguyệt từ trung bình đến nặng có thể được sử dụng phương pháp điều trị nội tiết tố, bao gồm cả biện pháp tránh thai có nội tiết tố. Nếu các triệu chứng xảy ra sau khi bắt đầu sử dụng nội tiết tố ngoại sinh, các triệu chứng có thể là do việc sử dụng nội tiết tố chứ không phải là tình trạng cơ bản của PMDD. Nếu người phụ nữ ngưng nội tiết tố và các triệu chứng biến mất, điều này là phù hợp với chất / thuốc gây ra rối loạn trầm cảm.

## XI. Bệnh kèm

Một Gđ trầm cảm chủ yếu là các rối loạn trước đó thường gặp nhất ở bệnh nhân có biểu hiện PMDD. Một loạt các bệnh lý (ví dụ, đau nửa đầu, bệnh hen suyễn, dị ứng, rối loạn co giật) hoặc rối loạn tâm thần khác (ví dụ, rối loạn trầm cảm và luồng cực, rối loạn lo âu, chứng háu ăn, rối loạn sử dụng chất) có thể xâu đi trong Gđ tiền kinh nguyệt; Tuy nhiên, sự vắng mặt của một thời kỳ triệu chứng bệnh trong khoảng thời gian sau kỳ kinh nguyệt loại bỏ một chẩn đoán PMDD. Những tình trạng này tốt hơn nên được coi là đợt tiền kinh nguyệt của một rối loạn tâm thần hoặc một bệnh lý hiện tại. Mặc dù chẩn đoán PMDD không nên được chỉ định trong những tình huống trong đó một cá nhân chỉ trải qua một đợt tiền kinh nguyệt có rối loạn tâm thần hoặc thể chất, nó có thể được coi là ngoài việc chẩn đoán của một rối loạn tâm thần hoặc thể chất nếu những triệu chứng trải nghiệm và thay đổi của cá nhân về mức độ hoạt động chức năng là đặc trưng của PMDD và khác biệt với các triệu chứng được trải nghiệm như là một phần của các rối loạn liên tục.

## XII. Điều trị PMDD

**A. Thuốc chống trầm cảm.** SSRI như fluoxetine (thị trường có Sarafem dành cho PMDD) có hiệu quả trong việc làm giảm các triệu chứng của PMDD. Liều lượng fluoxetine (Sarafem) là 20 mg mỗi ngày trong suốt tháng. Liều có thể tăng lên đến 60 mg mỗi ngày nếu cần thiết. Sertraline (Zoloft) cũng có hiệu quả trong điều trị PMDD. Sertraline nên được bắt đầu với 50 mg mỗi ngày và tăng lên đến 150 mg nếu cần thiết. Những thuốc này thường có hiệu quả khi dùng chỉ trong phase hoàng thể. Các SSRI khác cũng có hiệu quả tương đương.

**B. Kích thích tố.** Estrogen, progesterone và thuốc tránh thai ba pha có thể cải thiện các triệu chứng của PMDD ở một số bệnh nhân.

**C. Spironolactone** có thể cải thiện triệu chứng cơ thể như đầy hơi đặc biệt trong sự kết hợp với các thuốc hướng thần như SSRIs.

**D. Anxiolytics.** Alprazolam (Xanax) và buspirone (BuSpar) có thể có hiệu quả trong điều trị bệnh nhân có triệu chứng nhẹ.

**E. Tập thể dục.** vừa tập thể dục có thể dẫn đến cải thiện các triệu chứng thể chất lẩn cảm xúc của PMDD.

# Chương 4

## RL lo âu, OCD, TSD

### Bài 1

#### RL lo âu lan tỏa (RL LALT). 300.02 (F41.1)

RL LALT (RL LALT) là dạng phổ biến nhất của RL lo âu. Nó được đặc trưng bởi sự lo lắng không thực tế hoặc quá nhiều và lo lắng về hai hay nhiều tình huống cuộc sống trong ít nhất sáu tháng.

##### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán RL lo âu lan tỏa theo DSM 5

A. Sự lo lắng quá mức hoặc lo lắng hiện diện trong hầu hết các ngày trong suốt một thời gian ít nhất sáu tháng, và liên quan đến một số sự kiện cuộc sống. (vd: về việc làm hoặc kết quả học tập)

B. BN khó kiểm soát cơn lo lắng.

C. Có ít nhất ba trong số những biểu hiện sau: (đối với TE chỉ cần 1)

1. Bồn chồn hoặc cảm giác bị khóa cứng hay trên bờ vực.

2. Dễ mệt mỏi.

3. Khó tập trung.

4. Khó chịu.

5. Cơ bắp căng thẳng.

6. RL giấc ngủ.

D. Trọng tâm của sự lo lắng không phải là sự lo lắng tiên liệu trước về việc có một cơn hoảng loạn, như trong RL hoảng loạn.

E. Những lo lắng hay triệu chứng cơ thể gây ra đau khổ đáng kể hoặc suy giảm hoạt động.

F. Các triệu chứng không được gây ra bởi việc sử dụng chất gây nghiện hoặc một bệnh lý, và các triệu chứng không liên quan đến một RL khỉ sắc hoặc RL loạn thần.

##### II. Chẩn đoán phân biệt của RL LALT

**RL lo âu do bệnh lý khác:** Cường giáp, RL nhịp tim, thuyên tắc phổi, suy tim sung huyết, và hạ đường huyết, có thể gây lo lắng đáng kể và cần được loại trừ theo chỉ định lâm sàng.

**RL lo âu do chất/thuốc:** vd: café, rượu, cocaine...

**Rối loạn lo âu xã hội.** Cá nhân có rối loạn lo âu xã hội thường có lo lắng là tập trung vào những tình huống xã hội sắp tới, trong đó họ phải thực hiện hoặc được đánh giá bởi những người khác, trong khi các cá nhân với RL LALT có thể có hay không yếu tố bị đánh giá.

**OCD.** Có một số đặc điểm để phân biệt những lo lắng thái quá của rối loạn LALT với những suy nghĩ ám ảnh của OCD. Trong rối loạn LALT tâm điểm của những lo lắng là về vấn đề sắp tới, và mức độ lo lắng bắt thường về các sự kiện trong tương lai. Trong OCD, sự ám ảnh những ý tưởng không phù hợp mà mang hình thức của ý nghĩ, sự thúc bách, hoặc hình ảnh xâm nhập và không mong muốn.

**PTSD.** Lo âu là luôn luôn hiện diện trong rối loạn stress sau sang chấn. RL LALT không được chẩn đoán, nếu sự lo âu và lo lắng được giải thích tốt hơn bởi các triệu chứng của PTSD. Lo lắng cũng có thể có mặt trong rối loạn thích ứng, nhưng loại này chỉ nên được sử dụng khi không đáp ứng được các chỉ tiêu cho bất kỳ rối loạn nào khác (bao gồm cả rối loạn LALT). Hơn nữa, trong rối loạn thích ứng, sự lo lắng xảy ra là để đáp ứng với một tác nhân gây stress trong vòng 3 tháng kể từ khi bắt đầu với sự căng thẳng và không kéo dài hơn 6 tháng sau khi kết thúc sự căng thẳng hay hậu quả của nó.

### **RL Trầm cảm, luồng cực, và các RL loạn thần.**

Lo âu / lo lắng lan tỏa là một đặc điểm phổ biến liên quan của RL trầm cảm, luồng cực, và các rối loạn tâm thần và không nên được chẩn đoán riêng biệt, nếu lo lắng quá mức đã xảy ra chỉ trong quá trình của các bệnh lý này.

### **III. Bệnh kèm**

BN có biểu hiện các tiêu chí của rối loạn LALT rất có thể đã gặp, hoặc đang đáp ứng các tiêu chí cho RL lo âu khác và các RL trầm cảm đơn cực. Vai trò của loạn thần kinh hoặc RL cảm xúc là nền tảng của mô hình bệnh kèm này khi liên quan đến bắt thường của thế hệ trước, và các yếu tố nguy cơ di truyền và môi trường chia sẻ giữa những rối loạn này, mặc dù cũng có thể có con đường độc lập. Bệnh kèm với RL sử dụng chất, hành vi, loạn thần, phát triển tâm thần kinh và RL nhận thức thần kinh thường ít gặp hơn.

### **IV. Các xét nghiệm đánh giá lo âu**

A. Nồng độ glucose, nồng độ canxi và phosphate máu; đo điện tâm đồ, và XN tuyến giáp nên được bao gồm trong XN ban đầu của tất cả các bệnh nhân.

B. Các XN khác. XN nồng độ thuốc và nồng độ catecholamine trong nước tiểu có thể được yêu cầu để loại trừ các RL cụ thể.

### **V. Điều trị các RL LALT**

Sự kết hợp của liệu pháp dược lý và liệu pháp tâm lý là hình thức thành công nhất của điều trị.

### **VI. Thuốc điều trị RL LALT**

## A. Thuốc chống trầm cảm

1. SSRI và Venlafaxine (Effexor & Effexor XR) là thuốc đầu tay để điều trị RL LALT. Effexor XR có thể được khởi đầu với 75 mg mỗi ngày; Tuy nhiên, nếu bệnh nhân lo lắng hay hoảng loạn tấn công nghiêm trọng nên được bắt đầu ở mức 37,5 mg mỗi ngày. Liều sau đó được điều chỉnh dần lên đến liều tối đa 225 mg Effexor XR mỗi ngày.

2. Chống trầm cảm khởi đầu tác dụng chậm hơn nhiều so với benzodiazepin, nhưng chúng không có tiềm năng gây nghiện và hiệu quả hơn. Chống trầm cảm là thuốc được chọn lựa khi trầm cảm cùng tồn tại với lo lắng.

3. Các tác dụng phụ cho bệnh nhân RL LALT cũng tương tự như ở bn RL trầm cảm.

4. Chống trầm cảm ba vòng cũng điều trị RL LALT hiệu quả, nhưng những tác dụng phụ làm giới hạn việc sử dụng chúng.

### 5. Buspirone (BuSpar).

a. Buspirone là thuốc điều trị RL LALT hiệu quả. Buspirone thường đòi hỏi 3-6 tuần với liều 10-20 mg 3 lần/ngày mới cho hiệu quả. Nó thiếu tác dụng an thần. Dung nạp với ảnh hưởng có lợi của buspirone dường như không có. Không gây lệ thuộc sinh lý hoặc triệu chứng cai.

b. Điều trị kết hợp benzodiazepine-buspirone có thể được sử dụng cho RL LALT, với liều giảm dần tiếp theo của benzodiazepine sau 2-4 tuần.

c. Bệnh nhân đã được điều trị trước đó với các benzodiazepin hoặc những người có tiền sử lạm dụng chất có một đáp ứng kém với buspirone.

d. Buspirone có thể có một số tác dụng chống trầm cảm.

## B. Benzodiazepines

1. Benzodiazepines hầu như luôn luôn có thể làm giảm sự lo lắng nếu cho liều thích hợp, và chúng không trì hoãn thời điểm tác dụng.

2. Sử dụng lâu dài nên được dành cho những bệnh nhân không đáp ứng với venlafaxine (Effexor), SSRI, buspirone (BuSpar) và thuốc chống trầm cảm khác hoặc những người không dung nạp với các tác dụng phụ của chúng.

3. Benzodiazepines là rất hữu ích để điều trị lo âu trong suốt khoảng thời gian chờ buspirone hoặc thuốc chống trầm cảm phát huy tác dụng của chúng. Benzodiazepines sau đó nên được giảm dần sau vài tuần.

4. Benzodiazepines có ít tác dụng phụ khác ngoài gây ngủ. Dung nạp với tác dụng an thần là có, nhưng không dung nạp tính chống lo âu của chúng.

5. Kẽ từ clonazepam (Klonopin) và diazepam (Valium) có half-life dài, chúng ít có khả năng cần liều bổ sung để chống lo âu và dễ giảm liều.

6. Phụ thuốc trở thành một vấn đề lâm sàng nếu benzodiazepine được sử dụng thường xuyên trên 2-3 tuần. Một hồi chứng cai nghiện xảy ra ở 70% bệnh nhân bao gồm lo âu căng thẳng, run rẩy khó chịu, RL giác ngủ và RL tri giác và ức chế sự thèm ăn. Liều giảm dần của benzodiazepin là rất quan trọng (đặc biệt với những thuốc có half-life ngắn).

### **C. Các phương pháp chữa lo âu không dùng thuốc**

1. Bệnh nhân nên ngừng uống cà phê và thức uống chứa caffeine khác, và tránh tiêu thụ rượu quá mức.

2. Bệnh nhân nên ngủ đủ, với việc sử dụng thuốc nếu cần thiết. Tập thể dục đều đặn mỗi ngày có thể giúp làm giảm cường độ của các triệu chứng lo âu.

### **3. Tâm lý liệu pháp**

a. Liệu pháp nhận thức hành vi, với sự nhấn mạnh vào các kỹ thuật thư giãn và giúp hiểu đúng về các triệu chứng sinh lý, có thể cải thiện chức năng trong trường hợp nhẹ.

b. Tâm lý trị liệu hỗ trợ hoặc định hướng trí năng có thể hữu ích trong trường hợp nhẹ.

## Bài 2

### **RL hoảng loạn (RLHL)**

#### **I Tiêu chuẩn chẩn đoán 300.01 (F41.0)**

A. Tái phát các cơn hoảng loạn bất ngờ. Một cơn hoảng loạn là một sự đột ngột bất ngờ của nỗi sợ hãi hay khó chịu cường độ cao mà đạt đến một đỉnh cao trong vòng vài phút, và trong thời gian đó có bốn (hoặc nhiều hơn) trong các triệu chứng sau đây xảy ra:

Lưu ý: Sự gia tăng đột ngột có thể xảy ra từ một trạng thái bình tĩnh hoặc một trạng thái lo lắng.

1. Đánh trống ngực, tim đập mạnh, hoặc nhịp tim nhanh.
2. Ra mồ hôi.
3. Run rẩy hoặc nôn nao.
4. Cảm giác khó thở hoặc bị ngạt.
5. Cảm giác nghẹt thở.
6. Đau ngực hoặc khó chịu.
7. Buồn nôn hoặc đau bụng.
8. Cảm giác chóng mặt, run rẩy, mê sảng, hoặc ngất xỉu.
9. Ớn lạnh hoặc cảm giác nóng.
- 10 Dị cảm (cảm giác tê hoặc ngứa ran).
11. Dereализation (cảm xúc ảo) hoặc giải thể nhân cách (tự tách biệt).

12. Sợ đến mức mất kiểm soát hoặc "phát điên".

13. Sợ chết.

Lưu ý: Các triệu chứng văn hóa cụ thể (ví dụ, ù tai, cỗ đau nhức, đau đầu, la hét không kiểm soát được hoặc khác) có thể được nhìn thấy. Những triệu chứng này không nên tính là một trong bốn triệu chứng cần thiết.

B. Cố ít nhất một cơn tiếp theo sau 1 tháng (hoặc hơn) của một hoặc cả hai điều sau đây:

1. Mỗi quan tâm liên tục hoặc lo lắng về các cuộc tấn công hoảng loạn tiếp theo hoặc hậu quả của chúng (ví dụ, mất kiểm soát, có một cơn đau tim, "phát điên").

2. Một sự thay đổi thích nghi không tốt rõ rệt trong hành vi liên quan đến các cơn (ví dụ, hành vi được thiết kế để tránh các cơn hoảng loạn, chẳng hạn như tránh tập thể dục hoặc tình huống không quen thuộc).

C. Sự RL không phải là do những tác động sinh lý của một chất nào đó (ví dụ: 1 thuốc bị lạm dụng, một loại thuốc) hoặc những bệnh khác (ví dụ, cường giáp, bệnh tim mạch hô hấp).

D. Sự RL không được giải thích tốt hơn bởi một RL tâm thần khác (ví dụ, các cơn hoảng loạn không chỉ xảy ra để phản ứng với các tình huống xã hội lo ngại, như trong RL lo âu xã hội; để phản ứng với các đối tượng hoặc tình huống ám ảnh sợ, như trong ám ảnh sợ cụ thể; để phản ứng với những ám ảnh, như trong OCD; để phản ứng với một nhắc nhở về các sự kiện chấn thương tâm lý, như trong PTSD; hoặc để phản ứng với việc tách biệt khỏi người thân, như trong RL lo âu chia ly).

## II. Chẩn đoán phân biệt

**RL lo âu biệt định hoặc RL lo âu không biệt định khác.** RLHL không nên được chẩn đoán, nếu đầy đủ triệu chứng của cơn hoảng loạn (bất ngờ) đã không bao giờ được trải nghiệm. Trong trường hợp chỉ có triệu chứng giới hạn trên cơn hoảng loạn bất ngờ, một chẩn đoán RL lo âu biệt định hoặc RL lo âu không biệt định khác nên được xem xét.

**RL lo âu do những bệnh khác.** Không được chẩn đoán là RLHL, nếu các cơn hoảng loạn được cho là một hậu quả sinh lý trực tiếp của một chứng bệnh khác. Ví dụ các bệnh có thể gây ra cơn hoảng loạn bao gồm cường giáp, cường cận giáp, pheochromocytoma, RL chức năng tiền đình, RL co giật, và các bệnh tim phổi (ví dụ, loạn nhịp tim, nhịp tim nhanh trên thất, hen suyễn, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính [COPD]). Làm xét nghiệm thích hợp (ví dụ, nồng độ canxi huyết thanh cho cường cận giáp; Holter theo dõi cho loạn nhịp tim) hoặc khám lâm sàng (ví dụ, đối với bệnh lý tim mạch) có thể hữu ích trong việc xác định vai trò yếu tố gây bệnh của những bệnh khác.

**Chất / thuốc gây ra RL lo âu.** Không được chẩn đoán là RLHL nếu các cơn hoảng loạn được xem là một hậu quả sinh lý trực tiếp của một chất. Ngộ độc với thuốc kích thích hệ thần kinh trung ương (ví dụ, cocaine, amphetamine, caffeine) hoặc cắn sa và cai chất ức chế hệ thần kinh trung ương (ví dụ, rượu, thuốc an thần) có thể thúc đẩy một cơn hoảng loạn. Tuy nhiên, nếu các cơn hoảng loạn tiếp tục xảy ra bên ngoài bối cảnh của việc sử dụng chất gây nghiện (ví dụ, rất lâu sau khi những ảnh hưởng của ngộ độc hoặc việc cai đã kết thúc), chẩn đoán RLHL nên được xem xét. Ngoài ra, do RLHL có thể có trước khi sử dụng chất ở một số cá nhân và có thể được kết hợp với tăng cường

sử dụng các chất, đặc biệt là với người tự-kê đơn, một bệnh sử chi tiết cần được thực hiện để xác định cá nhân có cơn hoảng loạn trước khi sử dụng chất quá mức không. Nếu đúng, thì ngoài chẩn đoán RLHL nên xem xét thêm một chẩn đoán RL sử dụng chất. Các tính năng như khởi phát sau 45 tuổi hoặc sự hiện diện của các triệu chứng không điển hình trong một cơn hoảng loạn (ví dụ, chóng mặt, mất ý thức, mất kiểm soát bàng quang hoặc ruột, nói lắp, sa sút trí tuệ) thì có khả năng là do một chứng bệnh khác hoặc một chất có thể gây ra các triệu chứng cơn hoảng loạn.

**RL tâm thần khác với các cơn hoảng loạn như một đặc tính liên quan (ví dụ, RL lo âu khác và các RL loạn thần).** Các cơn hoảng loạn xảy ra được nghĩ là một triệu chứng của RL lo âu khác (ví dụ, kích hoạt bởi các tình huống xã hội trong RL lo âu xã hội, bởi các đối tượng ám ảnh sợ hoặc các tình huống trong nỗi ám ảnh sợ cụ thể hay sợ khoảng trống, bởi lo lắng trong RL lo âu tổng quát, bởi chia cách khỏi nhà hoặc khuôn mặt thân thuộc trong RL lo âu chia ly) và do đó sẽ không đáp ứng các tiêu chí cho RLHL. (Lưu ý: Đôi khi một cơn hoảng loạn bất ngờ có liên quan với sự khởi đầu của RL lo âu khác, nhưng sau đó các cơn trở nên được mong đợi, trong khi RLHL đặc trưng bởi các cơn hoảng loạn bất ngờ tái phát.) Nếu các cơn hoảng loạn chỉ xảy ra để đáp ứng những kích hoạt cụ thể, và chỉ có RL lo âu có liên quan được thừa nhận. Tuy nhiên, nếu những trải nghiệm cá nhân có cơn hoảng loạn bất ngờ là rõ rệt và cho thấy có mối quan tâm và lo lắng dai dẳng hoặc thay đổi hành vi vì các cơn tấn công, thì một chẩn đoán thêm là RLHL nên được xem xét.

### III. Bệnh kèm

RLHL không thường xuyên xảy ra ở cơ sở y tế không có bệnh tâm thần khác. Sự phổi biến của RLHL có tăng ở những người bị RL khác, đặc biệt là RL lo âu khác (và đặc biệt là chứng sợ khoảng trống), trầm cảm, RLLC, và có thể ở người RL sử dụng rượu mức độ nhẹ. Trong khi RLHL thường có độ tuổi sớm hơn lúc bắt đầu so với RL kèm theo, khởi đầu đôi khi xảy ra sau khi các RL kèm theo và có thể được xem như một điểm đánh dấu mức độ nghiêm trọng của các bệnh kèm theo.

Tần suất đài được báo cáo của bệnh kèm giữa trầm cảm và RLHL rất khác nhau, dao động từ 10% đến 65% ở những người bị RLHL. Trong khoảng 1/3 BN có cả hai RL, trầm cảm trước khi bắt đầu RLHL. Trong số còn lại 2/3, trầm cảm xảy ra trùng với hoặc sau khi khởi phát RLHL. Một tập hợp các cá nhân có RLHL phát triển một RL liên quan-chất, mà đối với một số đại diện cho một nỗ lực để điều trị lo âu của họ với rượu hoặc thuốc. Bệnh kèm với RL lo âu khác và RL lo âu bệnh lý cũng là phổ biến.

RLHL được kèm theo đáng kể với nhiều triệu chứng bệnh lý chung và các tình trạng, bao gồm (không giới hạn), chóng mặt, RL nhịp tim, cường giáp, bệnh suyễn, COPD, và hội chứng ruột kích thích. Tuy nhiên, bản chất của sự liên kết (ví dụ, nguyên nhân và hậu quả) giữa chứng RLHL và những tình trạng này vẫn chưa rõ ràng. Mặc dù hai lá sa van và bệnh tuyến giáp thường gặp ở những người có RLHL hơn trong dân số nói chung, nhưng vẫn còn nhiều khác biệt về tỷ lệ.

### IV. Điều trị RL hoảng loạn

A. Những trường hợp nhẹ, RL hoảng loạn có thể được điều trị hiệu quả bằng tâm lý trị liệu hành vi nhận thức với một sự nhấn mạnh về thư giãn và hướng dẫn về việc đã hiểu sai về các triệu chứng sinh lý.

B. Thuốc được chỉ định khi bệnh nhân đã được có nguy cơ rõ rệt từ cơn hoảng loạn hoặc bị suy giảm chức năng làm việc hoặc xã hội.

1. Các chất ức chế tái hấp thu serotonin và thuốc chống trầm cảm ba vòng được dùng nhiều nhất.

2. SSRIs là điều trị đầu tay cho chứng RL hoảng loạn. Liều khởi đầu thấp hơn liều dùng cho trầm cảm vì liều thông thường của chống trầm cảm thường làm tăng lo âu ở BN RL hoảng loạn. Chẳng hạn như 5-10 mg paroxetine (Paxil) hoặc 12,5-25 mg sertraline (Zoloft) được sử dụng khởi đầu. Liều có thể sau đó được tăng dần lên đến 20-40 mg cho paroxetine hay 50-100 mg cho sertraline. Fluoxetine (Prozac) có thể làm trầm trọng thêm các triệu chứng hoảng loạn trừ khi bắt đầu ở liều rất thấp (2-5 mg). Venlafaxine, citalopram, và escitalopram cũng có hiệu quả.

3. Khi sử dụng thuốc chống trầm cảm ba vòng, liều ban đầu cũng nên thấp vì những tiềm năng làm trầm trọng thêm các triệu chứng hoảng loạn khi bắt đầu điều trị. Imipramine (Tofranil) là thuốc được nghiên cứu tốt nhất, và nó phải được bắt đầu ở 10-25 mg mỗi ngày và tăng dần lên đến 100-200 mg mỗi ngày do dung nạp.

4. Các benzodiazepin có thể được sử dụng kèm thêm với TCAs hay SSRIs trong vài tuần đầu điều trị. Khi bệnh nhân đã thất bại với các thuốc khác, benzodiazepin là rất hiệu quả. Alprazolam (Xanax) nên được dùng bốn lần một ngày để giảm lo lắng thêm liều. Tổng liều trung bình là 0,5 mg 4 lần/ngày (2 mg /ngày). Một số bệnh nhân có thể yêu cầu lên đến 6 mg mỗi ngày. Một thuốc tác dụng kéo dài như clonazepam (Klonopin) cũng có hiệu quả và đã giảm lo lắng thêm liều so với alprazolam.

5. Buspiron là không hiệu quả cho RL hoảng loạn.

6. Các MAOIs có thể là thuốc hiệu quả nhất cho RL hoảng loạn nhưng không thường xuyên được sử dụng do lo ngại về cơn tăng huyết áp khi bệnh nhân không tuân theo một chế độ ăn uống tyramine thấp.

7. Thuốc nên được kết hợp với liệu pháp nhận thức hành vi.

### Bài 3

## RL ám ảnh cưỡng chế (OCD)

### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán 300,3 (F42)

A. Sự có mặt của **ám ảnh**, **ép buộc**, hoặc cả hai:

**Ám ảnh** được xác định bởi (1) và (2):

1. BN trải nghiệm những suy nghĩ, thúc giục, hoặc hình ảnh tái đi tái lại và dai dẳng, tại một số thời gian bị RL, bị xâm nhập và không mong muốn, và ở hầu hết các BN điều này gây lo lắng hoặc đau khổ rõ rệt.

2. BN cố gắng bỏ qua hoặc ngăn chặn những suy nghĩ thúc giục, hoặc hình ảnh như vậy, hoặc để dung hòa chúng với một số suy nghĩ hay hành động khác (ví dụ, bằng cách thực hiện một sự ép buộc).

**Cưỡng bức** được xác định bởi (1) và (2):

1. Hành vi lặp đi lặp lại (ví dụ, rửa tay, sắp xếp, kiểm tra) hoặc hành động tâm thần (ví dụ, cầu nguyện, đếm, lặp đi lặp lại lời nói âm thầm) mà các cá nhân cảm thấy bị thúc đẩy phải thực hiện để đáp ứng với một nỗi ám ảnh hoặc quy tắc đó phải được áp dụng một cách cứng nhắc.

2. Các hành vi hay hành động tâm thần nhằm ngăn chặn hoặc giảm sự lo lắng hay căng thẳng, hay ngăn ngừa một số sự kiện đáng sợ hoặc tình huống; Tuy nhiên, những hành vi này hay hành động tâm thần này không được kết nối một cách thực tế với những gì chúng được thiết kế để trung hòa hoặc ngăn chặn, hoặc là rõ ràng quá mức.

Lưu ý: Trênh nhỏ có thể không thể trình bày rõ mục đích của những hành vi hay hành động tâm thần.

B. Ám ảnh hay cưỡng bức làm tổn thời gian (ví dụ, phải mất hơn 1 giờ mỗi ngày) hoặc gây ra đau khổ có ý nghĩa lâm sàng hoặc suy giảm trong lĩnh vực quan trọng xã hội, nghề nghiệp hoặc chức năng khác của.

C. Các triệu chứng ám ảnh cưỡng chế là không thể quy cho tác dụng sinh lý của một chất nào đó (ví dụ, một loại thuốc bị lạm dụng, một loại thuốc) hoặc bệnh lý khác.

D. Sự RL không được giải thích tốt hơn bởi các triệu chứng của rối loạn tâm thần khác (ví dụ, lo lắng quá mức, như trong RL LALT, mối bận tâm với vẻ bề ngoài, như trong rối loạn sợ biến dạng cơ thể, khó loại bỏ hoặc chia tay với cửa cái, như trong rối loạn tích trữ; nhổ tóc, như trong Trichotillomania [rối loạn nhổ tóc]; rạch da, như trong RL Rạch da [rạch da]; rập khuôn, như trong rối loạn vận động rập khuôn; hành vi ăn uống nghỉ thức, như trong rối loạn ăn uống; mối bận tâm với các chất hoặc cờ bạc, như trong rối loạn chất gây nghiện liên quan và nghiện; mối bận tâm với việc có một căn bệnh, như trong rối loạn lo âu sợ bệnh; ham muốn tình dục hay tưởng tượng, như trong các rối loạn paraphilic; xung động, như trong gián đoạn, kiểm soát cảm xúc, và rối loạn hành vi; cảm giác tội lỗi, như trong RL trầm cảm chủ yếu; tư duy bị áp đặt hay mối bận tâm của hoang tưởng, như trong phô TTPL và các rối loạn tâm thần khác, hoặc mô hình lặp đi lặp lại của hành vi, như trong rối loạn phô tự kỷ).

Xác định rõ:

**Với trí năng (hiểu biết) tốt hay quân bình:** Các cá nhân nhận ra rằng niềm tin của rối loạn ám ảnh cưỡng chế là chắc chắn hoặc có thể là không đúng sự thật hoặc chúng có thể đúng hoặc có thể không đúng.

**Với trí năng nghèo nàn:** Các cá nhân cho rằng niềm tin của rối loạn ám ảnh cưỡng chế có thể chân thực.

**Không có trí năng /niềm tin hoang tưởng:** Các cá nhân là hoàn toàn tin rằng niềm tin của rối loạn ám ảnh cưỡng chế là đúng sự thật.

Xác định rõ:

Liên quan -Tic: Các cá nhân có một bệnh sùi hiện tại hoặc quá khứ có một rối loạn tic.

## II. Đặc điểm lâm sàng của RL ám ảnh cưỡng chế (OCD)

A. Cưỡng chế thường chiếm một phần lớn thời gian trong ngày của cá nhân, dẫn đến suy giảm về nghề nghiệp và xã hội đáng kể.

B. Các tình huống mà gây triệu chứng này thường tránh được, như khi một cá nhân với những ám ảnh về ô nhiễm tránh đựng vào cái gì đó có thể gây bẩn.

C. Trầm cảm là phobia biến ở các bệnh nhân mắc chứng bệnh OCD. Lạm dụng rượu hoặc lạm dụng thuốc an thần gây ngủ là phobia biến ở bn OCD vì họ muốn dùng chúng để giảm bớt khó chịu.

D. Nghi thức giặt và nghi thức kiểm tra rất phobia biến ở trẻ em bị OCD, và những đứa trẻ này có thể không cho là hành vi của chúng là không hợp lý hoặc quá nhiều.

E. Bệnh nhân không muốn thảo luận về các triệu chứng, dẫn đến bị dưới mức chẩn đoán của OCD.

### **III. Dịch tễ học của chứng OCD**

A. Tỷ lệ 12 tháng của OCD là khoảng 2,5%. Không có sự khác biệt giới tính trong tỷ lệ, nhưng tuổi khởi phát ở nam giới sớm hơn.

### **IV. Chẩn đoán phân biệt OCD**

**RL lo âu** (do chất, do một bệnh lý...). Amphetamine, cocaine, caffeine và các tác nhân có triệu chứng khác có thể giống một số các triệu chứng lo âu của OCD. Trong trường hợp hiếm hoi, một khói u não hoặc động kinh thùy thái dương có thể biểu lộ các triệu chứng OCD.

**RL trầm cảm chủ yếu.** Trầm cảm chủ yếu có thể liên quan với suy nghĩ ám ảnh nặng (ví dụ, bị ám ảnh phải suy nghĩ về tài chính hoặc một mối quan hệ). Những suy nghĩ ám ảnh thường không liên quan đến hành vi cưỡng chế và được kèm theo các triệu chứng khác của bệnh trầm cảm.

#### **RL ám ảnh xung động và các RL liên quan khác**

**RL ăn uống.**

**Tic và các hoạt động rập khuôn.**

**RL loạn thần.** Bệnh nhân TTPL có thể có những suy nghĩ ám ảnh hoặc hành vi cưỡng chế; Tuy nhiên, TTPL có liên quan đến ảo giác thô sơ và hoang tưởng.

**Các hành vi giống-xung động khác.**

**RL nhân cách ám ảnh-cưỡng chế (OCPD).** Cá nhân có OCPD bận tâm với sự hoàn hảo, trật tự, và điều khiển, và họ không tin rằng hành vi của họ là bất thường. Họ không thể hiện nỗi ám ảnh hoặc cưỡng chế.

### **V. Điều trị OCD**

A. Hầu như luôn luôn có chỉ định dùng thuốc.

B. Clomipramine (Anafranil), sertraline (Zoloft), paroxetine (Paxil) fluoxetine (Prozac), và fluvoxamine (Luvox) có hiệu quả.

C. Chuẩn liều thuốc chống trầm cảm của clomipramine thường có hiệu quả, nhưng có thể dùng liều cao của một SSRI, chẳng hạn như fluoxetine (Prozac) 60-80 mg, paroxetine (Paxil) 40-60 mg, hoặc sertraline (Zoloft) 200 mg.

D. Các liệu pháp hành vi như dừng suy nghĩ lại, giải mẫn cảm hay tiếp xúc (flooding) cũng có thể có hiệu quả. Thông thường, liệu pháp hành vi kết hợp dừng thuốc là có hiệu quả nhất.

## Bài 4

### RL stress sau sang chấn (PTSD)

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán PTSD 309.81 (F43.10)

Lưu ý: Các tiêu chí sau đây áp dụng cho người lớn, thanh thiếu niên và trẻ em trên 6 tuổi. Đối với trẻ em từ 6 tuổi trở xuống, có tiêu chuẩn riêng.

A. Tiếp xúc trực tiếp hoặc đe dọa tử vong, thương tích nghiêm trọng, hoặc bạo lực tình dục trong một (hoặc nhiều hơn) các cách sau:

1. Trực tiếp trải qua những sự kiện sang chấn.

2. Người chứng kiến sự kiện khi nó xảy ra với những người khác.

3. Biết được sự kiện sang chấn xảy ra cho một thành viên trong gia đình hoặc bạn bè thân thiết. Trong trường hợp một thành viên trong gia đình hoặc bạn bè tử vong hoặc đe dọa tử vong, các sự kiện phải có bạo lực hoặc đột ngột.

4. Trải nghiệm nhiều lần hoặc tiếp xúc cực độ với các chi tiết khác nhau của sự kiện gây sang chấn (ví dụ, vẫn còn những phản ứng như lần đầu tiếp xúc: nhân viên cảnh sát nhiều lần lập lại thông tin chi tiết về lạm dụng trẻ em).

Lưu ý: Tiêu chuẩn A4 không áp dụng cho tiếp xúc thông qua phương tiện truyền thông điện tử, truyền hình, phim ảnh, hoặc hình ảnh, trừ khi tiếp xúc này là liên quan đến công việc.

B. Sự hiện diện của một (hoặc nhiều hơn) các triệu chứng xâm nhập sau đây liên quan đến sự kiện sang chấn, bắt đầu sau khi xảy ra sự kiện sang chấn:

1. Lập lại, không tự ý, và những kỷ niệm đau buồn xâm nhập của các sự kiện gây sang chấn.

Lưu ý: Ở trẻ lớn hơn 6 tuổi, có thể thấy sự tái diễn, trong đó chủ đề hoặc các khía cạnh của sự kiện sang chấn được thể hiện.

2. Lập lại giấc梦 đau buồn trong đó nội dung và / hoặc ảnh hưởng của giấc梦 có liên quan đến sự kiện sang chấn.

Lưu ý: Ở trẻ em, có thể có những giấc梦 đáng sợ không có nội dung dễ nhận biết.

3. Phản ứng tách rời XH (ví dụ, hồi tưởng), trong đó các cá nhân cảm thấy hoặc hành động như thể sự kiện sang chấn đã được tái diễn. (Phản ứng này có thể xảy ra liên tục, với các biểu hiện cực đoan nhất là đánh mất hoàn toàn nhận thức về môi trường hiện tại ở xung quanh.)

Lưu ý: Ở trẻ em, tái hiện sang chấn cụ thể có thể xảy ra trong vở kịch.

4. Căng thẳng tâm lý dữ dội hoặc kéo dài khi tiếp xúc với những tín hiệu nội tâm hay bên ngoài tượng trưng hoặc giống với một khía cạnh của sự kiện sang chấn.

5. Phản ứng sinh lý rõ rệt với những tín hiệu nội tâm hay bên ngoài tượng trưng hoặc giống với một khía cạnh của sự kiện sang chấn.

C. Tránh né dai dẳng của những kích thích liên quan đến sự kiện sang chấn, khởi phát sau khi sự kiện chấn thương tâm lý xảy ra, bằng chứng là có một hoặc cả hai điều sau đây:

1. Tránh hoặc nỗ lực để tránh né những ký ức đau buồn, suy nghĩ, hoặc cảm xúc về hoặc liên quan chặt chẽ với sự kiện sang chấn.

2. Tránh hoặc nỗ lực để tránh các gợi nhớ bên ngoài (người, địa điểm, cuộc hội thoại, các hoạt động, các đối tượng, các tình huống) khởi dậy những ký ức đau buồn, suy nghĩ, hoặc cảm xúc về hoặc liên quan chặt chẽ với sự kiện sang chấn.

D. Thay đổi tiêu cực trong nhận thức và tâm trạng có liên quan với sự kiện sang chấn, bắt đầu hoặc xấu đi sau sự kiện gây chấn thương tâm lý xảy ra, bằng chứng là có hai (hoặc nhiều hơn) trong các biểu hiện sau:

1. Không có khả năng nhớ một khía cạnh quan trọng của sự kiện sang chấn (thường là do mất trí nhớ phân ly và không do các yếu tố khác như chấn thương đầu, rượu hoặc ma túy).

2. Niềm tin tiêu cực kéo dài và phóng đại hoặc những dự báo về mình, về những người khác, hoặc thế giới (ví dụ, "Tôi xấu", "Không ai có thể tin cậy", "Thế giới là hoàn toàn nguy hiểm", "toute bộ hệ thống thần kinh của tôi đang bị hủy hoại vĩnh viễn").

3. Nhận thức bị bóp méo dai dẳng về nguyên nhân hoặc hậu quả của những sự kiện sang chấn và dẫn đến cá nhân tự đổ lỗi cho chính mình hoặc những người khác.

4. Trạng thái cảm xúc tiêu cực dai dẳng (ví dụ, sợ hãi, kinh hoàng, giận dữ, tội lỗi, hoặc xấu hổ).

5. Giảm rõ rệt hứng thú hoặc tham gia vào các hoạt động có ý nghĩa.

6. Cảm thấy sự sự tách biệt hay ghê lạnh từ những người khác.

7. Không thể tiếp tục trải nghiệm những cảm xúc tích cực (ví dụ, không có khả năng để trải nghiệm hạnh phúc, sự hài lòng, hoặc cảm xúc yêu thương).

E. Thay đổi rõ rệt trong kích thích và phản ứng liên quan đến sự kiện sang chấn, bắt đầu hoặc xấu đi sau sự kiện sang chấn xảy ra, bằng chứng là hai (hoặc nhiều hơn) trong các cách sau:

1. Hành vi khó chịu và sự bùng phát khi tức giận (với rất ít hoặc không có sự khiêu khích) thường bày tỏ sự gây hấn bằng lời nói hoặc thể chất đối với người hay đồ vật.

2. Hành vi thiếu thận trọng hoặc tự hủy hoại.

3. Cảnh giác quá mức.

4. Phóng đại phản xạ giật mình.

5. Kém tập trung.
  6. Rối loạn giấc ngủ (ví dụ, khó ngủ đầu giấc hoặc giữa giấc hoặc trằn trọc).
- F. Thời gian bị RL (Tiêu chí B, C, D và E) là hơn 1 tháng.
- G. Các rối loạn gây đau khổ có ý nghĩa lâm sàng hoặc suy giảm trong lĩnh vực xã hội, nghề nghiệp hoặc lĩnh vực chức năng quan trọng khác.
- H. Sự rối loạn không phải là do những tác động sinh lý của một chất (ví dụ, thuốc, rượu) hay tình trạng bệnh lý khác.
- Xác định:
- Với các triệu chứng phân ly:** Các triệu chứng của cá nhân đáp ứng các tiêu chí của PTSD, và ngoài ra, để đáp ứng với sự căng thẳng, những trải nghiệm cá nhân kiêm trì hoặc triệu chứng tái phát của một trong những điều sau đây:
1. **Mất nhận cách:** Trải nghiệm liên tục hoặc tái phát của cảm giác tách rời khỏi, và nếu như một là một người quan sát bên ngoài, của một quá trình tâm thần hoặc cơ thể (ví dụ như, cảm giác như thể một là trong một giấc mộng, cảm thấy một cảm giác hư ảo của bản thân hoặc cơ thể hoặc thời gian di chuyển từ từ).
  2. **Phi thực tại:** Trải nghiệm phi thực tại liên tục hoặc tái diễn về môi trường xung quanh (ví dụ, thế giới xung quanh cá nhân được kinh nghiệm như hư ảo, thơ mộng, xa xôi, hoặc bị bóp méo).
- Lưu ý: Để sử dụng kiểu phụ này, các triệu chứng phân ly không phải là do những tác động sinh lý của một chất nào đó (ví dụ, hoa mắt, hành vi trong nhiễm độc rượu) hoặc những bệnh khác (ví dụ, động kinh cục bộ phức tạp).
- Chỉ định nếu:
- Với tri hoán biểu hiện:** Nếu các tiêu chuẩn chẩn đoán đầy đủ không được đáp ứng cho đến khi ít nhất là 6 tháng sau khi sự kiện này (mặc dù khởi phát và biểu hiện của một số triệu chứng có thể ngay lập tức).
- PTSD cho trẻ em từ 6 tuổi trở xuống.**
- A. Ở trẻ em 6 tuổi trở xuống, tiếp xúc với thực tế hoặc đe dọa tử vong, thương tích nghiêm trọng, hoặc bạo lực tình dục trong một (hoặc nhiều hơn) của các cách sau:
    1. Trực tiếp trải qua những sự kiện sang chấn.
    2. Chứng kiến cơn người, sự kiện khi nó xảy ra với những người khác, đặc biệt những người chăm sóc ban đầu của trẻ.
- Lưu ý: Chứng kiến không bao gồm sự kiện chỉ được chứng kiến trên phương tiện truyền thông điện tử, truyền hình, phim ảnh, hoặc hình ảnh.
3. Biết được sự kiện gây sang chấn xảy ra với một phụ huynh hoặc người chăm sóc.
- B. Sự hiện diện của một (hoặc nhiều hơn) các triệu chứng xâm nhập sau đây liên quan đến sự kiện gây sang chấn, bắt đầu sau khi sự kiện gây sang chấn xảy ra:

1. Ký ức đau buồn tái diễn, không tự nguyện, và xâm nhập của các sự kiện gây sang chấn.

Lưu ý: những ký niệm tự phát và xâm nhập có thể không nhất thiết phải xuất hiện đau buồn và có thể được thể hiện như một vở kịch tái hiện.

2. Tái diễn giác mộng đau buồn trong đó nội dung và / hoặc ảnh hưởng của giác mộng có liên quan đến sự kiện sang chấn.

Lưu ý: Chứng kiến không bao gồm sự kiện chỉ được chứng kiến trên phương tiện truyền thông điện tử, truyền hình, phim ảnh, hoặc hình ảnh.

3. Biết được sự kiện sang chấn xảy ra với một phụ huynh hoặc người chăm sóc.

B. Sự hiện diện của một (hoặc nhiều hơn) các triệu chứng xâm nhập sau đây liên quan đến sự kiện sang chấn, bắt đầu sau sự kiện sang chấn đã xảy ra:

1. Ký ức đau buồn tái diễn, không tự nguyện, và xâm nhập của các sự kiện sang chấn.

Lưu ý: những ký niệm tự phát và xâm nhập có thể không nhất thiết phải xuất hiện đau buồn và có thể được thể hiện như vở kịch tái hiện.

2. Những giác mộng đau buồn tái diễn với nội dung và / hoặc ảnh hưởng của giác mộng có liên quan đến sự kiện sang chấn.

Lưu ý: Nó có thể không được có thể để xác định rằng nội dung đáng sợ liên quan đến sự kiện đau buồn.

3. Phản ứng phân ly (ví dụ, hồi tưởng), trong đó trẻ cảm nhận hoặc hành động như thể sự kiện đau buồn (s) đã được tái diễn. (Phản ứng này có thể xảy ra liên tục, với các biểu hiện cực đoan nhất là một mất hoàn toàn nhận thức về môi trường xung quanh hiện tại.) Tái hiện chấn thương cụ thể như vậy có thể xảy ra trong vở kịch.

4. Căng thẳng tâm lý dữ dội hoặc kéo dài ở tiếp xúc với những tín hiệu nội tâm hay bên ngoài tượng trưng hoặc giống với một khía cạnh của sự kiện đau buồn.

5. Phản ứng sinh lý rõ rệt nhắc nhở đến những sự kiện đau buồn.

C. Phải có một (hoặc nhiều hơn) các triệu chứng sau đây, đại diện cho hoặc tránh né dai dẳng của những kích thích liên quan đến sự kiện đau buồn hoặc thay đổi tiêu cực trong nhận thức và tâm trạng liên quan với sự kiện đau buồn, bắt đầu sau sự kiện hoặc xấu đi sau khi có các sự kiện:

### **Tránh né dai dẳng các kích thích**

1. Tránh né hoặc nỗ lực để tránh các hoạt động, địa điểm, hoặc nhắc nhở thể lý nào khơi dậy những hồi ức về sự kiện đau buồn.

2. Tránh hoặc nỗ lực để tránh mọi người, cuộc trò chuyện, hoặc các tình huống giao tiếp nào khơi dậy những hồi ức về sự kiện đau buồn.

### **Có Sự thay đổi tiêu cực trong nhận thức**

3. Gia tăng đáng kể tàn số của trạng thái cảm xúc tiêu cực (ví dụ, sợ hãi, cảm giác tội lỗi, nỗi buồn, sự xấu hổ, sự nhầm lẫn).

4. Giảm rõ rệt hứng thú hoặc giảm tham gia vào các hoạt động quan trọng, bao gồm cao trào của vở kịch.

5. Hành vi thu rút xã hội.

6. Giảm thường xuyên các biểu hiện của cảm xúc tích cực.

D. Sự thay đổi trong kích thích và phản ứng liên quan đến sự kiện đau buồn, bắt đầu hoặc xấu đi sau sự kiện chấn thương tâm lý xảy ra, bằng chứng là hai (hoặc nhiều hơn) trong các cách sau:

1. Hành vi cầu kỉnh và sự bùng phát khi tức giận (với rất ít hoặc không có sự khiêu khích) thường bày tỏ sự gây hấn bằng lời nói hoặc thể chất đối với người hoặc đồ vật (bao gồm cả cơn giận cực).

2. Cảnh giác quá mức.

3. Phản ứng giật mình phóng đại.

4. Kém tập trung.

5. Rối loạn giấc ngủ (ví dụ, khó ngủ đầu giấc hoặc giữa giấc hoặc trằn trọc).

E. Thời hạn của xáo trộn là hơn 1 tháng.

F. Các rối loạn gây đau khổ có ý nghĩa lâm sàng hoặc suy giảm trong mối quan hệ với cha mẹ, anh chị em, bạn bè, hoặc người chăm sóc khác hoặc với các hành vi trong học tập.

G. Các rối loạn không phải là do những tác động sinh lý của một chất (ví dụ, thuốc hoặc rượu) hoặc tình trạng bệnh lý khác.

**Chỉ định:**

**Với các triệu chứng phân ly:** Các triệu chứng của cá nhân đáp ứng các tiêu chí cho PTSD, và những trải nghiệm cá nhân về việc kéo dài hoặc tái diễn của một trong những triệu chứng :

**1. Mất nhân cách:** Trải nghiệm liên tục hoặc tái diễn của cảm giác phân ly, và giống như là một người quan sát từ bên ngoài, một quá trình tâm thần hoặc cơ thể (ví dụ như, cảm giác như thể một là trong một giấc mơ, cảm thấy một cảm giác hư ảo của bản thân hoặc cơ thể hoặc thời gian di chuyển từ từ).

**2. Phi thực tại:** Trải nghiệm phi thực tại liên tục hoặc tái diễn về môi trường xung quanh (ví dụ, thế giới xung quanh cá nhân được trải nghiệm giống như hư ảo, thơ mộng, xa xôi, hoặc bị bóp méo).

**Lưu ý:** Để sử dụng kiểu phụ này, các triệu chứng tách rời ra không phải là do những tác động sinh lý của một chất nào đó (ví dụ, mất điện) hoặc những bệnh khác (ví dụ, phức tạp động kinh cục bộ).

**Ghi rõ nếu:**

**Với biểu hiện bị trì hoãn:** Nếu các tiêu chuẩn chẩn đoán đầy đủ không được đáp ứng cho đến khi ít nhất là 6 tháng sau sự kiện này (mặc dù khởi phát và biểu hiện của một số triệu chứng có thể có ngay lập tức).

## II. Chẩn đoán phân biệt

**Rối loạn thích ứng.** Trong rối loạn thích ứng, với sự căng thẳng có thể đáp ứng bất kỳ mức độ nghiêm trọng hoặc thể loại nào khác chứ không chỉ là yêu cầu của Tiêu chí A PTSD. Chẩn đoán rối loạn thích ứng được sử dụng khi phản ứng với một tác nhân gây stress, đáp ứng Tiêu chí A PTSD mà không đáp ứng tất cả các tiêu chí khác của PTSD (hoặc các tiêu chí cho một rối loạn tâm thần khác). Một rối loạn thích ứng cũng được chẩn đoán khi mô hình triệu chứng của PTSD xảy ra đáp ứng với một tác nhân gây stress mà không đáp ứng Tiêu chí A của PTSD (ví dụ, ly thân, bị sa thải).

**RL sau sang chấn và các tình trạng khác.** Không phải tất cả bệnh tâm thần xảy ra ở những người tiếp xúc với tác nhân gây stress cực độ đều được gán cho PTSD. Việc chẩn đoán đòi hỏi có tiếp xúc sang chấn trước khi khởi phát hoặc sự trầm trọng của các triệu chứng liên quan. Hơn nữa, nếu mô hình triệu chứng phản ứng với stress cực độ đáp ứng các tiêu chí cho một rối loạn tâm thần, các chẩn đoán này nên được đưa ra thay vì, hoặc thêm vào, PTSD. Chẩn đoán khác và tình trạng khác được loại trừ nếu chúng được giải thích tốt hơn bởi PTSD (ví dụ, các triệu chứng của rối loạn hoảng loạn chỉ xảy ra sau khi tiếp xúc với những nhắc nhở về sang chấn). Nếu nghiêm trọng, mô hình triệu chứng phản ứng để giảm stress cực độ có thể đảm bảo một chẩn đoán riêng biệt (ví dụ, bệnh mất trí nhớ phân ly).

**RL stress cấp tính.** RL stress cấp tính được phân biệt với PTSD vì mô hình triệu chứng rối loạn stress cấp tính được giới hạn trong một thời gian từ 3 ngày đến 1 tháng sau khi tiếp xúc với những sự kiện đau buồn.

**RL lo âu và OCD.** Trong OCD, có những suy nghĩ xâm nhập tái diễn, nhưng những điều này đáp ứng định nghĩa về một nỗi ám ảnh. Ngoài ra, suy nghĩ xâm nhập không liên đến một sự kiện chấn thương tâm lý trước đây, sự cuồng chế thường hiện diện, và các triệu chứng khác của PTSD hoặc RL stress cấp thường vắng mặt. Các triệu chứng hưng phấn và phân ly của rối loạn hoảng loạn cũng không tránh khỏi, khó chịu, và sự lo lắng của rối loạn lo âu tổng quát có liên quan đến một sự kiện chấn thương cụ thể. Các triệu chứng của rối loạn lo âu chia ly được rõ ràng liên quan đến chia ly nhà ở hoặc gia đình, chứ không phải là một sự kiện đau buồn.

**Trầm cảm.** Trầm cảm chủ yếu có thể hoặc không thể được đi trước bởi một sự kiện đau buồn và cần được chẩn đoán, nếu các triệu chứng PTSD khác vắng mặt. Cụ thể, RL trầm cảm chủ yếu không bao gồm bất kỳ triệu chứng Tiêu chí B hoặc C của PTSD. Nó cũng không bao gồm một số các triệu chứng Tiêu chí D hoặc E của PTSD.

**RLNC.** Giao tiếp khó khăn ngay từ lúc khởi phát, hoặc đã làm trầm trọng hơn rất nhiều, sau khi tiếp xúc với một sự kiện đau thương có thể là một dấu hiệu của PTSD, chứ không phải là một chứng RLNC, ở đó những khó khăn như vậy sẽ được dự kiến là độc lập với bất kỳ tiếp xúc sang chấn nào.

**RL phân ly.** Mất trí nhớ phân ly, RL nhân dạng phân ly, và RL phi hiện thực-phi nhân cách có thể có hoặc không có trước khi tiếp xúc với một sự kiện đau buồn hoặc có thể có hoặc không có triệu chứng PTSD xảy ra đồng thời. Tuy nhiên, khi tiêu chí PTSD đầy đủ cũng được đáp ứng, thì nhóm phụ của PTSD "với các triệu chứng phân ly" cũng nên được xem xét.

**RL chuyển dạng (rối loạn triệu chứng thần kinh chức năng).** Khởi phát mới của các triệu chứng soma trong bối cảnh suy giảm sau sang chấn có thể là một dấu hiệu của PTSD hơn là rối loạn chuyển dạng (rối loạn triệu chứng thần kinh chức năng).

**RL loạn thần.** Những đoạn hồi tưởng trong PTSD phải được phân biệt với những ảo tưởng, ảo giác, rối loạn tri giác khác có thể xảy ra trong TTPL, RL loạn thần ngắn, và các rối loạn loạn thần khác; rối loạn trầm cảm và lưỡng cực với biểu hiện loạn thần; sáng; RL do chất / thuốc; và các RL loạn thần do những bệnh lý khác.

**Chấn thương sọ não.** Khi một chấn thương não xảy ra trong bối cảnh của một sự kiện sang chấn (ví dụ, chấn thương do tai nạn, chấn thương do bom nổ, do tăng / giảm tốc), triệu chứng của PTSD có thể xuất hiện. Một sự kiện gây chấn thương đầu cũng có thể tạo thành một sự kiện chấn thương tâm lý, và tổn thương não (TBI) – liên quan triệu chứng nhận thức thần kinh không loại trừ lẫn nhau và có thể xảy ra đồng thời. Các triệu chứng trước đây gọi là tiền tổn thương (ví dụ, đau đầu, chóng mặt, nhạy cảm với ánh sáng hoặc âm thanh, dễ cáu gắt, kém tập trung) có thể xảy ra khi não bị tổn thương và các vùng ngoài-não-bị tổn thương, bao gồm cả nhân mạc PTSD. Bởi vì các triệu chứng của PTSD và triệu chứng nhận thức thần kinh liên quan TBI có thể chồng lên nhau, một chẩn đoán phân biệt giữa PTSD và các triệu chứng RL nhận thức thần kinh do TBI có thể có dựa vào sự hiện diện của các triệu chứng mang tính khác biệt cho mỗi biểu hiện. Trong khi tái trải nghiệm và tránh né là đặc trưng của PTSD chứ không phải là ảnh hưởng của TBI, thì mất phương hướng dài dằng và nhầm lẫn là đặc điểm của TBI (tác động của nhận thức thần kinh) hơn là của PTSD.

### **III. Bệnh kèm**

80% BN PTSD có nhiều khả năng hơn so với những người không có PTSD có triệu chứng đáp ứng tiêu chí chẩn đoán cho ít nhất một rối loạn tâm thần khác (ví dụ, RL trầm cảm, lưỡng cực, lo âu, hoặc rối loạn sử dụng chất). RL sử dụng chất kèm theo và RL hành vi thường gặp hơn ở nam nhiều hơn ở nữ giới. Trong số các binh lính Hoa Kỳ và cựu chiến binh chiến đấu đã được triển khai đến các cuộc chiến tranh gần đây ở Afghanistan và Iraq, cùng có PTSD và TBI nhẹ là 48%. Mặc dù hầu hết trẻ em có PTSD cũng có ít nhất một chẩn đoán khác, các mô hình của bệnh kèm của chúng là khác biệt so với người lớn, với RL thách thức chống đối và RL lo âu phân ly nổi trội hơn. Cuối cùng, có bệnh kèm đáng kể giữa PTSD và RL nhận thức thần kinh nặng và một số triệu chứng chồng chéo giữa các rối loạn.

### **IV. Điều trị các RL stress sau sang chấn**

A. Sertraline (Zoloft) và paroxetine (paxil) đã chứng minh hiệu quả cho tất cả các cụm triệu chứng của PTSD. Các thuốc chống trầm cảm SSRI khác cũng có thể có hiệu quả. Điều trị với liều cao hơn liều thường dùng cho trầm cảm có thể được yêu cầu. Thuốc chống trầm cảm cũ (imipramine, amitriptyline, và thuốc ức chế MAO) có hiệu quả vừa phải, đặc biệt là đối với các triệu chứng tăng kích thích, suy nghĩ xâm nhập, và trầm cảm kèm theo.

B. Propranolol, lithium, thuốc chống co giật, và buspirone có thể hiệu quả và nên được xem xét nếu không có đáp ứng với thuốc chống trầm cảm. Benzodiazepines không hiệu quả cho PTSD, ngoại trừ trong thời gian đầu, giai đoạn cấp tính của bệnh.

C. Liệu pháp tâm lý, liệu pháp hành vi, các nhóm hỗ trợ, và liệu pháp gia đình làm tăng thêm hiệu quả điều trị bằng thuốc.

## Bài 5

### RL stress cấp (ASD)

RL stress cấp có thể xảy ra như là một phản ứng cấp tính sau khi tiếp xúc với căng thẳng cực độ.

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán 308.3 (F43.0)

A. Tiếp xúc với thực tế hoặc đe dọa tử vong, thương tích nghiêm trọng, hoặc xâm hại tình dục trong một (hoặc nhiều hơn) trong các cách sau:

1. Trực tiếp trải qua những sự kiện đau buồn.

2. Chứng kiến người, sự kiện khi nó xảy ra với những người khác.

3. Biết được sự kiện xảy ra cho một thành viên trong gia đình hoặc bạn bè thân thiết. Lưu ý: Trong trường hợp tử vong thực tế hoặc đe dọa tử vong của một thành viên trong gia đình hoặc bạn bè, sự kiện phải có bạo lực hay tinh cờ.

4. Trải qua nhiều lần hoặc tiếp xúc cực độ với những chi tiết khác nhau của sự kiện đau buồn (ví dụ, người đầu tiên thu thập những mảnh xác người, cảnh sát nhiều lần tiếp xúc với những thông tin chi tiết về lạm dụng trẻ em).

Lưu ý: Điều này không áp dụng cho các tiếp xúc thông qua các phương tiện truyền thông điện tử, truyền hình, phim ảnh, hoặc hình ảnh, trừ khi tiếp xúc này là liên quan đến công việc.

B. Sự hiện diện của chín (hoặc nhiều hơn) các triệu chứng sau đây từ bất kỳ trong năm loại: xâm nhập, tâm trạng tiêu cực, phân ly, tránh, và kích thích, bắt đầu hoặc xấu đi sau sự kiện chấn thương tâm lý (s) đã xảy ra:

#### Các triệu chứng xâm nhập

1. Tái diễn, không tự nguyện, và những ký niệm đau buồn xâm nhập của các sự kiện do chấn thương (s). Lưu ý: Ở trẻ em, diễn xuất lặp đi lặp lại có thể xảy ra, trong đó chủ đề hoặc các khía cạnh của sự kiện đau buồn được thể hiện.

2. Tái diễn giấc mơ đau buồn trong đó nội dung và / hoặc ảnh hưởng của giấc mơ có liên quan đến các sự kiện. Lưu ý: Ở trẻ em, có thể có những ác mộng không có nội dung dễ nhận biết.

3. Phản ứng phân ly (ví dụ, hồi tưởng), trong đó các cá nhân cảm thấy hay hành động như thể sự kiện đau buồn đã được tái diễn. (Phản ứng này có thể xảy ra liên tục, với các biểu hiện cực đoan nhất là mất hoàn toàn nhận thức về môi trường xung quanh hiện tại.) Lưu ý: Ở trẻ em, tái hiện chấn thương cụ thể có thể xảy ra trong vở kịch.

4. Căng thẳng tâm lý dữ dội hoặc kéo dài hoặc các phản ứng sinh lý rõ rệt để đáp ứng với các tín hiệu bên trong hay bên ngoài tương trưng hoặc giống với một khía cạnh của sự kiện đau buồn.

#### Tâm trạng tiêu cực

5. Không có khả năng liên tục trải nghiệm những cảm xúc tích cực (ví dụ, không có khả năng để trải nghiệm hạnh phúc, sự hài lòng, hoặc cảm xúc yêu thương).

### **Triệu chứng phân ly**

6. Một cảm giác thay đổi của thực tế môi trường sống của chính mình hoặc của người khác (ví dụ, nhìn thấy chính mình từ quan điểm của người khác, hoặc ngây người, thấy thời gian chậm lại).

7. Không có khả năng nhớ một khía cạnh quan trọng của sự kiện đau buồn (thường do mất trí nhớ phân ly và không phải do các yếu tố khác như chấn thương đầu, rượu hoặc ma túy).

### **Triệu chứng tránh né**

8. Nỗ lực để tránh những ký ức đau buồn, suy nghĩ, hoặc cảm xúc về hoặc liên quan chặt chẽ với sự kiện đau buồn.

9. Nỗ lực để tránh nhắc nhở bên ngoài (người, địa điểm, cuộc hội thoại, các hoạt động, các đối tượng, các tình huống) khơi dậy những ký ức đau buồn, suy nghĩ, hoặc cảm xúc về hoặc liên quan chặt chẽ với sự kiện đau buồn.

### **Các triệu chứng kích thích**

10. Rối loạn giấc ngủ (ví dụ, khó ngủ đầu giấc hoặc giữa ngủ, ngủ không yên).

11. Hành vi kích động và sự bùng phát khi tức giận (với rất ít hoặc không có sự khiêu khích), thường gây hấn bằng lời nói hoặc thể chất đối với người hay đối tượng.

12. Cảnh giác quá mức.

13. Kém tập trung.

14. phản ứng giật mình phóng đại.

C. Thời gian xáo trộn (các triệu chứng trong Tiêu chí B) là 3 ngày đến 1 tháng sau khi tiếp xúc với sang chấn.

Lưu ý: Các triệu chứng thường bắt đầu ngay lập tức sau khi chấn thương, nhưng kéo dài trong ít nhất 3 ngày và lên đến một tháng là cần thiết để đáp ứng các tiêu chí rối loạn.

D. Sự RL gây đau khổ có ý nghĩa lâm sàng hoặc suy giảm trong lĩnh vực xã hội, nghề nghiệp hoặc chức năng quan trọng khác.

E. Các rối loạn không phải là do những tác động sinh lý của một chất (ví dụ, thuốc hoặc rượu) hoặc bệnh lý khác (ví dụ, chấn thương não nhẹ) và không được giải thích tốt hơn bởi RL loạn thần ngắn.

## **II. Các tính năng chẩn đoán**

Các tính năng thiết yếu của rối loạn stress cấp là sự phát triển của các triệu chứng đặc trưng kéo dài từ 3 ngày đến 1 tháng sau khi tiếp xúc với một hoặc nhiều sự kiện chấn thương. Sự kiện chấn thương tâm lý có trải nghiệm trực tiếp bao gồm, nhưng không giới hạn, tiếp xúc với chiến tranh như một người lính hay người dân, bị đe dọa hoặc bị tấn công cá nhân của bạo lực (ví dụ như, bạo lực tình dục, tấn công thể lý, chiến đấu khốc liệt, bị cướp, tuổi thơ bị bạo lực về thể chất và / hoặc tình dục, bị bắt cóc, bị

bắt làm con tin, khủng bố tấn công, tra tấn), thiên tai hoặc do con người (ví dụ, động đất, bão, máy bay tai nạn), và tai nạn nghiêm trọng (ví dụ, tai nạn giao thông nghiêm trọng, tai nạn công nghiệp)...

### III. Chẩn đoán phân biệt

**RL thích ứng.** Trong rối loạn stress cấp, với yếu tố gây stress có thể là bất kỳ mức độ nghiêm trọng hơn là mức độ nghiêm trọng và phản ứng theo yêu cầu của Tiêu chuẩn A của rối loạn stress cấp. Chẩn đoán RL thích ứng được sử dụng khi đáp ứng một tiêu chí A sự kiện không đáp ứng các tiêu chí cho rối loạn stress cấp (hoặc một rối loạn tâm thần cụ thể khác) và khi mô hình triệu chứng của rối loạn stress cấp xảy ra đáp ứng với một yếu tố gây stress mà không đáp ứng tiêu chí A tiếp xúc với thực tế hoặc đe dọa từ vong, thương tích nghiêm trọng, hoặc bạo lực tình dục (ví dụ như, lì dị, bị sa thải). Ví dụ, phản ứng stress nghiêm trọng tới các bệnh đe dọa tính mạng có thể bao gồm một số các triệu chứng rối loạn stress cấp có thể được mô tả một cách thích hợp hơn như là một rối loạn thích ứng. Một số hình thức phản ứng stress cấp không bao gồm các triệu chứng rối loạn stress cấp và có thể được đặc trưng bởi sự tức giận, trầm cảm, hoặc cảm giác tội lỗi. Những phản ứng này chủ yếu sẽ được xem là một RL thích ứng. Phản ứng trầm cảm hoặc tức giận trong một RL thích ứng có thể liên quan việc suy ngẫm sự kiện đau buồn, trái với những ký ức đau buồn không tự nguyện và bị xâm nhập trong RL stress cấp.

**RL hoảng loạn.** Cơn hoảng loạn tự phát là rất phổ biến trong RL stress cấp. Tuy nhiên, rối loạn hoảng loạn chỉ được chẩn đoán khi các cơn tấn công hoảng loạn là bất ngờ và có sự lo lắng về các cuộc tấn công trong tương lai hay những thay đổi thích nghi không tốt trong hành vi liên quan với nỗi sợ hãi của những hậu quả thảm khốc của cơn hoảng loạn.

**RL phân ly.** Phản ứng phân ly nặng (trong trường hợp không có triệu chứng rối loạn stress cấp đặc trưng) có thể được chẩn đoán là rối loạn không phù hợp thực tại / giải thể nhân cách. Nếu mất trí nhớ nặng của chấn thương vẫn tồn tại trong sự vắng mặt của các triệu chứng rối loạn stress cấp đặc trưng, những chẩn đoán của chúng sa sút tri tuệ phân ly có thể được chỉ định.

**PTSD.** RL stress cấp được phân biệt với PTSD vì mô hình triệu chứng rối loạn stress cấp phải xảy ra trong vòng 1 tháng của sự kiện đau buồn và giải quyết trong khoảng thời gian 1 tháng. Nếu các triệu chứng kéo dài hơn 1 tháng và đáp ứng các tiêu chí cho PTSD, chẩn đoán sẽ thay đổi từ rối loạn stress cấp thành PTSD.

**OCD.** Trong OCD, có những suy nghĩ xâm nhập tái phát, nhưng có đáp ứng theo định nghĩa về một nỗi ám ảnh. Ngoài ra, suy nghĩ xâm nhập không liên quan đến trải nghiệm một sự kiện chấn thương tâm lý, sự cường bách thường là hiện tại, và các triệu chứng khác của chứng rối loạn stress cấp thường vắng mặt.

**RL loạn thần.** Những đoạn hồi tưởng trong rối loạn stress cấp phải được phân biệt với những ảo tưởng, ảo giác, rối loạn tri giác khác có thể xảy ra trong TTPL, rối loạn loạn thần khác, RL trầm cảm hoặc lưỡng cực với biểu hiện loạn thần, một cơn mê sảng, RL do chất / thuốc gây ra, và các RL loạn thần do một chứng bệnh khác. Những đoạn hồi tưởng trong rối loạn stress cấp được phân biệt với các rối loạn tri giác khác bởi người có liên quan trực tiếp đến trải nghiệm đau thương và xảy ra trong trường hợp không có biểu hiện loạn thần khác hoặc do các chất gây ra.

**Chấn thương sọ não.** Khi một chấn thương não xảy ra trong bối cảnh của một sự kiện chấn thương tâm lý (ví dụ, chấn thương tai nạn, vụ nổ bom, tăng / giảm tốc độ gây chấn thương), các

triệu chứng của RL stress cấp có thể xuất hiện. Một sự kiện gây chấn thương đầu cũng có thể tạo thành một sự kiện chấn thương tâm lý, và chấn thương não (TBI) gây triệu chứng nhận thức thần kinh không loại trừ lẫn nhau và có thể xảy ra đồng thời. Các triệu chứng trước đây gọi là tiền tốn thương (ví dụ, đau đầu, chóng mặt, nhạy cảm với ánh sáng hoặc âm thanh, dễ cáu gắt, kém tập trung) có thể xảy ra trong các vùng não bị chấn thương và không nào bị tổn thương, bao gồm cả cá nhân có rối loạn stress cấp. Bởi vì các triệu chứng của rối loạn stress cấp và triệu chứng nhận thức thần kinh TBI liên quan có thể chồng lên nhau, một chẩn đoán phân biệt giữa chứng RL stress cấp và các triệu chứng RL nhận thức thần kinh do TBI có thể được dựa vào sự hiện diện của các triệu chứng mang tính khác biệt cho mỗi bệnh. Trong khi tái trải nghiệm và tránh né là đặc trưng của rối loạn stress cấp và không phải là ảnh hưởng của TBI, mất phương hướng kiên trì và sự nhầm lẫn là cụ thể hơn với TBI (tổn thương nhận thức thần kinh) hơn là rối loạn stress cấp. Hơn nữa, khác biệt được hỗ trợ bởi một thực tế là các triệu chứng của rối loạn stress cấp kéo dài lâu đến chỉ 1 tháng sau khi tiếp xúc chấn thương.

## Bài 6

### RL thích ứng

#### RL thích ứng

##### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán

A. Sự phát triển của các triệu chứng cảm xúc hoặc hành vi phản ứng lại một yếu tố gây stress cụ thể xảy ra trong vòng 3 tháng kể từ khi khởi phát stress.

B. Những triệu chứng hoặc hành vi có ý nghĩa lâm sàng, bằng chứng là một hoặc cả hai điều sau đây:

1. Đau khổ rõ rệt không tương xứng với mức độ nghiêm trọng hay cường độ của sự căng thẳng, có tính đền bù cành bên ngoài và các yếu tố văn hóa có thể ảnh hưởng đến mức độ nghiêm trọng triệu chứng và biểu hiện.

2. Suy giảm đáng kể trong lĩnh vực xã hội, nghề nghiệp hoặc chức năng quan trọng khác.

C. Các RL liên quan đến stress không đáp ứng các tiêu chí cho một RL tâm thần và không phải là một đợt cấp của một RL tâm thần từ trước.

D. Các triệu chứng không đại diện cho tang tóc thông thường.

E. Một khi sự căng thẳng hay hậu quả của nó đã chấm dứt, các triệu chứng không kéo dài hơn 6 tháng.

Chỉ định:

**309,0 (F43.21) Vói khí sắc trầm cảm:** khí sắc trầm, hay khóc, hay cảm giác tuyệt vọng đang chiêm ưu thế.

**309,24 (F43.22) Vói lo âu:** Căng thẳng, lo lắng, bồn chồn, hay sự lo lắng là chiêm ưu thế.

**309,28 (F43.23) VỚI HỖN HỢP LO ÂU VÀ KHÍ SẮC TRẦM CẨM:** Một sự kết hợp của bệnh trầm cảm và lo âu chiếm ưu thế.

**309,3 (F43.24) VỚI RL HÀNH VI:** RL hành vi là chủ yếu.

**309,4 (F43.25) VỚI RL HỖN HỢP CỦA CẢM XÚC VÀ HÀNH VI:** Cả hai triệu chứng cảm xúc (ví dụ, trầm cảm, lo âu) và một sự xáo trộn về hành vi chiếm ưu thế.

**309,9 (F43.20) KHÔNG BIỆT ĐỊNH:** Đối với những phản ứng thích nghi kém mà không được phân loại là một trong những phân nhóm cụ thể của RL thích ứng.

## II. Chẩn đoán phân biệt

**RL trầm cảm chủ yếu.** Nếu một cá nhân có các triệu chứng có thể đáp ứng các tiêu chí cho một RL trầm cảm chủ yếu có phản ứng với yếu tố stress, sẽ không chẩn đoán là RL thích ứng. Các hồ sơ triệu chứng của RL trầm cảm chủ yếu sẽ phân biệt nó với các RL thích ứng.

**PTSD và RL stress cấp.** Trong RL thích ứng, yếu tố gây stress có thể ở bất kỳ mức độ nghiêm trọng nào chứ không theo mức độ nghiêm trọng và phân loại theo yêu cầu của Tiêu chuẩn A của RL stress cấp và RL stress sau sang chấn (PTSD). Trong việc phân biệt RL thích ứng với hai chẩn đoán sau sang chấn, có cả thời gian và hồ sơ triệu chứng để cân nhắc. RL thích ứng có thể được chẩn đoán ngay lập tức và kéo dài đến 6 tháng sau khi tiếp xúc với những sự kiện đau buồn, trong khi RL stress cấp chỉ có thể xảy ra từ 3 ngày đến 1 tháng khi tiếp xúc với các yếu tố stress và PTSD không thể được chẩn đoán cho đến khi ít nhất là 1 tháng đã trôi qua kể từ khi sự xuất hiện sang chấn gây stress. Các hồ sơ cần thiết cho triệu chứng PTSD và rối loạn stress cấp phân biệt chúng với các rối loạn thích ứng. Đối với các hồ sơ triệu chứng với một RL thích ứng có thể được chẩn đoán sau một sự kiện đau buồn khi BN biểu hiện triệu chứng không đáp ứng đủ hoặc vượt quá ngưỡng chẩn đoán của một rối loạn stress cấp hoặc PTSD. Một RL thích ứng cũng cần được chẩn đoán cho các BN không tiếp xúc với một sự kiện đau buồn nào và cũng không có biểu hiện triệu chứng hồ sơ đầy đủ của một trong hai rối loạn stress cấp hoặc PTSD.

**RLNC.** Liên quan đến RLNC với một số đặc điểm tính cách có thể được liên kết với một tổn thương gây tình trạng đau khổ mà có thể trông giống như một rối loạn thích ứng. Hiểu bệnh sử suốt đời của chức năng tính cách nhằm giải thích hành vi đau khổ sẽ hỗ trợ việc phân biệt RLNC lâu dài với một RL thích ứng. Ngoài một số RLNC gây tổn thương đau khổ, stress cũng có thể làm trầm trọng thêm các triệu chứng RLNC. Khi có một RLNC, nếu các tiêu chí triệu chứng cho một rối loạn thích ứng được đáp ứng, và các rối loạn liên quan đến stress vượt quá những gì có thể do các triệu chứng RLNC thích nghi không tốt (ví dụ, Tiêu chí C được đáp ứng), thì chẩn đoán là RL thích ứng.

**Yếu tố tâm lý ảnh hưởng đến tình trạng bệnh lý khác.** Trong các yếu tố tâm lý ảnh hưởng đến tình trạng bệnh lý khác, các thực thể tâm lý đặc biệt (ví dụ, các triệu chứng tâm lý, hành vi, các yếu tố khác) làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh. Những yếu tố tâm lý có thể kết tụ, làm trầm trọng thêm, hoặc đặt một cá nhân có nguy cơ bị bệnh, hoặc chúng có thể làm trầm trọng thêm tình trạng hiện tại. Ngược lại, một rối loạn thích ứng là một phản ứng đối với tác nhân gây stress (ví dụ, có một bệnh y khoa).

**Phản ứng stress thông thường.** Khi những điều xấu xảy ra, hầu hết mọi người đều buồn bã. Đây không phải là một rối loạn thích ứng. Việc chẩn đoán chỉ nên được thực hiện khi đau khổ trầm trọng (ví dụ, sự thay đổi trong khí sắc, lo lắng, hay hành vi)

vượt quá những gì bình thường dự kiến (điều này có thể thay đổi khác nhau tùy theo nền văn hóa) hay khi sự kiện bất lợi kết tụ gây suy giảm chức năng.

### **III. Bệnh kèm**

RL thích ứng có thể đi kèm với hầu hết các rối loạn tâm thần và rối loạn y tế. RL thích ứng chỉ có thể được chẩn đoán thêm với một rối loạn tâm thần khác nếu không giải thích được các triệu chứng đặc biệt xảy ra của phản ứng đối với yếu tố gây stress. Ví dụ, một BN có thể phát triển một rối loạn thích ứng, với khì sắc trầm cảm sau khi bị mất việc làm và đồng thời có một chẩn đoán rối loạn ám ảnh cưỡng chế. Hoặc, một cá nhân có thể có một RL trầm cảm hoặc rối loạn lưỡng cực và rối loạn thích ứng miễn là các tiêu chí cho cả hai được đáp ứng. RL thích ứng là bước đệm phổ biến của bệnh y tế và có thể là phản ứng tâm lý lớn đối với một rối loạn y tế.

# Chương 5

## RL NHÂN CÁCH

### Bài 1

#### RLNC nói chung

##### I. Tiêu chuẩn

- A. Một lâu dài mô hình trải nghiệm nội tâm và hành vi lệch lạc rõ rệt so với những kỳ vọng của nền văn hóa của cá nhân. Mô hình này được thể hiện trong hai (hoặc nhiều hơn) các lĩnh vực sau:
  1. Nhận thức (tức là, cách tự nhận thức và tự diễn giải với những người khác và những sự kiện).
  2. Yếu tố cảm xúc (ví dụ, phạm vi, cường độ, rối loạn cảm xúc, và sự phù hợp của các phản ứng cảm xúc).
  3. Chức năng giao tiếp.
  4. Kiểm soát xung động.
- B. Các mô hình lâu dài là cứng nhắc và phô biến trong một loạt các tình huống cá nhân và xã hội.
- C. Các mô hình lâu dài dẫn đến suy giảm có ý nghĩa lâm sàng hoặc suy giảm trong lĩnh vực xã hội, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực chức năng quan trọng khác.
- D. Các mô hình là bền vững và trong thời gian dài, và khởi đầu của nó có thể được truy cứu trở lại ít nhất là từ tuổi thanh niên hoặc đầu tuổi trưởng thành.
- E. Các mô hình lâu dài không được giải thích tốt hơn bởi một biểu hiện hoặc kết quả của một rối loạn tâm thần khác.
- F. Các mô hình bền vững không phải là do những tác động sinh lý của một chất nào đó (ví dụ, một loại thuốc bị lạm dụng, một loại thuốc) hoặc những bệnh khác (ví dụ, chấn thương đầu).

##### II. Các tính năng chẩn đoán

Đặc điểm nhân cách là mô hình nhận thức bền vững, có liên quan, và ý nghĩ về môi trường và bản thân được biểu lộ trong một loạt các bối cảnh xã hội và cá nhân. Chỉ khi những đặc điểm tính cách là **không linh hoạt và thích nghi không tốt và gây suy giảm chức năng đáng kể hoặc cản thăng chủ quan** làm chúng cấu thành các RLNC. Các tính năng thiết yếu của một RLNC là một mô hình bền vững của trải nghiệm nội tâm

và hành vi lệch lạc rõ rệt so với những kỳ vọng của nền văn hóa của cá nhân và được thể hiện trong ít nhất hai trong các lĩnh vực sau: nhận thức, tình cảm, chức năng giao tiếp, hoặc kiểm soát xung động (Tiêu chí A). Mô hình lâu dài này là không linh hoạt và phổ biến trên một loạt các tình huống cá nhân và xã hội (Tiêu chuẩn B) và gây căng thẳng có ý nghĩa lâm sàng hoặc suy giảm trong lĩnh vực xã hội, nghề nghiệp, hoặc lĩnh vực quan trọng khác (Tiêu chí C). Các mô hình là bền vững và trong thời gian dài, và khởi đầu của nó có thể được truy cứu trở lại ít nhất là từ tuổi thanh niên hay trưởng thành sớm (Tiêu chí D). Các mẫu không được giải thích tốt hơn như là một biểu hiện hoặc kết quả của một RL tâm thần (Tiêu chí E) và không phải là do những tác động sinh lý của một chất (ví dụ, một loại thuốc bị lạm dụng, một loại thuốc, tiếp xúc với một chất độc) hoặc bệnh lý khác (ví dụ, chấn thương đầu) (Tiêu chí F). Tiêu chuẩn chẩn đoán cụ thể cũng được cung cấp cho mỗi người trong số các RLNC bao gồm trong chương này.

Việc chẩn đoán RLNC đòi hỏi một đánh giá theo mô hình lâu dài của hoạt động cá nhân, và các tính năng cá tính đặc biệt phải là hiển nhiên từ tuổi trưởng thành sớm. Các đặc điểm nhân cách xác định những rối loạn này cũng phải được phân biệt với các đặc điểm nổi lên để đáp ứng với những tình huống stress cụ thể hoặc những trạng thái tâm thần thoáng qua (ví dụ, RL lưỡng cực, trầm cảm, hoặc rối loạn lo âu, ngô độc chất). Các bác sĩ nên đánh giá sự ổn định của các đặc điểm cá tính theo thời gian và qua các tình huống khác nhau. Mặc dù một cuộc hồi bệnh duy nhất với một cá nhân đôi khi là đủ để chẩn đoán, thường cần tiến hành nhiều cuộc hồi bệnh ở các thời điểm khác nhau. Đánh giá cũng có thể phức tạp bởi thực tế các đặc tính xác định RLNC có thể không được coi là vấn đề của cá nhân (i.e., các đặc điểm này thường là ego-syntonic). Để giúp khắc phục những khó khăn này, các thông tin bổ sung từ nguồn thông tin khác có thể hữu ích.

### III.Tiến triển bệnh

Các tính năng của một RLNC (RLNC) thường trở nên dễ nhận biết trong thời thiếu niên hay tuổi trưởng thành sớm. Theo định nghĩa, RLNC là một mô hình bền vững của suy nghĩ, cảm xúc và hành vi và tương đối bền vững qua thời gian. Một số loại RLNC (chú ý, RLNC chống xã hội và RLNC ranh giới) có xu hướng trở nên ít rõ ràng hoặc giảm theo tuổi tác, trong khi điều này thường như cũng đúng đối với một số loại khác (ví dụ, RLNC ám ảnh cưỡng chế và RLNC kiêu phán liệt).

Loại RLNC có thể được áp dụng với trẻ em hoặc thanh thiếu niên trong những trường hợp tương đối bất thường, trong đó đặc điểm tính cách không tốt đặc biệt của cá nhân xuất hiện để được phổ biến, liên tục, và dường như không được giới hạn trong một giai đoạn phát triển cụ thể hoặc một rối loạn tâm thần. Nó cần được ghi nhận rằng các đặc điểm của một RLNC xuất hiện trong thời thơ ấu thường sẽ thay đổi khi lớn lên. Để chẩn đoán RLNC ở một cá nhân dưới 18 tuổi, các tính năng này phải có mặt ít nhất 1 năm. Một ngoại lệ cho điều này là RLNC chống xã hội không thể được chẩn đoán ở những người dưới 18 tuổi. Mặc dù, theo định nghĩa, RLNC đòi hỏi một sự khởi đầu không trễ hơn tuổi trưởng thành sớm, các cá nhân có thể không gây chú ý lâm sàng cho đến mãi về sau trong cuộc sống. Một RLNC có thể còn trầm trọng hơn sau sự mất mát của người hỗ trợ đáng kể (ví dụ, người phối ngẫu) hoặc của tình trạng xã hội ổn định trước đó (ví dụ, một công việc). Tuy nhiên, tiến trình thay đổi trong tính cách ở người trung niên hoặc lớn tuổi hơn cần có một đánh giá toàn diện để xác định sự hiện diện có thể có của một sự thay đổi tính cách do một chứng bệnh khác hoặc một rối loạn sử dụng chất chưa rõ.

### IV. Văn hóa-liên quan vấn đề chẩn đoán

Nhận định về chức năng nhân cách phải tính đến nguồn gốc dân tộc, văn hóa và xã hội của cá nhân. RLNC không nên nhầm lẫn với các vấn đề liên quan đến giao thoa văn hóa sau nhập cư hoặc qua các biểu hiện của thói quen, phong tục, hoặc các giá trị tôn giáo và chính trị công khai của văn hóa gốc của cá nhân. Nó rất hữu ích cho các bác sĩ lâm sàng, đặc biệt là khi đánh giá một người nào đó từ một nền văn hóa khác, cần có thêm thông tin từ nguồn tin là những người đã quen với nền văn hóa gốc của người đó.

## V.Giới tính liên quan đến vấn đề chẩn đoán

Một số RLNC (ví dụ, RLNC chống xã hội) được chẩn đoán thường xuyên hơn ở nam giới. Loại RLNC khác (ví dụ, RLNC ranh giới, diễn kịch, và phụ thuộc) được chẩn đoán thường xuyên hơn ở phụ nữ. Mặc dù những khác biệt về tỷ lệ có lẽ phản ánh sự khác biệt giới tính thực sự trong sự hiện diện của các mẫu như vậy, các bác sĩ phải thận trọng không để chẩn đoán quá mức hoặc dưới mức các RLNC nhất định ở phụ nữ hoặc nam giới bởi định kiến xã hội về vai trò giới tính và hành vi thông thường.

## VI. Chẩn đoán phân biệt

**RL tâm thần và đặc điểm tính cách khác.** Nhiều điều trong số các tiêu chí cụ thể của các RLNC mô tả các tính năng (ví dụ, đa nghi, phụ thuộc, vô cảm) mà cũng là đặc điểm của các giai đoạn rối loạn tâm thần khác. Một RLNC nên được chẩn đoán chỉ khi các đặc điểm xác định xuất hiện trước tuổi trưởng thành sớm, là điển hình của hoạt động dài hạn của cá nhân, và không xảy ra hoàn toàn trong một giai đoạn của một rối loạn tâm thần khác. Có thể rất khó (và không đặc biệt hữu ích) để phân biệt RLNC với rối loạn tâm thần dai dẳng như rối loạn trầm cảm dai dẳng mà có một khởi phát sớm và lâu dài, tất nhiên tương đối ổn định. Một số RLNC có thể có một "phổ" quan hệ với các rối loạn tâm thần khác (ví dụ, RLNC kiêu phân liệt với tâm thần phân liệt; RLNC tránh né với rối loạn lo âu xã hội [ám ảnh xã hội]) dựa trên sự tương đồng về hiện tượng hoặc sinh học hoặc tổ hợp gia đình.

RLNC phải được phân biệt với những đặc điểm tính cách mà không đạt tới ngưỡng cho chứng RLNC, đặc điểm nhận cách được chẩn đoán là RLNC chỉ khi họ không linh hoạt, thích nghi không tốt, và sự bén bỉ và gây suy giảm chức năng đáng kể hoặc bị nạn chủ quan.

**RL loạn thần.** Trong ba RLNC có thể liên quan đến các RL loạn thần (tức là, hoang tưởng, phân liệt, và kiêu phân liệt), có một tiêu chí loại trừ nói rằng mô hình của hành vi không phải đã xảy ra hoàn toàn trong quá trình tâm thần phân liệt, một RL lưỡng cực hay RL trầm cảm với đặc điểm loạn thần, hoặc một RL loạn thần khác. Khi một cá nhân có một rối loạn tâm thần liên tục (ví dụ, tâm thần phân liệt) mà đã có trước đó một RLNC tồn tại sẵn, các RLNC cũng cần được ghi nhận, tiếp theo là "premorbid" trong dấu ngoặc đơn.

**RL lo âu và trầm cảm.** Các bác sĩ phải thận trọng trong việc chẩn đoán RLNC trong một giai đoạn của rối loạn trầm cảm hoặc rối loạn lo âu, vì những tình trạng này có thể có các đặc điểm triệu chứng cắt ngang tương tự đặc điểm tính cách và có thể gây khó khăn cho việc đánh giá hồi cứu mô hình dài hạn của BN về các chức năng.

**PTSD.** Khi thay đổi nhận cách xuất hiện và tồn tại sau khi một cá nhân đã được tiếp xúc với stress cực độ, một chẩn đoán của PTSD nên được nhìn nhận.

**RL sử dụng chất.** Khi một cá nhân có rối loạn sử dụng chất, điều quan trọng là không thực hiện một chẩn đoán RLNC chỉ dựa vào những hành vi hậu quả của ngộ độc

chất hoặc cai chất hoặc có liên quan đến hoạt động trong dịch vụ duy trì sử dụng chất (ví dụ, hành vi chống đối xã hội).

**Thay đổi tính cách do một chứng bệnh khác.** Khi thay đổi nhân cách lâu dài phát sinh như là kết quả của những tác động sinh lý của một chứng bệnh khác (ví dụ, u não), một chẩn đoán thay đổi tính cách do một chứng bệnh khác cần được nhìn nhận.

## RL nhân cách Nhóm A

RL nhân cách hoang tưởng (Paranoid), RL nhân cách thẻ phân liệt và RL nhân cách phân liệt được gọi là RL nhân cách nhóm A. Chúng thích cô lập xã hội. Có tăng tỷ lệ trong người thân cấp độ 1 của tâm thần phân liệt so với dân số chung. BN RL nhân cách nhóm A thường phát triển thành TTPL. Chúng được coi là một phần của phô RL tâm thần phân liệt, có thể là biến thể nhẹ hơn của TTPL.

## Bài 2

### RL nhân cách Paranoid (hoang tưởng)

#### I. Tiêu chuẩn Chẩn đoán RL nhân cách Paranoid (PPD) 301.0 (F60.0)

A. Một sự không tin cậy lan tỏa và nghi ngờ người khác là biểu hiện không thể chối cãi, khởi đầu ở tuổi trưởng thành sớm, và được thể hiện bởi ít nhất bốn trong số các cách sau:

1. Bệnh nhân nghi ngờ người khác đang lợi dụng, gây hại, hoặc lừa dối mình.

2. Bệnh nhân nghi ngờ lòng trung thành hay sự tin cậy của người khác.

3. Bệnh nhân lo ngại rằng thông tin đưa cho người khác sẽ được sử dụng để gây hại chống lại mình.

4. Nhận xét tốt lành của người khác hoặc các sự kiện bình thường được hiểu là gây hạ thấp phẩm giá hoặc đe dọa.

5. Bệnh nhân liên tục mang mối hận thù (không nhân nhượng với những lời lăng mạ, tồn thương, hoặc sờ suất).

6. Bệnh nhân nhận thức bị tấn công mà rõ ràng là không phải do người khác, và nhanh chóng có phản ứng giận dữ hoặc phản công.

7. Bệnh nhân liên tục nghi ngờ về sự trung thành của vợ (chồng) của mình hoặc bạn tình.

B. Không xảy ra hoàn toàn trong quá trình TTPL, rối loạn lưỡng cực, rối loạn trầm cảm với biểu hiện loạn thần, hoặc một rối loạn loạn thần khác và không phải là do những tác động sinh lý của một chứng bệnh khác.

Lưu ý: Nếu tiêu chí được đáp ứng trước khi khởi phát tâm thần phân liệt, thêm "premorbid", tức là, "RLNC hoang tưởng (premorbid)."

## **II. Đặc điểm lâm sàng của RL nhân cách hoang tưởng**

A. Bệnh nhân thường cành giác quá mức và liên tục tìm kiếm dữ liệu để hỗ trợ cho chứng hoang tưởng của mình. Bệnh nhân thường tranh luận và thù địch.

B. Bệnh nhân có nhu cầu cao để kiểm soát và tự chủ trong các mối quan hệ để tránh sự phản bội và tránh phải tin tưởng người khác. Ghen tuông bệnh lý rất thường gặp.

C. Các bệnh nhân sẽ nhanh chóng phản công và thường xuyên được tham gia vào các tranh chấp pháp lý. Những bệnh nhân này hiếm khi tìm cách điều trị.

## **III. Dịch tễ học của RL nhân cách hoang tưởng**

Các RL thường gặp ở những người thân của tâm thần phân liệt so với dân số nói chung.

RL này có thể là một điều kiện tiền triệu (premorbid) trong tâm thần phân liệt.

Các RL thường gặp ở nam nhiều hơn nữ.

Mức độ phổ biến: 2,3% đến 4,4%

## **IV. Chẩn đoán phân biệt của RL nhân cách hoang tưởng**

**RL tâm thần khác kèm các triệu chứng loạn thần.** RL nhân cách hoang tưởng có thể được phân biệt với rối loạn hoang tưởng bị hại; tâm thần phân liệt; và rối loạn lưỡng cực hay trầm cảm với biểu hiện tâm thần vì những rối loạn này đều được đặc trưng bởi một giai đoạn có triệu chứng loạn thần dai dẳng (ví dụ, hoang tưởng và ảo giác). Đôi với một chẩn đoán thêm RLNC hoang tưởng được đưa ra, các RLNC phải có mặt trước khi khởi phát triệu chứng loạn thần và phải kéo dài khi các triệu chứng loạn thần đã thuyên giảm. Khi một cá nhân có một rối loạn tâm thần dai dẳng (ví dụ, tâm thần phân liệt) mà có một RLNC hoang tưởng đi trước, RLNC hoang tưởng cũng nên được ghi lại, tiếp theo là "premorbid" trong dấu ngoặc đơn.

**Thay đổi tính cách do một chứng bệnh khác.** RLNC hoang tưởng phải được phân biệt với các thay đổi tính cách do một chứng bệnh khác, trong đó các đặc điểm nổi lên là do tác động trực tiếp của một chứng bệnh về hệ thống thần kinh trung ương khác.

**RL sử dụng chất.** RL nhân cách hoang tưởng phải được phân biệt với các triệu chứng có thể phát triển gắn với sử dụng chất dai dẳng.

**Những đặc điểm hoang tưởng liên quan đến khuyết tật về thể chất.** Rối loạn này cũng phải được phân biệt với những đặc điểm hoang tưởng liên quan với sự phát triển của những khuyết tật về thể chất (ví dụ, một khiếm thính).

**RL nhân cách khác và các đặc điểm nhân cách khác.** RL nhân cách khác có thể bị nhầm lẫn với các RL nhân cách hoang tưởng vì chúng có các tính năng chung nhất định. Do đó, cần phân biệt những rối loạn này dựa trên sự khác biệt về tính năng đặc trưng của chúng. Tuy nhiên, nếu một cá nhân có các tính năng cá nhân đáp ứng các tiêu chí cho một hoặc nhiều RLNC ngoài RLNC hoang tưởng, tất cả có thể được chẩn đoán. RLNC hoang tưởng và RLNC kiểu phân liệt chia sẻ các đặc điểm của đa ng(xpath), xa cách giữa các cá nhân, và tạo ra ý tưởng hoang tưởng, nhưng RLNC kiểu phân liệt cũng bao gồm các triệu chứng như suy nghĩ ma quái, trải nghiệm tri giác bất thường, và ý nghĩ và lời nói kỳ quặc. Các cá nhân có hành vi đáp ứng tiêu chí cho RLNC phân liệt thường được coi là kỳ lạ, lập dị, lạnh lùng, và cô độc, nhưng chúng thường không tạo ra ý tưởng

hoang tưởng nổi bật. Các xu hướng của các cá nhân có RLNC hoang tưởng phản ứng với các kích thích nhỏ với sự giận dữ cũng được nhìn thấy trong RLNC ranh giới và diễn kịch. Tuy nhiên, những RL này không nhất thiết phải liên quan đến tính đa nghi lan tỏa. Những người có RLNC tránh né cũng có thể miễn cưỡng tin tưởng người khác, nhưng thường là xấu hổ hoặc tìm thấy nỗi sợ hãi về mục đích xấu của người khác nhiều hơn. Mặc dù hành vi chống đối xã hội có thể có mặt trong một số cá nhân có RLNC hoang tưởng, chúng thường không được thúc đẩy bởi mong muốn cho lợi ích cá nhân hoặc lợi dụng người khác như RLNC chống xã hội, mà đúng hơn là thường do một mong muốn trả thù. Cá nhân có RLNC ái kỷ đôi khi có thể hiển thị sự đa nghi, thu rút xã hội, hoặc xa lánh, nhưng điều này xuất phát chủ yếu từ những lo ngại về sự bất toàn hay khiếm khuyết của họ sẽ bị tiết lộ.

Đặc điểm hoang tưởng có thể được thích nghi, đặc biệt là trong môi trường bị đe dọa. Chỉ nên chẩn đoán RLNC hoang tưởng khi những đặc điểm này là không linh hoạt, thích nghi không tốt, và dai dẳng và gây suy giảm chức năng đáng kể hoặc đau khổ chủ quan

#### V. Điều trị RL nhân cách hoang tưởng

A. Tâm lý trị liệu là lựa chọn điều trị cho PPD, nhưng nó thường rất khó để thiết lập và duy trì sự tin tưởng của người bệnh vì họ rất khó chấp nhận sự thân mật.

B. Các triệu chứng của sự lo lắng và bối rối chưa đủ nghiêm trọng để đảm bảo điều trị với các thuốc chống lo âu.

C. Thuốc chống loạn thần liều thấp cho cáo buộc hoang tưởng và kích động có thể cần thiết.

## Bài 3

### RL nhân cách phân liệt (SPD)

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán RL nhân cách phân liệt

A. Một mô hình phổ biến của sự tách biệt xã hội với các hạn chế cảm xúc, bắt đầu bằng tuổi trưởng thành sớm và chỉ định bởi ít nhất bốn trong số các biểu hiện sau:

1. Bệnh nhân không mong muốn và cũng không thích những mối quan hệ gần gũi, bao gồm các mối quan hệ gia đình.
2. Bệnh nhân lựa chọn các hoạt động đơn độc.
3. Bệnh nhân có ít quan tâm đến việc có kinh nghiệm tình dục.
4. Bệnh nhân mất niềm vui trong vài hoạt động.
5. Các bệnh nhân không có những người bạn thân hay tâm sự, ngoại trừ người thân cấp độ 1.
6. Bệnh nhân là thờ ơ với những lời khen ngợi hay chỉ trích của người khác.

7. Bệnh nhân hiển thị sự tách biệt cảm xúc hay suy giảm sự đáp ứng tình cảm.

## **II. Đặc điểm lâm sàng của RL nhân cách phân liệt**

Các bệnh nhân thường xuất hiện lạnh lùng và xa cách, và anh ta không liên quan trong những mối quan tâm hàng ngày của những người khác.

Bệnh nhân SPD thường có cảm xúc cùn mòn, và những bệnh nhân này thường không kết hôn, trừ khi có một người khác theo đuổi quyết liệt.

Những bệnh nhân này có thể làm việc nếu công việc cho phép cô lập xã hội.

## **III. Dịch tễ học của RL nhân cách phân liệt**

A. Nó phổ biến hơn ở người thân cấp độ 1 của tâm thần phân liệt so với dân số nói chung. RL này có thể là một điều kiện tiền triệu cho tâm thần phân liệt.

B. RL nhân cách phân liệt là một RL hiếm gặp mà được cho là phổ biến ở nam giới hơn phụ nữ.

## **IV. Chẩn đoán phân biệt RL nhân cách phân liệt**

A. **Tâm thần phân liệt.** Áo giác và RL tư duy chính thức không được nhìn thấy trong các RL nhân cách. Bệnh nhân có RL nhân cách phân liệt có thể có tiền sử làm việc tốt, trong khi bệnh nhân tâm thần phân liệt thường có tiền sử làm việc kém.

B. **RL nhân cách kiểu phân liệt.** Nhận thức, hành vi và lời nói lập dị và kỳ quặc không được nhìn thấy trong RL nhân cách phân liệt.

C. **RL nhân cách tránh né.** Cách ly xã hội là sự khó chịu chủ quan (ego-dystonic) của bệnh nhân avoidant. Không giống như các bệnh nhân phân liệt, bệnh nhân avoidant là quá nhạy cảm với những suy nghĩ và cảm xúc của người khác.

D. **RL nhân cách hoang tưởng.** Mặc dù họ cũng thường đe nén cảm xúc, bệnh nhân hoang tưởng có thể diễn tả cảm xúc mạnh mẽ khi họ cảm thấy bị ngược đãi.

E. **Thay đổi nhân cách do một tình trạng Y tế chung và RL liên quan đến sử dụng chất.** Các triệu chứng cấp tính tạm thời liên quan đến một loại thuốc, ma túy hoặc một điều kiện y tế. Không có các mô hình lâu ngày của hành vi cần thiết cho một RL nhân cách.

## **V. Điều trị RL nhân cách hoang tưởng.**

A. Tâm lý trị liệu cá nhân là cách điều trị được chọn. Tri liệu nhóm là không nên vì các bệnh nhân khác sẽ thấy sự im lặng của bệnh nhân là khó chấp nhận được.

B. Việc sử dụng các thuốc chống trầm cảm, thuốc chống loạn thần và chất kích thích tâm thần đã được mô tả là không có kết quả phù hợp.

## Bài 4

### RL nhân cách kiểu phân liệt. (Schizotypal)

#### I.Tiêu chuẩn chẩn đoán 301.22 (F21)

A. Một mô hình phổ biến là sự khó chịu và giảm khả năng có các mối quan hệ gần gũi cũng như sự bóp méo nhận thức và hành vi lập dị, bắt đầu ở tuổi trưởng thành sớm. Có ít nhất năm trong số các triệu chứng sau:

1. Tư duy liên hệ: Giải thích các sự kiện không liên quan là có liên hệ trực tiếp với bệnh nhân (ví dụ, tin rằng một chương trình truyền hình thực sự đang nói về anh ta).
2. Niềm tin kì dị hoặc tư duy huyền diệu không phù hợp với chuẩn mực văn hóa (ví dụ, mê tín, niềm tin vào thần nhẫn, thần giao cách cảm hay một "giác quan thứ sáu").
3. Kinh nghiệm tri giác không bình thường, kể cả những ảo tưởng của cơ thể.
4. Suy nghĩ và lời nói kỳ quặc (ví dụ, suy nghĩ dựa trên chi tiết, ẩn dụ, hay rập khuôn)
5. Đa nghi hoặc tạo ra ý tưởng hoang tưởng.
6. Cảm xúc không phù hợp hoặc bị gò ép.
7. Hành vi hoặc sự biểu hiện kỳ quặc, lập dị và kì dị.
8. Thiếu những người bạn thân ngoài người thân cấp độ 1.
9. Lo lắng xã hội quá mức mà ngay cả sự quen thuộc cũng không làm giảm bớt được, và có xu hướng liên kết với nỗi sợ hoang tưởng hơn là phán xét tiêu cực về bản thân.

#### II. Đặc điểm lâm sàng của RL nhân cách Schizotype

- A. Những bệnh nhân này thường thể hiện tính đặc thù trong suy nghĩ, hành vi và giao tiếp.
- B. Khó chịu với các tình huống xã hội và hành vi không thích hợp có thể xảy ra.
- C. Suy nghĩ huyền diệu, niềm tin vào "ngoại cảm", ảo tưởng và tri giác sai thực tại là phổ biến.
- D. Tiếp xúc nhiều lần cũng không giảm lo âu xã hội kể từ khi nó được dựa trên mối quan tâm hoang tưởng và không tự ý thức.
- E. Các bệnh nhân có thể có một cuộc sống thường tượng sống động với những mối quan hệ ảo.
- F. Lời nói có thể mang phong cách riêng, chẳng hạn như việc sử dụng các thuật ngữ khác thường.
- G. Những bệnh nhân này có thể tìm cách điều trị chống lo âu hoặc trầm cảm.

#### III. Dịch tễ học của RL nhân cách Schizotype

A. RL này thường gặp ở những người thân của tâm thần phân liệt so với dân số nói chung.

B. RL nhân cách Schizotype có thể là một tình trạng tiền triệu của TTPL.

C. Tỷ lệ khoảng 0,6%- 4,6% trong dân số nói chung (Na Uy và Hoa Kỳ).

#### **IV. Chẩn đoán phân biệt RL nhân cách Schizotype**

A. RL nhân cách Schizoid và Avoidant. Bệnh nhân Schizoid và Avoidant sẽ không hiển thị các điểm kỳ quặc của hành vi, nhận thức, và giao tiếp của bệnh nhân schizotypal.

**B. Tâm thần phân liệt.** Không có RL tư duy chính thức có mặt trong các RL nhân cách. Khi có RL loạn thần có mặt ở bệnh nhân schizotypal, thì chỉ có trong 1 thời gian ngắn.

**C. RL nhân cách Paranoid.** Bệnh nhân có RL nhân cách paranoid sẽ không hiển thị các điểm kỳ quặc trong hành vi, nhận thức và giao tiếp như của bệnh nhân schizotypal. Không giống như schizotypals, bệnh nhân paranoid có thể có lời nói rất gay gấn và không tránh xung đột.

**D. Thay đổi nhân cách do một tình trạng Y tế chung và RL liên quan đến sử dụng chất.** Các triệu chứng cấp tính tạm thời liên quan đến một loại thuốc, ma túy hoặc một điều kiện y tế. Các mô hình lâu ngày của hành vi cần thiết cho một RL nhân cách không có mặt.

#### **V. Điều trị RL nhân cách Schizotype**

A. Tâm lý trị liệu là lựa chọn điều trị cho chứng RL nhân cách schizotypal. Thuốc chống loạn thần có thể hữu ích trong việc đối phó với triệu chứng tâm thần mức độ nhẹ hoặc hoang tưởng paranoid.

B. Thuốc chống trầm cảm có thể hữu ích nếu bệnh nhân cũng đáp ứng các tiêu chí cho một RL khí sắc.

### **RL nhân cách Nhóm B**

RL nhân cách chống xã hội, ranh giới, diễn kịch và ái kỷ được gọi là RL nhân cách Nhóm B . Những RL này được đặc trưng bởi hành vi kịch tính hoặc dường như không hợp lý. Những bệnh nhân có xu hướng rất hay gây rối khi khám lâm sàng.

## **Bài 5**

### **RL nhân cách chống xã hội**

#### **I. Tiêu chuẩn chẩn đoán RL nhân cách chống xã hội 301.7 (F60.2)**

A. Kể từ tuổi 15 năm, bệnh nhân đã biểu lộ coi thường và vi phạm các quyền của người khác, chỉ định bởi ít nhất ba trong số những cách sau:

1. Không thực hiện phù hợp với các chuẩn mực xã hội bằng cách liên tục tham gia vào các hoạt động bất hợp pháp.
2. Gian dối: lặp đi lặp lại lời nói dối hay "lừa gạt" người khác vì lợi nhuận hay niềm vui.
3. Bốc đồng hoặc không có kế hoạch trước.
4. Khó chịu và gây hấn, như lặp đi lặp lại việc đánh nhau hoặc các cuộc tấn công.
5. Liều lĩnh coi thường sự an toàn của bản thân hoặc người khác.
6. Luôn thiếu trách nhiệm: thường xuyên không thực hiện nghĩa vụ lao động hoặc tài chính.
7. Thiếu sự hồi hộp về những hành vi trên.
  - B. Các cá nhân là ít nhất là 18 tuổi.
  - C. Có bằng chứng về hành vi rối loạn khởi phát trước tuổi 15 năm.
  - D. Hành vi chống đối xã hội không chỉ xuất hiện trong quá trình tâm thần phân liệt hoặc rối loạn lưỡng cực.

## **II. Đặc điểm lâm sàng của RL nhân cách chống xã hội**

- A. Tương quan với những người khác thường theo kiểu bóc lột hay lạm dụng.
- B. Nói dối, trộm cắp, đánh nhau, lừa đảo, bạo lực thể xác, lạm dụng chất và lái xe say rượu là phổ biến.
- C. Bệnh nhân có thể kiêu ngạo, nhưng họ cũng có bề ngoài quyến rũ tuyệt vời.
- D. Những bệnh nhân này không có khả năng đồng cảm.

## **III. Mức độ phổ biến**

Tỉ lệ mười hai tháng của RLNC chống xã hội, sử dụng các tiêu chí từ DSMs trước, là giữa 0,2% và 3,3%. Tỷ lệ cao nhất của RLNC chống xã hội (trên 70%) là ở các mẫu nam giới rối loạn sử dụng rượu và các lạm dụng chất trên lâm sàng, nhà tù, hoặc ở các cơ sở pháp y khác. Tỷ lệ này cao hơn so với các mẫu bị ảnh hưởng bởi các yếu tố kinh tế xã hội bất lợi (nghèo) hoặc văn hóa xã hội (di dân).

## **IV. Chẩn đoán phân biệt RL nhân cách chống xã hội**

**A. Hành vi chống xã hội ở người lớn.** Chẩn đoán này chỉ được giới hạn trong sự hiện diện của các hành vi bất hợp pháp. Bệnh nhân có hành vi chống đối xã hội người lớn không có mô hình dài hạn phổ biến cần thiết cho một RL nhân cách.

**B. RL liên quan đến chất.** Lạm dụng chất gây nghiện là phổ biến trong các RL nhân cách chống xã hội, và chúng có thể cam tâm làm điều ác để có thuốc hoặc có tiền mua thuốc. Nhiều BN sẽ đáp ứng được các tiêu chí cho cả hai chẩn đoán.

**C. RL nhân cách Narciss.** BN ái kỷ mình cũng thiếu sự đồng cảm và bóc lột người khác, nhưng họ không hung hăng hoặc gian dối như bệnh nhân chống đối xã hội.

**D. RL nhân cách ranh giới.** Những bệnh nhân này cũng là bốc đồng và lôi cuốn, nhưng họ có nhiều cảm xúc không ổn định và họ ít hung hăng hơn. Sự lôi cuốn của

bệnh nhân ranh giới là nhằm mục đích nhận được sự hài lòng tình cảm hơn là nhằm vào những động cơ tài chính và quyền lực.

## V. Điều trị RL nhân cách chối xã hội

A. Những bệnh nhân này sẽ cố gắng để phá vỡ hoặc tránh các mối quan hệ trị liệu. Bệnh nhân nội trú các nhóm tự lực là hữu ích nhất vì bệnh nhân không được phép rời đi, và vì tăng cường tương tác đồng đẳng giảm thiểu những vấn đề quyền lực.

B. Thuốc hướng thần được sử dụng ở những bệnh nhân có các triệu chứng gây trở ngại cho hoạt động hoặc những người đáp ứng các tiêu chí cho một RL tâm thần. Thuốc chống co giật, lithium, và beta-blockers đã được sử dụng cho các vấn đề kiểm soát xung động, bao gồm cả những phản ứng giận dữ. Thuốc chống trầm cảm có thể hữu ích nếu có trầm cảm hoặc RL lo âu.

## Bài 6

### RL nhân cách ranh giới (BPD)

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán RL nhân cách ranh giới

Một mô hình phổ biến của các mối quan hệ không ổn định với người khác, hình ảnh tự thân không ổn định, cảm xúc không ổn định và kiểm soát xung động kém, khởi phát ở tuổi trưởng thành sớm, và có ít nhất là năm trong số những điều sau đây:

1. Nỗ lực điên cuồng để tránh bị bỏ rơi thật sự hay tưởng tượng.
2. Mối quan hệ không ổn định và dữ dội giữa các cá nhân, xen kẽ giữa các thái cực của sự lý tưởng hóa và mất giá trị.
3. RL nhân dạng: không ổn định hình ảnh bản thân hoặc cảm giác bản thân.
4. Bốc đồng trong ít nhất là hai lĩnh vực có khả năng tự làm tổn hại (ví dụ, chi tiêu bừa bãi, lạm dụng chất, lái xe thiếu thận trọng, chè chén say xưa).
5. Thường xuyên có hành vi, cử chỉ hoặc đe dọa tự tử; hoặc hành vi tự cắt xén.
6. Bất ổn tình cảm (ví dụ, khó chịu dữ dội đột ngột, khó chịu hay lo lắng trong thời gian ngắn).
7. Cảm xúc trống rỗng mạn tính.
8. Cường độ tức giận không phù hợp, hoặc khó kiểm soát sự tức giận.
9. Stress thoảng qua, liên quan đến ý tưởng hoang tưởng, hoặc các triệu chứng phân ly nghiêm trọng.

#### II. Đặc điểm lâm sàng của RL nhân cách ranh giới

A. Biểu hiện lâm sàng của BPD là rất khác nhau. Khó chịu mẫn tính là phổ biến, và sự phụ thuộc tuyệt vọng vào người khác là do không có khả năng chịu đựng một mình.

B. Mối quan hệ giữa các cá nhân đặc trưng là hỗn loạn, và hành vi tự hủy hoại hoặc tự cắt xén là phô biến.

C. Một tiền sử tuổi thơ bị lạm dụng hoặc bị cha mẹ bỏ bê là phô biến.

### III. Dịch tễ học của RL nhân cách ranh giới

A. Tỷ lệ nữ-nam là 2: 1. Các RL phô biến hơn gấp năm lần trong thân nhân cấp độ 1.

B. Tỷ lệ dân số trung bình của các RLNC ranh giới được ước tính là 1,6% nhưng có thể cao tới 5,9%. Sự phô biến của RLNC ranh giới là khoảng 6% trong các cơ sở chăm sóc ban đầu, khoảng 10% trong số những cá nhân đến điều trị ngoại trú ở BV tâm thần, và khoảng 20% trong số bệnh nhân nội trú BV tâm thần. Sự phô biến của RLNC ranh giới có thể giảm trong nhóm người cao tuổi.

### IV. Chẩn đoán phân biệt RL nhân cách ranh giới

#### Chẩn đoán phân biệt của RLNC ranh giới.

**RL Trầm cảm và lưỡng cực.** RLNC ranh giới thường xảy ra đồng thời với RL trầm cảm hoặc lưỡng cực, và khi tiêu chuẩn cho cả hai được đáp ứng, cả hai có thể được chẩn đoán. Bởi vì biểu hiện cắt ngang của RLNC ranh giới có thể giống một giai đoạn của RL trầm cảm hoặc lưỡng cực, các bác sĩ lâm sàng nên tránh việc đưa ra một chẩn đoán thêm RLNC ranh giới chỉ dựa trên biểu hiện cắt ngang mà không ghi nhận rằng có các mô hình của hành vi khởi phát sớm và một quá trình bệnh lý từ trước.

**RLNC khác.** RLNC khác có thể bị nhầm lẫn với các RLNC ranh giới bởi vì chúng có những tính năng chung nhất định. Do đó, cần phân biệt những rối loạn này dựa trên sự khác biệt về tính năng đặc trưng chúng. Tuy nhiên, nếu một cá nhân có các tính năng cá nhân đáp ứng các tiêu chí cho một hoặc nhiều RLNC ngoài RLNC ranh giới, tất cả có thể được chẩn đoán. Mặc dù RLNC diễn kịch cũng có thể được đặc trưng bởi sự chú ý tim kiếm, hành vi lôi kéo, và những cảm xúc thay đổi nhanh chóng, RLNC ranh giới được phân biệt bằng cách tự hủy hoại, RL giận dữ với người thân, và cảm xúc thường xuyên trống rỗng và cô đơn trầm trọng. Ý nghĩ hoang tưởng hoặc ảo giác có thể có mặt trong cả RLNC ranh giới và RLNC kiểu phân liệt, nhưng những triệu chứng này thoáng hơn, interpersonally phản ứng, và đáp ứng với cấu trúc bên ngoài trong RLNC ranh giới. Mặc dù RLNC hoang tưởng và nhân cách yêu悯 thái quá cũng có thể được đặc trưng bởi một phản ứng giận dữ với những kích thích nhỏ, sự ổn định tương đối của hình ảnh bản thân, cũng như sự thiếu tương đối tự hủy diệt, bốc đồng, và mối quan tâm bỏ rơi, phân biệt các rối loạn của RLNC ranh giới. Mặc dù RLNC chống xã hội và RLNC ranh giới đều đặc trưng bởi hành vi lôi kéo, cá nhân có RLNC chống đối xã hội dùng sự lôi cuốn để đạt được lợi ích, quyền lực, hoặc một số thỏa mãn vật chất khác, trong khi mục tiêu trong RLNC ranh giới được hướng nhiều hơn về phía đạt được sự quan tâm của người chăm sóc. Cá RLNC lệ thuộc và RLNC ranh giới được đặc trưng bởi sự sợ hãi bị bỏ rơi; Tuy nhiên, các cá nhân có RLNC ranh giới phản ứng bị bỏ rơi với những cảm giác sự trống rỗng cảm xúc, giận dữ, và nhu cầu, trong khi đó các cá nhân có RLNC phụ thuộc phản ứng với tăng xoa dịu và phục tùng và khẩn trương tìm kiếm một mối quan hệ thay thế để cung cấp việc chăm sóc và hỗ trợ. RLNC ranh giới có thể tiếp tục được phân biệt với RLNC lệ thuộc bởi các mô hình điển hình của các mối quan hệ ổn định và mạnh mẽ.

**Thay đổi tính cách do một chứng bệnh khác.** RL nhân cách ranh giới phải được phân biệt với các thay đổi tính cách do một chứng bệnh khác, trong đó các đặc điểm nổi lên là do ảnh hưởng của một bệnh lý khác của hệ thần kinh trung ương.

**RL sử dụng chất.** RLNC ranh giới cũng phải được phân biệt với các triệu chứng có thể phát triển gắn với sử dụng chất thường xuyên.

**Vấn đề nhân dạng.** RLNC ranh giới cần được phân biệt với một vấn đề nhân dạng, với mối quan tâm nhân dạng liên quan đến một giai đoạn phát triển (ví dụ, tuổi niên thiếu) và không được coi là một RL tâm thần.

#### **V. Điều trị RL nhân cách ranh giới**

A. Tâm lý trị liệu là điều trị được lựa chọn. Bệnh nhân thường xuyên cố gắng tái tạo hỗn loạn cá nhân của họ trong điều trị bằng cách hiển thị hành vi diễn xuất, kháng cự điều trị, RL khí sắc và cảm xúc, và thoái lui.

B. Đe dọa tự sát và nỗ lực tự sát là phỏ biến.

C. Thuốc thường xuyên được sử dụng cho trường hợp RL khí sắc, RL ăn uống, và các RL lo âu. Valproate (Depakote) hoặc SSRI có thể hữu ích cho hành vi bốc đồng hiếu chiến.

## Bài 7

### RL nhân cách diễn kịch (HPD)

#### **I. Tiêu chuẩn chẩn đoán**

A. Một mô hình phỏ biến của hay xúc động quá mức và sự chú ý tìm kiếm, bắt đầu bằng tuổi trưởng thành sớm, như được chỉ ra bởi năm hoặc nhiều điều sau đây:

1. Bệnh nhân không được thoải mái trừ khi họ là trung tâm của sự chú ý.
2. Tương tác với những người khác thường được đặc trưng bởi hành vi cảm dỗ tình dục và khiêu khích không phù hợp.
3. Nhanh chóng chuyển dịch và diễn đạt nồng cạn những cảm xúc đang có.
4. Bệnh nhân thường xuyên sử dụng hình thể để thu hút sự chú ý.
5. Lời nói là quá ẩn tượng và thiếu chi tiết.
6. Diễn kịch, trình diễn, và phóng đại cảm xúc được sử dụng.
7. Bệnh nhân dễ bị ảnh hưởng bởi người khác hoặc hoàn cảnh.
8. Các mối quan hệ được coi là thân mật hơn họ đang có trong thực tế.

#### **II. Đặc điểm lâm sàng của RL nhân cách diễn kịch**

A. Bệnh nhân gây nhảm chán với những thói quen và không thích chật chội bầy tỏ sự hờ hững.

B. Bệnh nhân khởi đầu dự án, nhưng không hoàn thành chúng (bao gồm cả mối quan hệ).

C. "Màn trình diễn" cảm xúc kịch tính của bệnh nhân dường như thiếu sự chân thành.

D. Những bệnh nhân này thường cố gắng để kiểm soát các mối quan hệ với cảm đỗ, điều khiển, hoặc lệ thuộc.

E. Các bệnh nhân có thể dùng đến những cử chỉ tự tử và các mối đe dọa tự tử để có được sự chú ý.

### **III. Dịch tễ học của RL nhân cách diễn kịch**

A. Sự phổ biến của HPD là 1,84%.

B. RL nhân cách diễn kịch là phổ biến ở phụ nữ nhiều hơn nam giới.

C. Những bệnh nhân trầm cảm, loạn cơ thể và RL chuyển đổi có tỷ lệ cao hơn so với dân số nói chung.

### **IV. Chẩn đoán phân biệt RLNC diễn kịch**

**RLNC và đặc điểm tính cách khác.** RLNC khác có thể bị nhầm lẫn với RLNC diễn kịch, vì chúng có những tính năng chung nhất định. Do đó, quan trọng để phân biệt giữa những rối loạn này dựa trên sự khác biệt về tính năng đặc trưng của họ. Tuy nhiên, nếu một cá nhân có các tính năng cá nhân đáp ứng các tiêu chí cho một hoặc nhiều RLNC ngoài RLNC diễn kịch, tất cả có thể được chẩn đoán. Mặc dù RLNC ranh giới cũng có thể được đặc trưng bởi sự chú ý tìm kiếm, hành vi lôi kéo, và những cảm xúc thay đổi nhanh chóng, nó được phân biệt bằng cách tự hủy diệt, sự bùng nổ giận dữ với người thân, và thường xuyên có cảm xúc trống rỗng nặng nề và sự xáo trộn nhân dạng. Cá nhân có RLNC chống xã hội và diễn kịch cùng chia sẻ một khuynh hướng bốc đồng, hời hợt, hứng thú tìm kiếm, thiếu thận trọng, quyền rủ và lôi cuốn, nhưng người có RLNC diễn kịch có xu hướng phóng đại hơn trong cảm xúc của họ và đặc biệt không tham gia vào các hành vi chống đối xã hội. Cá nhân có RLNC diễn kịch để lôi cuốn để đạt được sự quan tâm, trong khi những người có RLNC chống xã hội muốn lôi cuốn để đạt được lợi nhuận, quyền lực, hoặc một số thỏa mãn vật chất khác. Mặc dù cá nhân có rối loạn nhân cách ái kỷ cũng thèm muốn được người khác để ý, họ thường muốn khen ngợi về "tính ưu việt" của họ, trong khi cá nhân có RLNC diễn kịch sẵn sàng để được xem là mỏng manh hoặc người phụ thuộc nếu điều này lôi kéo được sự chú ý. Cá nhân có RLNC ái kỷ có thể nói hết được sự gần gũi của mối quan hệ của họ với người khác, nhưng họ có khuynh hướng nhấn mạnh vị trí "VIP" hay sự giàu có của bạn bè của họ. Trong RLNC phụ thuộc, các cá nhân là quá phụ thuộc vào người khác để được khen ngợi và hưởng dẫn, nhưng không có tính năng cảm xúc rực rỡ, phóng đại của các cá nhân có RLNC diễn kịch.

Nhiều cá nhân có thể hiển thị những đặc điểm tính cách diễn kịch. Chỉ khi những đặc điểm này là không linh hoạt, thích nghi kém, và thường xuyên và gây suy giảm chức năng đáng kể hoặc khó chịu chủ quan làm chúng cấu thành RLNC diễn kịch.

**Thay đổi tính cách do một chứng bệnh khác.** RLNC diễn kịch phải được phân biệt với sự thay đổi tính cách do một chứng bệnh khác, trong đó các đặc điểm nổi lên là do ảnh hưởng của một chứng bệnh về hệ thống thần kinh trung ương khác.

**RL do sử dụng chất.** Rối loạn này cũng phải được phân biệt với các triệu chứng có thể phát triển do sử dụng chất lâu ngày.

## V. Điều trị RL nhân cách diễn kịch

A. Tâm lý trị liệu định hướng trí năng là lựa chọn điều trị. Duy trì điều trị bệnh nhân có thể là một thách thức vì những bệnh nhân này không thích thói quen.

B. Thuốc chống trầm cảm được sử dụng nếu trầm cảm cũng có mặt.

## Bài 8

### RL nhân cách ái kỷ (NPD)

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán

A. Một mô hình phổ biến của tự cao (trong tưởng tượng hoặc hành vi), cần sự ngưỡng mộ, và thiếu sự đồng cảm. RL này bắt đầu ở tuổi trưởng thành sớm và được chỉ ra bởi ít nhất năm trong các cách biểu hiện sau:

1. Một phỏng đại cảm giác tự cao.
2. Mối bận tâm với những tưởng tượng về sự thành công không giới hạn, quyền lực, sự nổi trội, sắc đẹp, hay tình yêu lý tưởng.
3. Tin rằng mình là "đặc biệt" và chỉ có thể hiểu được bởi, hoặc cần phải liên kết với, những người (hoặc tổ chức) đặc biệt hoặc có địa vị khác.
4. Yêu cầu sự ngưỡng mộ quá mức.
5. Có ý thức về quyền lợi.
6. Trao lợi thế cho người khác để đạt được mục đích riêng của mình.
7. Thiếu sự đồng cảm.
8. Bệnh nhân thường là ghen tị với những người khác hoặc tin rằng những người khác ghen tị với anh ta.
9. Hiển thị kiêu ngạo, hành vi hoặc thái độ ngạo mạn.

#### II. Đặc điểm lâm sàng của RL nhân cách ái kỷ

A. Bệnh nhân có RL nhân cách ái kỷ phô trương thành tựu và tài năng của họ, và họ rất ngạc nhiên khi họ không nhận được sự công nhận họ mong đợi.

B. Cảm giác thối phòng của họ về kết quả của mình trong một sự mất giá của những người khác và những thành tựu của họ. Bệnh nhân ái kỷ chỉ theo đuổi mối quan hệ nếu nó có lợi cho họ theo một cách nào đó.

C. Những bệnh nhân cảm thấy rất có quyền, mong muốn người khác đáp ứng nhu cầu của họ ngay lập tức, và họ có thể trả nên khá bất bình nếu điều này không xảy ra. Những bệnh nhân này tự nhận và không thể đáp ứng nhu cầu của người khác. Bất kỳ nhận thức về những lời chỉ trích được dung nạp kém, thì những bệnh nhân này có thể phản ứng với cơn thịnh nộ.

D. Những bệnh nhân này rất dễ ghen tị với những ai có đủ kiến thức, kỹ năng hoặc đồ dùng mà họ không có. Phần lớn hành vi ái kỷ phục vụ như là một cách bảo vệ chống lại sự kém tự tin.

### III. Dịch tễ học của RLNC ái kỷ

A. Sự phổ biến của NPD là từ 0% lên đến 6,2% trong quần thể lâm sàng.

B. Các RLNC ái kỷ thường gặp ở nam nhiều hơn nữ (50-75%).

### IV. Chẩn đoán phân biệt RLNC ái kỷ

**RL nhân cách diễn kịch.** Bệnh nhân diễn kịch cũng có quan tâm tìm kiếm, nhưng sự chú ý mà họ tìm kiếm không cần phai ngưỡng mộ. Họ được đánh giá cao hơn về tình cảm và quyền rũ hơn so với những bệnh nhân NPD.

**RL nhân cách ranh giới.** Những bệnh nhân này cũng có xu hướng lý tưởng hóa và giảm giá trị người khác, nhưng bệnh nhân ái kỷ thiếu những hành vi thay đổi danh tính, hành vi tự hủy hoại, và sợ bị bỏ rơi đặc trưng của bệnh nhân ranh giới.

**RL nhân cách chống đối xã hội.** lợi dụng cá nhân, duyên dáng bề ngoài, và thiếu sự đồng cảm có thể được nhìn thấy trong cả RL nhân cách chống xã hội và RL nhân cách ái kỷ. Tuy nhiên, bệnh nhân chống đối xã hội không yêu cầu sự ngưỡng mộ liên tục và cũng không hiển thị sự ghen tị như ở bệnh nhân ái kỷ. Một tiền sử của hành vi phạm tội không phải là điển hình của ái kỷ.

**Hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ.** Tự cao tự đại có thể xuất hiện như là một phần của cơn hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ, nhưng kết hợp với sự thay đổi khí sắc hoặc suy giảm chức năng giúp phân biệt các các giai đoạn này với RLNC ái kỷ.

**Thay đổi tính cách do một tình trạng bệnh lý và RL liên quan sử dụng chất.** Tất cả các triệu chứng tạm thời liên quan đến thuốc, ma túy hoặc một điều kiện y tế.

### V. Điều trị RLNC ái kỷ

A. Tâm lý trị liệu là điều trị được lựa chọn, nhưng mối quan hệ trị liệu có thể khó khăn vì ghen tị thường trở thành một vấn đề.

B. Cùng tồn tại tình trạng lạm dụng chất có thể làm phức tạp điều trị. Trầm cảm thường cùng tồn tại với NPD; Vì vậy, thuốc chống trầm cảm có ích cho việc điều trị bổ trợ.

## RL nhân cách nhóm C

RL nhân cách tránh né, phụ thuộc và ám ảnh cường chế được gọi là RL nhân cách nhóm C. Những bệnh nhân có xu hướng lo lắng và bệnh lý nhân cách của họ là một nỗ lực thích nghi không tốt gắn liền với sự lo lắng.

## Bài 9

### RL nhân cách tránh né

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Một mô hình phổ biến của sự ức chế xã hội, cảm giác thiếu tự tin và quá nhạy cảm, khởi đầu ở tuổi trưởng thành sớm, và được chỉ ra bởi ít nhất bốn trong số các cách sau:

1. Các bệnh nhân tránh các hoạt động nghề nghiệp có liên hệ cá nhân quan trọng vì sợ những lời chỉ trích, không chấp thuận hoặc bị từ chối.
2. Không muốn tham gia với mọi người trừ khi chắc chắn được ưa thích.
3. Kiềm chế trong các mối quan hệ thân mật do sợ bị xấu hổ hay nhạo báng.
4. Bận tâm với việc bị chỉ trích hay bị từ chối trong các tình huống xã hội.
5. Bị ức chế trong các tình huống giao tiếp mới do cảm giác thiếu tự tin.
6. Bệnh nhân xem mình bị lạc lõng xã hội, không hấp dẫn hoặc kém hơn những người khác.
7. Thường miễn cưỡng chấp nhận rủi ro cá nhân hoặc miễn cưỡng tham gia vào các hoạt động mới, vì họ có thể lúng túng.

#### II. Đặc điểm lâm sàng của RL nhân cách tránh né

- A. Bệnh nhân thường là nhút nhát và yên lặng và thích được một mình. Bệnh nhân thường dự kiến bị từ chối một cách không xác đáng trước khi điều đó xảy ra.
- B. BN thường tránh cơ hội giám sát người khác tại nơi làm việc. Những bệnh nhân này thường suy sụp bởi ý kiêng nhỏ mà họ cho là quan trọng.
- C. Mặc dù có các giới hạn tự áp đặt, bệnh nhân RLNC tránh né thường chậm được chấp nhận và chậm hòa nhập xã hội hơn.

#### III. Dịch tễ học của RL nhân cách tránh né

- A. Tỷ lệ nam / nữ là 1: 1.

- B. Mặc dù người lớn có RL nhân cách tránh né thường xuyên nhút nhát khi còn nhỏ, sự nhút nhát của tuổi thơ không phải là một yếu tố được định đoạt trước.

- C. Tỷ lệ chung: 2,4%

#### IV. Chẩn đoán phân biệt RL nhân cách tránh né

**Rối loạn lo âu.** Có vẻ như có rất nhiều ch่อง chéo giữa các RLNC tránh né và rối loạn lo âu xã hội (ám ảnh xã hội), vì vậy mà họ có thể được định hình thay thế của các điều kiện tương tự hoặc tương tự. Tránh cũng đặc trưng cho cả hai RLNC tránh né và sợ khoảng trống, và họ thường cùng xảy ra.

**Các RLNC và các đặc điểm tính cách khác.** Các RLNC khác có thể bị nhầm lẫn với RLNC tránh né vì chúng có các tính năng chung nhất định. Đó là, do đó, quan trọng để phân biệt giữa những rối loạn này dựa trên sự khác biệt về tính năng đặc trưng của chúng. Tuy nhiên, nếu một cá nhân có các tính năng cá nhân đáp ứng các tiêu chí cho một hoặc nhiều RLNC ngoài RLNC tránh né, tất cả có thể được chẩn đoán. Cả hai RLNC tránh né và RLNC phụ thuộc đều được đặc trưng bởi cảm giác của sự bất cập, quâ mãn cảm với những lời chỉ trích, và một nhu cầu cần được bảo đảm. Mặc dù trọng tâm chính của mối quan tâm trong RLNC tránh né là tránh sự si nhục và bị từ chối, trong RLNC phụ thuộc trọng tâm là được chăm sóc. Tuy nhiên, RLNC tránh né và RLNC phụ thuộc đặc biệt có khả năng cùng xảy ra. Giống như RLNC tránh né, RLNC phân liệt và RLNC kiểu phân liệt được đặc trưng bởi sự cô lập xã hội. Tuy nhiên, cá nhân có RLNC tránh né muốn có mối quan hệ với người khác và cảm thấy cô đơn cùng cực, trong khi những người có RLNC phân liệt hoặc kiểu phân liệt có thể bằng lòng với và thậm chí thích được cô lập xã hội. RLNC hoang tưởng và RLNC tránh né có cùng đặc trưng là miễn cưỡng tâm sự với người khác. Tuy nhiên, trong RLNC tránh né, miễn cưỡng này là do sợ xấu hổ hoặc nói đúng hơn là sợ dụng ý xấu của người khác.

Nhiều cá nhân hiển thị đặc điểm tính cách tránh né. Chỉ khi những đặc điểm này là không linh hoạt, kém thích nghi, kéo dài và gây suy giảm chức năng đáng kể hoặc khó chịu chủ quan làm chúng cấu thành RLNC tránh né.

**Thay đổi tính cách do một chứng bệnh khác.** RLNC tránh né phải được phân biệt với sự thay đổi cá tính do một chứng bệnh khác, trong đó các đặc điểm bộc phát do ảnh hưởng của một chứng bệnh của hệ thần kinh trung ương.

**RL sử dụng chất gây nghiện.** RLNC tránh né cũng phải được phân biệt với các triệu chứng có thể phát triển gắn với sử dụng chất lậu ngày.

## V. Điều trị RL nhân cách tránh né

A. Tâm lý trị liệu cá nhân, tâm lý trị liệu nhóm và kỹ thuật hành vi, tất cả có thể hữu ích. Trị liệu nhóm có thể hỗ trợ trong việc đối phó với sự lo lắng xã hội. Kỹ thuật hành vi, chẳng hạn như huấn luyện quyết đoán và giải mãn cảm có hệ thống, có thể giúp bệnh nhân vượt qua nỗi lo lắng và sự nhút nhát.

B. Beta-blockers có thể hữu ích cho sự lo lắng tình huống.

C. Vì nhiều bệnh nhân này sẽ đáp ứng được các tiêu chí cho ám ảnh xã hội (tòan thể hóa) một thử nghiệm thuốc SSRI có thể chứng minh có lợi. Bệnh nhân dễ bị RL khi sặc và lo lắng khác, và những RL này nên được điều trị bằng thuốc chống trầm cảm hoặc chống lo âu.

## Bài 10

### RL nhân cách phụ thuộc

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán 301.6 (F60.7)

Một nhu cầu cần được chăm sóc thường xuyên và quá mức. Nhu cầu này dẫn đến hành vi phục tùng, bám víu, và nỗi sợ bị chia tách, khởi phát ở tuổi trưởng thành sớm và được chỉ ra bởi ít nhất là năm trong số những điều sau đây:

1. Khó đưa ra quyết định hàng ngày mà không cần lời khuyên quá mức và bảo đảm.
2. Nhu cầu cần người khác chịu trách nhiệm cho các lãnh vực quan trọng của đời mình.
3. Khó bày tỏ bất đồng với người khác và sợ mất hỗ trợ hoặc sự chấp thuận.
4. Khó bắt đầu dự án hoặc làm những việc theo ý mình, do sự thiếu tự tin ở sự phán đoán hay khả năng.
5. Kéo dài quá mức để đạt được sự chăm sóc và hỗ trợ, đến độ tình nguyện làm cả những điều khó chịu.
6. Khó chịu hoặc bơ vơ khi ở một mình do lo ngại quá mức về việc không thể chăm sóc cho bản thân mình.
7. Khẩn trương tìm kiếm một nguồn chăm sóc và hỗ trợ khi một mối quan hệ gần kết thúc.
8. Bận tâm một cách phi thực tế với nỗi sợ bị bỏ lại để tự lo cho mình.

#### II. Đặc điểm lâm sàng của RL nhân cách phụ thuộc

- A. Bệnh nhân sẽ phải chịu đựng cảm giác khó chịu rất lớn để duy trì mối quan hệ trong việc chăm sóc. Tương tác xã hội thường bị giới hạn trong mạng lưới chăm sóc.
- B. Những bệnh nhân này có thể làm những công việc không cần bắt buộc có sáng kiến.

#### III. Dịch tễ học các RL nhân cách phụ thuộc

- A. Phụ nữ bị ảnh hưởng nhiều hơn so với nam giới.
- B. Tuổi thơ bệnh tật hoặc RL lo âu chia ly của thời thơ ấu có thể là một điều kiện tiền triệu.

#### IV. Chẩn đoán phân biệt của RL nhân cách phụ thuộc

**RL tâm thần khác và các bệnh lý khác.** RLNC phụ thuộc phải được phân biệt với tính phụ thuộc phát sinh do hậu quả của rối loạn tâm thần khác (ví dụ, rối loạn trầm cảm, rối loạn hoang loạn, sợ khoảng trống) và như là một kết quả của một bệnh lý khác.

**RLNC và đặc điểm tính cách khác.** RLNC khác có thể bị nhầm lẫn với RLNC phụ thuộc bởi vì chúng có tính năng chung nhất định. Do đó, quan trọng để phân biệt giữa

những rối loạn này dựa trên sự khác biệt về tính năng đặc trưng của chúng. Tuy nhiên, nếu một cá nhân có các tính năng cá nhân đáp ứng các tiêu chí cho một hoặc nhiều RLNC ngoài RLNC phụ thuộc, tất cả có thể được chẩn đoán. Mặc dù nhiều RLNC có đặc trưng bởi các tính năng phụ thuộc, RLNC phụ thuộc có thể được phân biệt khi thấy phản ứng và hành vi phụ thuộc chủ yếu là phục tùng của nó. Cả hai RLNC phụ thuộc và RLNC ranh giới được đặc trưng bởi sự sợ hãi bị bỏ rơi. Tuy nhiên, các cá nhân có RLNC ranh giới phản ứng với việc bị bỏ rơi bằng những cảm xúc trống vắng, giận dữ, và đòi hỏi, trong khi đó các cá nhân có RLNC phụ thuộc phản ứng với tăng xoa dịu và phục tùng và khẩn trương tìm kiếm một mối quan hệ they thế để cung cấp việc chăm sóc và hỗ trợ. RLNC ranh giới có thể tiếp tục được phân biệt với RLNC phụ thuộc bởi một mô hình điển hình của các mối quan hệ ổn định và mạnh mẽ. Cá nhân có RLNC giả dối, giống như những người có RLNC phụ thuộc, có một nhu cầu mạnh mẽ để bảo đảm và chấp thuận và có thể biểu hiện như trẻ con và deo bám. Tuy nhiên, không giống như các RLNC phụ thuộc, được đặc trưng bởi tự khiêm tốn và hành vi ngoan ngoãn, RLNC giả dối được đặc trưng bởi chất rực rỡ thích giao du với nhu cầu hoạt động gây sự chú ý. Cả hai RLNC phụ thuộc và RLNC tránh né được đặc trưng bởi cảm giác của sự bất cập, quá mẫn cảm với những lời chỉ trích, và một nhu cầu cần được bảo đảm; Tuy nhiên, cá nhân có RLNC tránh né rất sợ hãi sự sỉ nhục và từ chối nên họ sẽ thu rút cho đến khi họ chắc chắn rằng họ sẽ được chấp nhận. Ngược lại, các cá nhân có RLNC phụ thuộc có một mô hình của tim kiếm và duy trì kết nối với những người khác quan trọng hơn là tránh né và rút khỏi các mối quan hệ.

Nhiều cá nhân hiển thị đặc điểm tính cách phụ thuộc. Chỉ khi những đặc điểm này là không linh hoạt, thích nghi không tốt, và sự dai dẳng và gây suy giảm chức năng đáng kể hoặc căng thẳng chủ quan làm chúng cấu thành RLNC phụ thuộc.

**Thay đổi tính cách do một chứng bệnh khác.** RL nhân cách phụ thuộc phải được phân biệt với các thay đổi tính cách do một chứng bệnh khác, trong đó các đặc điểm biểu hiện là do ảnh hưởng của một chứng bệnh về hệ thống thần kinh trung ương.

**RL sử dụng chất.** RLNC phụ thuộc cũng phải được phân biệt với các triệu chứng có thể phát triển gắn với sử dụng chất dai dẳng.

## V. Điều trị các RL nhân cách phụ thuộc

**A. Tâm lý trị liệu.** Liệu pháp định hướng trí năng, nhóm, và các liệu pháp hành vi như sự quyết đoán và đào tạo các kỹ năng xã hội đều đã được sử dụng thành công. Gia đình trị liệu cũng có thể hữu ích trong việc hỗ trợ những nhu cầu mới của bệnh nhân phụ thuộc trong điều trị.

**B. Bệnh nhân phụ thuộc cũng có nguy cơ RL khi sắc và RL lo âu.** Can thiệp được lý thích hợp có thể được sử dụng nếu bệnh nhân có những RL này.

## Bài 11

### RL nhân cách ám ảnh cưỡng chế (OCPD)

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Một mô hình lâm sàng của các môи bận tâm với trật tự, cầu toàn và kiểm soát, rất khó linh hoạt, cởi mở và gây ảnh hưởng, bắt đầu ở tuổi trưởng thành sớm và được chỉ ra bởi ít nhất bốn trong số các cách sau:

1. Bận tâm với các chi tiết, quy tắc, danh sách, tổ chức, lịch trình, đến mức bò sót các điểm chính của hoạt động này.
2. Cầu toàn cản trở hoàn thành nhiệm vụ.
3. Quá mức sót sắng với việc và năng suất đến nỗi loại trừ các hoạt động giải trí và tình bạn.
4. Quá tận tâm, cẩn trọng và cứng nhắc về luân lý, đạo đức, hoặc giá trị (chưa kể đến yếu tố văn hóa hay tôn giáo).
5. Không thể loại bỏ đồ cũ hoặc các vật vô giá trị, ngay cả khi chúng không có giá trị tình thần.
6. Bất đắc dĩ mới phải ủy thác công việc cho người khác.
7. Phong cách chi tiêu bùn xỉn cho cả mình và người khác.
8. Cứng nhắc và bướng bỉnh.

#### II. Đặc điểm lâm sàng của OCPD

- A. Nỗi ám ảnh với các chi tiết có thể làm tê liệt việc ra quyết định.
- B. Các nhiệm vụ có thể khó khăn để hoàn thành. Những bệnh nhân này thích logic và cảm xúc trí tuệ, và họ không thể bày tỏ công khai tình cảm.
- C. Những bệnh nhân này thường rất "bùn xỉn" đối với các vấn đề tài chính.

#### III. Dịch tễ học của OCPD

- A. Tỷ lệ OCPD là 2,1% đến 7,9% trong dân số nói chung.
- B. Tỷ lệ nam / nữ là 2: 1.
- C. RL nhân cách ám ảnh cưỡng chế là thường xuyên hơn ở nhân cách cấp độ 1.

#### IV. Chẩn đoán phân biệt OCPD

**RL Ám ảnh cưỡng chế.** Mặc dù có sự giống nhau về tên gọi, OCD thường dễ dàng phân biệt với OCPD bởi sự hiện diện của sự ám ảnh và sự cưỡng chế thật sự ở

OCD. Khi tiêu chuẩn cho cả OCPD và OCD được đáp ứng, cả hai chẩn đoán đều được ghi nhận.

**RL Tích trữ.** Một chẩn đoán RL tích trữ nên được coi là đặc biệt khi tích trữ là quá mức (ví dụ, từng đồng tích lũy các đồ vật vô giá trị gây nguy cơ hỏa hoạn và gây khó khăn cho những người khác đi lại trong nhà). Khi tiêu chuẩn cho cả OCPD và rối loạn tích trữ được đáp ứng, cả hai chẩn đoán nên được ghi nhận.

**Các RLNC và đặc điểm tính cách khác.** RLNC khác có thể bị nhầm lẫn với OCPD vì họ có các tính năng chung nhất định. Đó là, do đó, quan trọng để phân biệt giữa những RL này dựa trên sự khác biệt về tính năng đặc trưng của chúng. Tuy nhiên, nếu một cá nhân có các tính năng cá nhân đáp ứng các tiêu chí cho một hoặc nhiều RLNC ngoài OCD, tất cả có thể được chẩn đoán. Cá nhân có RLNC ái kỷ cũng có thể thu nhận là rất muốn cầu toàn và tin rằng những người khác không thể làm những việc tốt, nhưng những BN này tin rằng họ đã đạt được sự hoàn hảo, trong khi những người có OCPD thường tự phê phán mình. Cá nhân có rối loạn nhân cách chống đối xã hội hoặc ái kỷ thiếu sự rộng lượng nhưng sẽ tự khoan dung cho bản thân, trong khi những người có OCD chấp nhận chi tiêu keo kiệt đối với cả bản thân và người khác. Cả hai rối loạn nhân cách phản liệt và OCD có thể được đặc trưng bởi một hình thức rõ ràng và tách rời xã hội. Trong OCD, điều này xuất phát từ sự khó chịu do cảm xúc và sự tận tâm quá mức đến công việc, trong khi rối loạn nhân cách phản liệt thì cơ bản là thiếu khả năng tạo sự thân mật.

Những đặc điểm tính cách ám ảnh cưỡng chế ở mức vừa phải có thể được đặc biệt thích ứng, nhất là trong những tình huống được khen thưởng do hiệu suất cao. Chỉ khi những đặc điểm này là không linh hoạt, thích nghi kém, và dai dẳng và gây suy giảm chức năng đáng kể hoặc căng thẳng chủ quan làm chúng cấu thành OCD.

**Thay đổi tính cách do một chứng bệnh khác.** OCD phải được phân biệt từ sự thay đổi cá tính do một chứng bệnh khác, trong đó các triệu chứng do ảnh hưởng của một chứng bệnh của hệ thần kinh trung ương.

**RL sử dụng chất.** OCD cũng phải được phân biệt với các triệu chứng có thể phát triển gắn với sử dụng chất dai dẳng.

## V. Điều trị COPD.

Trị liệu cá nhân dài hạn thường là hữu ích. Điều trị có thể khó khăn do hiểu biết hạn chế của bệnh nhân và sự cứng nhắc của họ.

# Chương 6

## RL triệu chứng cơ thể và RL giả bệnh

### Bài 1

#### Rối loạn Triệu chứng cơ thể

##### Tiêu chuẩn chẩn đoán 300,82 (F45.1)

A. Một hoặc nhiều triệu chứng cơ thể gây khó chịu hoặc dẫn đến rối loạn đáng kể cuộc sống hàng ngày.

B. Những suy nghĩ, cảm xúc quá mức hoặc hành vi liên quan đến các triệu chứng cơ thể hoặc vấn đề sức khỏe liên quan như là biểu hiện của ít nhất một trong các cách sau:

1. BN lo nghĩ không tương xứng và dai dẳng về mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng của mình.

2. Lo lắng dai dẳng quá mức về sức khỏe hoặc các triệu chứng.

3. Dành quá nhiều thời gian và năng lượng cho các triệu chứng hoặc vấn đề sức khỏe.

C. Mặc dù một triệu chứng cơ thể bất kỳ có thể không kéo dài đến hiện tại, tình trạng triệu chứng cơ thể là dai dẳng (thông thường trên 6 tháng).

Ghi rõ nếu:

**Với đau chiếm ưu thế** (trước đó rối loạn đau): đặc tả này là dành cho cá nhân có triệu chứng cơ thể chủ yếu liên quan đến đau.

Ghi rõ nếu:

**Dai dẳng:** Một quá trình kéo dài được đặc trưng bởi các triệu chứng nghiêm trọng, đánh dấu sự suy giảm, và thời gian dài (hơn 6 tháng).

Xác định mức độ nghiêm trọng hiện tại:

**Nhẹ:** Chỉ có một trong các triệu chứng nêu trong Tiêu chí B được đáp ứng.

**Trung bình:** Hai hoặc nhiều các triệu chứng nêu trong Tiêu chí B được đáp ứng.

**Nặng:** Hai hoặc nhiều các triệu chứng nêu trong Tiêu chí B được đáp ứng, cộng với có nhiều khiếu nại cơ thể (hay một triệu chứng cơ thể rất nặng).

#### II. Đặc điểm lâm sàng của RL triệu chứng cơ thể

A. RL cơ thể hóa là vấn đề mẫn tính, và nó thường khiến phải tìm kiếm thường xuyên để điều trị bằng thuốc hoặc nhiều phương pháp điều trị đồng thời.

B. Bệnh nhân trải qua nhiều thủ tục, phẫu thuật, và phải nhập viện. RL này thường bắt đầu từ tuổi vị thành niên.

C. Triệu chứng thường gặp bao gồm buồn nôn, nôn, rất đau, khó thở, và mang thai hoặc than phiền liên quan kinh nguyệt.

D. Tần suất và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng có thể khác nhau tùy mức độ căng thẳng.

E. Hai phần ba số bệnh nhân có đồng thời một chẩn đoán tâm thần. RL Khí sắc và RL lo âu và RL liên quan sử dụng chất được phô biến trong RL cơ thể hóa.

### III. Mức độ phô biến

Sự phô biến của RL triệu chứng cơ thể không được biết. Tuy nhiên, sự phô biến của rối loạn dạng cơ thể được dự kiến sẽ cao hơn so với các rối loạn cơ thể hóa của DSM IV (<1%) nhưng thấp hơn so với các rối loạn dạng cơ thể không biệt hóa (khoảng 19%). Sự phô biến của rối loạn triệu chứng cơ thể ở người trưởng thành nói chung có thể chỉ đạt khoảng 5% -7%. Nữ giới có xu hướng khai báo nhiều triệu chứng soma hơn là nam giới, và do đó ở phụ nữ rối loạn triệu chứng cơ thể có thể cao hơn.

### IV. Chẩn đoán phân biệt RL triệu chứng cơ thể

Nếu các triệu chứng soma là phù hợp với một RL tâm thần (ví dụ, RL hoảng loạn), và các tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn được đáp ứng, sau đó là rối loạn tâm thần nên được xem như là một sự thay thế hoặc chẩn đoán thêm. Một chẩn đoán riêng của rối loạn dạng cơ thể không được thực hiện nếu các triệu chứng cơ thể liên quan và các ý nghĩ, cảm xúc hoặc hành vi chỉ xảy ra trong giai đoạn trầm cảm chủ yếu. Nếu cứ thường xuyên xảy ra, các tiêu chí chẩn đoán cho cả RL triệu chứng cơ thể và RL tâm thần được đáp ứng, sau đó cả hai phải được mã hoá, cũng như có thể yêu cầu điều trị cho cả hai.

**Tình trạng bệnh lý khác.** Sự hiện diện của các triệu chứng soma có nguyên nhân không rõ ràng không phải là tự nó là đủ để chẩn đoán rối loạn triệu chứng cơ thể. Các triệu chứng của nhiều cá nhân có rối loạn như hội chứng ruột kích thích hoặc đau xo cơ sẽ không đáp ứng các tiêu chí cần thiết để chẩn đoán rối loạn triệu chứng cơ thể (Tiêu chí B). Ngược lại, sự hiện diện của các triệu chứng cơ thể của một rối loạn y tế được thành lập (ví dụ bệnh tiểu đường hoặc bệnh tim) không loại trừ chẩn đoán các rối loạn triệu chứng cơ thể nếu các tiêu chí khác được đáp ứng.

**RL hoảng loạn.** Trong rối loạn hoảng loạn, triệu chứng cơ thể và lo lắng về sức khỏe có xu hướng xảy ra trong đợt cấp, trong khi rối loạn triệu chứng cơ thể, lo lắng và triệu chứng cơ thể là dai dẳng hơn.

**RL lo âu lan tỏa.** Cá nhân có RL lo âu lan tỏa lo lắng về nhiều sự kiện, tình huống, hoặc các hoạt động, chỉ có một trong số đó có thể liên quan đến sức khỏe của họ. Trọng tâm chính không phải là thường xuyên có triệu chứng soma hoặc sợ bệnh tật như trong rối loạn triệu chứng cơ thể.

**RL trầm cảm.** RL trầm cảm có kèm theo các triệu chứng cơ thể phô biến. Tuy nhiên, rối loạn trầm cảm được phân biệt với rối loạn triệu chứng cơ thể bằng các triệu chứng trầm cảm cốt lõi của khí sắc trầm (khó chịu) và mất hứng thú.

**RL lo âu về bệnh tật.** Nếu cá nhân có những lo ngại sâu rộng về sức khỏe nhưng không có triệu chứng hoặc có triệu chứng cơ thể tối thiểu, nó có thể thích hợp hơn để xem xét RL lo âu bệnh tật.

**RL chuyển dạng** (RL triệu chứng thần kinh chức năng). Trong RL chuyển dạng, các triệu chứng biểu hiện là mất chức năng (ví dụ, của một chi), trong khi ở các rối loạn triệu chứng cơ thể trọng tâm là các khó chịu mà các triệu chứng đặc biệt gây ra. Các tính năng được liệt kê dưới mức tiêu chí B của rối loạn triệu chứng cơ thể có thể hữu ích trong việc phân biệt hai rối loạn.

**RL hoang tưởng.** Trong rối loạn triệu chứng cơ thể, niềm tin của cá nhân mà triệu chứng soma có thể phản ánh bệnh lý tiềm ẩn nghiêm trọng không được thể hiện với mức độ hoang tưởng. Tuy nhiên, niềm tin của cá nhân liên quan đến các triệu chứng soma có thể được giữ vững. Ngược lại, trong rối loạn hoang tưởng, kiểu phụ soma, niềm tin về triệu chứng soma và hành vi thì mạnh hơn những biểu hiện trong rối loạn triệu chứng cơ thể.

**RL sợ biến dạng cơ thể.** Trong RL sợ biến dạng cơ thể, các cá nhân là quá quan tâm, và bận tâm, một khiếm khuyết nhận thức về biểu hiện thể lý của mình. Ngược lại, trong rối loạn triệu chứng cơ thể, mối quan tâm về các triệu chứng cơ thể phản ánh nỗi lo sợ của căn bệnh tiềm ẩn, không phải của một khiếm khuyết về ngoại hình.

**RL Ám ảnh cưỡng chế.** Trong rối loạn triệu chứng cơ thể, những ý tưởng tái phát về các triệu chứng soma hay bệnh tật là ít xâm nhập, và các cá nhân có rối loạn này không thể hiện các hành vi lặp đi lặp lại liên quan nhằm giảm sự lo lắng như xảy ra trong OCD.

## V. Bệnh kèm

RL triệu chứng cơ thể có liên quan với tỷ lệ cao bệnh kèm với rối loạn y tế như là RL lo âu và trầm cảm. Khi một bệnh lý đồng thời hiện diện, dự đoán mức độ suy giảm sẽ đáng kể hơn so với bệnh lý đơn độc. Khi các triệu chứng của một cá nhân đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn triệu chứng cơ thể, rối loạn nên được chẩn đoán; Tuy nhiên, theo cách nhìn là có bệnh kèm thường xuyên, đặc biệt là với RL lo âu và RL trầm cảm, nên tìm kiếm thêm bằng chứng cho những chẩn đoán đồng thời.

## VI. Điều trị

A. Việc than phiền về thể chất xảy ra trong RL triệu chứng cơ thể là một biểu hiện của vấn đề cảm xúc. Tâm lý trị liệu là có lợi để giúp bệnh nhân tìm cách diễn đạt thích hợp hơn.

B. Bệnh nhân nên có một bác sĩ chăm sóc chính và cần được thăm khám định kỳ để giảm thiểu các nhu cầu dùng thuốc.

## Bài 2

### Rối loạn chuyển dạng

(RL Triệu chứng thần kinh chức năng)

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán RL chuyển dạng

A. Thay đổi một hoặc nhiều triệu chứng của vận động tự chủ hoặc chức năng giác quan.

B. Phát hiện lâm sàng cung cấp bằng chứng về sự không tương thích giữa các triệu chứng và sự công nhận về thần kinh học hoặc bệnh lý.

C. Các triệu chứng hoặc thâm hụt không được giải thích tốt hơn bởi một bệnh nội khoa hoặc tâm thần.

D. Các triệu chứng hoặc thâm hụt gây ra khó chịu có ý nghĩa lâm sàng hoặc suy giảm trong lĩnh vực xã hội, nghề nghiệp hoặc lĩnh vực chức năng quan trọng khác của hoặc qua giám định y khoa.

Mã hóa lưu ý: Các mã ICD-9-CM cho rối loạn chuyển dạng là 300.11, bất kể loại triệu chứng. Các mã ICD-10-CM thì phụ thuộc vào loại triệu chứng (xem dưới đây).

Xác định loại triệu chứng:

(F44.4) Vói chứng liệt.

(F44.4) Vói vận động bất thường (ví dụ, run, loạn trương lực vận động, rung giật cơ, rối loạn dáng đi)

(F44.4) Vói các triệu chứng nuốt

(F44.4) Vói triệu chứng lời nói (ví dụ, nói khó, nói lắp)

(F44.5) Vói cơn co giật hoặc co giật

(F44.6) Vói gây tê hoặc mất cảm giác

(F44.6) Vói triệu chứng giác quan đặc biệt (ví dụ, RL thị giác, khứu giác, hoặc rối loạn thính giác)

(F44.7) Vói các triệu chứng hỗn hợp

Ghi rõ nếu:

**Giai đoạn cấp tính:** Các triệu chứng xuất hiện ít hơn 6 tháng.

**Dai dẳng:** Các triệu chứng xảy ra trong 6 tháng hoặc hơn.

Ghi rõ nếu:

**Với tâm lý căng thẳng** (ghi rõ tác nhân gây stress)

**Không có căng thẳng về tâm lý**

## II. Các đặc điểm chẩn đoán

Nhiều bác sĩ sử dụng từ thay thế là "chức năng" (đề cập đến bất thường chức năng hệ thần kinh trung ương) hoặc "tâm lý" (đề cập đến một nguyên nhân giả định) để mô tả các triệu chứng của rối loạn chuyển dạng (rối loạn triệu chứng thần kinh chức năng). Trong rối loạn chuyển dạng, có thể có một hoặc nhiều triệu chứng của các loại khác nhau. Triệu chứng vận động bao gồm yếu hoặc liệt; vận động bất thường, chẳng hạn như run hoặc rối loạn vận động; bất thường về dáng đi; và bất thường điều bộ tay chân. Triệu chứng giác quan bao gồm thay đổi, giảm, hoặc không có cảm giác da, thị giác, thính giác. Các giai đoạn bất thường của chi chung chung run lên rõ rệt với suy yếu hoặc mất ý thức có thể giống với chứng động kinh (còn gọi là động kinh tâm lý hoặc cơn co giật không -động kinh). Có thể có cơn bất tỉnh không giống như bất tỉnh hoặc hôn mê. Các triệu chứng khác bao gồm giảm hoặc mất âm lượng lời nói (chứng khó nói / tắt tiếng), thay đổi khớp (dysarthria), một cảm giác của một khối u trong cổ họng (globus), và nhìn đôi.

Mặc dù chẩn đoán đòi hỏi rằng các triệu chứng không được giải thích bởi bệnh lý thần kinh, nó không nên được thực hiện cách sơ sài chỉ vì kết quả của khảo sát là bình thường hoặc vì các triệu chứng là "kỳ quái." Phải có kết quả lâm sàng cho thấy bằng chứng rõ ràng về sự không tương thích với các bệnh thần kinh. Mâu thuẫn bên trong lúc khám nghiệm là một cách để thể hiện sự không tương thích (ví dụ, chứng minh rằng những dấu hiệu thể chất gợi ra thông qua một phương pháp kiểm tra đã không còn dương tính khi được kiểm tra bằng một cách khác). Ví dụ về các kết quả kiểm tra này bao gồm:

- Dấu Hoover, trong đó yếu liệt vận động khớp hông trở lại bình thường khi gấp khớp hông bên đối xứng.
- Yếu liệt rõ rệt của mắt cá chân khi thử bẻ gập lại phía lòng bàn chân trên giường ở một BN là người có thể đi trên đầu ngón chân;
- Dương tính trong bài test run bắt chước. Trong thử nghiệm này, một run đơn giản có thể được xác định là do chức năng nếu run thay đổi khi BN bị phân tâm khỏi nó. Điều này có thể được quan sát thấy nếu cá nhân được yêu cầu hãy bắt chước người giám định trong việc làm một cử động nhịp nhàng với tay không bị bệnh của họ và điều này gây ra run rẩy chức năng để thay đổi như cái mà nó bắt chước hoặc "cố gắng" theo nhịp điệu của bàn tay không bị bệnh hoặc run chức năng bị đè nén, hoặc không còn thực hiện cử động theo nhịp điệu đơn giản.
- Trong cơn tương tự như động kinh hoặc ngất (cơn không-động kinh do "tâm lý"), sự biểu hiện đối mắt nhắm chặt chống lại việc mở ra hoặc một điện não đồng thời bình thường (mặc dù chỉ một điều này thì không đủ để loại trừ tất cả các hình thức của chứng động kinh hoặc ngất).
- Đối với các triệu chứng thị giác, một vùng thị giác hình ống (tức là, ống nhòm).

Điều quan trọng là cần lưu ý rằng việc chẩn đoán rối loạn chuyển dạng phải dựa trên các hình ảnh lâm sàng tổng thể chứ không phải trên một phát hiện lâm sàng duy nhất.

## III. Mức độ phổi biến

Các triệu chứng chuyển dạng thoảng qua là phổi biến, nhưng tỷ lệ chính xác của rối loạn này là không rõ. Điều này một phần là do việc chẩn đoán thường được đánh giá ở

cơ sở chăm sóc thứ cấp, ở đó có khoảng 5% trong số những BN được yêu cầu đi khám thần kinh. Tỷ lệ BN mắc các triệu chứng chuyển dạng dai dẳng được ước tính là 2-5/100.000 mỗi năm.

#### IV. Chẩn đoán phân biệt

Nếu các triệu chứng được giải thích tốt hơn bằng một RL tâm thần khác, thì chẩn đoán đó cần được thực hiện. Tuy nhiên, chẩn đoán rối loạn chuyển dạng có thể được thực hiện trong sự hiện diện của một RL tâm thần.

**Bệnh lý thần kinh.** Chẩn đoán phân biệt chủ yếu là bệnh lý thần kinh, nó có thể giải thích rõ hơn về triệu chứng. Sau khi đánh giá thần kinh kỹ lưỡng, một nguyên nhân bệnh thần kinh mà bất ngờ gây các triệu chứng thì hiếm khi được tìm thấy kèm theo. Tuy nhiên, đánh giá lại có thể được yêu cầu nếu các triệu chứng có tiến triển nặng thêm. RL chuyển dạng có thể cùng tồn tại với bệnh lý thần kinh.

**RL triệu chứng cơ thể.** RL chuyển dạng có thể được chẩn đoán bên cạnh RL triệu chứng cơ thể. Hầu hết các triệu chứng cơ thể gặp trong RL triệu chứng cơ thể không thể được chứng minh là rõ ràng không phù hợp với sinh lý bệnh (ví dụ, đau, mệt mỏi), trong khi ở các rối loạn chuyển dạng, mâu thuẫn đó là cần thiết cho chẩn đoán. Những ý nghĩ, cảm xúc quá nhiều, và hành vi đặc trưng của RL triệu chứng cơ thể thường vắng mặt trong rối loạn chuyển dạng.

**RL giả bệnh và làm bộ đau.** Việc chẩn đoán RL chuyển dạng không đòi hỏi sự phán xét rằng các triệu chứng không có ý gây ra (tức là không phải giả vờ), vì đánh giá về ý định có ý thức là không đáng tin cậy. Tuy nhiên bằng chứng xác định của giả vờ (ví dụ, bằng chứng rõ ràng mất chức năng có mặt trong quá trình kiểm tra nhưng không có lúc ở nhà) sẽ được đề nghị một chẩn đoán rối loạn giả bệnh nếu mục tiêu rõ ràng của cá nhân là đóng vai trò bị bệnh hoặc làm bộ đau với mục đích là để có được một lợi ích như là tiền bạc.

**RL phân ly.** Triệu chứng phân ly rất phổ biến ở người có rối loạn chuyển dạng. Nếu cả rối loạn chuyển dạng và rối loạn phân ly có mặt, cả hai chẩn đoán nên được thực hiện.

**RL sợ biến dạng cơ thể.** Cá nhân có RL sợ biến dạng cơ thể quá quan tâm về một khiếm khuyết nhận thức với ngoại hình của họ, nhưng không phản ánh về các triệu chứng của cảm giác hoặc hoạt động chức năng ở phần cơ thể bị ảnh hưởng.

**RL trầm cảm.** Trong rối loạn trầm cảm, BN có thể báo cáo bị nặng nề chung chung ở tay chân của họ, trong khi những suy yếu của rối loạn chuyển dạng thì khu trú và nỗi bật hơn. RL trầm cảm cũng được phân biệt bởi sự hiện diện của các triệu chứng cốt lõi của trầm cảm.

**RL hoảng loạn.** Triệu chứng thần kinh có chu kỳ (ví dụ, run và dị cảm) có thể xảy ra ở cả rối loạn chuyển dạng và cơn hoảng loạn. Trong cơn hoảng loạn, các triệu chứng thần kinh thường thoảng qua và cấp tính từng đợt với các triệu chứng tim mạch đặc trưng. Mất nhận thức cùng với mất trí nhớ về các cơn và co giật chỉ thi xảy ra trong cơn không-động kinh chứ không phải trong cơn hoảng loạn.

#### V. Bệnh kèm

RL lo âu, đặc biệt là RL hoảng loạn, và RL trầm cảm thường xảy ra đồng với rối loạn chuyển dạng. RL triệu chứng cơ thể cũng có thể cùng xảy ra. Rối loạn tâm thần, rối

loạn sử dụng chất và lạm dụng rượu thì không phổi biến. Rồi loạn nhân cách là phổi biến hơn ở người có rối loạn chuyển dạng hơn trong dân số nói chung. Bệnh lý thần kinh hoặc các bệnh lý khác thì thường cũng cùng tồn tại với rối loạn chuyển dạng.

#### V. Điều trị RL chuyển dạng

- A. Các triệu chứng thường kéo dài nhiều ngày đến vài tuần và thường khỏi một cách tự nhiên. Hỗ trợ, định hướng trí năng hoặc liệu pháp hành vi có thể tạo điều kiện phục hồi.
- B. Thuốc chống lo âu và thư giãn cũng có thể hữu ích trong một số trường hợp.

### Bài 3

#### RL lo âu sợ bệnh

##### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán 300,7 (F45.21)

- A. Mối bận tâm với việc có hoặc mắc phải một căn bệnh nghiêm trọng.
- B. Triệu chứng cơ thể là không có hoặc nếu có thì chỉ ở mức độ nhẹ. Nếu có một chứng bệnh khác hoặc có nguy cơ cao đối với việc phát triển một tình trạng bệnh lý (ví dụ, tiền sử gia đình), các mối bận tâm rõ ràng là quá mức hoặc không tương xứng.
- C. Có một sự lo lắng quá mức về sức khỏe, và các cá nhân có thể dễ dàng báo động về tình trạng sức khỏe của mình.
- D. Các cá nhân thực hiện quá nhiều hành vi liên quan đến sức khỏe (ví dụ, liên tục kiểm tra cơ thể của mình để tìm các dấu hiệu của bệnh), hoặc biểu hiện tránh né do thích ứng kém (ví dụ, tránh các cuộc hẹn bác sĩ và bệnh viện).
- E. Mối bận tâm về bệnh đã có mặt trong ít nhất 6 tháng, nhưng căn bệnh cụ thể gây sợ hãi có thể thay đổi theo thời gian đó.
- F. Các mối bận tâm liên quan đến bệnh lý không được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần, chẳng hạn như rối loạn triệu chứng cơ thể, rối loạn hoảng loạn, rối loạn lo âu lan tỏa, rối loạn sợ biến dạng cơ thể, rối loạn ám ảnh cưỡng chế, hoặc rối loạn hoang tưởng, loại soma.

Xác định rõ:

**Loại tìm kiếm- chăm sóc:** Thường sử dụng dịch vụ chăm sóc y tế, bao gồm cả khám bác sĩ hoặc làm các xét nghiệm và thủ thuật.

**Loại tránh né -chăm sóc:** Rất hiếm khi sử dụng dịch vụ chăm sóc y tế.

##### II. Các đặc điểm chẩn đoán

Hầu hết các cá nhân có RL nghi bệnh sẽ được phân loại là RL triệu chứng cơ thể; Tuy nhiên, trong một số ít trường hợp, việc chẩn đoán RL lo âu sợ bệnh áp dụng để thay

thé. RL lo âu sợ bệnh đòi hỏi một mối bận tâm với việc có hoặc không có bệnh nghiêm trọng, không có chẩn đoán y tế (Tiêu chí A). Triệu chứng cơ thể không có mặt hoặc, nếu có, chỉ ở mức độ nhẹ (Tiêu chí B). Một đánh giá toàn diện không xác định được bệnh lý nghiêm trọng nào khiến phải quan tâm. Trong khi mối quan tâm có thể được bắt nguồn từ một dấu hiệu thể chất không- bệnh lý hay cảm giác, sự khó chịu của cá nhân tỏ ra không phải chủ yếu từ các than phiền về thể chất của bản thân mà là từ sự lo lắng về ý nghĩa, tầm quan trọng, hay nguyên nhân của khiếu nại (tức là, nghi ngờ chẩn đoán y tế). Nếu có một dấu hiệu thể chất hoặc triệu chứng, nó thường là một cảm giác sinh lý bình thường (ví dụ, khi đứng dậy chóng mặt), một RL chức năng lành tính và tự giới hạn (ví dụ, thoáng ủ tai), hoặc một sự khó chịu của cơ thể không được coi là biểu hiện của bệnh (ví dụ, ợ hơi). Nếu có một tình trạng bệnh có thể chẩn đoán được thì lo lắng và bận tâm của cá nhân rõ ràng là quá nhiều và không tương xứng với mức độ nghiêm trọng của tình trạng (Tiêu chí B). Bằng chứng thực nghiệm và y văn liên quan của các DSM trước đây đã xác định RL nghi bệnh, và nó thiếu rõ ràng đến mức độ nào và làm thế nào để áp dụng chính xác cho các mô tả về chẩn đoán mới này.

Các mối bận tâm với ý tưởng mình bị mắc bệnh được đi kèm bởi sự lo lắng đáng kể về sức khỏe và bệnh tật (Tiêu chí C). Cá nhân có rối loạn lo âu sợ bệnh sẽ dễ dàng báo động về bệnh tật, chẳng hạn như bằng cách nghe về một người khác bị ốm hoặc đọc một câu chuyện tin tức về sức khỏe liên quan. Mối quan tâm của họ về căn bệnh không được chẩn đoán, không thỏa mãn với các phương tiện y tế, xét nghiệm chẩn đoán âm tính, hoặc lành tính. Nỗ lực của các bác sĩ để trấn an và giảm nhẹ triệu chứng thường không làm giảm bớt mối quan tâm của cá nhân và có thể nâng cao chúng. Mối quan tâm về căn bệnh giả định chiếm một vị trí nổi bật trong cuộc sống của cá nhân, ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày, và thậm chí có thể dẫn đến tàn phế. Căn bệnh trở thành bản sắc chính của cá nhân và là hình ảnh-tự họa, một chủ đề thường xuyên của tranh luận trong xã hội, và đặc tính đáp ứng với các sự kiện cuộc sống căng thẳng. Cá nhân có các rối loạn thường xuyên kiểm tra bản thân nhiều lần (ví dụ, kiểm tra cổ họng trong gương) (Tiêu chí D). Họ nghiên cứu bệnh nghi ngờ của họ quá mức (ví dụ, trên Internet) và liên tục tìm kiếm sự bảo đảm từ gia đình, bạn bè, hoặc bác sĩ. Sự lo lắng không ngừng này thường gây bức bối cho người khác và có thể dẫn đến căng thẳng đáng kể trong gia đình. Trong một số trường hợp, sự lo lắng dẫn đến việc thích ứng kén do tránh né các tình huống (ví dụ, thăm các thành viên gia đình bị ốm) hoặc các hoạt động (ví dụ, tập thể dục) vì họ lo sợ rằng có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của họ.

### III.Mức độ phổ biến

Ước tính mức độ phổ biến của RL lo âu sợ bệnh dựa trên ước tính của chẩn đoán hypochondriasis của DSM-III và DSM-RV. Tỷ lệ 1 đến 2 năm của sự lo lắng về sức khỏe và / hoặc xác tín bệnh lý trong các cuộc điều tra cộng đồng và các mẫu dựa trên dân số là khoảng từ 1,3% đến 10%. Trong quần thể bệnh cấp cứu, tỷ lệ 6 tháng / 1 năm là từ 3% và 8%. Sự phổ biến của rối loạn ngang nhau ở nam và nữ.

### IV.Chẩn đoán phân biệt

**Các tình trạng bệnh lý khác.** Việc xem xét chẩn đoán phân biệt đầu tiên là một tình trạng bệnh lý chung, bao gồm cả bệnh lý thần kinh hoặc nội tiết, bệnh lý ác tính chưa rõ, và các bệnh khác hưởng đến nhiều hệ cơ quan. Sự hiện diện của một tình trạng bệnh lý không loại trừ khả năng cùng tồn tại một RL lo âu sợ bệnh. Nếu hiện có một tình trạng bệnh lý, những lo âu liên quan sức khỏe và bệnh lý rõ ràng là không tương xứng với mức độ nghiêm trọng của nó. Mỗi bận tâm thoáng qua liên quan đến một tình trạng bệnh lý không tạo nên rối loạn lo âu sợ bệnh.

**Rối loạn thích ứng.** Lo lắng liên quan- sức khỏe là một phản ứng bình thường với chứng bệnh nặng và không phải là một rối loạn tâm thần. Lo lắng về sức khỏe không bệnh lý như vậy là có liên quan rõ ràng với các tình trạng bệnh và thường là có thời hạn. Nếu lo lắng về sức khỏe là đủ nặng, rối loạn thích ứng có thể được chẩn đoán. Tuy nhiên, chỉ khi những lo lắng về sức khỏe là đủ thời gian, mức độ nghiêm trọng, và khó chịu thì có thể chẩn đoán là rối loạn lo âu sợ bệnh. Như vậy, việc chẩn đoán đòi hỏi sự lo lắng kiên trì liên tục không cản xứng liên quan sức khỏe trong ít nhất là 6 tháng.

**RL triệu chứng cơ thể.** RL triệu chứng cơ thể được chẩn đoán khi hiện có các triệu chứng soma quan trọng. Ngược lại, các cá nhân có rối loạn lo âu sợ bệnh có triệu chứng soma tối thiểu và chủ yếu liên quan với ý tưởng là họ bị bệnh.

**Rối loạn lo âu.** Trong rối loạn lo âu lan tỏa, cá nhân lo lắng về nhiều sự kiện, tình huống, hoặc các hoạt động, chỉ có một trong số đó có thể liên quan đến sức khỏe. Trong rối loạn hoảng loạn, các cá nhân có thể có liên quan phản ánh các cuộc tấn công hoảng loạn về sự hiện diện của một căn bệnh; Tuy nhiên, mặc dù những người này có thể phải lo lắng về sức khỏe, sự lo lắng của họ thường rất cấp tính và theo đợt. Trong rối loạn lo âu sợ bệnh, sự lo lắng về sức khỏe và sợ hãi là dai dẳng hơn và lâu dài hơn. Cá nhân có rối loạn lo âu sợ bệnh có thể gặp cơn hoảng loạn được kích hoạt bởi những lo ngại về tình trạng bệnh.

**OCD và các rối loạn liên quan.** Cá nhân có rối loạn lo âu sợ bệnh có thể có suy nghĩ xâm nhập về việc có một căn bệnh và cũng có thể có liên quan đến hành vi cưỡng chế (ví dụ, tìm kiếm sự bảo đảm). Tuy nhiên, trong rối loạn lo âu sợ bệnh, các mối bận tâm thường tập trung vào việc có một căn bệnh, trong khi rối loạn ám ảnh cưỡng chế (OCD), những suy nghĩ đang xâm nhập và thường tập trung vào những lo ngại về việc một bệnh trong tương lai. Hầu hết các cá nhân với OCD có ám ảnh hay ép buộc liên quan đến mối quan tâm khác ngoài những lo ngại về nhiễm bệnh. Trong rối loạn sợ biến dạng cơ thể, mối quan tâm được giới hạn ở ngoại hình của BN, BN tự cho là bị lỗi hoặc thiếu sót.

**RL trầm cảm chủ yếu.** Một số cá nhân với một giai đoạn trầm cảm chủ yếu nghiêm ngâm về sức khỏe của mình và lo lắng quá mức về bệnh tật. Một chẩn đoán riêng của rối loạn lo âu sợ bệnh sẽ không được thực hiện nếu những lo lắng này chỉ xảy ra trong giai đoạn trầm cảm chủ yếu. Tuy nhiên, nếu quá việc lo lắng về bệnh tật vẫn còn sau khi đã thuyên giảm một giai đoạn trầm cảm, việc chẩn đoán rối loạn lo âu sợ bệnh nên được xem xét.

**RL loạn thần.** Cá nhân có rối loạn lo âu sợ bệnh không phải là hoang tưởng và có khả năng thừa nhận rằng các bệnh đang lo sợ là không có thật. Ý tưởng của họ không đạt được bền vững và cường độ nhìn thấy trong hoang tưởng soma xảy ra trong các rối loạn loạn thần (ví dụ, tâm thần phân liệt; rối loạn hoang tưởng, loại soma; trầm cảm, có biểu hiện tâm thần). Hoang tưởng soma đúng nói chung là kỳ lạ hơn (ví dụ, một cơ quan bị mục nát hay đã chết) so với những mối quan tâm được thấy trong rối loạn lo âu sợ bệnh. Các mối quan tâm được thấy trong rối loạn lo âu sợ bệnh là chính đáng, mặc dù không có thật trong thực tế.

## V. Bệnh kèm

Bởi vì rối loạn lo âu sợ bệnh là một rối loạn mới, các bệnh đi kèm chính xác chưa được biết. Hypochondriasis đồng xảy ra với rối loạn lo âu (đặc biệt là rối loạn lo âu lan tỏa, rối loạn hoảng loạn, và OCD) và các rối loạn trầm cảm. Khoảng hai phần ba trong số những cá nhân có rối loạn lo âu sợ bệnh có thể có kèm theo ít nhất một rối loạn tâm thần

lớn khác. Cá nhân có rối loạn lo âu sợ bệnh có thể có nguy cơ bị rối loạn rối loạn triệu chứng cơ thể và RL nhân cách

## VI. Điều trị

A. Cải thiện thường là kết quả từ sự bảo đảm đi khám bác sĩ thường xuyên. Trị liệu nhóm, chứ không phải là trị liệu cá nhân, là hữu ích nhất.

B. Cần được điều trị bệnh tâm thần kèm theo. Hypochondriasis đôi khi có nhiều đợt, và nó có thể liên quan đến các sự kiện cuộc sống căng thẳng. Có bằng chứng sơ bộ rằng thuốc SSRI giúp cải thiện.

## Bài 4

### RL giả bệnh (factitious)

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán 300.19 (F68.10)

##### Rối loạn giả bệnh tự áp đặt cho bản thân

A. Làm sai lệch các dấu hiệu hoặc các triệu chứng về thể chất hoặc tâm lý, hoặc cảm ứng của chấn thương hoặc bệnh tật, liên quan với sự lừa dối đã được xác định.

B. Các cá nhân thể hiện bản thân mình giống như là đang bị bệnh, bị khuyết tật, hoặc bị thương, để cho người khác thấy.

C. Các hành vi lừa dối là rõ rệt ngay cả trong trường hợp không có lợi ích rõ ràng bên ngoài.

D. Các hành vi này không được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần, chẳng hạn như rối loạn hoang tưởng hoặc một rối loạn loạn thần khác.

Xác định:

##### Một giai đoạn duy nhất

Nhiều giai đoạn tái phát (hai hoặc nhiều sự kiện giả mạo của bệnh tật và / hoặc cảm ứng với chấn thương)

##### Rối loạn giả bệnh được áp đặt trên người khác

##### (Trước đây gọi là: Rối loạn giả bệnh ủy thác)

A. Làm sai lệch các dấu hiệu hoặc các triệu chứng về thể chất hoặc tâm lý, hoặc cảm ứng của chấn thương hoặc bệnh tật, ở người khác, kết hợp với sự lừa dối được xác định.

B. BN giới thiệu về một người khác (nạn nhân) như là người bị bệnh, khiếm, hoặc bị thương cho những người khác.

C. Các hành vi lừa dối là hiển nhiên ngay cả trong trường hợp không có lợi ích bên ngoài rõ ràng.

D. Các hành vi không được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần, chẳng hạn như rối loạn hoang tưởng hoặc một rối loạn loạn thần khác.

Lưu ý: Các thủ phạm, không phải là nạn nhân, nhận được chẩn đoán này.

Chỉ định:

### Một giai đoạn duy nhất

**Giai đoạn tái phát** (hai hoặc nhiều sự kiện giả mạo của bệnh tật và / hoặc cảm ứng của chấn thương)

### II. Các đặc điểm chẩn đoán

Các tính năng thiết yếu của rối loạn giả bệnh là giả mạo các dấu hiệu bệnh lý hay tâm lý và triệu chứng trong bản thân hoặc những người khác có liên quan đến việc lừa dối được xác định. Cá nhân có rối loạn giả bệnh cũng có thể tìm cách điều trị cho chính mình hoặc một cảm ứng sau chấn thương hoặc bệnh tật. Việc chẩn đoán đòi hỏi phải chứng minh rằng các cá nhân đang có những hành động giả gièm để xuyên tạc, mô phỏng, hoặc gây ra dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh tật hoặc chấn thương khi không có các lợi ích bên ngoài rõ ràng. Phương pháp của bệnh giả mạo có thể bao gồm sự phỏng đại, chế tạo, mô phỏng, và cảm ứng. Trong khi một tình trạng bệnh lý có từ trước có thể có mặt, các hành vi lừa dối hoặc cảm ứng của thương tật gắn liền với sự lừa dối gây ra để những người khác xem cá nhân đó (hoặc người khác) là bị bệnh hoặc suy yếu trầm trọng hơn, và điều này có thể dẫn đến sự can thiệp lâm sàng quá mức. Cá nhân có rối loạn giả bệnh có thể, ví dụ, báo cáo cảm giác trầm cảm và muốn chết sau cái chết của một người bạn đời mặc dù cái chết không phải là sự thật hay các cá nhân không có vợ hoặc chồng; các giai đoạn báo cáo lừa bịp của các triệu chứng thần kinh (ví dụ, động kinh, chóng mặt, hoặc mù tạm thời); làm giả mẫu xét nghiệm (ví dụ, bằng cách thêm máu vào nước tiểu) để giả sự bất thường; làm sai lệch hồ sơ y tế để cho thấy có một bệnh; ăn một chất (ví dụ, insulin hoặc warfarin) để tạo ra một kết quả xét nghiệm bất thường hay bệnh tật; hoặc thể chất tự gây thương tích hoặc gây ra bệnh tật cho mình hay người khác (ví dụ, bằng cách tiêm các chất liệu phân để tạo ra một áp xe hoặc gây nhiễm trùng huyết).

### III. Mức độ phổ biến

Sự phổ biến của rối loạn giả bệnh là không rõ, có khả năng vì vai trò của sự lừa dối trong dân số này. Trong số các bệnh nhân tại bệnh viện, người ta ước tính rằng có khoảng 1% của các cá nhân có biểu hiện đáp ứng được các tiêu chí cho rối loạn giả bệnh.

### IV. Chẩn đoán phân biệt

Những người chăm sóc người nói dối về chấn thương hành hạ người phụ thuộc chỉ duy nhất để bảo vệ mình khỏi trách nhiệm sẽ không được chẩn đoán là mắc chứng rối loạn giả bệnh đối với người khác, vì việc tự bảo vệ khỏi trách nhiệm là một lợi ích bên ngoài (Tiêu chí C, các hành vi lừa đảo là điều hiển nhiên ngay cả trong trường hợp không có lợi ích bên ngoài rõ ràng). Người chăm sóc mà, khi quan sát, phân tích hồ sơ y tế, và / hoặc các cuộc phỏng vấn với những người khác, được tìm thấy ngay lập tức nói dối nhiều hơn nhu cầu tự bảo vệ sẽ được chẩn đoán mắc chứng rối loạn giả bệnh đối với người khác.

**RL triệu chứng cơ thể.** Trong rối loạn triệu chứng cơ thể, có thể có sự quan tâm quá mức và tìm kiếm mới quan tâm nhận thức bệnh, nhưng không có bằng chứng cho thấy các cá nhân cung cấp thông tin sai sự thật hoặc có hành vi lừa bịp.

**Làm bộ đau.** Làm bộ đau được phân biệt với các bệnh giả bệnh bằng các báo cáo có chủ ý của các triệu chứng cho lợi ích cá nhân (ví dụ, tiền bạc, thời gian nghỉ việc). Ngược lại, việc chẩn đoán các rối loạn giả bệnh đòi hỏi sự vắng mặt của phần thường rõ ràng.

**RL chuyển dạng** (RL triệu chứng thần kinh chức năng). RL chuyển dạng được đặc trưng bởi các triệu chứng thần kinh mà không phù hợp với sinh lý bệnh học thần kinh. RL giả bệnh với các triệu chứng thần kinh được phân biệt với RL chuyển dạng bởi bằng chứng về giả mạo lừa đảo của các triệu chứng.

**RL nhân cách ranh giới.** Cố ý tự hại thể lý trong trường hợp không có ý định tự tử cũng có thể xảy ra trong liên quan với các RL tâm thần khác như RL nhân cách ranh giới. RL giả bệnh đòi hỏi sự cảm ứng của chẩn thương xảy ra liên quan với sự lừa dối.

**Bệnh lý hoặc RL tâm thần không liên quan đến giả mạo triệu chứng có chủ ý.** Biểu hiện các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh tật mà không phù hợp với một tình trạng bệnh lý hoặc rối loạn tâm thần làm tăng khả năng của sự hiện diện của một RL giả bệnh. Tuy nhiên, việc chẩn đoán các RL giả bệnh không loại trừ sự hiện diện có thật của tình trạng bệnh hay rối loạn tâm thần, như bệnh kèm theo thường xảy ra ở các cá nhân có RL giả bệnh. Ví dụ, cá nhân có thể giả mạo làm tăng mức đường trong máu để tạo ra triệu chứng này cũng có thể mắc bệnh tiểu đường.

## V. Điều trị các RL giả bệnh

A. Không có điều trị cụ thể và tiên lượng rất tệ.

B. Mục tiêu là để sớm nhận ra tình trạng và ngăn chặn các thủ tục y tế cần thiết. Phối hợp chặt chẽ giữa các cán bộ y tế và bác sĩ tâm thần được khuyến khích.

# Chương 7

## RL chu kỳ thức ngủ

### Bài 1

#### RL Mất ngủ

##### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán 780,52 (G47.00)

A. Một phần phiền chủ yếu là không hài lòng với số lượng giấc ngủ hoặc chất lượng, kết hợp với một (hoặc nhiều hơn) các triệu chứng sau:

1. Khó bắt đầu giấc ngủ. (Ở trẻ em, điều này có thể biểu hiện như khó khăn bắt đầu giấc ngủ mà không cần sự can thiệp của người chăm sóc.)

2. Khó duy trì giấc ngủ, đặc trưng bởi thức giấc thường xuyên hoặc khó quay trở lại giấc ngủ sau khi thức giấc. (Ở trẻ em, điều này có thể biểu hiện như khó trở lại để ngủ mà không cần sự can thiệp của người chăm sóc.)

3. Thức dậy sớm và không có khả năng quay trở lại giấc ngủ.

B. Các rối loạn giấc ngủ gây ra đau khổ ý nghĩa lâm sàng hoặc suy giảm trong lĩnh vực quan trọng xã hội, nghề nghiệp, giáo dục, học tập, hành vi, hoặc chức năng khác của.

C. Khó ngủ xảy ra ít nhất 3 đêm mỗi tuần.

D. Khó ngủ có mặt trong ít nhất 3 tháng.

E. Khó ngủ xảy ra mặc dù có điều kiện thích hợp cho giấc ngủ.

F. Mất ngủ không được giải thích tốt hơn bằng và không xảy ra hoàn toàn trong quá trình rối loạn chu kỳ thức-nghỉ (ví dụ, chứng ngủ rũ, một rối loạn ngưng thở khi ngủ, rối loạn chu kỳ thức-nghỉ nhịp sinh học, một parasomnia).

G. Mất ngủ không phải là do những tác động sinh lý của một chất nào đó (ví dụ, một loại thuốc bị lạm dụng, một loại thuốc).

H. Cùng tồn tại rối loạn tâm thần và tình trạng bệnh lý không giải thích thỏa đáng than phiền chủ yếu của chứng mất ngủ.

Ghi rõ nếu:

Với rối loạn không ngủ kèm bệnh tâm thần, bao gồm rối loạn sử dụng chất

Với bệnh kèm khác

Với rối loạn giấc ngủ khác

**Mã hóa lưu ý:** Mã 780,52 (G47.00) áp dụng cho tất cả ba specifiers. Mã cũng nói lên mối liên quan với RL tâm thần, tình trạng bệnh lý, hoặc rối loạn giấc ngủ khác ngay sau mã ghi rối loạn mất ngủ để chỉ ra sự liên kết.

Ghi rõ nếu:

**Từng giai đoạn:** Các triệu chứng kéo dài ít nhất 1 tháng nhưng ít hơn 3 tháng.

**Kéo dài:** Các triệu chứng trước 3 tháng hoặc lâu hơn.

**Tái phát:** Hai giai đoạn (hoặc nhiều hơn) trong khoảng 1 năm.

**Lưu ý:** Mất ngủ cấp và mất ngủ ngắn hạn (ví dụ, các triệu chứng kéo dài ít hơn 3 tháng nhưng nếu không đáp ứng tất cả các tiêu chí liên quan đến tần suất, cường độ, sự khó chịu, và / hoặc suy giảm với) phải được mã hóa là một rối loạn mất ngủ biệt định khác.

## II. Các đặc điểm chẩn đoán

Các tính năng thiết yếu của rối loạn mất ngủ là không hài lòng với số lượng hoặc chất lượng giấc ngủ với than phiền về khó bắt đầu hoặc duy trì giấc ngủ. Việc than phiền, ngủ được đi kèm với khó chịu có ý nghĩa lâm sàng hoặc suy giảm trong lĩnh vực xã hội, nghề nghiệp hoặc lĩnh vực chức năng quan trọng khác. Các rối loạn giấc ngủ có thể xảy ra trong quá trình của một rối loạn tâm thần hoặc bệnh lý, hoặc nó có thể xảy ra một cách độc lập.

Biểu hiện khác nhau của chứng mất ngủ có thể xảy ra vào những thời điểm khác nhau trong giai đoạn giấc ngủ. Mất ngủ lúc bắt đầu (hoặc mất ngủ đầu giấc) liên quan đến việc khó bắt đầu giấc ngủ trước khi đi ngủ. Mất ngủ duy trì (hoặc mất ngủ giữa giấc) liên quan đến việc thức giấc thường xuyên hoặc kéo dài suốt đêm. Mất ngủ muộn liên quan đến sự tinh giác lúc sáng sớm mà không có khả năng quay trở lại giấc ngủ. Khó duy trì giấc ngủ là triệu chứng đơn độc phổ biến nhất của chứng mất ngủ, tiếp theo là khó rơi vào giấc ngủ, trong khi một sự kết hợp của những triệu chứng này là biểu hiện phổ biến nhất trên tổng thể. Các loại hình cụ thể của than phiền về giấc ngủ thường thay đổi theo thời gian. Cá nhân phản nản về khó ngủ đầu giấc trong một thời gian sau đó có thể phản nản khó duy trì giấc ngủ, và ngược lại. Các triệu chứng của khó ngủ đầu giấc và khó duy trì giấc ngủ có thể được định lượng bằng cách hỏi cứu tự báo cáo của cá nhân, nhật ký giấc ngủ, hoặc các phương pháp khác, chẳng hạn như actigraphy hoặc polysomnography, nhưng chẩn đoán rối loạn mất ngủ lại dựa trên nhận thức chủ quan của cá nhân về giấc ngủ hoặc một báo cáo của người chăm sóc.

**Giấc ngủ không hồi phục,** là than phiền về chất lượng giấc ngủ kém đã không giúp các cá nhân được nghỉ ngơi khi tinh dậy mặc dù đã ngủ đủ thời gian, đó chỉ là một than phiền về giấc ngủ phổ biến thường xảy ra liên quan với khó bắt đầu hoặc duy trì giấc ngủ, hoặc ít thường xuyên trong sự riêng biệt. Than phiền này cũng có thể được báo cáo kết hợp với rối loạn giấc ngủ khác (ví dụ, RL thở liên quan đến giấc ngủ). Khi một than phiền của giấc ngủ không hồi phục xảy ra đơn độc (tức là, trong trường hợp không khó khăn bắt đầu và / hoặc duy trì giấc ngủ), nhưng tất cả các tiêu chuẩn chẩn đoán liên quan đến tần suất, thời gian, và khó chịu ban ngày và suy giảm không được đáp ứng, thì sẽ chẩn đoán là RL mất ngủ biệt định khác hoặc RL mất ngủ không biệt định.

Ngoài các tiêu chuẩn tần số và thời gian cần thiết để chẩn đoán, tiêu chí bổ sung rất hữu ích để định lượng mất ngủ trầm trọng. Những tiêu chí định lượng, tùy ý, chỉ được ngử trễ chủ quan nhiều hơn 20-30 phút, và khó ngủ duy trì được xác định bởi một giấc ngủ chủ quan tinh thần sau giấc ngủ khởi phát ở nhiều hơn 20-30 phút. Mặc dù không có định nghĩa tiêu chuẩn của việc tinh giác buổi sáng sớm, các triệu chứng này liên quan đến việc tinh giác ít nhất 30 phút trước thời gian dự kiến và ít hơn tổng thời gian ngủ nhiều giờ. Nó là điều cần thiết để đưa vào tính toán không chỉ là thời điểm thức giấc mà còn là thời điểm đi ngủ vào buổi tối trước đó. Thức giấc lúc 04:00 AM không có ý nghĩa lâm sàng tương tự với những người đi ngủ vào lúc 09:00 PM so với người đi ngủ vào lúc 11:00 PM. Một triệu chứng này cũng có thể phản ánh một gián đoạn vào tuổi trong khả năng để duy trì giấc ngủ hay một sự thay đổi phụ thuộc vào tuổi trong thời gian của giấc ngủ chính.

RL mất ngủ liên quan đến khó chịu vào ban ngày cũng như ban đêm khó ngủ. Chúng bao gồm mệt mỏi hay, ít phô biến là buồn ngủ vào ban ngày; điều sau này thì phô biến hơn ở những người lớn tuổi và khi mất ngủ được kèm theo với một chứng bệnh khác (ví dụ, đau mạn tính) hoặc rối loạn giấc ngủ (ví dụ, ngung thở khi ngủ). Suy giảm trong hoạt động nhận thức có thể bao gồm những khó khăn với sự quan tâm, tập trung và trí nhớ, và ngay cả với thực hành nghề nghiệp đơn giản. RL khi sắc liên quan thường được mô tả như dễ bị kích thích hoặc khí sắc rối loạn cảm xúc và ít phô biến hơn như triệu chứng trầm cảm hoặc lo âu. Không phải tất cả các BN có rối loạn giấc ngủ vào ban đêm là khó chịu hay có suy giảm chức năng. Ví dụ, ngủ liên tục thường bị gián đoạn ở người lớn tuổi khỏe mạnh vẫn tự nhận mình là ngủ tốt. Một chẩn đoán rối loạn mất ngủ chỉ nên dành cho những cá nhân có khó chịu đáng kể vào ban ngày hoặc bị suy giảm liên quan đến chứng khó ngủ ban đêm của họ.

### III. Mức độ phô biến

Ước tính trên dân số có đến khoảng 1/3 người lớn báo cáo các triệu chứng mất ngủ, 10% -15% trải nghiệm liên quan đến suy giảm chức năng ban ngày, và 6% -10% có triệu chứng đáp ứng các tiêu chí của RL mất ngủ. RL mất ngủ là bệnh thường gặp nhất của tất cả các rối loạn giấc ngủ. Tại cơ sở chăm sóc ban đầu, khoảng 10% -20% các BN phản nản về các triệu chứng mất ngủ đáng kể. Mất ngủ là một khiếu nại phô biến ở phụ nữ hơn ở nam giới, với tỷ lệ giới tính khoảng 1,44: 1. Mặc dù mất ngủ có thể là một triệu chứng hoặc một rối loạn độc lập, nó hầu như được thấy như một tình trạng kèm theo với một chứng bệnh hoặc rối loạn tâm thần. Ví dụ, 40% -50% của các cá nhân với chứng mất ngủ cũng đồng thời có một rối loạn tâm thần kèm theo.

### IV. Chẩn đoán phân biệt

**Các dạng giấc ngủ bình thường.** Thời gian ngủ bình thường khác nhau đáng kể giữa các cá nhân. Một số cá nhân có nhu cầu ngủ ít ("người ngủ ít") có thể quan tâm đến thời gian ngủ của họ. Người ngủ ít khác với các cá nhân có rối loạn mất ngủ do khó rời vào hoặc duy trì giấc ngủ và bởi sự vắng mặt của các triệu chứng đặc trưng ban ngày (ví dụ, mệt mỏi, mất tập trung, dễ bị kích thích). Tuy nhiên, một người ngủ ít có thể mong muốn hoặc cố ngủ lâu hơn, và do kéo dài thời gian nằm trên giường, có thể tạo ra một dạng giống như mất ngủ. Mất ngủ lâm sàng cũng cần được phân biệt, thay đổi giấc ngủ liên quan đến tuổi bình thường. Mất ngủ cũng phải được phân biệt với chứng mất ngủ do không có đầy đủ cơ hội hoặc hoàn cảnh cho giấc ngủ hiệu quả, ví dụ, do một trường hợp khẩn cấp hoặc do nghĩa vụ nghề nghiệp hoặc già dinh buộc các cá nhân phải tỉnh thức.

**Mất ngủ tình huống / cấp tính.** Mất ngủ tình huống / cấp tính là một tình trạng kéo dài vài ngày đến vài tuần, thường gắn liền với các sự kiện cuộc sống hoặc với những thay đổi trong lịch trình giấc ngủ. Những triệu chứng mất ngủ cấp hoặc ngắn hạn cũng có thể tạo ra căng thẳng đáng kể và gây trở ngại cho hoạt động xã hội, cá nhân và nghề nghiệp. Khi các triệu chứng như vậy là đủ thường xuyên và đáp ứng tất cả các tiêu chí khác, ngoại trừ trong thời gian 3 tháng, một chẩn đoán rối loạn mất ngủ biệt định hoặc rối loạn mất ngủ không biệt định được thực hiện.

**Giai đoạn trì hoãn giấc ngủ và làm việc theo ca của rối loạn nhịp thức-ngủ sinh học.** Cá nhân với trì hoãn loại giai đoạn giấc ngủ của nhịp điệu giấc ngủ-thức bao cáo RL giấc ngủ, bắt đầu mất ngủ sinh học chỉ khi họ có gắng để ngủ vào những thời điểm xã hội bình thường, nhưng họ không báo cáo khó ngủ hoặc duy trì giấc ngủ khi giường của họ và thời gian tăng đang bị trì hoãn và trùng với nhịp sinh học nội sinh của họ. Loại hình công việc thay đổi khác với rối loạn mất ngủ bởi lịch sử của việc thay đổi gần đây.

**Hội chứng chân không yên.** Hội chứng chân không yên thường tạo ra những khó khăn bắt đầu và duy trì giấc ngủ. Tuy nhiên, một sự thay đổi để di chuyển chân và bắt kỳ cảm giác chân khó chịu kèm theo là đặc điểm để phân biệt rối loạn này với rối loạn mất ngủ.

**RL giấc ngủ liên quan hô hấp.** Hầu hết các cá nhân có rối loạn giấc ngủ liên quan đến hô hấp có một tiền sử của chứng ngáy to, ngưng thở khi ngủ, và buồn ngủ ban ngày quá mức. Tuy nhiên, khoảng 50% các cá nhân với chứng ngưng thở khi ngủ cũng có thể báo cáo các triệu chứng mất ngủ, đặc điểm này là phổ biến hơn ở phụ nữ và người lớn tuổi.

**Chứng ngủ rũ.** Chứng ngủ rũ có thể gây ra than phiền mất ngủ nhưng được phân biệt với rối loạn mất ngủ bởi ưu thế của các triệu chứng buồn ngủ quá mức vào ban ngày, cataplexy, bóng đè, và ảo giác liên quan giấc ngủ.

**Parasomnias.**(Miền hành) Parasomnias được đặc trưng bởi một lời phản nản về hành vi hoặc sự kiện bất thường trong khi ngủ có thể dẫn đến thức giấc liên tục và khó nói lại giấc ngủ. Tuy nhiên, đó là những sự kiện hành vi, chứ không phải là do mất ngủ chi phối các hình ảnh lâm sàng.

**RL giấc ngủ do chất / thuốc gây ra, kiếu mất ngủ.** Chất / thuốc gây rối loạn giấc ngủ, kiếu mất ngủ, được phân biệt với rối loạn mất ngủ bởi thực tế là một chất (ví dụ, một loại thuốc bị lạm dụng, một loại thuốc, hoặc tiếp xúc với một chất độc) được đánh giá là nguyên nhân liên quan đến mất ngủ (xem "Rối loạn giấc ngủ do chất / thuốc gây ra" ở phần sau của chương này). Ví dụ, mất ngủ chỉ xảy ra trong bối cảnh tiêu thụ cà phê nặng sẽ được chẩn đoán là rối loạn giấc ngủ do caffeine gây ra, kiếu mất ngủ, với khởi phát trong quá trình nhiễm độc.

## V. Bệnh kèm

Mất ngủ là một bệnh kèm phổ biến của nhiều tình trạng bệnh lý, bao gồm cả bệnh tiểu đường, bệnh mạch vành, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, viêm khớp, đau cơ xo hõa, và các chứng đau mãn tính khác. Các mối quan hệ có nguy cơ xuất hiện hai chiều: mất ngủ làm tăng nguy cơ các bệnh lý, và các bệnh lý làm tăng nguy cơ của chứng mất ngủ. Định hướng của mối quan hệ không phải là luôn luôn rõ ràng và có thể thay đổi theo thời gian; vì lý do này, mất ngủ kèm theo là thuật ngữ thường dùng trong sự hiện diện của các trường hợp mất ngủ kèm một bệnh lý (hoặc rối loạn tâm thần).

Cá nhân có rối loạn mất ngủ thường xuyên sẽ có rối loạn tâm thần kèm theo, đặc biệt là lưỡng cực, trầm cảm và rối loạn lo âu. Mất ngủ dai dẳng đại diện cho một yếu tố nguy cơ hay một triệu chứng sớm của lưỡng cực, trầm cảm, lo âu và rối loạn sử dụng chất sau này. Cá nhân với chứng mất ngủ có thể lạm dụng thuốc hoặc rượu để giúp ngủ ban đêm, thuốc giải lo âu để chống lại sự căng thẳng hay lo âu, và caffeine hoặc các chất kích thích khác để chống lại sự mệt mỏi quá mức. Ngoài việc làm xấu thêm triệu chứng mất ngủ, loại hình sử dụng chất có thể trong một số trường hợp tiến triển đến một chứng rối loạn sử dụng chất.

## VI. Điều trị

A. Tạm thời sử dụng (dưới 1 tháng) một benzodiazepin tác dụng ngắn hạn là đặc biệt hữu ích khi đã nhận diện được nguyên nhân (ví dụ, cái chết của một người thân).

B. zolpidem (Ambien) và zaleplon (Sonata) có lợi thế của việc đạt được kết quả giấc ngủ với ít dung nạp và ít gây ngủ vào ban ngày.

C. **Tính an toàn của các benzodiazepin** và chất chủ vận thụ thể benzodiazepine là tốt; quá liều gây chết người là rất hiếm, trừ khi các benzodiazepin được dùng chung với rượu.

D.Zolpidem (Ambien) là một chất đồng vận thu thể benzodiazepine với một half-life ngắn mà có hiệu quả trong việc gây khởi phát giấc ngủ và thúc đẩy duy trì giấc ngủ. Zolpidem ít gây suy giảm trí nhớ và thể hiện tâm thần vận động tốt hơn so với zaleplon.

E. Zaleplon (Sonata) là một chất chủ vận thụ thể benzodiazepine được hấp thu nhanh ( $t_{max} = 1$  giờ) và có một thời gian bán thải ngắn: 1 giờ. Zaleplon không làm giảm trí nhớ hoặc tâm thần chức năng khi ngủ dậy vào buổi sáng. Zaleplon không gây tồn thương còn lại khi thuốc được dùng vào giữa đêm. Nó có thể được sử dụng trước khi đi ngủ hoặc sau khi bệnh nhân đã cố gắng để đi vào giấc ngủ một cách tự nhiên.

F. Eszopiclone (Lunesta) là 1 chủ vận thụ thể BZD với thời gian bán thải là 6 giờ có hiệu quả bao gồm khởi phát và duy trì giấc ngủ. Eszopiclone ít gây suy giảm trí nhớ và thể hiện tâm thần vận động tốt hơn so với zaleplon.

Ramelteon (Rozerem) chặn thụ thể melatonin MT<sub>1</sub>, MT<sub>2</sub>) và hữu ích trong mất ngủ do khó khởi đầu giấc ngủ. Không có lạm dụng thuốc, cũng không gây suy giảm nhận thức hoặc ức chế TKTW.

G. Benzodiazepines với thời gian bán thải dài, chẳng hạn như flurazepam (Dalmane), có thể có hiệu quả trong việc thúc đẩy sự khởi đầu giấc ngủ và duy trì giấc ngủ. Những loại thuốc này có thể có tác dụng mở rộng vượt ra ngoài thời gian ngủ mong muốn, dẫn đến buồn ngủ vào ban ngày hoặc làm suy giảm chức năng.

H. Thuốc chống trầm cảm an thần đôi khi được sử dụng như là một thay thế cho các thuốc benzodiazepin hoặc thuốc chủ vận thụ thể benzodiazepine. Amitriptyline (Elavil), 25-50 mg lúc đi ngủ, doxepin (Sinequan) 50 mg, mirtazapine (Remeron) 7.5-15 mg, hoặc trazodone (Desyrel), 50-100 mg, 70 là lựa chọn phổ biến.

## J. Vệ sinh giấc ngủ:

1. Khuyến khích bệnh nhân duy trì giờ giấc thức dậy và đi ngủ cùng thời điểm vào mỗi ngày.

2. Tránh ăn nhiều trước khi ngủ.

3. Ngưng dùng các chất kích thích: café, rượu, thuốc lá.
4. Tránh ngủ ngày.
5. Khuyến khích tập thể dục đều đặn, nhưng không tập thể dục trước giờ đi ngủ.
6. Cho phép có một giai đoạn thư giãn trước giờ ngủ (tắm nước nóng).

**Bảng 1: thuốc chữa mất ngủ**

thuốc	liều	Tg bán thải	Lưu ý
Zolpidem (Ambien, Ambien CR)	5-10 mg 6.25-12.5mg	3 giờ	Non BZD, không nôn nao ban ngày, CR cung cấp thời gian tác dụng dài hơn.
Zaleplon (Sonata)	5-10mg	1 giờ	Non-BZD, không nôn nao ban ngày.
Eszopiclon. (Lunesta)	2-3 mg	6 giờ	Non- BZD,
Triazolam (Halcion)	0.125– 0.25mg qhs	2 giờ	Tg ngắn, một số bn có kinh nghiệm RL tiếp nhận
Temazepam (Restoril)	7.5-30mg qhs	11 giờ	BZD
Flurazepam (Dalmane)	15-30 mg	100 giờ	thường nôn nao. Có thể tích lũy ở người già. BZD
Ramelteon (Rozerem)	8mg qhs	chuyển hóa ít hoạt động	Non BZD, tg bán hủy 1-2g. không gây lạm dụng
Trazodone (Desyrel)	25-100 mg	Dài	RL cường dương- hiếm
Doxepin (Sinequan)	50-100 mg	Dài	TDP: anticholinergic
Amitriptylin (Elavil)	25-50 mg	Dài	TDP: anticholinergic
Mirtazapin (Remeron)	7.5-15 mg	Dài	An thần nhiều ở liều thấp.
Dyphenhydramin (Benadryl)	50 mg	NA	Tác dụng bị giới hạn do mất ngủ nhẹ ban đầu

## Bài 2

### Rối loạn buồn ngủ-quá mức

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán 780,54 (G47.10)

A. BN tự báo cáo là buồn ngủ-quá mức (hypersomnolence) mặc dù một thời gian ngủ chính kéo dài ít nhất là 7 giờ, với ít nhất một trong các triệu chứng sau đây:

1. Các giai đoạn tái phát của giấc ngủ hoặc mất hiệu lực vào giấc ngủ trong cùng một ngày.
2. Giấc ngủ chính kéo dài hơn 9 giờ mỗi ngày mà vẫn không hồi phục (tức là, không hết buồn ngủ).
3. Khó tỉnh táo hoàn toàn khi bị đánh thức đột ngột.
- B. Buồn ngủ-quá mức xảy ra ít nhất ba lần mỗi tuần, trong ít nhất 3 tháng.
- C. Buồn ngủ-quá mức được đi kèm với khó chịu đáng kể hoặc suy giảm trong lĩnh vực về nhận thức, xã hội, nghề nghiệp hoặc lĩnh vực chức năng quan trọng khác.
- D. Các hypersomnolence không được giải thích tốt hơn bằng và không xảy ra hoàn toàn trong quá trình rối loạn giấc ngủ (ví dụ, chứng ngủ rũ, rối loạn giấc ngủ liên quan đến hô hấp, rối loạn nhịp sinh học thức-nghỉ, hoặc một parasomnia).
- E. Các hypersomnolence không phải là do những tác động sinh lý của một chất nào đó (ví dụ, một loại thuốc bị lạm dụng, một loại thuốc).
- F. Cùng tồn tại rối loạn tâm thần và bệnh lý không giải thích thỏa đáng than phiền chủ yếu của hypersomnolence.

Ghi rõ nếu:

Với rối loạn tâm thần, bao gồm rối loạn sử dụng chất

Với tình trạng bệnh lý.

Với một rối loạn giấc ngủ

Mã hóa lưu ý: Mã 780,54 (G47.10) áp dụng cho tất cả ba specifiers. Mã cũng là liên quan rối loạn có liên quan về RL tâm thần, bệnh lý, hoặc rối loạn giấc ngủ khác ngay sau mã rối loạn hypersomnolence để chỉ rõ sự liên kết.

Ghi rõ nếu:

**Cấp tính:** Thời gian ít hơn 1 tháng.

**Bán cấp:** Thời gian từ 1-3 tháng.

**Dài dằng:** Thời gian hơn 3 tháng.

Xác định mức độ nghiêm trọng hiện nay:

Xác định mức độ nghiêm trọng dựa trên mức độ khó duy trì sự tỉnh táo vào ban ngày như biểu hiện bằng sự xuất hiện của nhiều cơn buồn ngủ không thể cưỡng lại trong bất kỳ ngày nào xảy ra, ví dụ, trong khi ít vận động, lái xe, tham quan với bạn bè, hoặc làm việc.

**Nhẹ:** Khó duy trì sự tỉnh táo vào ban ngày 1-2 ngày / tuần.

**Trung bình:** Khó duy trì sự tỉnh táo vào ban ngày 3-4 ngày / tuần.

**Nặng:** Khó duy trì sự tỉnh táo vào ban ngày 5-7 ngày / tuần.

## II. Các đặc điểm chẩn đoán

Hypersomnolence là một thuật ngữ chẩn đoán rộng và bao gồm các triệu chứng về số lượng giấc ngủ quá nhiều (ví dụ như, giấc ngủ dài ban đêm hay ngủ ngày không chủ ý), giảm chất lượng tinh táo (tức là, ngủ trong lúc cần tỉnh táo được thể hiện bởi việc khó thức tỉnh, không có khả năng tỉnh táo khi cần), và quanity giấc ngủ (tức là, có một khoảng thời gian bị suy yếu và giảm cảnh giác sau thức dậy từ giấc ngủ thông thường hoặc từ một giấc ngủ ngắn) (Tiêu chí A). Cá nhân có rối loạn này rơi vào giấc ngủ một cách nhanh chóng và có hiệu quả giấc ngủ tốt (> 90%). Họ có thể gặp khó khăn khi thức dậy vào buổi sáng, đôi khi xuất hiện lú lẫn, khoa tay chân, hoặc lảo đảo. Suy giảm kéo dài này của sự tỉnh táo vào quá trình chuyển đổi thức-nghỉ thường được gọi là quanity giấc ngủ (tức là, say ngủ). Nó cũng có thể xảy ra khi tỉnh dậy từ một giấc ngủ ngắn vào ban ngày. Trong thời gian đó, các cá nhân xuất hiện tinh táo, nhưng có một sự suy giảm trong kỹ năng vận động, hành vi có thể rất không thích hợp, và thậm chí trí nhớ, mắt phượng hướng về thời gian và không gian, và có thể kèm theo van rên rít. Giai đoạn này có thể kéo dài vài phút đến vài giờ.

Sự cần thiết phải ngủ liên tục có thể dẫn đến hành vi tự động (thường là rất thường xuyên, kiểu phúc tạp thấp) cá nhân thường thực hiện với rất ít hoặc không có phản hồi tiếp theo. Ví dụ, các cá nhân có thể nhận ra chính mình lái xe một vài dặm từ nơi mà họ nghỉ, không biết gì về việc "tự động" lái xe mà họ đã làm trong những phút trước đó. Đôi với một số cá nhân có rối loạn hypersomnolence, giấc ngủ chính (đối với hầu hết các cá nhân, giấc ngủ ban đêm) kéo dài 9 tiếng hoặc nhiều hơn. Tuy nhiên, những giấc ngủ thường là không hồi phục và kéo theo là sự thức giấc khó khăn vào buổi sáng. Đôi với cá nhân khác có rối loạn hypersomnolence, giấc ngủ chính là thời gian ngủ ban đêm bình thường (6-9 giờ). Trong những trường hợp này, sự buồn ngủ quá mức được đặc trưng bởi một số những giấc ngủ ngắn vào ban ngày không chủ ý. Những giấc ngủ ngắn vào ban ngày có xu hướng tương đối dài (thường kéo dài 1 giờ hoặc nhiều hơn), có trải nghiệm không hồi phục (tức là, không đủ giấc), và không dẫn đến cải thiện sự tỉnh táo. BN hypersomnolence có những giấc ngủ ngắn ban ngày gần như hàng ngày bất kể thời gian ngủ ban đêm. Chất lượng giấc ngủ chủ quan có thể hoặc có thể không được báo cáo là tốt. Các cá nhân thường cảm thấy buồn ngủ đang tiến triển trong một khoảng thời gian, chứ không phải là bị một giấc ngủ bất ngờ "tấn công". Giấc ngủ không chủ ý thường xảy ra trong tình huống ít kích thích và ít hoạt động (ví dụ, khi tham dự các bài giảng, đọc sách, xem truyền hình, hoặc lái xe đường dài), nhưng trong trường hợp nghiêm trọng hơn họ có thể biểu hiện trong các tình huống cần sự chú ý cao như trong công việc, trong cuộc họp hoặc tại các cuộc tụ họp xã hội.

## III. Mức độ phỏ biến

Khoảng 5% -10% của các cá nhân tham khảo ý kiến trong các rối loạn giấc ngủ ở phòng khám có than phiền về buồn ngủ ban ngày được chẩn đoán là có rối loạn

hypersomnolence. Người ta ước tính rằng có khoảng 1% dân số nói chung châu Âu và Hoa Kỳ có giai đoạn quấn tinh giấc ngủ. Hypersomnolence xảy ra với tần số tương đối bằng nhau ở nam và nữ.

#### IV. Chẩn đoán phân biệt

**Thay đổi bình thường của giấc ngủ.** Thời gian ngủ "Bình thường" khác nhau đáng kể trong dân số nói chung. "Người ngủ nhiều" (tức là, các cá nhân đòi hỏi một lượng lớn hơn so với trung bình của giấc ngủ) không có buồn ngủ quá mức, quấn tinh giấc ngủ, hoặc hành vi tự động khi họ đảm bảo nhu cầu của họ về giấc ngủ ban đêm. Giấc ngủ được báo cáo là có hồi phục. Nếu nhu cầu xã hội hoặc nghề nghiệp dẫn đến giấc ngủ ban đêm ngắn hơn, các triệu chứng ban ngày có thể xuất hiện. Trong rối loạn hypersomnolence, ngược lại, các triệu chứng buồn ngủ quá mức xảy ra bất kể thời gian ngủ ban đêm. Một số lượng không đầy đủ của giấc ngủ vào ban đêm, hoặc hội chứng thiếu ngủ tập tính gây ra, có thể gây ra các triệu chứng buồn ngủ ban ngày rất giống như của hypersomnolence. Một thời gian ngủ trung bình ít hơn 7 giờ mỗi đêm rõ ràng cho thấy giấc ngủ đêm không đầy đủ, và trung bình là hơn 9-10 giờ ngủ mỗi 24 giờ cho thấy hypersomnolence. Cá nhân với giấc ngủ ban đêm không đủ thường "bất kịp" với thời gian ngủ dài hơn vào những ngày khi họ được tự do khỏi nhu cầu xã hội hoặc nghề nghiệp hoặc các kỳ nghỉ. Không giống như hypersomnolence, thiếu ngủ về đêm dường như tồn tại không suy giảm trong nhiều thập kỷ. Một chẩn đoán rối loạn hypersomnolence không nên được thực hiện nếu có vấn đề liên quan đến mức độ đầy đủ của thời gian ngủ ban đêm. Một thử nghiệm chẩn đoán và điều trị có quan sát giấc ngủ trong 10-14 ngày thường có thể làm rõ chẩn đoán.

**Giấc ngủ có chất lượng kém và mệt mỏi.** RL Hypersomnolence nên được phân biệt với cơn buồn ngủ quá mức liên quan đến không đủ số lượng hoặc chất lượng giấc ngủ và mệt mỏi (tức là, mệt mỏi không nhất thiết phải giảm bằng cách gia tăng giấc ngủ và không liên quan đến số lượng hoặc chất lượng giấc ngủ). Buồn ngủ quá mức và mệt mỏi thường khó phân biệt và có thể chồng lấp lên nhau đáng kể.

**RL giấc ngủ liên quan hô hấp.** Cá nhân với hypersomnolence và RL giấc ngủ liên quan hô hấp thường có mô hình tương tự của các cơn buồn ngủ quá mức. RL giấc ngủ liên quan hô hấp được đề xuất bởi một tiền sử của chứng ngáy to, tạm ngưng thở trong khi ngủ, chấn thương não, hoặc bệnh tim mạch và sự hiện diện của bệnh béo phì, các bất thường giải phẫu họng, cao huyết áp hoặc suy tim trên khám lâm sàng. Nghiên cứu Polysomnographie có thể xác nhận sự hiện diện của sự kiện ngưng thở trong rối loạn giấc ngủ liên quan đến hô hấp (và sự vắng mặt của chúng trong rối loạn hypersomnolence).

**RL nhịp sinh học thức-ngủ.** RL nhịp sinh học thức-ngủ thường được đặc trưng bởi cơn buồn ngủ ban ngày. Một bệnh sử có một lịch trình thức-ngủ bất thường (chuyển múi giờ hoặc giờ giấc bất thường) hiện diện ở những người bị rối loạn nhịp sinh học thức-ngủ.

**Miên hành.** Miên hành hiếm khi kéo dài, không bị xáo trộn giấc ngủ ban đêm hoặc buồn ngủ ban ngày như đặc trưng của rối loạn hypersomnolence.

**RL tâm thần khác.** RL Hypersomnolence phải được phân biệt với các RL tâm thần mà bao gồm hypersomnolence là một tinh năng cần thiết hoặc có liên quan. Đặc biệt, khiếu nại của buồn ngủ ban ngày có thể xảy ra trong một giai đoạn trầm cảm chủ yếu, với các tinh năng không điển hình, và trong giai đoạn trầm cảm của rối loạn lưỡng cực. Đánh giá cho các rối loạn tâm thần khác là điều cần thiết trước khi xem xét chẩn đoán

RL hypersomnolence. Một chẩn đoán RL hypersomnolence có thể được thực hiện trong sự hiện diện của một rối loạn tâm thần hiện tại hay quá khứ.

#### V.Bệnh kèm

Hypersomnolence có thể được kết hợp với rối loạn trầm cảm, rối loạn lưỡng cực (trong một giai đoạn trầm cảm), và RL trầm cảm chủ yếu, với mô hình theo mùa. Nhiều cá nhân bị rối loạn hypersomnolence có triệu chứng của bệnh trầm cảm có thể đáp ứng tiêu chuẩn của một rối loạn trầm cảm. Biểu hiện này có thể liên quan đến các hậu quả tâm lý của dai dẳng tăng nhu cầu ngủ. Cá nhân có rối loạn hypersomnolence cũng có nguy cơ bị rối loạn liên quan đến chất, đặc biệt là liên quan đến việc tự dùng các chất kích thích. Việc thiếu các đặc trưng có thể góp phần vào hồ sơ rất không đồng nhất giữa các cá nhân có triệu chứng đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán tương tự cho rối loạn hypersomnolence. Bệnh lý thoái hóa thần kinh như bệnh Alzheimer, bệnh Parkinson, và teo đa cơ, cũng có thể được liên quan với hypersomnolence.

**IV. Điều trị.** Đối với buồn ngủ ban ngày các chất kích thích như amphetamine hoặc methylphenidate (Ritalin), được dùng vào buổi sáng, rất hữu ích. Modafinil (Provigil) là 1 chất kích thích non amphetamine được công nhận để điều trị ngủ ngày quá mức liên quan với chứng ngủ rũ (narcolepsy). Modafinil có hiệu quả ở liều 100-200 mg dùng vào buổi sáng.

## Bài 3

### Chứng ngủ rũ (narcolepsy)

#### Chứng ngủ rũ

##### I.Tiêu chuẩn chẩn đoán

A. Những giai đoạn tái phát của một nhu cầu ngủ không thể kìm nén, bị rơi vào giấc ngủ, hoặc ngủ trưa xảy ra trong cùng một ngày. Điều này phải đã xảy ra ít nhất ba lần mỗi tuần trong vòng 3 tháng qua.

B. Sự hiện diện của ít nhất một trong các cách sau:

1. Các cơn ngắt (cataplexy), được định nghĩa như là (a) hoặc (b), xảy ra ít nhất một vài lần mỗi tháng:

a. Ở những bệnh nhân bị bệnh từ lâu, có cơn ngắn (từ vài giây đến vài phút) đột ngột mất vận động lời nói nhưng vẫn duy trì ý thức làm gián đoạn tiếng cười hay lời nói đùa.

b. Ở trẻ em hoặc cá nhân trong vòng 6 tháng kể từ khi bắt đầu, nhăn mặt tự phát hoặc các giai đoạn hàm mở với sự đầy lưỡi hoặc giảm trương lực hoàn toàn, mà rõ ràng không do bất kỳ cảm xúc nào gây nên.

2. Thiếu Hypocretin, bằng XN dịch não tuy (CSF) đo trị số hypocretin-1 immunoreactivity (nhỏ hơn hoặc bằng một phần ba giá trị thu được ở người khỏe mạnh được XN cùng loại test này, hoặc ít hơn hoặc bằng 110 pg / mL). mức hypocretin-1 CSF

thấp không được quan sát thấy trong bối cảnh cấp tính tổn thương não, viêm hoặc nhiễm trùng.

3. Khảo sát giấc ngủ ban đêm qua máy polysomnography cho thấy mắt chuyển động nhanh (REM) khi ngủ tiềm tàng ít hơn hoặc bằng 15 phút, hay một thử nghiệm nhiều giấc ngủ tiềm tàng cho thấy một giấc ngủ tiềm tàng ít hơn hoặc bằng 8 phút và hai hoặc nhiều giai đoạn giấc ngủ REM khởi phát.

Xác định:

**347,00 (G47.419) Chứng ngủ rũ không cataplexy nhưng thiếu hypocretin:** Tiêu chí B yêu cầu hypocretin-1 dịch não tuy ở mức thấp và polysomnography dương tính / nhiều test ngủ trễ được đáp ứng, nhưng hiện tại không có cataplexy (Tiêu chuẩn B1 không đáp ứng).

**347,01 (G47.411) Chứng ngủ rũ với cataplexy nhưng không thiếu hụt hypocretin:** Trong kiểu phụ hiếm hoi này (dưới 5% các trường hợp chứng ngủ rũ), các yêu cầu tiêu chí B của cataplexy và thử nghiệm polysomnography / nhiều giấc ngủ trễ tích cực được đáp ứng, nhưng CSF hypocretin-1 cấp độ là bình thường (Tiêu chuẩn B2 không đáp ứng).

**347,00 (G47.419) tính trạng trội tiểu não mất điệu hòa, diếc, và chứng ngủ rũ:** kiểu phụ này là do exon 21 DNA (cytosine-5) - ethyltransferase-1 đột biến và được đặc trưng bởi khởi phát muộn (độ tuổi từ 30-40 tuổi) chứng ngủ rũ (thấp hoặc trung gian CSF hypocretin-1 cấp), diếc, mất điệu hòa tiểu não, và cuối cùng là mất trí nhớ.

**347,00 (G47.419) tính trạng trội chứng ngủ rũ, béo phì và tiểu đường type 2:** Chứng ngủ rũ, béo phì và tiểu đường type 2 và hypocretin-1 dịch não tuy ở mức thấp đã được mô tả trong những trường hợp hiếm hoi và được liên kết với một đột biến ở gen myelin oligodendrocyte glycoprotein .

**347,10 (G47.429) Chứng ngủ rũ thứ phát của bệnh khác:** kiểu phụ này là dành cho chứng ngủ rũ mà thứ phát sau bệnh lý gây ra nhiễm trùng (ví dụ, do bệnh Whipple, sarcoidosis), chấn thương tâm lý, hoặc tiêu huỷ u của tế bào thần kinh hypocretin.

**Mã hóa lưu ý (mã ICD-9-CM chỉ có 347,10):** Mã đầu tiên các bệnh lý chính (ví dụ, 040,2 do bệnh Whipple; 347,10 chứng ngủ rũ thứ phát của bệnh Whipple).

Xác định mức độ nghiêm trọng hiện tại:

**Nhẹ:** không thường xuyên có cataplexy (ít hơn một lần mỗi tuần), nhu cầu giấc ngủ trưa chỉ một lần hoặc hai lần mỗi ngày, và ngủ đêm ít trán trọc.

**Trung bình:** Cataplexy mỗi ngày một lần hoặc mỗi vài ngày, RL giấc ngủ vào ban đêm, và cần nhiều giấc ngủ trưa mỗi ngày.

**Nặng:** cataplexy kháng thuốc với nhiều cơn mỗi ngày, buồn ngủ gần như liên tục, và RL giấc ngủ ban đêm (tức là, trán trọc, mất ngủ, và giấc mơ sống động).

## II. Các đặc điểm chẩn đoán

Các đặc điểm thiết yếu của buồn ngủ trong chứng ngủ rũ là những giấc ngủ ngắn ban ngày tái phát hoặc chìm vào giấc ngủ. Buồn ngủ thường xảy ra hàng ngày nhưng phải xảy ra ở mức tối thiểu ba lần một tuần trong ít nhất 3 tháng (Tiêu chí A). Chứng ngủ rũ thường gây ra cataplexy, trong đó phổ biến nhất là biểu hiện như những cơn ngắn (vài giây đến vài phút) đột ngột mất vận động lời nói cảm xúc, thường là tiếng cười hay

lời nói đùa. Cơ bắp bị ảnh hưởng có thể bao gồm cơ cổ, hàm, cánh tay, chân, hoặc toàn bộ cơ thể, dẫn đến gục đầu, trễ hàm, hoặc té ngã hoàn toàn. Các BN vẫn tỉnh táo và nhận thức trong cataplexy. Để đáp ứng Tiêu chí B1 (a), cataplexy phải được kích hoạt bởi tiếng cười hay nói đùa và phải xảy ra ít nhất một vài lần mỗi tháng trong tình trạng không được điều trị hoặc trong quá khứ.

Cataplexy không nên nhầm lẫn với cơn "mệt xìu" xảy ra trong bối cảnh các hoạt động thể thao (sinh lý) hoặc chỉ có sau khi kích hoạt cảm xúc bất thường như căng thẳng hoặc lo âu (gợi ý có thể có bệnh tâm thần). Các cơn kéo dài vài giờ hoặc vài ngày, hoặc những cơn không được kích hoạt bởi những cảm xúc cũng giống với cataplexy, cũng không phải là lăn trên sàn nhà khi cười điên dại.

Ở trẻ em mới khởi phát, cataplexy thật sự có thể không diễn hình, ảnh hưởng chủ yếu ở mặt, gây nhăn mặt hoặc mờ hám với thẻ lưỡi ("khuôn mặt cataplectic"). Ngoài ra, cataplexy có thể biểu hiện như là giảm nhẹ trương lực liên tục, gây lắc lư khi đi. Trong những trường hợp này, Tiêu chí B1 (b) có thể được đáp ứng ở trẻ em hoặc cá nhân trong vòng 6 tháng kể từ khi khởi phát nhanh chóng.

Chứng ngủ rũ-cataplexy gần như luôn luôn là kết quả của sự mất mạc tế bào sản xuất hypocretin vùng dưới đồi (orexin), gây ra thiếu hụt hypocretin (nhỏ hơn hoặc bằng một phân ba giá trị kiểm soát, hoặc 110 pg / mL ở hầu hết các xét nghiệm). Mất tế bào có khả năng tự miễn dịch, và khoảng 99% các cá nhân bị bệnh mang HLA-DQBI \* 06: 02 (so với 12% -38% đối tượng có kiểm soát). Như vậy, việc kiểm tra sự hiện diện của DQB1 \* 06: 02 trước một chọc dò tuy sống để đánh giá các CSF hypocretin-1 immunoreactivity có thể hữu ích. Hiếm khi nồng độ hypocretin-1 trong dịch não tủy thấp xảy ra mà không cataplexy, nhất là ở các người trẻ, người có thể phát triển cataplexy sau này. Định lượng CSF hypocretin-1 đại diện cho tiêu chuẩn vàng, ngoại trừ các điều kiện nghiêm trọng liên quan (thần kinh, viêm, nhiễm trùng, chấn thương) có thể can thiệp vào việc khảo nghiệm.

Một nghiên cứu giấc ngủ ban đêm bằng polysomnographic tiếp theo là một MSLT cũng có thể được sử dụng để xác định chẩn đoán (Tiêu chí B3). Những xét nghiệm này phải được thực hiện sau khi cá nhân đã ngừng tất cả các loại thuốc hướng thần, sau 2 tuần có đủ thời gian ngủ (như tài liệu với nhật ký giấc ngủ, actigraphy). Mát chuyển động nhanh (REM) có độ trễ ngắn (giai đoạn giấc ngủ REM khởi phát, REM độ trễ ít hơn hoặc bằng 15 phút) trong polysomnography là đủ để xác định chẩn đoán và đáp ứng tiêu chí B3. Ngoài ra, kết quả MSLT phải dương tính, cho thấy một độ trễ giấc ngủ trung bình ít hơn hoặc bằng 8 phút và hai hoặc nhiều giai đoạn giấc ngủ REM khởi phát trong 4-5 giấc ngủ trưa.

## II. Mức độ phổ biến

Chứng ngủ rũ-cataplexy ảnh hưởng đến 0,02% -0,04% dân số chung ở hầu hết các quốc gia. Chứng ngủ rũ ảnh hưởng đến cả hai giới, với có thể có tăng nhẹ ở nam giới.

## III. Chẩn đoán phân biệt

**Các chứng ngủ nhiều khác.** Hypersomnolence và chứng ngủ rũ là tương tự đối với các mức độ buồn ngủ ban ngày, tuổi khởi phát, và dễ nhiên ổn định theo thời gian nhưng có thể được phân biệt dựa trên đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm đặc biệt. Cá nhân với hypersomnolence thường có giấc ngủ ban đêm lâu hơn và ít bị gián đoạn, khó đánh thức hơn, ban ngày buồn ngủ dai dẳng hơn (như trái ngược với "cơn buồn ngủ" rời

rạc trong chứng ngủ rũ), các giấc ngủ ban ngày dài hơn và kém hồi phục hơn, và ít hoặc không có mơ trong giấc ngủ ngắn ban ngày. Ngược lại, các cá nhân với chứng ngủ rũ có cataplexy và tái xâm nhập của các yếu tố của giấc ngủ REM vào quá trình chuyển đổi giữa giấc ngủ và sự tỉnh táo (ví dụ, ảo giác liên quan giấc ngủ và bồng đè). Các MSLT thường thể hiện độ trễ giấc ngủ ngắn hơn (tức là, buồn ngủ sinh lý hơn) cũng như sự hiện diện của nhiều giai đoạn giấc ngủ REM khởi phát ở người có chứng ngủ rũ.

**Mất ngủ và thiếu ngủ về đêm.** Mất ngủ và thiếu ngủ về đêm rất phổ biến ở thanh thiếu niên và người lao động theo ca kíp. Ở thanh thiếu niên, khó ngủ vào ban đêm rất phổ biến, gây thiếu ngủ. Kết quả MSLT có thể là tích cực nếu thực hiện trong khi các cá nhân là thiếu ngủ hoặc trong khi ngủ có phase trì hoãn.

**Hội chứng ngưng thở khi ngủ.** Ngưng thở khi ngủ đặc biệt có khả năng trong sự hiện diện ở người bệnh béo phì. Bởi vì tắc nghẽn trong ngưng thở khi ngủ là thường xuyên hơn chứng ngủ rũ, cataplexy có thể được bỏ qua (hoặc không có), và cá nhân được già định có tắc nghẽn làm ngưng thở khi ngủ không đáp ứng với các liệu pháp thông thường.

**RL trầm cảm chủ yếu.** Chứng ngủ rũ hay hypersomnia có thể liên quan hoặc gây nhầm lẫn với trầm cảm. Cataplexy là không có mặt trong trầm cảm. Kết quả MSLT thường hầu như bình thường, và có sự phân biệt giữa buồn ngủ chủ quan và khách quan, được đo bằng độ trễ giấc ngủ trung bình trong MSLT.

**RL chuyển dạng** (RL triệu chứng thần kinh chức năng). Các đặc tính không điển hình, chẳng hạn như cataplexy kéo dài hoặc kích hoạt bất thường, có thể có mặt trong rối loạn chuyển dạng (RL triệu chứng thần kinh chức năng). Cá nhân có thể báo cáo có ngủ mơ, nhưng các MSLT không hiển thị thời gian giấc ngủ REM khởi phát đặc trưng. Giả-cataplexy có thể xảy ra toàn diện, kéo dài trong quá trình thăm khám, cho phép các bác sĩ có đủ thời gian kiểm tra để xác minh phản xạ, sẽ thấy còn nguyên vẹn.

**RL tăng động / giảm chú ý hoặc các vấn đề về hành vi khác.** Ở trẻ em và thanh thiếu niên, buồn ngủ có thể gây ra các vấn đề về hành vi, bao gồm gây hấn và thiếu chú ý, dẫn đến một chẩn đoán nhầm là RL tăng động/ giảm chú ý.

**Cơn co giật.** Ở trẻ nhỏ, cataplexy có thể được chẩn đoán nhầm là cơn co giật. Co giật thường không bị kích hoạt bởi cảm xúc, và khi họ đang có cơn kích hoạt thường sẽ không cười hay nói đùa. Trong một cơn co giật, cá nhân có nhiều khả năng tự làm tổn thương khi té ngã. Các cơn co giật được đặc trưng bởi tình trạng suy nhược riêng biệt hiểm thay và độc lập với các cơn động kinh khác, và chúng cũng có biểu hiện trên điện não đồ.

**Múa giật và RL vận động.** Ở trẻ nhỏ, cataplexy có thể được chẩn đoán nhầm là múa giật hoặc rối loạn tâm thần kinh tự miễn dịch ở trẻ em liên quan đến nhiễm trùng liên cầu, đặc biệt là trong bối cảnh của một nhiễm trùng liên cầu vùng họng và nồng độ kháng thể O antistreptolysin cao. Một số trẻ có thể có rối loạn vận động chống lắc lúc khởi phát cataplexy.

**Tâm thần phân liệt.** Trong sự hiện diện của ảo giác hypnagogic tươi cười và sinh động, các cá nhân có thể nghĩ rằng những trải nghiệm này là có thật-một đặc điểm của tâm thần phân liệt. Tương tự như vậy, với việc điều trị bằng chất kích thích, hoang tưởng bị hại có thể phát triển. Nếu có cataplexy, các bác sĩ lâm sàng đầu tiên nên cho rằng các triệu chứng này chỉ là thứ phát của chứng ngủ rũ trước khi xem xét một chẩn đoán tâm thần phân liệt kèm theo.

#### **IV. Bệnh kèm**

Chứng ngủ rũ có thể cùng xảy ra với lưỡng cực, trầm cảm và rối loạn lo âu, và trong những trường hợp hiếm hoi với tâm thần phân liệt. Chứng ngủ rũ cũng liên quan với tăng chỉ số khối cơ thể hoặc béo phì, đặc biệt là khi chứng ngủ rũ là không được điều trị. Tăng cân nhanh chóng là phổ biến ở trẻ nhỏ có khởi phát bệnh đột ngột. Kèm theo ngưng thở khi ngủ nên được xem xét nếu có một tình tiết tăng nặng đột ngột của chứng ngủ rũ có sẵn từ trước.

**V. Điều trị:** các chất kích thích, chẳng hạn như methylphenidate (Ritalin), 10 mg 2 hoặc 3 lần/ngày, đôi khi được kết hợp với các thuốc chống trầm cảm ba vòng (Protriptyline 10-20mg) trước khi đi ngủ. Modafinil (Provigil) là một chất kích thích không amphetamine đã được phê duyệt để điều trị buồn ngủ ban ngày quá mức liên quan đến chứng ngủ rũ. Liều thường dùng là 200 mg được đưa ra trong buổi sáng.

**Sodium Oxybate (Xyrem)** là một chất ức chế TKTW để điều trị chứng ngủ ngày quá mức và catalepsy liên quan đến narcolepsy. Cũng được biết đến như là GBH và có khuynh hướng lạm dụng. Thuốc ở dạng dung dịch và chuẩn liều từ 6-9 g/đêm.

## Bài 4

### RL giấc ngủ liên quan đến hô hấp.

Các loại rối loạn giấc ngủ liên quan đến hô hấp bao gồm ba rối loạn tương đối rõ rệt: **tắc nghẽn ngưng thở khi ngủ do thở nồng, chứng ngưng thở trung ương khi ngủ, và giảm thông khí liên quan giấc ngủ.**

#### **Ngưng thở, thở nồng khi ngủ do tắc nghẽn. (OSAH: Obstructive Sleep Apnea Hypopnea)**

##### **I. Tiêu chuẩn chẩn đoán 327.23 (G47.33)**

A. Hoặc là (1) hoặc (2):

1. Bằng chứng bởi polysomnography của ít nhất năm lần ngưng thở do tắc nghẽn hoặc thở nồng mỗi giờ của giấc ngủ và một trong các triệu chứng ngủ sau:

a. RL hô hấp về đêm: ngày, hit / thở hổn hển, hoặc tạm ngừng thở trong khi ngủ.

b. Buồn ngủ ban ngày, mệt mỏi, hay ngủ không đủ giấc mặc dù có đủ cơ hội để ngủ mà không được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần (bao gồm cả một rối loạn giấc ngủ) và không phải là do một chứng bệnh khác.

2. Chứng cứ của polysomnography của 15 lần hoặc nhiều hơn ngưng thở tắc nghẽn và / hoặc hypopneas mỗi giờ của giấc ngủ bắt kèm theo triệu chứng nào.

Xác định mức độ nghiêm trọng hiện tại:

**Nhẹ:** chỉ số Ngưng thở hypopnea là ít hơn 15.

**Trung bình:** chỉ số Ngưng thở hypopnea là 15-30.

**Nặng:** chỉ số ngừng thở hypopnea lớn hơn 30.

## II. Các tính năng chẩn đoán

OSAH là chứng rối loạn giấc ngủ liên quan đến hô hấp phổi biến nhất. Nó được đặc trưng bởi tập lặp đi lặp lại của tắc nghẽn đường hô hấp trên (hầu) trong khi ngủ (ngưng thở và hypopneas). Ngưng thở đề cập đến tổng số lần không có luồng không khí, và hypopnea đề cập đến việc giảm luồng không khí. Mỗi lần ngưng thở hoặc thở nông đại diện cho một lần giảm hơi thở trong ít nhất 10 giây ở người lớn hoặc hai hơi thở bỏ mất ở trẻ em và thường đi kèm với mất 3% độ bão hòa oxy hoặc cao hơn và / hoặc kích thích điện não đồ. Cả hai triệu chứng liên quan giấc ngủ (ban đêm) và thời gian thức giấc là rất phổ biến. Các triệu chứng chủ yếu của tắc nghẽn ngưng thở hypopnea khi ngủ là ngáy và buồn ngủ ban ngày.

OSAH ở người lớn được chẩn đoán trên cơ sở những phát hiện của polysomnographic và các triệu chứng. Việc chẩn đoán dựa trên các triệu chứng của 1) RL thở về đêm (tức là, ngáy, hít / thở hổn hển, tạm ngừng thở trong khi ngủ), hoặc 2) ban ngày buồn ngủ, mệt mỏi, hay ngủ không đủ giấc mặc dù có đủ cơ hội để ngủ mà không được giải thích tốt hơn bằng cách khác rối loạn tâm thần và không do một chứng bệnh khác, cùng với 3) bằng chứng bằng của polysomnography của năm lần ngưng thở hypopneas do tắc nghẽn hoặc nhiều hơn trong mỗi giờ của giấc ngủ (Tiêu chí A1). Chẩn đoán có thể được thực hiện trong trường hợp không có các triệu chứng này nếu có bằng chứng của polysomnography có 15 lần hoặc nhiều hơn ngưng thở tắc nghẽn và / hoặc hypopneas trong mỗi giờ của giấc ngủ (Tiêu chí A2).

Cần đặc biệt chú ý đến giấc ngủ bị xáo trộn xảy ra liên quan với ngáy hoặc tạm ngừng thở và phát hiện yếu tố thể lý làm tăng nguy cơ tắc nghẽn ngưng thở hypopnea khi ngủ (ví dụ, béo phì trung tâm, hẹp đường thở vùng hầu họng, huyết áp cao) để làm giảm cơ hội chẩn đoán sai tình trạng có thể điều trị này.

## III. Mức độ phổi biến

Ngưng thở hypopnea khi ngủ do tắc nghẽn là một rối loạn rất phổi biến, ảnh hưởng đến ít nhất 1% -2% trẻ em, 2% -15% người lớn tuổi trung niên, và hơn 20% số người lớn tuổi. Trong cộng đồng nói chung, tần suất mắc bệnh mà không được chẩn đoán ngưng thở hypopnea khi ngủ do tắc nghẽn có thể rất cao ở người già. Do các rối loạn này có liên quan mật thiết với bệnh béo phì, tăng tỷ lệ béo phì có thể sẽ làm tăng tỷ lệ của chứng rối loạn này. Mức độ phổi biến có thể đặc biệt cao ở nam giới, người già, và một số chủng tộc / dân tộc. Ở người lớn, tỷ lệ nam / nữ của tắc nghẽn ngưng thở hypopnea khi ngủ khoảng từ 2: 1 đến 4: 1. sự khác biệt giới giới giảm ở độ tuổi lớn hơn, có thể vì một tỷ lệ tăng ở phụ nữ sau mãn kinh. Không có sự khác biệt giới tính ở trẻ em trước tuổi dậy thì.

## IV. Chẩn đoán phân biệt

**Ngáy nguyên phát và RL giấc ngủ khác.** BN có OSAH phải được phân biệt với các cá nhân có chứng ngáy nguyên phát (ví dụ, nếu một người có triệu chứng người ngáy và không có bất thường trên polysomnography suốt đêm). BN OSAH có thể báo cáo bỗ sung thở hổn hển và nghẽn về đêm. Sự hiện diện của buồn ngủ hoặc các triệu chứng ban ngày khác không được giải thích bằng nguyên nhân khác cho thấy việc chẩn đoán OSAH, nhưng sự khác biệt này đòi hỏi phải có polysomnography. Chẩn đoán phân

bép dứt khoát giữa hypersomnia, chứng ngưng thở trung ương khi ngủ, giảm thông khí, có liên quan đến giấc ngủ, với OSAH cũng đòi hỏi phải khảo sát polysomnographic.

OSAH cho thấy ngưng thở đặc trưng và thở chậm và giảm độ bão hòa oxy trong quá trình khảo sát polysomnographic về đêm. Kết quả chứng ngủ rũ trong nhiều chuyền động mắt nhanh (REM) giai đoạn giấc ngủ khởi phát trong MSLT. Chứng ngủ rũ, giống như OSAH, có thể liên quan với béo phì, và một số cá nhân có chứng ngủ rũ đồng thời và tắc nghẽn ngưng thở hypopnea khi ngủ. Một chẩn đoán của chứng ngủ rũ không loại trừ chẩn đoán OSAH, vì cả hai bệnh có thể cùng xảy ra.

**RL mất ngủ.** Đối với cá nhân phản nản khó bắt đầu hoặc duy trì giấc ngủ hoặc thức giấc buổi sáng sớm, rối loạn mất ngủ có thể được phân biệt với OSAH do sự vắng mặt của chứng ngày và sự vắng mặt của tiền sử, dấu hiệu và triệu chứng đặc trưng của rối loạn ngưng thở. Tuy nhiên, mất ngủ và OSAH có thể cùng tồn tại, và nếu như vậy, cả hai rối loạn có thể cần phải được giải quyết đồng thời để cải thiện giấc ngủ.

**Cơn hoảng loạn.** Cơn hoảng loạn về đêm có thể bao gồm các triệu chứng thở hổn hển hoặc nghẹt thở trong khi ngủ mà có thể khó phân biệt trên lâm sàng với OSAH. Tuy nhiên, tần số thấp của giai đoạn kích thích thần kinh tự trị tăng và thiếu ngủ quá mức giúp phân biệt các cơn hoảng loạn về đêm với OSAH. Polysomnography ở người có những cơn hoảng loạn về đêm không tiết lộ mô hình điển hình của ngưng thở hoặc các đặc tính bão hòa oxy của OSAH. Cá nhân với OSAH không có tiền sử của cơn hoảng loạn ban ngày.

**ADHD.** ADHD ở trẻ em có thể bao gồm các triệu chứng của thiếu chú ý, học kém, hiếu động, và hành vi nội tâm hóa, tất cả trong số đó cũng có thể là triệu chứng của OSAH trẻ em. Sự hiện diện của các triệu chứng và dấu hiệu của OSAH trẻ em khác (ví dụ, thở mệt hoặc ngáy trong khi ngủ và phì đại adenotonsillar) sẽ gợi ý có sự hiện diện của OSAH. OSAH và ADHD có thể thường cùng xảy ra, và có thể có mối liên kết nhân quả giữa chúng; do đó, các yếu tố nguy cơ như amidan viêm to, béo phì, hoặc có tiền sử gia đình của chứng ngưng thở khi ngủ có thể giúp cảnh báo các bác sĩ về việc hai bệnh đồng xảy ra.

**Chất / thuốc gây ra mất ngủ hoặc ngủ nhiều.** Sử dụng chất và cai chất (bao gồm cả thuốc) có thể gây mất ngủ hoặc ngủ nhiều. Một bệnh sử cản thận thường là đủ để xác định các chất / thuốc có liên quan và theo dõi cho thấy sự cải thiện của các rối loạn giấc ngủ sau khi ngưng các chất / thuốc. Trong những trường hợp khác, việc sử dụng một chất / thuốc (ví dụ rượu, barbiturat, benzodiazepin, thuốc lá) đã được chứng minh là làm trầm trọng thêm OSAH. Một cá nhân có triệu chứng và dấu hiệu phù hợp với OSAH sẽ nhận được chẩn đoán là OSAH, ngay cả khi có sự hiện diện của sử dụng chất đồng thời đã làm trầm trọng thêm tình trạng này.

## V.Bệnh kèm

Tăng huyết áp hệ thống, bệnh động mạch vành, suy tim, đột quy, tiểu đường và tử vong tăng thì luôn gắn liền với OSAH. Ước tính có nguy cơ từ 30% đến 300% ở OSAH từ trung bình đến nặng. Bằng chứng của tăng huyết áp động mạch phổi và suy tim phải (ví dụ, cor pulmonale, mắt cá chân phù nề, sung huyết gan) rất hiếm ở OSAH và khi hiện diện sẽ cho thấy hoặc bệnh rất nặng hoặc giảm thông khí liên quan hoặc các bệnh tim phổi đi kèm. OSAH cũng có thể xảy ra với tần suất tăng cao trong liên quan với một số bệnh lý hoặc bệnh thần kinh (ví dụ, bệnh mạch máu não, bệnh Parkinson). Thăm khám lâm sàng sẽ giúp phát hiện các bệnh lý đồng thời này.

Có đến một phần ba của các BN được giới thiệu để đánh giá các triệu chứng OSAH báo cáo có trầm cảm, với hơn 10% có điểm số trầm cảm phù hợp với mức trầm cảm từ trung bình đến nặng. Mức độ nghiêm trọng của OSAH, được đo bằng chỉ số ngưng thở, thở chậm, đã được tìm thấy có mối tương quan với mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng của bệnh trầm cảm. Mối liên kết này có thể mạnh hơn ở nam nhiều hơn ở nữ.

## VI. Điều trị

- A. Thở áp lực dương liên tục qua mũi (NCPAP) là lựa chọn điều trị.
- B. Giảm cân, phẫu thuật mũi, và uvuloplasty cũng được chỉ định nếu chúng góp phần vào sự ngưng thở.
- C. Điều trị các bệnh kèm

## Bài 5

### RL chu kỳ thức- ngủ sinh học

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán

A. Một mô hình dài dằng hoặc tái phát của sự gián đoạn giấc ngủ mà chủ yếu là do một sự thay đổi của hệ thống sinh học hay sự lạc nhịp giữa nhịp sinh học nội sinh và lịch trình giấc ngủ-thức theo yêu cầu của môi trường vật lý của một cá nhân hoặc lịch trình xã hội hoặc nghề nghiệp.

B. Việc gián đoạn giấc ngủ dẫn đến buồn ngủ quá mức hoặc mất ngủ, hoặc cả hai.  
C. Các rối loạn giấc ngủ gây ra khó chịu có ý nghĩa lâm sàng hoặc suy giảm trong xã hội, nghề nghiệp, và các lĩnh vực chức năng quan trọng khác.

**Mã hóa lưu ý:** Đối với ICD-9-CM, mã 307,45 cho tất cả các phân nhóm. Đối với ICD-10-CM, mã dựa trên phân nhóm.

Xác định:

**307,45 (G47.21) Type Trì hoãn phase ngủ:** Một mô hình của trì hoãn thời gian bắt đầu ngủ và thời gian tỉnh giấc, mà không có khả năng đi vào giấc ngủ và thức dậy vào một thời điểm sớm hơn mong muốn hay ước tính chấp nhận được.

Ghi rõ nếu:

**Yếu tố Gia đình:** Một tiền sử gia đình có trì hoãn phase ngủ.

Ghi rõ nếu:

**Trùng lắp với type thức- ngủ không theo 24 giờ:** Type trì hoãn phase ngủ có thể trùng lắp với một RL chu kỳ thức- ngủ sinh học khác, type thức- ngủ không theo 24 giờ.

**307,45 (G47.22) Type phase ngủ sớm:** Một mô hình tăng khởi phát thời gian ngủ và thời gian thức tỉnh, mà không có khả năng tiếp tục thức hay ngủ cho đến lần ngủ hoặc thức sau theo mong muốn hoặc ước tính chấp nhận được.

Ghi rõ nếu:

**Gia đình:** Một tiền sử gia đình có phase ngủ sớm.

**307,45 (G47.23) Type thức-ngủ bất thường:** Một mô hình thức-ngủ tạm thời không ổn định, như vậy thời gian của giai đoạn ngủ và thức cứ thay đổi trong suốt chu kỳ 24 giờ.

**307,45 (G47.24) Type thức-ngủ không theo 24 giờ:** Một mô hình của chu kỳ ngủ-thức mà không được đồng bộ hóa với môi trường 24 giờ, với một trật phu hợp hàng ngày (thường là để sau này và lần sau) khởi phát giấc ngủ và thức thời.

**307,45 (G47.26) Type làm việc theo ca:** Mất ngủ trong thời gian ngủ chính và / hoặc buồn ngủ quá mức (bao gồm ngủ không chủ ý) trong khoảng thời gian tĩnh táo chính thức kết hợp với một lịch trình làm việc theo ca (tức là, đòi hỏi phải có thời gian làm việc không theo quy ước).

#### **307,45 (G47.20) type Không biệt định**

Ghi rõ nếu:

**Từng giai đoạn:** Các triệu chứng kéo dài ít nhất 1 tháng nhưng ít hơn 3 tháng.

**Dai dẳng:** Các triệu chứng kéo dài 3 tháng hoặc lâu hơn.

**Tái phát:** Hai hoặc nhiều giai đoạn xảy ra trong khoảng 1 năm.

#### **II. Điều trị**

A. Cơ thể tự nhiên thích nghi với sự thay đổi thời gian trong vòng một tuần.

B. Zolpidem (Ambien) hoặc Zaleplon (Senata) có thể được sử dụng để sửa mô hình giấc ngủ.

C. Melatonin (5-10mg) dùng vào 9 giờ tối có thể hữu ích, liều cao hơn có xu hướng không hiệu quả, gây ra nồng độ tồn lưu trong máu hơn là phát tín hiệu tạo một "nhịp" ngắn.

# Chương 8

## RL liên quan đến chất và nghiện chất

### Bài 1

#### Tiêu chuẩn chung

##### Tiêu chuẩn chẩn đoán RL liên quan sử dụng chất

###### I. Nhiễm độc chất

A. Intoxication được định nghĩa là một hội chứng có thể đảo ngược mà phát triển sau khi ăn phải một chất.

B. Kém thích nghĩa đáng kể, thay đổi hành vi hay tâm lý, chẳng hạn như RL khí sắc cảm xúc, phán đoán kém, và suy giảm hoạt động xã hội hoặc nghề nghiệp do ăn phải các chất.

###### II. Lạm dụng chất

A. Chất sử dụng chưa đáp ứng được tiêu chí cho sự lệ thuộc, nhưng đã dẫn đến suy giảm hoặc thiệt hại như được chỉ ra bởi ít nhất một trong các điều sau trong khoảng thời gian 12 tháng:

1. Không thực hiện các nghĩa vụ công việc, trường học hoặc nhà.
2. Sử dụng chất trong các hoạt động nguy hiểm.
3. Thường xuyên có vấn đề pháp lý liên quan đến chất.
4. Tiếp tục sử dụng chất bất chấp các vấn đề xã hội kéo theo.

###### III. Lệ thuộc chất

A. Việc chẩn đoán lệ thuộc chất đòi hỏi phải sử dụng chất, kèm theo suy giảm, và sự hiện diện của 3 trong số những điều sau trong một khoảng thời gian 12 tháng:

1. Dung nạp: Cần tăng số lượng của chất để đạt được hiệu quả như trước, hoặc giảm hiệu quả khi cùng một lượng được sử dụng.
2. Triệu chứng cai: Một hội chứng cai nghiện đặc trưng xảy ra, hoặc các chất được sử dụng trong một nỗ lực để tránh triệu chứng cai.
3. Các chất được sử dụng với số lượng ngày càng lớn hơn hoặc trong một thời gian dài hơn so với mong muốn.
4. Bệnh nhân nỗ lực hoặc mong muốn để giảm sử dụng.
5. Một số lượng đáng kể thời gian là dành để thu thập, sử dụng, hoặc hồi phục từ các chất.

6. Kết quả của việc sử dụng chất làm giảm thời gian dành cho các hoạt động xã hội, nghề nghiệp, hoặc giải trí.

7. Bệnh nhân hiểu rõ về việc sử dụng chất gây bất lợi cho sức khỏe của mình, nhưng kiến thức đó không ngăn cản tiếp tục sử dụng.

#### **IV. Cai chất**

A. Một hội chứng về chất cụ thể, phát triển sau khi ngừng hoặc giảm số lượng chất được sử dụng.

B. Hội chứng gây đau khổ có ý nghĩa lâm sàng hoặc suy giảm.

C. Triệu chứng là không phải do bệnh hoặc RL tâm thần khác.

#### **V. RL do sử dụng chất**

A. RL do sử dụng chất gây ra bao gồm mê sảng, sa sút trí tuệ, RL mất trí dai dẳng, RL tâm thần, RL khí sắc, RL lo âu, RL chức năng tình dục, và RL giấc ngủ.

B. Chẩn đoán đòi hỏi có đủ tiêu chí cho RL cụ thể với các bằng chứng cho thấy ngô độc thuốc và không có một bệnh lý nào gây ra các triệu chứng.

#### **VI. Đánh giá lâm sàng của Lạm dụng Chất**

A. Các bác sĩ phải xác định số lượng và tần số sử dụng rượu hoặc chất khác trong tháng trước, tuần trước, và ngày hôm qua. Đối với việc sử dụng rượu, số ngày uống rượu mỗi tuần và lượng tiêu thụ cần được xác định.

B. Ảnh hưởng của việc sử dụng chất lên cuộc sống của bệnh nhân

1. Biểu hiện gia đình. RL chức năng của gia đình, vấn đề hôn nhân, ly dị, lạm dụng chất và bạo lực.

2. Biểu hiện xã hội. Tha hóa và mất bạn bè, thân mật với những người có lối sống tương tự.

3. Biểu hiện ở nơi làm việc hoặc trường học. kết quả học tập hoặc làm việc sa sút, thay đổi công việc thường xuyên, vắng mặt thường xuyên, yêu cầu giải trình công việc.

4. Biểu hiện pháp luật. Bị bắt giữ do gây rối trật tự hoặc lái xe trong khi say rượu, trộm cắp, buôn bán ma túy, mại dâm, tai nạn xe cộ.

5. Biểu hiện tài chính. vay vô trách nhiệm hay nợ tiền, bán tài sản.

#### **VII. khám lâm sàng**

A. Mũi sử dụng cocaine có thể gây hưng niêm mạc mũi. Lạm dụng thuốc tiêm đường TM có thể được liên kết với những vết sẹo chổ tiêm và viêm nội tâm mạc do vi khuẩn.

B. Rung giật nhăn cầu thường gặp ở những người lạm dụng các thuốc an thần, thuốc ngủ, hoặc cản sa. Gián đờng từ thường gặp ở những người dưới ảnh hưởng của các chất kích thích hoặc gây ảo giác, hoặc cai thuốc phiện. Co đờng từ là một dấu hiệu điển hình của ngô độc opioid.

C. Bệnh nhân cần được đánh giá về các triệu chứng cai, như gan to, u mạch, chức năng gan suy giảm, cổ trương, và dấu hiệu của suy dinh dưỡng là những dấu chỉ sử dụng rượu mãn tính.

### VIII. Xét nghiệm đánh giá Lạm Dụng Chất

A.Tất cả các bn cần làm XN nước tiểu, CTM, chức năng gan, hormon tuyến giáp, và huyết thanh.

B.Suy giảm chức năng gan và huyết học bất thường là phổ biến.

C. Thuốc bất hợp pháp có thể được phát hiện trong máu và nước tiểu.

D. Khi có các yếu tố nguy cơ, cần XN HIV, Viêm gan C.

## Bài 2

### RL liên quan đến Chất cụ thể

#### I. Rượu, Thuốc an thần, Thuốc ngủ, và Chóng lo âu

##### A. Tiêu chuẩn chẩn đoán cho nhiễm độc

1. Có thay đổi hành vi và tâm lý.

2. Một hoặc nhiều điều sau đây: nói lắp, mắt phối hợp, đi lại không vững, rung giật nhăn cầu, tập trung kém hoặc trí nhớ kém, sưng sờ hoặc hôn mê.

##### B. Đặc điểm lâm sàng của nhiễm độc

1. Thường hay quên.

2. Úc chế hành vi (các biểu hiện hành vi hung hăng hay xung động tình dục) là một phát hiện chung.

##### C. Nghiện

1. Tăng dung nạp hiệu ứng an thần.

2. Hiệu ứng úc chế vùng trung não dung nạp chậm hơn, nhưng vì người sử dụng cần liều cao hơn để đạt được một "đỉnh cao", dẫn đến nguy cơ suy hô hấp sẽ tăng lên.

##### D. Cai rượu và thuốc an thần khác

1. Giải độc có thể cần thiết sau khi sử dụng kéo dài các thuốc úc chế thần kinh trung ương, hoặc khi có những dấu hiệu của nghiện hoặc lạm dụng.

2. Chất an thần kết hợp với hội chứng cai gồm: rượu, benzodiazepin, barbiturat, và chloral hydrate.

##### E. Giải độc cho bệnh nhân lị thuộc vào rượu, thuốc an thần hoặc thuốc ngủ

1. Cung cấp một giám liều từng bước một có giám sát, dùng chính thuốc đó hoặc một thuốc dung nạp-chéo, chất có tác dụng dài hơn (diazepam) sẽ ít có nguy cơ bị hội chứng cai nặng.

2. Thuốc dung nạp chéo được cho liều giảm dần. Để ngăn chặn triệu chứng cai, liều lượng thuốc cần được giảm dần trong 1-2 tuần.

## II. cocaine

### A. Tiêu chuẩn chẩn đoán cho ngộ độc cocaine.

1. Có thay đổi tâm lý hay hành vi, chẳng hạn như hưng phấn, hiếu động thái quá, chứng cuồng dâm, tự cao, lo âu, hay suy giảm phán đoán.

2. Hai hoặc nhiều điều sau đây: nhịp tim nhanh hoặc nhịp tim chậm, giãn đồng tử, huyết áp cao hoặc thấp, ớn lạnh hoặc đổ mồ hôi, buồn nôn hoặc ói mửa, sụt cân, kích động hoặc chậm chạp, suy nhược, loạn nhịp, lú lẫn, co giật, hôn mê, ức chế hô hấp, loạn vận động, hoặc căng trương lực.

### B. Đặc điểm lâm sàng của lạm dụng cocaine

1. Khó chịu, kém tập trung, mất ngủ, và thay đổi tính cách rất phỗ biến.

2. Nhiễm độc có thể gây hưng phấn, hành vi bốc đồng, phán đoán kém, RL trì giác.

3. Các chứng cơ thể bao gồm co giật, nghẹt mũi và chảy máu, nhồi máu não, và loạn nhịp tim.

4. Sử dụng mãn tính có liên quan đến tạo ra ý tưởng hoang tưởng, hành vi hung hăng, trầm cảm và giảm cân.

C. Nghiện. Lệ thuộc tâm lý là thường xuyên. Tăng dung nạp nếu sử dụng lặp đi lặp lại.

D. Triệu chứng Cai được đặc trưng bởi trầm cảm, ngủ lịm, mất hứng thú, lo âu, mệt mỏi, và một sự thèm thuốc mãnh liệt; triệu chứng cai thường hết trong 2-5 ngày trừ sự thèm muôn mà thường là lâu dài.

## E. Điều trị

1. Nằm viện đôi khi được yêu cầu trong giai đoạn cai để điều trị vì những sự thèm muôn mãnh liệt.

2. Thuốc chống trầm cảm ba vòng (desipramine), clonidine, amantadine, và carbamazepine có thể làm giảm sự thèm muôn và thường hỗ trợ cho những điều trị.

## III. Opioid

### A. Tiêu chuẩn chẩn đoán cho ngộ độc

1. Thay đổi hành vi hay tâm lý, chẳng hạn như hưng phấn, tiếp theo là khó chịu, tâm thần vận động chậm chạp, phán đoán kém, hoặc chức năng xã hội hoặc nghề nghiệp bị suy giảm.

2. Co đồng tử.

3. Một trong những cách sau: buồn ngủ, hôn mê, nói lắp, hoặc làm suy giảm sự chú ý hoặc trí nhớ.

## **B. Đặc điểm lâm sàng của lạm dụng chất dạng thuốc phiện**

1. Hưng phấn ban đầu được sau bởi sự thèo o, khó chịu, và chậm tâm thần vận động.
2. Quá liều có thể dẫn đến hôn mê, suy hô hấp và tử vong.
3. Sử dụng đường chích TM có liên quan với nguy cơ AIDS, áp xe da, viêm nội tẩm mạc do vi khuẩn.

## **D. Cai**

1. Cường độ của hội chứng cai là lớn nhất với thuốc phiện có thời gian bán hủy ngắn, như heroin.
2. Triệu chứng cai heroin bắt đầu tầm giờ sau lần sử dụng cuối cùng, đỉnh trong 2-3 ngày và có thể kéo dài đến 10 ngày.
3. Chẩn đoán đòi hỏi sự hiện diện của ba hoặc nhiều điều sau đây: khó chịu, buồn nôn, nôn mửa, đau nhức cơ bắp, chảy nước mắt, chảy nước mũi, giãn đồng tử, nổi da gà, ra mồ hôi, tiêu chảy, ngáp, sốt và mất ngủ.

## **E. Điều trị Nghiện Heroin**

1. Đối với bệnh nhân suy hô hấp một đường thở nên được thành lập và naloxone (0,4 mg IV) nên được đưa ra ngay lập tức.
2. Cai triệu chứng có thể được quản lý bằng Methadone (20-80 mg / ngày) hoặc clonidine (đưa vào đường miệng hoặc bằng miếng vá). Clonidine (0,1-0,3 mg qid) có hiệu quả và thường được sử dụng như là thuốc cai nghiện đầu tay.

## **IV. Lạm dụng Phencyclidine**

### **A. Tiêu chuẩn chẩn đoán cho ngộ độc**

1. Thay đổi hành vi.

2. Có ít nhất hai trong số sau đây: rung giật nhăn cầu, tăng huyết áp hay nhịp tim nhanh, nói lắp, mắt điều hòa, giảm sự nhạy cảm đau, cứng cơ, co giật hoặc hôn mê, hyperacusis (nhạy thính).

### **B. Biểu hiện lâm sàng của lạm dụng Phencyclidine**

1. Hành vi thay đổi bao gồm bạo lực, hiếu chiến, hiếu động thái quá, căng trương lực, loạn tâm thần, lo âu, suy giảm sự chú ý hoặc trí nhớ, khó giao tiếp.
2. RL nhận thức bao gồm hoang tưởng, ảo giác, lú lẫn.
3. Khám thực thể: sốt, toát mồ hôi, giãn đồng tử.
4. Chất độc: có thể được phát hiện trong nước tiểu trong vòng 5 ngày sau khi uống thuốc.

**C. Nghiện:** Không có bằng chứng về sự phụ thuộc vật lý xảy ra nhưng khả năng dung nạp ảnh hưởng có thể xảy ra.

**D. cai :** Dấu hiệu của bệnh trầm cảm có thể xảy ra trong quá trình cai nghiện.

## **E. Điều trị Lạm dụng Phencyclidine**

1. Benzodiazepines là những lựa chọn điều trị (lorazepam 2-4 mg PO, IM hoặc IV).

2. Loan thần thường đáp ứng với điều trị bằng thuốc chống loạn thần. Haloperidol (Haldol) (2-4 mg IM / PO) mỗi 2 giờ có thể được sử dụng, nhưng thuốc có tác dụng phụ kháng cholinergic (phenothiazin) nên tránh do tác dụng kháng cholinergic nội tại của PCP.

3. Hỗ trợ y tế là cần thiết nếu bệnh nhân bất tỉnh.

## **V. Amphetamine (Speed, Crystall)**

### **A. Tiêu chuẩn chẩn đoán ngộ độc Amphetamine**

1. Thay đổi hành vi và tâm lý như hưng phấn, nói nhanh, hiếu động thái quá, cảnh giác quá mức, kích động, hay cău gắt.

### **B. Biểu hiện lâm sàng**

1. Hưng cảm và tăng năng lượng trong người dùng mới là phổ biến.

2. Phát triển các hoang tưởng hoặc ảo giác không phải là bất thường ở người sử dụng liều cao mẫn tính.

**C. Nghiện:** Cơ thể tăng dung nạp, đòi hỏi phải tăng liều để đạt được hiệu quả bình thường. Thường xuyên lệ thuộc tâm lý.

### **D. Triệu chứng cai Amphetamine**

1. Nói chung giải quyết trong 1 tuần, và được kết hợp với tăng sự thèm ăn, giấc mơ rực rỡ, mệt mỏi, lo âu, ngủ lịm, mất ngủ, tâm thần kích động hoặc chậm chạp.

2. Trầm cảm và ý tưởng tự tử có thể phát triển.

## **E. Điều trị**

1. Thuốc chống loạn thần có thể được sử dụng nếu có RL tâm thần.

2. Các benzodiazepin như diazepam hoặc lorazepam cũng có thể giúp làm dịu các bệnh nhân.

## **VI. Nicotine**

A. Nhiễm độc: không xảy ra.

### **B. đặc điểm lâm sàng**

1. Thèm thuốc thường là nổi bật

C. Nghiện: dung nạp phát triển nhanh chóng.

### **D. Triệu chứng cai (Tiêu chuẩn chẩn đoán)**

Sau khi chấm dứt đột ngột hoặc giảm lượng nicotine sử dụng, bồn hoặc nhiều điều sau đây xảy ra trong vòng 24 giờ: khó chịu, mất ngủ, dễ cău gắt, lo lắng, kém tập trung, bồn chồn, giảm nhịp tim, tăng sự thèm ăn.

## **E. Điều trị**

1. Nicorette kẹo cao su hoặc miếng dán nicotine thâm thấu qua da làm giảm triệu chứng cai. Bệnh nhân cần được quy định một chế độ cung cấp giảm liều dần dần trong một vài tuần.

F. Nicotin xịt mũi (Nicotrol NS) phải có toa và là một lựa chọn tốt cho người nghiện thuốc lá nặng hoặc những bệnh nhân đã thất bại điều trị với kẹo cao su nicotine hoặc miếng dán. Nó cung cấp một mức độ cao của nicotin, tương tự như hút thuốc. Nicotin xịt mũi làm tăng tỷ lệ duy trì kiêng cũ. Việc phun được sử dụng từ 6-8 tuần, 1-2 liều mỗi giờ (một lần cho mỗi lỗ mũi). Giảm dần trong khoảng 6 tuần.

G. Nicotine thuốc hít (ống hít Nicotrol) cung cấp nicotine uống qua đường hô hấp từ một ống nhựa. Nó phải có toa và có tỷ lệ thành công là 28%, tương tự như kẹo cao su nicotine.

#### H. Bupropion (Zyban)

1. Bupropion là thích hợp cho những bệnh nhân đã không thành công sử dụng nicotine thay thế. Bupropion làm giảm các triệu chứng cai và có thể được sử dụng kết hợp với liệu pháp nicotine thay thế. Việc điều trị được kết hợp với giảm cân. Bupropion là chống chỉ định với người có tiền sử cơn động kinh, chán ăn, nghiện rượu nặng, hoặc chấn thương đầu.

2. Bupropion được bắt đầu ở liều 150 mg mỗi ngày trong 3 ngày và sau đó tăng lên đến 300 mg mỗi ngày trong 2 tuần trước khi bệnh nhân ngừng hút thuốc. Sau đó Bupropion được tiếp tục trong 3 tháng. Khi một miếng dán nicotine được bổ sung vào chế độ này, tỷ lệ kiêng cũ tăng đến 50% so với 32% khi chỉ có các miếng dán được sử dụng.

## Bài 3

### RL tâm thần do chất /thuốc

(DSM 5, pp 487-488)

#### Rối loạn tâm thần do chất / thuốc gây ra

Các RL tâm thần do chất thuốc gây ra có khả năng là nghiêm trọng, thường là tạm thời, nhưng đôi khi gây hồi chứng thần kinh trung ương dai dẳng (CNS), các hội chứng phát triển trong bối cảnh bị ảnh hưởng của chất bị lạm dụng, thuốc men, hoặc một số độc tố. Chúng được phân biệt với các RL sử dụng chất, trong đó một nhóm các triệu chứng về nhận thức, hành vi và sinh lý góp phần vào việc tiếp tục sử dụng một chất bất chấp những vấn đề nghiêm trọng liên quan đến chất. Các RL tâm thần do chất thuốc gây ra có thể do bởi 10 nhóm chất gây rối loạn sử dụng chất, hoặc qua một loạt các loại thuốc khác được sử dụng trong điều trị y tế. Mỗi chất gây rối loạn tâm thần được mô tả trong các chương có liên quan (ví dụ, "Rối loạn trầm cảm", "Rối loạn nhận thức thần kinh"), và do đó, chỉ có một mô tả ngắn gọn được cung cấp ở đây. Tất cả các rối loạn do chất/ thuốc gây ra có những đặc điểm chung. Điều quan trọng là nhận ra những đặc điểm chung để hỗ trợ cho việc phát hiện những rối loạn này. Những đặc điểm này được mô tả như sau:

A. Rối loạn đại diện cho những biểu hiện triệu chứng lâm sàng rõ rệt của một rối loạn tâm thần có liên quan.

B. Có bằng chứng từ bệnh sử, khám lâm sàng, hoặc phát hiện qua xét nghiệm của cả hai cách sau:

1. Các rối loạn phát triển trong suốt hoặc trong vòng 1 tháng của một ngộ độc hay cai chất hoặc dùng thuốc; và

2. Các chất / thuốc liên quan có khả năng gây các rối loạn tâm thần.

C. Các rối loạn không được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần độc lập (tức là, RL đó không phải là do chất hoặc thuốc gây ra). Bằng chứng của một rối loạn tâm thần độc lập có thể bao gồm những điều sau đây:

1. Rối loạn này có trước khi bắt đầu nhiễm độc nặng hoặc thu hồi hoặc tiếp xúc với thuốc; hoặc là

2. Các rối loạn tâm thần đầy đủ dai dẳng trong một thời gian đủ dài (ví dụ, ít nhất là 1 tháng) sau khi ngừng cơn cai thuốc cấp hoặc nhiễm độc nặng hoặc dùng thuốc. Tiêu chuẩn này không áp dụng cho các chất gây rối loạn nhận thức thần kinh hoặc gây RL ảo giác nhận thức dai dẳng, và tồn tại sau khi chấm dứt ngộ độc cấp tính hoặc cai thuốc.

D. Rối loạn này không xảy ra hoàn toàn trong quá trình của một cơn mè sảng.

E. Các rối loạn gây khó chịu có ý nghĩa lâm sàng hoặc suy giảm trong lĩnh vực xã hội, nghề nghiệp hoặc lĩnh vực chức năng quan trọng khác.

# Chương 9

## RL NHẬN THỨC

### Bài 1

#### Sảng

##### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- A. Một rối loạn sự chú ý (ví dụ, giảm khả năng định hướng tập trung, duy trì và chuyển sự chú ý) và nhận thức (giảm định hướng với môi trường).
- B. Sự rối loạn phát triển trong một thời gian ngắn (thường là vài giờ đến vài ngày), đại diện cho một sự thay đổi từ sự chú ý cơ bản và nâng cao nhận thức, và có xu hướng dao động ở mức độ nghiêm trọng trong suốt cả ngày.
- C. Có thêm rối loạn nhận thức (ví dụ, thâm hụt trí nhớ, mất phương hướng, ngôn ngữ, khả năng thị giác không gian, hay nhận thức).
- D. Các rối loạn trong Tiêu chuẩn A và C không được giải thích tốt hơn bởi RL có từ trước khác, hoặc rối loạn phát triển nhận thức thần kinh và không xảy ra trong bối cảnh của suy giảm chức năng nghiêm trọng, chẳng hạn như tình trạng hôn mê.
- E. Có bằng chứng từ bệnh sử, khám lâm sàng, hoặc phát hiện qua xét nghiệm mà các rối loạn sinh lý là một hệ quả trực tiếp của một chứng bệnh khác, ngộ độc hoặc cai chất (tức là, do một loại thuốc bị lạm dụng hay một loại thuốc), hoặc tiếp xúc với một chất độc, hoặc là do nhiều nguyên nhân gây bệnh.

Cần xác định:

**Sảng do ngộ độc chất:** Chẩn đoán này nên được thực hiện thay cho ngộ độc chất khi các triệu chứng trong Tiêu chuẩn A và C chiếm ưu thế trong các hình ảnh lâm sàng và khi chứng đủ nghiêm trọng để bảo đảm sự chú ý lâm sàng

**Sảng do cai chất:** chẩn đoán này nên được thực hiện thay cho cai chất khi các triệu chứng trong Tiêu chuẩn A và C chiếm ưu thế trong các hình ảnh lâm sàng và khi chứng là đủ nghiêm trọng để bảo đảm sự chú ý lâm sàng.

**Sảng do thuốc:** chẩn đoán này được áp dụng khi các triệu chứng trong Tiêu chuẩn A và C phát sinh như một tác dụng phụ của thuốc theo đơn.

**293,0 (F05) Sảng do một chứng bệnh khác:** Có bằng chứng từ bệnh sử, khám lâm sàng, hoặc phát hiện qua xét nghiệm rằng sự rối loạn là do các tác động sinh lý của một chứng bệnh khác.

**293,0 (F05) Sàng do nhiều bệnh lý nguyên nhân:** Có bằng chứng từ bệnh sử, khám lâm sàng, hoặc phát hiện qua xét nghiệm rằng cơn mê sảng có nhiều hơn một nguyên nhân (ví dụ, hơn một bệnh lý gây bệnh; bệnh lý khác cộng với ngô độc chất hoặc tác dụng phụ của thuốc).

Ghi rõ nêu:

**Cấp tính:** Kéo dài một vài giờ hoặc vài ngày.

**Dai dẳng:** Kéo dài vài tuần hoặc vài tháng.

Ghi rõ nêu:

**Tăng động:** Các cá nhân có một mức độ tăng động của hoạt động tâm thần vận động có thể sẽ được đi kèm với khí sắc rối loạn cảm xúc, lo âu, và / hoặc từ chối hợp tác với các dịch vụ chăm sóc y tế.

**Giảm hoạt động:** Các cá nhân có mức độ giảm hoạt động tâm thần có thể sẽ đi kèm với tình trạng chậm trễ và thờ ơ qua cách tiếp cận sững sờ.

**Hoạt động hỗn hợp:** Các BN có một mức độ bình thường của hoạt động tâm thần mặc dù có rối loạn chú ý và nhận thức. Cũng bao gồm các cá nhân có mức độ hoạt động dao động nhanh chóng.

### II. Đặc điểm lâm sàng của sảng

Sảng được đặc trưng bởi suy yếu của ý thức, nhận thức về môi trường, sự chú ý và tập trung. Nhiều bệnh nhân bị mất phương hướng và hiển thị suy nghĩ vô tổ chức. Một biểu hiện lâm sàng dao động là dấu hiệu của chứng RL và bệnh nhân có thể có những giây phút sáng suốt trong quá trình trong ngày.

RL tri giác có thể mang hình thức hiểu nhầm, ảo tưởng hoặc ảo giác đơn giản. Các ảo giác thị giác là thường gặp nhất, nhưng các hình thức giác quan khác cũng có thể bị ảo giác.

RL chu kỳ giác ngủ-thức là phổ biến, và tâm thần kích động có thể trầm trọng, dẫn đến kéo đường truyền dịch và ống thông, té ngã, và hành vi hiếu chiến. Bệnh nhân mê sảng âm thầm cũng có thể tự giảm bớt dịch lưu thông và lượng thức ăn mà không công khai thể hiện hành vi kích động.

Không báo cáo sử dụng thuốc hoặc lạm dụng thuốc là một nguyên nhân phổ biến của mê sảng cai ở những bệnh nhân nhập viện. Nghiêm trùng và tương tác thuốc hoặc độc tính là một nguyên nhân phổ biến của sảng ở người già.

E. chấn thương có thể xảy ra khi bệnh nhân đang mê, và kích động và mê sảng không nhận ra có thể dẫn đến suy giảm nhận thức lâu dài.

F. Tỉ lệ mê sảng ở những bệnh nhân nhập viện là 10-30%, với mức cao hơn ở người già. Bệnh nhân khác có nguy cơ bao gồm những người có RL thần kinh trung ương được biết, những người lạm dụng chất và bệnh nhân HIV dương tính.

### III. Chẩn đoán phân biệt

**RL loạn thần và RL lưỡng cực và rối loạn trầm cảm với biểu hiện tâm thần.**  
Sảng được đặc trưng bởi ảo giác sống động, hoang tưởng, rối loạn ngôn ngữ, và kích động phải được phân biệt với các rối loạn loạn thần ngắn, tâm thần phân liệt, rối loạn

dạng phân liệt, và các rối loạn loạn thần khác, cũng như các rối loạn lưỡng cực và trầm cảm với biểu hiện loạn thần.

**RL stress cấp.** Sảng kết hợp với sợ hãi, lo lắng, và các triệu chứng phân ly, chẳng hạn như mất nhân cách, phải được phân biệt rối loạn stress cấp, được tạo ra do tiếp xúc với một sự kiện gây sang chấn nghiêm trọng.

**Giả vờ đau và rối loạn giả bệnh.** Sảng có thể được phân biệt với các RL này dựa vào biểu hiện thường không điển hình trong giả đau và rối loạn giả bệnh và sự vắng mặt của một chứng bệnh khác hay chất khác là nguyên nhân liên quan đến RL nhận thức.

**RL nhận thức thần kinh khác.** Các vấn đề chẩn đoán phân biệt thường gặp nhất khi đánh giá sự lú lẫn ở người lớn tuổi là phân biệt các triệu chứng sảng và sa sút trí tuệ. Các bác sĩ phải xác định cá nhân có sảng; một cơn sảng chóng trên NCD từ trước, chẳng hạn như do bệnh Alzheimer; hoặc một NCD mà không có sảng. Sự phân biệt truyền thống giữa cơn sảng và sa sút trí tuệ theo tính khởi phát cấp tính và tất nhiên thời gian là đặc biệt khó khăn ở những người lớn tuổi, người đã có một NCD trước mà có thể không được công nhận, hoặc những người phát triển suy giảm nhận thức dai dẳng sau một cơn sảng.

#### IV. Điều trị cơn sảng

A. Hầu hết các trường hợp sảng được điều trị bằng cách điều chỉnh các trạng thái cơ bản.

B. Kích động, lú lẫn, RL tri giác: Haloperidol (Haldol), 1-2 mg cho mỗi 4-8 giờ, là chỉ định chống loạn thần có sẵn ở dạng tiêm tĩnh mạch. Tiêm tĩnh mạch có thể cần thiết ở những bệnh nhân yếu. Haloperidol cũng có thể được tiêm bắp.

C. Không có thuốc chống loạn thần không điển hình nào có sẵn ở dạng tiêm. Nếu bệnh nhân sẵn sàng dùng thuốc đường uống, liều nhỏ thuốc an thần hiệu lực thấp thuốc như quetiapine (Seroquel) 25 mg mỗi 4-8 giờ có thể rất hiệu quả. Theo dõi cẩn thận nhịp tim và huyết áp là cần thiết ở những bệnh nhân nhận được hơn hai liều mỗi ngày.

D. Kích động cũng có thể được điều trị bằng lorazepam (Ativan) 1-2 mg mỗi 2-6 giờ PO, IM hay IV. Lorazepam là an toàn ở người già và những bệnh nhân có tổn thương thận hoặc chức năng gan. Nó nên được sử dụng thận trọng ở bệnh nhân có RL chức năng hô hấp. Nó có thể gây tăng sự nhầm lẫn.

E. Cần theo dõi sát trong môi trường yên tĩnh. Có thể có định BN nếu cần để ngăn ngừa thương tích cho bản thân hoặc người khác.

## Bài 2

### RL nhận thức thần kinh nặng & nhẹ (sa sút trí tuệ)

#### I. Rối loạn nhận thức thần kinh nặng (theo DSM 5)

##### Tiêu chuẩn chẩn đoán

A. Bằng chứng của sự suy giảm đáng kể về nhận thức từ một cấp độ trước đó có biểu hiện trong một hoặc nhiều lĩnh vực nhận thức (sự chú ý phức tạp, chức năng điều hành, học tập và trí nhớ, ngôn ngữ, vận động nhận thức, hoặc nhận thức xã hội) dựa trên:

1. Mối lo ngại của BN, cung cấp thông tin giúp nhận biết, hoặc các bác sĩ cho rằng đã có một sự suy giảm đáng kể chức năng nhận thức; và

2. Có khuyết tật đáng kể trong hoạt động nhận thức, thông qua test chuẩn của bệnh học thần kinh, hoặc một đánh giá định lượng lâm sàng khác.

B. Các thiếu hụt nhận thức can thiệp với sự độc lập trong hoạt động hàng ngày (tức là, ở mức tối thiểu, yêu cầu trợ giúp với các hoạt động phức tạp của cuộc sống hàng ngày như thanh toán hóa đơn, quản lý thuốc).

C. Các thiếu hụt nhận thức không xảy ra hoàn toàn trong bối cảnh của một cơn sảng.

D. Sự thiếu hụt nhận thức không được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần (ví dụ, RL trầm cảm chủ yếu, tâm thần phân liệt).

Xác định rõ do:

**Bệnh Alzheimer**

**Thoái hóa thùy trán thái dương**

**Bệnh cơ thể Lewy**

**Bệnh mạch máu**

**Chấn thương sọ não**

**Sử dụng chất / thuốc**

**Nhiễm HIV**

**Bệnh prion**

**Bệnh Parkinson**

**Bệnh Huntington**

**Một bệnh lý khác**

**Nhiều nguyên nhân gây bệnh**

**Không biệt định**

Ghi rõ:

**Nếu không có xáo trộn về hành vi:** Nếu các rối loạn nhận thức không kèm theo bất kỳ rối loạn hành vi có ý nghĩa lâm sàng.

**Với rối loạn hành vi (ghi rõ rối loạn):** Nếu các rối loạn nhận thức được đi kèm bởi sự xáo trộn về hành vi đáng kể về mặt lâm sàng (ví dụ, các triệu chứng loạn thần, RL khí sặc, kích động, thòi ơ, hoặc các triệu chứng hành vi khác).

Ghi rõ mức độ nghiêm trọng hiện tại:

**Nhẹ:** khó khăn với các hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ví dụ, làm việc nhà, quản lý tiền bạc).

**Trung bình:** Khó khăn với các hoạt động cơ bản của cuộc sống hàng ngày (ví dụ, ăn uống, mặc quần áo).

**Nặng:** Hoàn toàn phụ thuộc.

## II. Đặc điểm lâm sàng của sa sút trí tuệ

A. Sự suy giảm trí nhớ liên quan đến khó khăn trong việc học dữ liệu mới và / hoặc quên các dữ liệu đã học trước đó. Dấu hiệu sớm có thể bao gồm mất đồ đạc hoặc chấp nhận mất một cách dễ dàng hơn.

B. Một khi sa sút trí tuệ đã được thành lập, bệnh nhân có thể có khó khăn thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày như tắm rửa, mặc quần áo, nấu ăn, hoặc mua sắm.

C. Kém thấu hiểu và phán đoán suy giảm là các tính năng phổ biến của sa sút trí tuệ.

1. Bệnh nhân thường không biết khiếm khuyết của họ.

2. Bệnh nhân có thể đánh giá quá cao khả năng về mình để thực hiện một cách an toàn các nhiệm vụ cụ thể.

3. Úc chế có thể dẫn đến phán đoán xã hội kém, chẳng hạn như đưa ra bình luận không phù hợp.

D. Các triệu chứng tâm thần là phổ biến và bệnh nhân thường có triệu chứng biếu hiện của sự lo âu, trầm cảm và RL giấc ngủ.

E. Hoang tưởng Paranoid (đặc biệt là cáo buộc những người khác đang ăn cắp vật mình bị mất) và ảo giác (đặc biệt là thị giác) là phổ biến.

F. Cơn sảng thường chòng lên sa sút trí tuệ vì những bệnh nhân này nhạy cảm hơn với tác dụng của thuốc và bệnh lý.

## III. Dịch tễ học của sa sút trí tuệ

A. Sự phổ biến của bệnh mất trí nhớ tăng theo độ tuổi. Ba phần trăm bệnh nhân trên 65 tuổi có sa sút trí tuệ, nhưng sau 85 tuổi, 20% dân số bị ảnh hưởng.

B. Loại Alzheimer là loại phổ biến nhất của chứng sa sút trí tuệ, bao gồm 50- 60% của tất cả các trường hợp. Sa sút trí tuệ Mạch máu là nguyên nhân phổ biến thứ hai của bệnh mất trí nhớ, chiếm 13% của tất cả các trường hợp.

## IV. Phân loại các chứng mất trí nhớ

### A. Loại sa sút trí tuệ Alzheimer.

1. Bệnh nhân không chỉ đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán cơ bản cho bệnh mất trí nhớ mà còn:

a. Bắt đầu dần dần và tiếp tục suy giảm nhận thức.

b. Thiếu hụt nhận thức không phải là do một chứng bệnh hay chất.

c. Các triệu chứng không được gây ra bởi một RL tâm thần.

2. Bệnh Alzheimer còn tiếp tục phân loại:

a. Xuất hiện sớm hay muộn

b. Với cơn mê sảng, hoang tưởng, tâm trạng chán nản, hoặc không biến chứng

3. Tuổi thọ trung bình sau khi khởi phát bệnh là 8-10 năm.

**B. Sa sút trí tuệ Mạch máu** (trước đây gọi là Sa sút trí tuệ Nhồi máu)

1. Bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán cơ bản cho Sa sút trí tuệ nhưng cũng có:

a. Dấu hiệu và triệu chứng thần kinh khu trú hoặc bằng chứng xét nghiệm của bệnh mạch máu não (ví dụ, nhiều vùng nhồi máu trên MRI).

b. Sa sút trí tuệ mạch máu lại tiếp tục phân loại: mê sảng, hoang tưởng, tâm trạng chán nản, hoặc biến chứng.

c. Không giống như bệnh Alzheimer, những thay đổi về chức năng có thể đột ngột, và các đợt bệnh dài hạn có xu hướng có một mô hình bậc thang và biến động. Khiếm khuyết rất thay đổi tùy thuộc vào vị trí của tổn thương mạch máu, để lại một số chức năng nhận thức nguyên vẹn.

**C. Sa sút trí tuệ các bệnh lý khác**

1. Đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán cơ bản cho Sa sút trí tuệ, nhưng cũng phải có bằng chứng cho thấy các triệu chứng là kết quả sinh lý trực tiếp của một tình trạng y tế nói chung.

2. Sa sút trí tuệ liên quan AIDS

a. Sa sút trí tuệ do ảnh hưởng của virus HIV đối với não.

b. Biểu hiện lâm sàng bao gồm tâm thần chậm chạp, hay quên, thờ ơ, giải quyết vấn đề kém, cảm xúc phẳng lặng, thu hút xã hội.

c. Loạn thần đơn giản có thể có mặt.

d. Triệu chứng thần kinh thường xuyên có mặt.

**3. Sa sút trí tuệ gây ra bởi chấn thương đầu.** Sa sút trí tuệ do chấn thương đầu thường không tiến triển. Một ngoại lệ đáng chú ý đến điều này là sa sút trí tuệ pugilistica được gây ra bởi chấn thương lặp đi lặp lại. Một sa sút trí tuệ tiến triển sau một chấn thương duy nhất nên báo cho bác sĩ lâm sàng để tìm kiếm một bệnh tiềm ẩn.

4. Sa sút trí tuệ gây ra bởi bệnh Parkinson

a. Sa sút trí tuệ xảy ra ở 40-60% bệnh nhân bị bệnh Parkinson.

b. Các Sa sút trí tuệ của Parkinson thường nặng thêm vì có kèm trầm cảm nặng.

**5. Sa sút trí tuệ do bệnh Huntington**

a. Sa sút trí tuệ là một kết quả tất yếu của căn bệnh này.

b. Ban đầu, ngôn ngữ và kiến thức thực tế có thể tương đối được bảo tồn, trong khi trí nhớ, suy luận, và chức năng điều hành bị suy giảm nghiêm trọng hơn.

c. Thỉnh thoảng, sa sút trí tuệ có thể đứng trước sự tấn công của các triệu chứng vận động.

#### **6. Sa sút trí tuệ gây ra bởi bệnh Pick**

a. Các giai đoạn sớm của bệnh được đặc trưng bởi úc chế, thở ơ, và bất thường ngôn ngữ vì bệnh Pick ảnh hưởng đến các thùy trán và thái dương.

b. Giai đoạn muộn của bệnh trên lâm sàng có thể tương tự bệnh Alzheimer. Nghiên cứu hình ảnh não thường cho thấy teo thùy trán và / hoặc thùy thái dương.

#### **7. Sa sút trí tuệ gây ra bởi bệnh Creutzfeldt-Jakob**

a. Bệnh CJ là một bệnh xốp não bán cấp do prion.

b. Các bộ ba lâm sàng bao gồm sa sút trí tuệ, các hoạt động myoclonic không tự chủ, và hoạt động EEG định kỳ.

#### **8. Sa sút trí tuệ Lewy Body**

a. Đặc trưng bởi sự suy giảm nhận thức cùng dao động với mức độ của sự chú ý và sự tỉnh táo. Tái phát, theo dạng ảo giác thị giác cũng rất phổ biến.

b. Sa sút trí tuệ Lewy Body có liên quan với sự suy giảm lặp đi lặp lại, mất ý thức thoáng qua, ngắt, độ nhạy cảm thần kinh, hoang tưởng và ảo giác.

#### **D. Sa sút trí tuệ dai dẳng do Chất**

1. Không chỉ đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán cơ bản cho Sa sút trí tuệ mà còn:

a. Thâm hụt vẫn còn quá thời gian thông thường của nhiễm độc chất hoặc cai thuốc.

b. Có bằng chứng cho thấy khiếm khuyết liên quan đến các tác động bền bỉ của việc sử dụng chất gây nghiện (ghi rõ loại thuốc hoặc thuốc).

2. Khi lạm dụng thuốc có liên quan, hầu hết bệnh nhân đã, tại một số thời gian trong cuộc sống của họ, đáp ứng tiêu chuẩn cho sự phụ thuộc chất.

3. Biểu hiện lâm sàng là một sa sút trí tuệ điển hình. Đôi khi bệnh nhân sẽ cải thiện nhẹ sau khi ngưng sử dụng chất, nhưng hầu hết đều hiển thị một tiến trình suy giảm.

E. Sa sút trí tuệ do Nhiều nguyên nhân gây bệnh. Chẩn đoán này được áp dụng khi có nhiều RL chịu trách nhiệm cho Sa sút trí tuệ.

#### **V. Chẩn đoán phân biệt của sa sút trí tuệ**

##### **A. Sảng**

1. Sảng là RL phổ biến nhất mà có thể giống với sa sút trí tuệ. Sự khác biệt của Sảng so với Sa sút trí tuệ có thể khó khăn vì BN nhân Sa sút trí tuệ dễ bị một đợt mê sảng tiến triển chóng lên.

2. Bệnh nhân sa sút trí tuệ tinh táo, trong khi đó, bệnh nhân mê sảng có một mức biến đổi ý thức. Người bệnh Sáng hiện thị một đợt lâm sàng cấp tính biến động, trong khi bệnh nhân sa sút trí tuệ hiện thị ổn định, tiến triển chậm, xuống dốc nhiên.

B. Bệnh quên: Đặc trưng bởi RL bộ nhớ bị cô lập, không có sự thiếu hụt nhận thức thấy trong chứng Sa sút trí tuệ .

C. RL trầm cảm chủ yếu.

1. Cả hai bệnh Sa sút trí tuệ và trầm cảm có thể biểu hiện sự thờ ơ, thiếu tập trung, trí nhớ suy giảm. Thiếu hụt nhận thức do một RL khí sắc có thể xuất hiện bệnh Sa sút trí tuệ và được gọi là "pseudodementia."

2. Sự khác biệt của bệnh Sa sút trí tuệ trầm cảm có thể khó khăn, đặc biệt là ở người già. Bệnh nhân Sa sút trí tuệ thường cũng chán nản. Trong trầm cảm, các triệu chứng khí sắc sẽ đi trước sự phát triển của thiếu hụt nhận thức và mất trí nhớ, và các triệu chứng về nhận thức sẽ đi trước trầm cảm.

3. Một thẩm định y khoa để loại trừ các nguyên nhân có thể điều trị của bệnh Sa sút trí tuệ hoặc các nguyên nhân bệnh trầm cảm cần được làm rõ.

4. Nếu sự phân biệt giữa bệnh Sa sút trí tuệ và trầm cảm vẫn chưa rõ ràng, một thử nghiệm của thuốc chống trầm cảm được đảm bảo bởi vì tiền lượng cho bệnh trầm cảm là tốt hơn nhiều so với bệnh Sa sút trí tuệ. Nếu trầm cảm được chống lên bệnh Sa sút trí tuệ, điều trị trầm cảm sẽ cải thiện mức độ chức năng của bệnh nhân.

## VI. Đánh giá lâm sàng của chứng Sa sút trí tuệ

A. Tất cả các bệnh nhân có biểu hiện thiếu hụt nhận thức cần được đánh giá để xác định nguyên nhân của chứng Sa sút trí tuệ. Một số nguyên nhân của chứng Sa sút trí tuệ là có thể điều trị và hồi phục được.

B. Một tiền sử y khoa và tâm thần và một khám lâm sàng và đánh giá tâm thần, đặc biệt khám thần kinh, cần được hoàn thành.

## VII. Xét nghiệm đánh giá chứng Sa sút trí tuệ

A. Sinh hóa máu toàn phần

B. CTM

C. Xét nghiệm chức năng tuyến giáp.

D. Phân tích nước tiểu

E. Ma túy

F. Nồng độ huyết thanh của tất cả các loại thuốc có thể đo lường

G. Nồng độ Vitamin B-12

H. XN kim loại nặng.

I. Huyết thanh học (VDRL hoặc MHA-TP)

J. ECG

K. X-Quang

## L. EEG

M. Hình ảnh não (CT, MRI) được chỉ định nếu có một sự nghi ngờ bệnh lý TKTW, chẳng hạn như đa chấn thương hay tổn thương mạch máu.

## VIII. Điều trị chứng Sa sút trí tuệ.

A. Bất kỳ điều kiện y tế cơ bản cần được chữa trị. Việc sử dụng giảm đau và kháng cholinergic thuốc thần kinh trung ương nên được giảm thiểu. Bệnh nhân chức năng tốt nhất nếu các môi trường cao kích thích được tránh.

B. Gia đình và / hoặc người chăm sóc cần được hỗ trợ về tâm lý để cung cấp chăm sóc tối ưu. Các nhóm hỗ trợ, tâm lý trị liệu, và các trung tâm giữ trẻ là hữu ích.

### C. Điều trị bệnh Alzheimer

1. **Donepezil (Aricept), Galantamin (Reminyl), c. Rivastigmine (Exelon)** là những thuốc được lựa chọn để cải thiện chức năng nhận thức ở bệnh Sa sút trí tuệ Alzheimer. Nó hoạt động bằng cách ức chế đảo ngược trung tâm của acetylcholinesterase do đó làm tăng nồng độ acetylcholine ở thần kinh trung ương. Nó có thể làm chậm sự tiến triển của bệnh.

a. **Donepezil:** Bắt đầu liều 5 mg trước khi ngủ, sau 4-6 tuần, có thể tăng đến 10 mg trước khi ngủ nếu cần thiết. Donepezil không có báo cáo nhiễm độc gan hoặc tương tác thuốc có ý nghĩa. Các tác dụng phụ bao gồm RL tiêu hoá hoặc tiêu chảy.

b. **Galantamin (Reminyl)** khởi đầu 4mg uống 2 lần/ngày x 4 tuần, tăng lên 8mg uống 2 lần/ngày x 4 tuần nếu dung nạp, và 12mg uống 2 lần/ngày.

c. **Rivastigmine (Exelon)** Liều lượng được bắt đầu ở mức 1,5 mg 2 lần/ngày, và tăng 4,5 mg 2 lần/ngày và sau đó 6,0 mg 2 lần/ngày trong khoảng thời gian hai tuần. Hiệu quả lớn nhất khi dùng liều cao. Các tác dụng phụ thường gặp nhất là buồn nôn, tiêu chảy và ngất. tác dụng phụ GI được giảm khi dùng chung với thức ăn. Không có độc tính gan.

2. **Tacrine (Cognex)** là một chất ức chế esterase ít đặc hiệu hơn và yêu cầu theo dõi AST và SLT. Tacrine không được sử dụng do gây độc cho gan.

3. **Memantine (Namenda)** là chất đối vận không hoàn toàn của thụ thể N-methyl-D-aspartate (NMDA) được chỉ định cho Sa sút trí tuệ trung bình và nặng. Memantine có thể được dùng phối hợp với một ức chế acetyl-cholinesterase. Liều 5mg uống mỗi sáng, tăng thêm 5mg / tuần đến mức 10mg uống 2 lần/ngày.

### D. Điều trị bệnh Sa sút trí tuệ Mạch máu

1. Tăng huyết áp phải được kiểm soát.

2. Aspirin có thể được chỉ định để làm giảm sự hình thành huyết khối.

### E. Kích động và gây hấn

1. **Được lý:** Các thuốc chống loạn thần không điển hình sau đây có hiệu quả đáng kể trong việc giảm kích động và gây hấn ở bệnh Sa sút trí tuệ.

a. **Quetiapine (Seroquel)** 12.5-25mg uống trước ngủ, có thể tăng 12.5-25mg mỗi 3 ngày nếu cần để đạt liều 25-200mg/ngày và tối đa 400-600mg/ngày.

**b. Risperidone (Risperdal)** bắt đầu từ 0,25-0,5 mg uống trước ngủ với liều trung bình 0,5-2mg ngày đặc biệt hiệu quả đối với kích động kết hợp với các triệu chứng loạn thần như hoang tưởng..

**c. Olanzapine (Zyprexa)** bắt đầu ở mức 2,5 mg uống trước ngủ với liều trung bình 2,5-7,5mg uống trước ngủ với liều trung bình là 2,5-7,5 mg uống trước ngủ cũng làm giảm lo âu về chứng mất trí.

**d. Ziprasidone (Geodon)** 20mg uống 2 lần/ngày, tăng thêm 20mg mỗi 1-3 ngày khi cần với liều tối đa mỗi ngày là 80mg uống 2 lần/ngày.

**e. Aripiprazol (Abilify):** 2.5-5mg uống trước ngủ, tăng đến 10mg nếu cần.

**f. Haloperidol (Haldol)** có thể được sử dụng nếu các thuốc trên không hiệu quả. Khoảng liều là 0,5-5 mg / ngày uống trước ngủ hoặc 2 lần/ngày.

**g. Divalproex (Depakote)** với liều 10 mg / kg / ngày (250-1250 mg / ngày 2 lần/ngày) với hiệu quả tốt và được dung nạp tốt bởi nhiều bệnh nhân Sa sút trí tuệ . Nồng độ huyết thanh nên được duy trì khoảng 25-75 mg / ml.

**h. Có báo cáo tăng nguy cơ tai biến mạch máu não ở người lớn với risperidone, olanzapine và aripiprazol, thúc đẩy FDA ban hành một cảnh báo chung cho toàn bộ các thuốc không điển hình.**

**i. Buspirone (BuSpar)** bắt đầu từ 5 mg 2 lần/ngày với liều cuối cùng của 30- 50 mg/ngày 2-3 lần/ngày. Buspirone có ít tác dụng phụ và không có tương tác thuốc có ý nghĩa. Vài tuần được yêu cầu để đạt được lợi ích đầy đủ. Dùng như một thuốc phối hợp với thuốc chống loạn thần

**k. Trazodone (Desyrel)** bắt đầu từ 25-50 qhs mg với liều trung bình là 50-200 mg / ngày, dùng như một thuốc phối hợp.

**l. Lorazepam (Ativan),** 0,5-1,0 mg mỗi 4 giờ khi cần, có thể giúp giảm nhẹ nhanh chóng, nhưng nó không được khuyến khích cho sử dụng lâu dài vì mất điều hòa, suy giảm trí nhớ, và tiềm năng mất ức chế và gây nghiện.

#### F. Loạn thần

1. Thuốc chống loạn thần hiệu lực cao như haloperidol, fluphenazine hoặc risperidone có thể hiệu quả ở liều rất thấp. Thuốc chống loạn thần không điển hình cũng hiệu quả, thường dùng liều thấp hơn nhiều so với liều của bệnh nhân loạn thần nguyên phát.

2. Vài ngày nên trôi qua trước khi tăng liều để ngăn chặn quá liều và quá an thần.

#### G. Trầm cảm

1. SSRIs là thuốc chống trầm cảm đầu tay cho người già. Venlafaxine (Effexor XR) (37,5mg -225 mg); bupropion (Wellbutrin), mirtazapine (Remeron) và duloxetin (Cymbalta) cũng có thể được sử dụng nếu SSRIs là không hiệu quả.

2. Thuốc chống trầm cảm ba vòng nên tránh ở bệnh nhân Sa sút trí tuệ vì tác dụng lên hệ tim mạch và kháng cholinergic của chúng.

## RL ăn uống

### Bài 1:

#### Chán ăn tâm thần

##### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán

A. Hạn chế năng lượng tiêu thụ so với yêu cầu, dẫn đến trọng lượng cơ thể thấp đáng kể so với tuổi, giới tính, mức phát triển, và sức khỏe thể chất. Nhẹ cân đáng kể được định nghĩa là một trọng lượng nhỏ hơn bình thường tối thiểu hoặc, đối với trẻ em và thanh thiếu niên thì nhẹ cân hơn so với trọng lượng tối thiểu dự kiến.

B. Rất sợ tăng cân hoặc trở thành mập, hoặc hành vi liên tục cản trở tăng cân, mặc dù đang nhẹ cân đáng kể.

C. RL nhận thức về trọng lượng cơ thể hoặc hình dạng của mình, tự đánh giá sai về trọng lượng cơ thể hoặc hình dạng của mình, hoặc thiếu kiên trì trong việc công nhận sự nghiêm trọng của trọng lượng cơ thể thấp như hiện tại.

Mã hóa lưu ý: Các mã ICD-9-CM cho chán ăn tâm thần là 307.1, được phân không theo phân nhóm. Các mã ICD-10-CM thì phụ thuộc vào phân nhóm (xem dưới đây).

##### Xác định rõ:

**(F50.01) Type hạn chế ăn:** Trong 3 tháng qua, các cá nhân đã không tham gia vào việc ăn uống chè chén say sưa hay hành vi tẩy (tức là, tự gây nôn hoặc lạm dụng thuốc nhuận tràng, thuốc lợi tiểu, hoặc dung dịch thụt thảo). Phân nhóm này biểu hiện quá trình giảm cân được thực hiện chủ yếu thông qua chế độ ăn kiêng, ăn chay, và / hoặc tập thể dục quá mức.

**(F50.02) Type ăn / tẩy:** Trong 3 tháng qua, các cá nhân đã tham gia thường xuyên vào việc ăn uống chè chén say sưa hoặc hành vi tẩy (tức là, tự gây nôn hoặc lạm dụng thuốc nhuận tràng, thuốc lợi tiểu, hoặc dung dịch thụt thảo).

Ghi rõ nếu:

**Phục hồi một phần:** Sau khi đạt đủ tiêu chuẩn cho chán ăn tâm thần trước đây. Tiêu chí A (trọng lượng cơ thể thấp) đã không được đáp ứng trong một thời gian dài, nhưng một trong hai tiêu chí B (sợ hãi mãnh liệt của tăng cân hoặc trở thành mập hoặc hành vi gây cản trở tăng cân) hoặc tiêu chuẩn C (RL tự nhận thức về cân nặng và hình dạng) vẫn được đáp ứng.

**Thuyên giảm hoàn toàn:** Sau khi đạt đủ tiêu chuẩn cho chán ăn tâm thần trước đây, không có tiêu chí nào đã được đáp ứng trong một thời gian liên tục.

Ghi rõ mức độ nghiêm trọng hiện tại:

Ở người lớn, mức độ nghiêm trọng được dựa trên chỉ số thân khối hiện tại (BMI) (xem dưới đây) hoặc, đối với trẻ em và thanh thiếu niên thì dùng BMI bách phân. Những phân loại bên dưới đều có nguồn gốc từ Bảng phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới về độ gầy ở người lớn; Đối với trẻ em và thanh thiếu niên, tỷ lệ BMI tương ứng nên được sử

dụng. Mức độ nghiêm trọng có thể được tăng lên để phản ánh các triệu chứng lâm sàng, mức độ khuyết tật chức năng, và sự cần thiết phải giám sát.

**Nhẹ: BMI > 17kg / m<sup>2</sup>**

**Trung bình: BMI 16-16.99 kg / m<sup>2</sup>**

**Nặng: BMI 15-15.99 kg / m<sup>2</sup>**

**Trầm trọng: BMI <15 kg / m<sup>2</sup>**

## **II. Đặc điểm lâm sàng của chán ăn tâm thần**

A. Chán ăn tâm thần được đặc trưng bởi tính nồng ám ảnh cường chế (đếm calo, tích trữ thực phẩm), giảm hoạt động tình dục, tính cách cứng nhắc, nhu cầu mãnh liệt cần kiểm soát những môi trường, ám ảnh xã hội (sợ ăn ở nơi công cộng). Chán ăn tâm thần thường cùng tồn tại với RL trầm cảm chủ yếu.

B. Hai phần ba bệnh nhân chán ăn tâm thần hoặc ăn nhiều có một bệnh sử RL trầm cảm chủ yếu.

C. Biến chứng chán ăn tâm thần. Tất cả các hệ thống cơ thể có thể bị ảnh hưởng, tùy thuộc vào mức độ đối và loại tẩy. Giảm bạch cầu và thiếu máu, mất nước, nhiễm toan chuyển hóa (do nôn), hoặc nhiễm kiềm (do thuốc nhuận tràng), giảm chức năng tuyến giáp, nồng độ hormone sinh dục thấp, loãng xương, chậm nhịp tim, và bệnh não thường thấy.

D. Các dấu hiệu và triệu chứng thể lý có thể bao gồm RL tiêu hóa, sợ lạnh, hốc hác, phì đại tuyến mang tai, phát triển lông tơ, hạ huyết áp, phù ngoại biên, bộ răng thưa, và hôn mê.

## **III. Dịch tễ học chán ăn tâm thần**

A. Chín mươi phần trăm các trường hợp xảy ra ở phụ nữ. Sự phỗ biến ở phụ nữ là 0,5-1,0%. Các RL bắt đầu ở tuổi vị thành niên sớm và là hiếm sau tuổi bốn mươi. Tỷ lệ mắc cao nhất xảy ra ở từ tuổi 14 đến tuổi 18.

B. Có một nguy cơ gia tăng trong thân nhân cấp độ 1, và có một tỷ lệ cao hơn trong sự tương hợp sinh đôi cùng trứng. Bệnh nhân có tiền sử nhập viện thứ phát do chán ăn có tỷ lệ từ vong 10%.

## **IV. Chẩn đoán phân biệt của chán ăn tâm thần**

**Tình trạng bệnh lý.** Các bệnh lý ác tính, AIDS, hội chứng động mạch mạc treo tràng trên (nôn sau ăn do tắc nghẽn của dạ dày) không liên kết với một hình ảnh cơ thể bị bóp méo và cũng không mong muốn giảm cân.

**RL trầm cảm chủ yếu.**

**TTPL.**

**RL sử dụng chất**

**RL lo âu xã hội, OCD, RL sợ biến dạng cơ thể.**

**Cuồng ăn:** những BN này thường vẫn giữ cân nặng hoặc cao hơn mức tối thiểu dù kiêng.

**RL tránh né/hạn chế lượng thức ăn:** không sợi sụt cân hoặc mập

**V. Xét nghiệm đánh giá chán ăn tâm thần.** Có thể có: Giảm albumin huyết thanh, globulin, canxi, hạ kali máu, hạ natri máu, thiếu máu, giảm bạch cầu. ECG có thể thấy khoảng QT dài hoặc loạn nhịp tim

## **VII. điều trị chán ăn tâm thần**

### **A.Thuốc:**

Có nhiều nghiên cứu chấp nhận điều trị chán ăn tâm thần bằng SSRIs, Fluoxetin (Prozac) thường dùng nhất ở liều 20-60mg/ngày. Dù vậy cũng có một số nghiên cứu phủ nhận kết quả điều trị chán ăn tâm thần của SSRIs.

Những thử nghiệm dùng liều thấp chống loạn thần không điển hình được diễn tả là có nhiều thành công. Giảm cân do dùng thuốc cũng đáp ứng với điều trị này và không có tác dụng phụ

**B. Tâm lý trị liệu:** Bao gồm tâm lý trị liệu tâm động học, liệu pháp gia đình, liệu pháp hành vi, và liệu pháp nhóm.

**C. Chương trình điều trị chuyên ngành,** bao gồm điều trị về hành vi chú trọng việc tăng cân, liệu pháp gia đình, theo dõi số lượng ăn vào với tư vấn chế độ ăn uống, và thuốc có hiệu quả ở những bệnh nhân có động cơ. Giám sát chặt chẽ trọng lượng cơ thể và tình trạng y tế chung phải được bảo đảm.

**D. Nhập viện** có thể cần thiết nếu giảm cân trầm trọng hoặc tụt HA, ngất, ván đè tim mạch...

## Bài 2

### Chứng háu ăn

#### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán 307,51 (F50.2)

A. Các giai đoạn thường xuyên ăn uống quá mức. Một giai đoạn ăn uống quá mức được đặc trưng bởi cả 2 điều sau đây:

1. Ăn trong một khoảng thời gian riêng biệt (ví dụ, trong bất kỳ khoảng thời gian 2 giờ), một lượng thực phẩm mà chắc chắn là nhiều hơn so với những gì hầu hết mọi người sẽ ăn trong một khoảng thời gian tương tự trong những trường hợp tương tự.

2. Một cảm giác mất kiểm soát ăn uống trong suốt giai đoạn (ví dụ, một cảm giác không thể ngừng ăn hoặc không kiểm soát được lượng thức ăn).

B. Tái diễn hành vi đèn bù không phù hợp để ngăn ngừa tăng cân, như tự gây nôn; lạm dụng thuốc nhuận tràng, thuốc lợi tiểu, hoặc thuốc khác; ăn chay; hoặc tập thể dục quá mức.

C. Các hành vi ăn uống quá mức và đèn bù không phù hợp cùng xảy ra, trung bình ít nhất một lần một tuần trong 3 tháng.

D. Tự đánh giá là bị ảnh hưởng quá mức bởi hình dạng cơ thể và trọng lượng.

E. Sự RL không xảy ra hoàn toàn trong cơn chán ăn tâm thần.

Ghi rõ nếu:

**Thuyên giảm một phần:** Sau khi đủ tiêu chuẩn cho chứng húu ăn đã gặp trước đó, một số, nhưng không phải tất cả, các tiêu chí đã được đáp ứng trong một thời gian liên tục.

**Thuyên giảm hoàn toàn:** Sau khi đủ tiêu chuẩn cho chứng húu ăn đã gặp trước đây, không tiêu chí nào đã được đáp ứng trong một thời gian liên tục.

Ghi rõ mức độ nghiêm trọng hiện tại:

Mức nghiêm trọng tối thiểu được dựa trên tần số của các hành vi đèn bù không phù hợp (xem dưới đây). Mức độ nghiêm trọng có thể được tăng lên để phản ánh các triệu chứng khác và mức độ khuyết tật chức năng.

**Nhẹ:** Trung bình 1-3 giai đoạn có các hành vi đèn bù không phù hợp mỗi tuần.

**Trung bình:** Trung bình 4-7 lần có các hành vi đèn bù không phù hợp mỗi tuần.

**Nặng:** Trung bình từ 8-13 lần có các hành vi đèn bù không phù hợp mỗi tuần.

**Rất nặng:** Trung bình có 14 lần hoặc nhiều hơn có các hành vi đèn bù không phù hợp mỗi tuần.

## II. Đặc điểm lâm sàng của chứng húu ăn

A. Không giống như bệnh nhân chán ăn, bệnh nhân húu ăn có xu hướng nặng hơn trọng lượng dự kiến của họ so với tuổi. Bệnh nhân húu ăn có xu hướng xấu hổ về hành vi của họ và thường che giấu điều này với gia đình và bác sĩ.

B. Có một tần số tăng các RL tình cảm, lạm dụng thuốc (30%), và RL nhân cách ranh giới (30%) ở những bệnh nhân ăn vô độ.

C. Nôn ói có thể liên kết với bộ răng kém (hệ quả của tính axit của chất nôn lên răng). Bắt thường điện giải (hạ kali máu), mất nước, và mức độ khác nhau của cơn đói có thể xảy ra. Tiêu lượng nói chung là tốt hơn chán ăn tâm thần, và cái chết rất hiếm khi xảy ra trong húu ăn.

## III. Dịch tễ học của chứng húu ăn

A. Chứng húu ăn xảy ra chủ yếu ở các nước công nghiệp phát triển, và tỷ lệ này là 1-1,5% ở nữ thanh niên và 0,1-0,15% ở nam giới.

B. Có một tỷ lệ cao hơn các RL cảm xúc trong gia đình bệnh nhân với húu ăn và béo phì là phổi biến hơn.

## IV. Chẩn đoán phân biệt của chứng húu ăn

**Chán ăn tâm thần, Type ăn nhiều/tẩy.** Cá nhân có hành vi ăn uống-quá mức chỉ xảy ra trong các giai đoạn chán ăn tâm thần sẽ được chẩn đoán là Chán ăn tâm thần, Type ăn nhiều/tẩy, và không nên được đưa ra chẩn đoán bổ sung chứng húu ăn. Đối với cá nhân với chẩn đoán ban đầu của chứng biếng ăn tâm thần có ăn quá mức và tẩy nhưng biểu hiện không còn đáp ứng các tiêu chí đầy đủ cho Chán ăn tâm thần, Type ăn

nhiều/ tẩy (ví dụ, khi trọng lượng là bình thường), chẩn đoán của chứng hau ăn nên được đưa ra chỉ khi tất cả các tiêu chí cho chứng hau ăn đã được đáp ứng ít nhất 3 tháng.

**RL ăn uống-quá mức.** Một số cá nhân ăn nhiều nhưng không có hành vi đèn bù không phù hợp thường xuyên. Trong những trường hợp này, chẩn đoán là RL ăn uống-quá mức

**Hội chứng Kleine-Levin.** Trong một số bệnh lý hoặc bệnh thần kinh khác, chẳng hạn như hội chứng Kleine-Levin, có bị rối loạn hành vi ăn uống, nhưng không có các tính năng tâm lý đặc trưng của chứng hau ăn, chẳng hạn như quan tâm quá mức với hình dáng cơ thể và trọng lượng.

**RL trầm cảm chủ yếu, với các đặc điểm không điển hình.** Ăn quá nhiều là phổ biến trong RL trầm cảm chủ yếu, với các tính năng không điển hình, nhưng cá nhân có rối loạn này không tham gia vào các hành vi đèn bù không phù hợp và không thể hiện sự quan tâm quá mức với hình dáng cơ thể và đặc tính trọng lượng như ở chứng hau ăn. Nếu tiêu chí cho cả 2 rối loạn được đáp ứng, cả 2 chẩn đoán nên được đưa ra.

**RL nhân cách ranh giới.** Hành vi ăn uống-quá mức được bao gồm trong các tiêu chí hành vi bốc đồng và là một phần của định nghĩa của RL nhân cách ranh giới. Nếu các tiêu chí cho cả RL nhân cách ranh giới và chứng hau ăn được đáp ứng, cả 2 chẩn đoán nên được đưa ra.

## V. Điều trị các chứng hau ăn

A.Nhận thức hành vi trị liệu là điều trị hiệu quả nhất. Tâm động học nhóm và gia đình liệu pháp cũng rất hữu ích.

### B.Thuốc điều trị chứng hau ăn

1. Thuốc chống trầm cảm có ích trong việc điều trị các chứng hau ăn, có hoặc không kèm theo trầm cảm chủ yếu; triệu chứng của ăn quá độ và tẩy được giảm.

2. SSRIs nói chung là hữu ích nhất. Chống trầm cảm 3 vòng được dùng cách thận trọng, do nguy cơ gây co giật và bệnh lý tim mạch nếu dùng ở liều cao hoặc quá liều.

3. Bupropion là chống chỉ định vì sự gia tăng nguy cơ co giật ở những bệnh nhân này.

# Chương 11

## THUỐC ĐIỀU TRỊ TÂM THẦN

### Bài 1

#### Thuốc CLT

##### I. CD

- Thuốc chống loạn thần (còn được gọi là thuốc an thần kinh) được chỉ định cho tâm thần phân liệt và có thể được sử dụng cho các rối loạn khác có biểu hiện tâm thần như trầm cảm và RLLC.
  - Thuốc chống loạn thần là thuốc được lựa chọn cho các rối loạn loạn thần ngắn, rối loạn thể phân liệt và tâm thần phân liệt. Chúng cũng đóng một vai trò nổi bật trong việc điều trị các rối loạn cảm xúc phân liệt và RLLC.
  - Thuốc chống loạn thần có thể cần thiết cho bệnh nhân bị rối loạn khi sắc có biểu hiện tâm thần. Thường dùng theo đợt ngắn đến trung bình. Những chất này thường cải thiện chức năng ở bệnh nhân mất trí nhớ hoặc mệt mỏi có biểu hiện tâm thần khi dùng với liều thấp.
  - Thuốc chống loạn thần thường được sử dụng trong điều trị các rối loạn loạn thần do chất gây ra. Thuốc an thần liều thấp có thể hữu ích cho biểu hiện tâm thần của rối loạn nhân cách nặng; Tuy nhiên, chúng nên được sử dụng một cách thận trọng và trong một khoảng thời gian ngắn ở những bệnh nhân này.
- II. Lựa chọn thuốc CLT:** Tất cả các thuốc an thần kinh đều có hiệu quả như nhau trong việc điều trị các rối loạn tâm thần, với ngoại lệ của clozapine, có hiệu quả hơn trong điều trị tâm thần phân liệt kháng trị. Các thuốc chống loạn thần mới (risperidone, olanzapine, quetiapine và ziprasidone) có thể có hiệu quả hơn so với thuốc thông thường.
- Thông thường, lựa chọn thuốc an thần kinh nên được thực hiện dựa trên tiền sử các phản ứng với một thuốc an thần kinh đặc biệt, tiền sử gia đình, và khả năng dung nạp tác dụng phụ.
  - Cần có ít nhất hai tuần điều trị trước khi đạt được hiệu quả chống loạn thần có ý.
  - Việc sử dụng nhiều hơn một thuốc chống loạn thần tại một thời điểm đã không cho thấy có tăng hiệu quả.

##### III. Liều dùng

- Điều trị ban đầu nên bắt đầu với liều chia nhỏ, chẳng hạn như 2-4 lần mỗi ngày. Olanzapine (Zyprexa) có thể được bắt đầu với liều một lần một ngày.
- Một khi đạt được tình trạng ổn định (sau khoảng 5 ngày), thuốc có thời gian bán hủy dài có thể được dùng một ngày một lần; Tuy nhiên, các thuốc hiệu lực thấp như chlorpromazine nên được chia làm nhiều lần để giảm tác dụng phụ.
- Dùng số lượng lớn các thuốc an thần kinh trong vài ngày đầu điều trị để tránh áp nhanh chưa được chứng minh là có hiệu quả. Việc sử dụng thuốc an thần kinh trên cơ sở "khi cần thiết" là không hiệu quả.

- d. Bệnh nhân tâm thần có cơn kích động đưọc xử trí tốt nhất với thuốc an thần như benzodiazepin kết hợp với một liều lượng thích hợp của thuốc CLT.

#### IV. Đường dùng.

- A. Thuốc uống có sẵn cho tất cả các thuốc chống loạn thần và một số có sẵn ở dạng lỏng cho bệnh nhân cao tuổi hoặc để tăng sự tuân thủ trong những bệnh nhân giữ thuốc ở má của họ và sau đó nhổ chúng ra.
- B. Thuốc an thần kinh tiêm bắp có tác dụng kéo dài như risperidone (Consta), Haldol và Prolixin decanoate có ích cho những bệnh nhân không tuân thủ.
  1. Haldol decanoate nên đưọc bắt đầu với liều gấp hai mươi lần liều uống mỗi ngày trong tháng đầu điều trị, chia thành ba hay bốn lần tiêm trong một khoảng thời gian bảy ngày. Ví dụ, một bệnh nhân dùng 20 mg haloperidol uống mỗi ngày sẽ đưọc chích 400 mg decanoate. Liều có thể giảm 25% trong mỗi hai tháng và liều duy trì là 200 mg mỗi 30 ngày.
  2. Prolixin decanoate nên đưọc bắt đầu ở mức 25 mg mỗi hai tuần với liều điều chỉnh lên đến 50 mg mỗi hai tuần nếu cần thiết.
  3. Risperidone (Consta) nên đưọc bắt đầu ở mức 25 mg mỗi hai tuần với liều điều chỉnh lên đến 50 mg mỗi 4 tuần nếu cần thiết.
  4. Khi một bệnh nhân đã đưọc tiêm một hoặc hai lần, thì có thể ngưng các thuốc chống loạn thần đường uống.
- C. Thuốc IM tác dụng ngắn hạn của ziprazidone và olanzapine cũng có sẵn. Liều IM ziprazidone là 10mg mỗi 2 giờ hoặc 20mg mỗi 4 giờ khi cần có thể tăng lên liều tối đa 40mg/ngày. 5-10mg olanzapine IM có thể đưọc dùng mỗi 2-4 giờ và liều tối đa là 30mg/ngày. Haldol và clopromazine (Thorazine) thường đưọc dùng IM để điều trị BN loạn thần kích động. Thorazine thường dùng 25-50mg IM kèm theo dõi sát HA. Haldol 5-10mg thường đưọc dùng kèm với 1-2mg Ativan IM, giúp an thần. Haldol cũng có dạng IV. Chỉ dùng Hadol IV khi BN không thể uống thuốc và có sẵn đường truyền.

V. TDP: Thuốc CLT không điền hình ít gây TDP ngoại tháp, rối loạn vận động muộn, HC thần kinh ác tính và kháng cholinergic.

- A. Thuốc hiệu lực thấp như chlorpromazine có một tỷ lệ cao về tác dụng kháng acetylcholin, an thần và hạ huyết áp thế đứng so với thuốc hiệu lực cao như haloperidol.
- B. Thuốc hiệu lực cao như haloperidol và fluphenazine có tỷ lệ cao gây các triệu chứng ngoại tháp như phản ứng rối loạn vận động cấp tính, hội chứng Parkinson, và akathasia.
- C. Thuốc hiệu lực trung bình bao gồm trifluoperazine và thiothixen, có hồ sơ tác dụng phụ ở giữa các chất hiệu lực thấp và hiệu lực cao.
- D. Tác dụng phụ kháng cholinergic

1. Thuốc an thần kinh, đặc biệt là thuốc hiệu lực thấp như chlorpromazine và thioridazine có tác dụng phụ kháng cholinergic như khô miệng, táo bón, nhìn mờ, và bí tiểu.
2. Trong trường hợp nghiêm trọng, ức chế kháng acetylcholin có thể tạo một hội chứng kháng cholinergic trung ương đặc trưng bởi lú lẫn hoặc mê sảng, da khô ửng đỏ khô, giãn đồng tử và nhịp tim tăng cao.

#### E. Tác dụng phụ ngoại tháp

1. Thuốc an thần kinh, đặc biệt là các tác thuốc hiệu lực cao như haloperidol, gây ra vận động không tự chủ được gọi là tác dụng phụ ngoại tháp. Những cử động vô thức xảy ra do phong tỏa các thụ thể dopamine trong con đường nigrostriatal của hạch nền.

#### 2. Dystonia cấp.

a. Phản ứng dystonia cấp là duy trì co thắt của các cơ vùng cổ (tật vẹo cổ), mắt (cơn oculogyric), lưỡi, hàm và các nhóm cơ khác, thường trong vòng 10-14 ngày sau khi bắt đầu các thuốc an thần kinh. Dystonias thường rất đau đớn và gây sợ hãi cho người bệnh.

b. Co thắt thanh quản có thể gây tắc nghẽn đường thở, cần tiêm tĩnh mạch khẩn cấp diphenhydramine.

c. Phản ứng Dystonia thường được gây ra bởi thuốc an thần hoạt lực cao như haloperidol và fluphenazine (Prolixin), và có thể xảy ra ở cả người trẻ, khỏe mạnh (đặc biệt là nam thanh niên) ngay sau khi dùng liều duy nhất.

d. Dystonias (trừ co thắt thanh quản) nên được điều trị bằng 1-2 mg benztrapine (Cogentin) IM. Sau đó, cần giảm liều thuốc an thần kinh đến liều thấp nhất. Dystonias thường sẽ cải thiện nếu thay thế bằng một thuốc hiệu lực thấp hơn.

#### 3. Thuốc gây ra hội chứng Parkinson

a. Bệnh nhân có hội chứng Parkinson thứ phát do thuốc an thần kinh biểu hiện dấu bánh xe răng cưa, khuôn mặt không biểu lộ cảm xúc, chậm vận động, và xáo trộn đáng đi. Điều này cũng tương tự như những bệnh nhân bị bệnh Parkinson vô căn.

b. HC Parkinson do thuốc được điều trị bằng cách thêm một tác nhân kháng cholinergic như benztrapine (Cogentin) hoặc trihexyphenidyl (Artane).

c. Các thuốc phóng thích dopamine như amantadine, cũng có hiệu quả.

d. Triệu chứng Parkinson cũng có thể cải thiện bằng một liều thấp của thuốc an thần kinh hoặc sau khi chuyển sang một chất-hiệu lực thấp như thioridazine.

#### 4. Akathesia

a. Akathesia được đặc trưng bởi cảm xúc mạnh mẽ của bồn chồn bên trong, đó là biểu hiện của khó khăn còng lại vẫn còn và đi bộ quá nhiều hoặc nhíp.

b. Akathesia có thể đáp ứng với sự bổ sung của một thuốc kháng acetylcholin, nhưng thường xuyên hơn, chẹn beta như propranolol là cần thiết trong phạm vi liều tid 10-40 mg hoặc qid.

c. Các benzodiazepin như diazepam được sử dụng cho các trường hợp kháng thuốc.

#### F. RL vận động muộn (TD)

1. RL vận động muộn là một rối loạn chuyển động không tự nguyện có sự tham gia của lưỡi, miệng, ngón tay, ngón chân, và các bộ phận khác của cơ thể.

2. RL vận động muộn được đặc trưng bằng động tác nhai, smacking và liếm môi, mút, le lưỡi, chớp mắt, nhăn mặt và biến dạng khuôn mặt co cứng.

3. Tất cả các thuốc an thần kinh ngoại trừ clozapine đều gây rối loạn vận động muộn. Nguy cơ rối loạn vận động muộn với thuốc chống loạn thần mới là không rõ ràng, nhưng thường như là giảm đáng kể.

4. Thuốc chống parkinson là không có lợi cho loạn vận động muộn và có thể làm trầm trọng thêm các triệu chứng của rối loạn vận động muộn.

5. Khi thấy có các triệu chứng rối loạn vận động muộn, nên ngưng thuốc gây RL VDM. Nếu bệnh nhân cần tiếp tục điều trị an thần kinh thì nên chuyển sang clozapine.

6. Nguy cơ rối loạn vận động muộn tăng với thời gian phơi nhiễm thuốc an thần kinh, và có một tỷ lệ 3% mỗi năm.

7. Hầu hết bệnh nhân bị tương đối nhẹ, nhưng RL vận động muộn có thể gây suy nhược trong trường hợp nặng. RL vận động muộn không luôn luôn cải thiện khi ngưng hoặc giảm liều dùng của thuốc an thần kinh.

#### G. HC thần kinh ác tính (NMS)

1. NMS là một phản ứng đặc dị hiềm gấp và có thể gây tử vong. Tất cả các thuốc an thần kinh, với ngoại lệ của clozapine, có thể gây NMS. Nguy cơ NMS với thuốc chống loạn thần không điển hình là rõ ràng, nhưng thường như là giảm đáng kể.

2. NMS được đặc trưng bởi co cứng cơ nghiêm trọng, sốt, trạng thái tinh thần bị thay đổi, và sự bất ổn định TK tự trị. Các xét nghiệm thường thấy WBC, CPK, và men gan tăng cao.

3. Điều trị bao gồm việc ngừng các thuốc an thần kinh ngay lập tức, cùng với điều trị hỗ trợ với các thuốc như amantadine, bromocriptine, và Dantrolene. Bệnh nhân có thể cần điều trị ở một đơn vị chăm sóc đặc biệt.

#### H. An thần

1. Tinh an thần của thuốc an thần kinh có liên quan đến ức chế các thụ thể histamin H-1. Nó là phổ biến hơn ở các thuốc hiệu lực thấp như chlorpromazine, so với chất hoạt lực cao như haloperidol. Dùng thuốc trước khi đi ngủ sẽ làm giảm buồn ngủ ban ngày.

**I. Tăng cân:** olanzapine và clozapine có liên quan đến tăng cân. Risperidone và Quetiapine ít liên quan đến tăng cân. Trong khi aripiprazol và ziprasidone được công nhận là không làm tăng cân. Ức chế thụ thể serotonin 2C và histamin có thể là trung gian gây nên hiệu ứng này. Tăng cân, đặc biệt ở vùng bụng có liên quan đến tăng nguy cơ HC chuyển hóa được đặc trưng bởi: tăng đường huyết lúc đói, tăng triglycerid, giảm HDL, và cao HA.

#### J. Tăng lipid máu và tiểu đường

1. Thuốc CLT không điển hình có liên quan đến việc tăng triglycerid và cholesterol và kháng insulin ở ĐTD typ 2. Olanzapine và Clozapine là đứng đầu, theo sau là risperidone và quetiapine. Aripiprazol và ziprasidon có ít hoặc không có nguy cơ.

2. BN tâm thần nặng thường có những nguy cơ này vì dinh dưỡng kém, ít vận động và ít được chăm sóc y tế; vì vậy cần tăng cường theo dõi hết mức các bn có/tăng lipid và glucose bất thường và khuyến khích cải thiện hành vi sức khỏe.

#### Lịch theo dõi BN dùng thuốc CLT SDAs

	từ đầu	4 tuần	8 tuần	12 tuần	mỗi quý	mỗi năm	5 năm
Tiền sử gia đình	X					X	
BMI	X	X	X	X	X		
HA	X			X			
Glucose	X			X			
Lipid máu	X			X			X

K. Hạ huyết áp tư thế. Úc chế adrenergic Alpha-1 gây hạ huyết áp thể đứng có thể nghiêm trọng và có thể dẫn đến té ngã và chấn thương. Hạ huyết áp tư thế đặc biệt phổ biến với các chất hiệu lực thấp như chlorpromazine, thioridazine hoặc clozapine. Bệnh nhân cần được tư vấn để tập từ từ đứng lên từ vị trí nằm nghiêng.

L. Độc tim. chậm dần truyền tim có thể xảy ra với thioridazine, mesoridazine, hoặc pimozide với liều phóng thích chậm. Ziprasidone có thể làm tăng khoảng QT, nhưng hiệu ứng này không biểu hiện trên lâm sàng. Thioridazine ảnh hưởng mạnh nhất lên khoảng QT và cần lưu ý khi sử dụng. Cũng cần lưu ý khi sử dụng ziprasidone ở bn có bệnh lý tim, tiền sử ngất, tiền sử gia đình có đột tử, hoặc có khoảng QT sâu.

#### L. Tác dụng phụ tình dục

1. Thuốc chống loạn thần có thể tạo ra một loạt các rối loạn chức năng tình dục.

2. Úc chế thụ thể Dopamine (D2) có thể dẫn đến tăng cao prolactin và kéo theo phì đại tuyến vú, chảy sữa, và rối loạn kinh nguyệt.

3. Xuất tinh ngược dòng, rối loạn chức năng cương dương, và úc chế sự cực khoái cũng là những tác dụng phụ thường gặp.

N. Viêm võng mạc mù lòa. mù lòa không hồi phục có thể hiếm khi xảy ra với một liều thioridazine lớn hơn 800 mg mỗi ngày.

O. Nhạy cảm ánh sáng. Thuốc chống loạn thần thường gây nhạy cảm ánh sáng và khuynh hướng bị cháy nắng. Nhạy cảm ánh sáng đặc biệt phổ biến với các

thuốc hiệu lực thấp như chlorpromazine. Bệnh nhân cần được khuyên sử dụng kem chống nắng.

**P. Tắc mật vàng da** là một phản ứng quá mẫn hiếm hoi nhưng phổ biến nhất với chlorpromazine. Vàng da ứ mật thường hồi phục sau khi ngừng thuốc. Hầu hết các trường hợp phát triển trong tuần thứ ba và thứ tư của điều trị. Điều trị bao gồm việc chuyển đổi sang một nhóm thuốc chống loạn thần khác sau một khoảng thời gian không dùng thuốc.

## VI. CLT không điển hình.

**A. Clozapine (Clozaril)** là một dẫn xuất dibenzodiazepine và được xem là một thuốc chống loạn thần không điển hình. Clozapine được sử dụng để điều trị các bệnh nhân đã không đáp ứng, hoặc những người không thể dung nạp các thuốc an thần kinh khác.

1. Clozapine có tỷ lệ 1% mất bạch cầu hạt, có thể gây tử vong. Hướng dẫn mới được du kiến sẽ đề nghị theo dõi WBC hàng tuần trong sáu tháng đầu điều trị và mỗi hai tuần sau đó. Khi số lượng tế bào BC giảm xuống dưới  $3 \times 10^{12} / \text{lit}$ , thi phải ngưng clozapine.
2. Bạch cầu eosin ( $> 4000 / \text{mm}^3$ ) có thể là một tiền triệu của giảm bạch cầu. Clozapine nên tạm ngưng cho đến khi số lượng dưới  $3000/\text{mm}^3$ .
3. Clozapine độc đáo ở chỗ nó không gây ra các triệu chứng ngoại tháp hoặc rối loạn vận động muộn. Nguy cơ gây co giật tăng cao ở liều trên 600 mg/ngày.
4. Clozapine gây an thần, hạ huyết áp thể đứng, tăng tiết nước bọt (sialorrhea), tăng cân, tim đập nhanh, và hiếu gấp hơn, ngừng hô hấp kết hợp với benzodiazepine cũng có thể xảy ra. Không có tác dụng phụ tăng prolactin.

**B. Risperidone (Risperdal)**

1. Risperidone có một tác dụng phụ không điển hình có các triệu chứng ngoại tháp tối thiểu ở liều thấp hơn (lên đến 4-6 mg). Ở liều trên 6 mg mỗi ngày, tỷ lệ mắc EPS tăng đáng kể. Với liều lượng hiệu quả là 2-8 mg / ngày.
2. Mệt mỏi và buồn ngủ là những tác dụng phụ thường gặp nhất sau tăng cân và hạ huyết áp thể đứng.
3. Risperidone có thể gây tăng cao prolactin dẫn đến phì đại tuyến vú, chảy sữa và sự gián đoạn chu kỳ kinh nguyệt. Mất bạch cầu hạt chưa được báo cáo. Tỷ lệ mắc rối loạn vận động muộn là thấp.

**C. Olanzapine (Zyprexa)**

1. Olanzapine có tác dụng phụ không điển hình với một tỷ lệ rất thấp của EPS. Phạm vi liều hiệu quả là 5-20 mg / ngày, mặc dù một số bệnh nhân có thể cần liều cao hơn. Liều khởi đầu thường là 10 mg / ngày.
2. Tác dụng phụ phổ biến nhất bao gồm buồn ngủ, khô miệng, akathisia, và mất ngủ. Tác dụng phụ ít gặp bao gồm tăng cân, hạ huyết áp thể đứng, buồn nôn, và run rẩy. Không có bằng chứng của nhiễm độc cơ quan tạo máu. Nồng độ Olanzapine có thể giảm khi sử dụng thuốc lá hay carbamazepine. Nên giảm liều ở người già.

**D. Quetiapine (Seroquel)**

- Quetiapine là một thuốc an thần kinh không điển hình với một tỷ lệ rất thấp của EPS. Liều khởi đầu là 25 mg bid, được tăng liều mỗi 1 hoặc 2 ngày để tổng liều hàng ngày của 400-800 mg (bid hay tid).
- Các tác dụng phụ bao gồm hạ huyết áp thể đứng, buồn ngủ, và tăng cân. Rối loạn tiêu hóa, đau bụng, và khô miệng cũng có thể xảy ra.
- Khám mắt ban đầu và định kỳ (với đèn khe) đều được khuyến khích vì sự xuất hiện của đặc thùy tinh thể trong nghiên cứu động vật khi dùng liều rất cao. Liều dùng nên được giảm ở người già. Không thấy tăng prolactin.
- Vì là thuốc có hiệu lực thấp và chỉ định điều trị rộng rãi, quetiapine có thể dùng ngoại nhăn với liều <100mg để trị mất ngủ, lo âu...

#### **E. Ziprasidone (Geodon)**

- Ziprasidone có một tác dụng phụ không điển hình với một tỷ lệ rất thấp của EPS hoặc lipid và đường huyết. Phạm vi liều hiệu quả là 40-80 mg bid.
- Ziprasidone có thể làm tăng khoảng QT. Dù không có báo cáo về TDP rối loạn nhịp tim cần thận trọng với bn có tiềm năng tăng QT (do thuốc hoặc bệnh tim). Những bn này cần được td ECG.
- Buồn ngủ, chóng mặt, buồn nôn, và hạ huyết áp tư thế là những tác dụng phụ thường gặp nhất. Prolactin tăng cao có thể xảy ra.
- Ziprasidone IM có thể được dùng 10mg/2-4 giờ hoặc 20mg/ 4 giờ, không quá 40mg/ngày. Buồn ngủ là triệu chứng thường gặp nhất của dạng IM. QT kéo dài không được thấy ở dạng IM.

### **VII. Kháng cholinergic và thuốc chống parkinson**

- A. Kháng cholinergic và thuốc chống parkinson** được sử dụng để kiểm soát các tác dụng phụ ngoại tháp của các thuốc chống loạn thần, kể cả phản ứng dystonia cấp tính, an thần kinh gây Parkinson, và akathisia.

#### **B. Chỉ định**

- Thuốc kháng cholinergic là thuốc lựa chọn cho dystonias cấp và cho Parkinson do thuốc. Tiêm bắp các thuốc kháng acetylcholin có hiệu quả nhất để giảm nhanh triệu chứng.
- Thuốc kháng acetylcholin là ít hiệu quả cho akathisia do thuốc, thường đòi hỏi phải bổ sung các thuốc chẹn beta.
- Các thuốc Antiparkinsonian thường bắt đầu khi một bệnh nhân có tác dụng phụ ngoại tháp thần kinh liên quan, nhưng chúng có thể được dự phòng ở những bệnh nhân có nguy cơ cao. Các chất chống cholinergic nên được giảm dần và ngưng sau 1-6 tháng nếu có thể.

**Phân loại kháng cholinergic và kháng parkinson.**

Tên	Biệt dược	Nhóm	liều
Benztropin	Cogentin	Kháng cholinergic	1-2mg bid, tid
Biperiden	Akineton	Kháng cholinergic	2mg bid, tid
Trihexyphenidin	Artane	Kháng cholinergic	2-5mg bid, tid
Diphenhydramin	Benadryl	antihistamin/Kháng cholinergic	25-50mg bid,tid
Amantadine	Symmetrel	Dopamin/Agonist	100-150 bid

**Tác dụng phụ của thuốc kháng cholinergic**

- a. Các tác dụng phụ thường gặp nhất là do ức chế anticholinergic ngoại vi: khô miệng, táo bón, nhìn mờ, tiểu khó, giảm mô hô hấp, tăng nhịp tim, rối loạn chức năng xuất tinh.
- b. Một hội chứng kháng cholinergic trung ương xảy ra khi dùng liều cao, hoặc khi thuốc được dùng chung với các thuốc kháng cholinergic khác. Hội chứng này được đặc trưng bởi sự nhầm lẫn, da khô ửng đỏ, tim đập nhanh, và đồng tử giãn. Trong trường hợp nặng có thể có mè sảng, ảo giác, loạn nhịp tim, hạ huyết áp, co giật, và hôn mê.
- c. Thuốc kháng acetylcholin được chống chỉ định trong tăng nhãn áp góc hẹp và nên được sử dụng thận trọng trong phì đại tuyến tiền liệt hoặc bệnh tim mạch.
- d. Amantadine không có tác dụng phụ kháng cholinergic; Tuy nhiên, amantadine có thể gây buồn nôn, mất ngủ, giảm tập trung, chóng mặt, khó chịu, lo lắng và thất điệu. Amantadin được chống chỉ định ở bệnh nhân suy thận.

**Bài 2**

**THUỐC CHỐNG TRẦM CẨM**

- I. **chỉ định:** Trầm cảm đơn cực và lưỡng cực, rối loạn khí sắc cơ năng, rối loạn lo âu (rối loạn hoảng loạn, rối loạn lo âu lan tỏa, rối loạn ám ảnh cưỡng chế, ám ảnh xã hội), rối loạn phân liệt, rối loạn ăn uống, và các rối loạn kiểm soát xung động.
- II. **phân loại:**
  - A. **SSRI.** Fluoxetine (Prozac), sertraline (Zoloft), paroxetin (Paxil), fluvoxamine (Luvox), citalopram (Celexa)
  - B. **SSNRI:** Heterocyclics (TCAs), venlafaxine (Effexor)
  - C. **Ức chế tái hấp thu Norepinephrine / Dopamine.** Bupropion

#### D. Hỗn hợp ức chế tái hấp thu serotonin / kháng thụ thể serotonin.

Trazodone, nefazodone

#### E. Đối kháng Alpha-2 adrenergic. Mirtazapine (Remeron)

F. MAO: Phenelzine, tranylcypromine isocarboxazid.

G. **ỨC tái hấp thu có chọn lọc Norepinephrin:** Atomoxetine (Strattera). (FDI chưa cho phép dùng để điều trị trầm cảm)

#### III. Ứng dụng lâm sàng:

A. Tất cả các thuốc chống trầm cảm đã được chứng minh là có hiệu quả tương đương như nhau. Việc lựa chọn một chất phụ thuộc vào tiền sử đáp ứng, dự đoán dung nạp tác dụng phụ, và các vấn đề y tế cùng tồn tại.

B. Khi đạt được liều điều trị, việc cải thiện triệu chứng thường cần từ 3-6 tuần. TCAs và bupropion có chỉ số điều trị nhỏ nhất và gây rủi ro lớn nhất khi quá liều.

C. Nếu không có dấu hiệu thuyên giảm sau 4-6 tuần điều trị, cần tăng liều hoặc chuyển sang thuốc khác. Ngày nay, có thể tăng thêm một thuốc khác như lithium.

D. Khi các có triệu chứng loạn thần kèm trầm cảm nặng, thuốc chống loạn thần đồng thời thường được yêu cầu.

E. Bệnh nhân có trên 3 đợt Trầm cảm chủ yếu cần được điều trị dài hạn.

#### IV. TDP:

A. Độc tim

1. Thuốc chống trầm cảm ba vòng có thể làm chậm dẫn truyền tim, dẫn đến chậm trễ dẫn truyền não thất, kéo dài khoảng QT, và block AV. Những bệnh nhân có vấn đề dẫn từ trước dễ mắc các rối loạn nhịp. Do đó, TCAs không nên được sử dụng ở những bệnh nhân có khiếm khuyết dẫn truyền, loạn nhịp tim, hoặc một bệnh sử có NMCT gần đây.

2. Các chất ức chế tái hấp thu serotonin mới, cụ thể như venlafaxin, bupropion, mirtazapine và nefazodone không có tác dụng trên dẫn truyền tim.

B. TDP kháng cholinergic. Khô miệng, mờ mắt, táo bón, và bí tiểu.

C. TDP Antihistaminergic. An thần, tăng cân.

D. Các phản ứng bất lợi gây ra do ức chế Alpha-1. hạ huyết áp tư thế, buồn ngủ, rối loạn chức năng tình dục.

E. Kích hoạt serotonergic. Triệu chứng GI (buồn nôn, tiêu chảy), mất ngủ hoặc buồn ngủ, kích động, run, chán ăn, rối loạn chức năng tình dục có thể xảy ra với các thuốc SSRI, đặc biệt là trong thời gian đầu điều trị.

F. Bupropion, mirtazapine và nefazodone ít gây RL tình dục nhất.

G. **HC cai:** ngưng đột ngột SSRI có liên quan đến các triệu chứng điên hình: chóng mặt, mệt mỏi, đau đầu, buồn nôn, mất ngủ, cảm giác s搔c. Mặc dù không nguy hiểm, HC cai có thể tránh được bằng cách giảm liều SSRI từ từ. Chú ý triệu chứng liên quan đến half-life của các SSRI có half-life ngắn sẽ có khởi phát nhanh hơn, nhưng cũng nhanh hơn. Chuẩn liều chéo là không cần thiết khi chuyển đổi từ một SSRI sang một thuốc

khác ngoại trừ paroxetin. Ngưng đột ngột paroxetin sẽ gây HC ngưng SSRI và một HC dội cholinergic (buồn nôn, nôn, tiêu chảy, tiết nước bọt, toát mồ hôi) ngay cả khi bn bắt đầu dùng ngay một SSRI khác.

Mirtazapin	15mg qhs tăng lên 30-45 mg trong ngày đến vài tuần [15, 30 mg]	An thần cao và tăng trung bình 2 kg trong sáu tuần. Tác động tối thiểu vào các enzym gan.
SSRI	tác dụng phụ thường gặp bao gồm rối loạn chức năng tình dục, nhức đầu, buồn nôn, lo âu, an thần nhẹ, mất ngủ, biếng ăn.	
Fluoxetin (Prozac)	10-20 mg uống buổi sáng; có thể yêu cầu lên đến 80 mg/ngày cho OCD và ăn vô độ [10, 20 mg/5mg/ml soln]	Half life dài nhất(2-9 ngày). Ngừng 2 tháng trước khi mang thai. Có thể gây kích động.
Fluvoxamin	50mg ban đầu, sau đó tăng lên đến 300 mg / ngày [25,50, 100 mg]	An thần trung bình.
Paroxetin	20mg ban đầu; tối đa là 80 mg/ ngày. Người cao tuổi khởi đầu liều 10 mg / ngày [10, 20, 30, 40 mg]	An thần trung bình và khô miệng.
Citalopram	20-60 mg/ngày	An thần nhẹ, kích thích hoặc ức chế men gan.
Escitalopram	10-20mg/qd	An thần nhẹ, kích thích hoặc ức chế men gan.
Sertralin (Zoloft)	50 qd tăng khi cần tới liều tối đa 200mg/d	An thần nhẹ, k.thích hoặc U'C men gan.
<b>Nhóm hỗn hợp</b>		
Duloxetine	20mg bid, tăng khi cần, đến trung bình 30mg bid, tối đa 60mg bid.	Buồn nôn, khô miệng, chóng mặt, r/ tình dục.hữu ích trong những cas trầm cảm, hiệu quả đối với bệnh thần kinh dai tháo đường.

Nefazodone	khởi đầu 50-100mg bid, tăng lên đến 150-300mg bid	Nhức đầu, khô miệng, nhìn mờ, buồn ngủ, hạ huyết áp tư thế, rất ít tác dụng phụ tình dục hoặc ức chế enzym gan.
Venlafaxine	37,5 mg bid, tăng lên 150-225 mg/ngày ở liều chia. Phóng thích kéo dài (XR): 37,5-75 mg/ngày tăng lên 150-225 mg/ngày [25, 37,5, 50, 75, 100 mg] [XR: 37,5, 75, 100]	Tăng huyết áp nhẹ. Tác dụng phụ thường gặp: Buồn nôn, buồn ngủ, mất ngủ, chóng mặt, rối loạn chức năng tình dục, nhức đầu, khô miệng, lo lắng. Có rất ít hoặc không có sự ức chế các enzym gan.
Bupropion	100 mg bid tăng lên 100 mg tid hơn 5 ngày. Phóng thích chậm (SR): bắt đầu với 100-150 mg qd trong 3 ngày, tăng lên 150mg bid trong 4-7 ngày [75, 100 mg] [SR: 100, 150]	Kích động, khô miệng, mất ngủ, nhức đầu, buồn nôn, nôn, táo bón, run. Lựa chọn tốt nếu có tác dụng phụ tình dục do các thuốc khác.
Trazodone (Desyrel)	50-100mg qhs tăng dần đến liều 300-600 mg / ngày [50, 100, 150, 300 mg]	Hiếm khi liên quan đến cương dương. Hạ huyết áp thể đứng. Tĩnh an thần cao.

### Bài 3

## Thuốc Ổn định khí sắc

### I. Chỉ định

- A. Ổn định khí sắc là thuốc được lựa chọn cho rối loạn lưỡng cực, rối loạn cảm xúc phân liệt, và cyclothymia. Chúng có hiệu quả cho hưng cảm cấp và điều trị dự phòng của hưng cảm và trầm cảm trong rối loạn lưỡng cực. Chất Ổn định khí sắc kém hiệu quả trong bệnh trầm cảm lưỡng cực.
- B. Những thuốc này chỉ khi có tác dụng trên RL kiểm soát xung động và hành vi gây hấn.

### II. Carbamazepine (Tegretol)

A. Carbamazepine được sử dụng ở những bệnh nhân không đáp ứng với lithium. Liều lượng được điều chỉnh hoặc tăng để giảm thiểu tác dụng phụ.

B. Hướng dẫn điều trị.

1. Đánh giá trước khi điều trị. CTM, phân và tiêu cầu, xét nghiệm chức năng gan, EKG, điện giải, creatinine và khám thực thể.

2. Carbamazepine yêu cầu hai tuần để có hiệu lực, nhưng một thử nghiệm điều trị nên kéo dài 4-8 tuần trước khi đánh giá hiệu quả.

3. Đo nồng độ huyết thanh (mục tiêu là 8-12 g / mL) cùng với một CTM, xét nghiệm chức năng gan và điện giải hàng tuần trong một tháng. Các bạch cầu cần được theo dõi thường xuyên hơn nếu số lượng bắt đầu giảm.

4. Sau tháng đầu tiên, đo nồng độ có thể ít thường xuyên hơn.

5. Carbamazepine gây ra sự trao đổi chất riêng nồng độ của nó sẽ giảm từ ba đến tám tuần. Tại thời điểm này, liều carbamazepine có thể cần phải được tăng lên để duy trì một nồng độ điều trị 8-12: g / mL.

C. Tác dụng phụ

1. Các tác dụng phụ nghiêm trọng nhất của carbamazepine là mất bạch cầu hạt và thiếu máu bất sản, xảy ra ở tỷ lệ 1/ 20.000 người.

2. Carbamazepine nên ngưng nếu tổng số lượng bạch cầu giảm xuống dưới 3.000, hoặc nếu các bạch cầu trung tính tuyệt đối giảm xuống dưới 1.500, hoặc nếu số lượng tiểu cầu giảm dưới 100.000.

3. Viêm gan hiếm khi xảy ra, và có thể phải ngừng carbamazepine. Tăng nhẹ trong các thử nghiệm chức năng gan được nhìn thấy ở hầu hết các bệnh nhân và điều này không đòi hỏi phải ngừng thuốc.

4. Hội chứng Stevens-Johnson, một bệnh ngoài da nặng, là một tác dụng phụ hiếm gặp của carbamazepine và đòi hỏi phải ngừng điều trị ngay lập tức và tư vấn y tế. Nó bắt đầu với các đốm xuất huyết lan rộng dẫn đến hoại tử biểu bì với sự xói mòn của màng nhầy, bong biểu bì và các triệu chứng cơ thể nghiêm trọng.

5. Carbamazepine cũng có thể gây thắt điệu, lú lẫn, và run (thường là với liều cao hoặc độc tính). Nếu điều này xảy ra liều carbamazepine nên được giảm để đạt được nồng độ 8-12: g / mL.

6. Carbamazepine là lành tính hơn khi quá liều so với lithium. Carbamazepine gây nhiều tương tác thuốc. Nó làm giảm nồng độ trong huyết thanh của: acetaminophen, thuốc chống loạn thần, benzodiazepin, thuốc tránh thai, corticosteroid, bồ sung cyclosporine, doxycycline, phenytoin, methadone, theophylline, bồ sung tuyển giáp, valproate, warfarin, và ethosuximide. Nồng độ huyết thanh bị giảm khi dùng với clomipramine và phenytoin.

**III. Valproic Acid (Depakote)**

A. Axit valproic đã trở thành thuốc ổn định khí sắc trong sự lựa chọn của nhiều bác sĩ lâm sàng do tác dụng phụ của nó thuận lợi và độc tính thấp hơn trong quá liều so với lithium hay carbamazepine.

B. Nó hiệu quả cho chứng rối loạn lưỡng cực, rối loạn cảm xúc phân liệt, và cyclothymia. Nó cũng được sử dụng cho các rối loạn kiểm soát xung động và gây hấn ở bệnh nhân rối loạn nhân cách nhóm B, sa sút trí tuệ, chậm phát triển tâm thần.

C. Axit valproic là hiệu quả trong chu kì nhanh và giai đoạn rối loạn lưỡng cực hỗn hợp hơn so với lithium.

D. Hướng dẫn điều trị.

1. Valproate thường đòi hỏi hai tuần để có hiệu lực đầy đủ, nhưng một thử nghiệm của 4-6 tuần nên được hoàn thành trước khi đánh giá hiệu quả.

2. Nồng độ huyết tương, CTM, số lượng tiêu cầu, và PT/ PTT cần lấy hàng tuần trong tháng điều trị đầu tiên. Cần đo nồng độ huyết tương trong 2-3 ngày.

3. Divalproex (Depakote) là hình thức dung nạp tốt nhất của valproate và thường bắt đầu với liều 20 µ / kg để ổn định nhanh chóng của hưng cảm. Điều này tương ứng với khoảng 500mg tid hoặc 750mg bid có chuẩn độ lên đến một mức độ huyết thanh của 50-125 mg / ml. Liều trung bình là từ 1500-3000 mg / ngày. ER Depakote cho phép dùng ngày một lần. Depakote ER có 80-90% sinh khả dụng so với Depakote.

4. BN lớn tuổi dùng ½ liều người trẻ.

5. Valproat không gây độc khi quá liều.

#### **IV. Gabapentin (Neurontin)**

A. những nghiên cứu có kiểm soát không chứng minh gabapentin có hiệu quả trong điều trị rối loạn khí sắc chu kỳ.

B. Gabapentin được dùng như một thuốc hỗ trợ điều trị cho thuốc ổn định khí sắc khác và/hoặc chống trầm cảm. Nó cũng hữu ích cho RL lo âu, cáu gắt và mất ngủ.

C. Hướng dẫn điều trị:

1. Nên xem xét chức năng thận trước khi điều trị vì gabapentin bài tiết không đổi qua thận. Suy thận không phải là CĐ của gabapentin , nhưng cần giảm liều ở bn suy chức năng thận.

2. điều trị: Liều khởi đầu 300mg/ngày tăng dần lên 900-1800mg/ngày chia liều. Một số nghiên cứu sử dụng 3.600mg/ngày vì thời gian bán thải ngắn, thời gian sử dụng giữa 2 liều không quá 12 giờ. Đo nồng độ huyết tương không hữu ích vì không có thiết lập cửa sổ điều trị.

3. Hiệu quả điều trị có thể thấy trong 2-4 tuần.

#### **D. TDP:**

1. Thường gặp nhất là buồn ngủ, mệt mỏi, bồn chồn, nôn và buồn nôn và chóng mặt. Gabapentin được báo cáo là hiếm khi gây lo âu, cáu gắt, kích động và trầm cảm.

2. Tăng cân là một TDP cơ hội của gabapentin.

#### **V. Lamotrigin (Lamictal)**

A. Lamotrigin là một thuốc chống co giật. Nó được chỉ định để điều trị trầm cảm lưỡng cực. Nó cũng hiệu quả trong điều trị trầm cảm hơn so với các thuốc ổn định khí sắc khác, khiến cho một số bác sĩ dùng nó để điều trị trầm cảm đơn cực kháng thuốc.

B. Lamotrigine đã thành công như đơn trị liệu và điều trị bổ trợ cho thuốc ổn định khí sắc khác và / hoặc thuốc chống trầm cảm.

C. Hướng dẫn điều trị:

1. XN trước điều trị nên bao gồm một đánh giá chức năng thận và gan, vì cả hai đều liên quan đến sự bài tiết của nó.

2. Các liều khởi đầu là 25 mg qd, tăng hàng tuần đến 50 mg / ngày, 100mg / ngày, sau đó 200 mg / ngày. Lên đến 400 mg có thể được yêu cầu để điều trị trầm cảm. Liều dùng có thể là một hoặc hai lần một ngày.

3. Huyết thanh lâm sàng không dùng vì cửa sổ điều trị chưa được thiết lập.

4. Dùng đồng thời với thuốc chống co giật khác có thể ảnh hưởng đến nồng độ trong huyết thanh và nên được sử dụng một cách thận trọng.

5. Hiệu quả điều trị có thể được nhìn thấy trong 2-4 tuần.

#### E. Tác dụng phụ

1. Các tác dụng phụ thường gặp nhất là chóng mặt, buồn ngủ, nhức đầu, nhìn đôi, mắt điều hòa hoặc giảm phối hợp. Các tác dụng phụ có thể gây ngừng thuốc nhất là phát ban (10%) có thể khá nặng. Phát ban thường gặp nhất ở bệnh nhân bắt đầu ở liều cao hoặc những người chuẩn độ lên quá nhanh.

2. Phát ban nghiêm trọng ở người lớn là khoảng 0,3% và gây HC Stevens Johnson. Nguy cơ phát ban nghiêm trọng ở trẻ em thí cao hơn (0.8%).

3. Lamotrigine đã được báo cáo gây khó chịu, kích động, lo âu, hưng và trầm cảm.

4. Carbamazepine làm giảm nồng độ lamotrigin và valproate làm tăng nồng độ.

#### VI.Oxcarbazepine (Trileptal)

A. Oxcarbazepine là một thuốc chống co giật mới đang được nghiên cứu về hiệu quả làm chất ổn định khí sắc. Các nghiên cứu có kiểm soát cho thấy nó có hiệu quả với hưng cảm ở liều từ 900-2400 mg / ngày.

B. Tác dụng phụ thường gặp nhất là buồn ngủ, chóng mặt, nhìn đôi, mắt điều hòa, buồn nôn, nôn và phát ban.

**VII. Levetiracetam (Keppra)** đã được chấp thuận để điều trị các cơn động kinh cục bộ. Hiệu quả của nó đối với bệnh là không rõ.

# Chương 12

## CÁC LIỆU PHÁP CƠ THỂ

### Bài 1

#### Liệu pháp Sốc điện

Sốc điện trị liệu (ECT) là một điều trị có hiệu quả cao đối với bệnh trầm cảm, với một tỷ lệ đáp ứng là 90%, so với tỷ lệ đáp ứng 70% đối với thuốc chống trầm cảm.

##### I. Chỉ định

A. Sốc điện có hiệu quả cho trầm cảm, rối loạn cảm lưỡng cực (để điều trị hưng cảm và trầm cảm), sững sờ catatonia, và rối loạn tâm thần cấp tính.

B. Sốc điện có thể được sử dụng như một điều trị đầu tay cho bệnh trầm cảm, nhưng hiếm khi được sử dụng. Nó được công nhận có hiệu quả nhanh chóng khi điều trị BN catatonia, hết sức có gây tổn hại cho bản thân, không dung nạp với thuốc chống trầm cảm, hoặc từ chối ăn uống khi bị trầm cảm.

C. Bệnh nhân cao tuổi có xu hướng có đáp ứng tốt với ECT hơn với thuốc chống trầm cảm. Phụ nữ mang thai bị trầm cảm nghiêm trọng, và những người muốn tránh cho thai nhi tiếp xúc lâu dài với thuốc chống trầm cảm, có thể sử dụng ECT một cách an toàn.

D. Trầm cảm trong bệnh Parkinson đáp ứng với ECT có lợi ích kèm theo là hoàn thiện các rối loạn vận động.

##### II. Đánh giá Sốc điện trị liệu

A. Trước khi bắt đầu ECT, cần hoàn chỉnh bệnh sử và thăm khám lâm sàng và các XN thường qui (CTM, điện giải, men gan, xét nghiệm nước tiểu, chức năng tuyến giáp), đo điện tâm đồ, X-ray ngực, cột sống, và CT scan não cần được hoàn thành.

B. Các thông tin phải có 24 giờ trước lần điều trị đầu tiên. Một bác sĩ thứ hai, không tham gia vào việc điều trị của bệnh nhân, cũng phải thăm khám bệnh nhân và công nhận sự cần thiết của ECT và khả năng bệnh nhân chấp nhận điều trị.

##### C. Tiến trình Liệu pháp Sốc điện:

1. Bệnh nhân cần được nhịn ăn trong ít nhất tám giờ và theo dõi huyết áp, hoạt động của tim, hàm lượng oxy, và điện não.

2. Một barbiturat tác dụng ngắn, chẳng hạn như methohexital, được dùng để gây mê. Một garô (để tránh bị liệt) được gắn 1 cực để theo dõi các thành phần hoạt động của các cơ co giật.

3. Dùng succinylcholine để gây liệt cơ. Sau khi thiết lập đường thở, chẹn miệng bằng khối cao su rồi đặt kích thích điện để tạo ra các cơ co giật.

4. Quá trình cơ co giật được giám sát bởi EEG và các cực độc lập.

#### D. Liều

1. Cơn co giật phải kéo dài tối thiểu là 25 giây và không nên kéo dài hơn hai phút. Nếu các cơn co giật kéo dài ít hơn 25 giây, chờ một phút và sau đó kích thích một lần nữa. Kích thích điện nên ngưng sau ba lần thất bại.

2. Nếu co giật quá hai phút, diazepam tĩnh mạch được sử dụng để chấm dứt cơn co giật.

3. Điều trị 2-3 lần mỗi tuần. Yêu cầu tối thiểu là sáu lần điều trị (tất nhiên thông thường là 8-12 lần điều trị). Ba lần đầu tiên thường được thực hiện với vị trí điện cực song song. Có thể cần đến hai mươi lần điều trị để đạt đáp ứng tối đa.

**III. Chống chỉ định của Sốc điện** bao gồm khói u nội sọ, đột quỵ gần đây, và MI gần đây. Các thủ thuật này rất an toàn, và tỷ lệ biến chứng là tương đương với gây mê đơn độc.

#### IV. Tác dụng phụ của điều trị Sốc điện

A. Mất trí nhớ. Mất trí nhớ ngược dòng và ký ức mới về những sự kiện xung quanh việc điều trị là phổ biến. Mất trí nhớ gần thường tự khỏi trong vòng vài ngày đến vài tuần. Một số ít bệnh nhân phản nản vì khó nhớ dài hạn sau vài tháng.

B. Nhức đầu là phổ biến sau ECT, và nó thường tự khỏi với thuốc giảm đau trong một vài giờ.

#### V. Sốc điện duy trì

A. Ít làm, ECT duy trì có thể được yêu cầu cho đến sáu tháng sau khi kết thúc loạt ban đầu.

B. Khởi đầu, liệu pháp được áp dụng hàng tuần trong một tháng và sau đó giảm dần xuống một lần điều trị mỗi 4-5 tuần. Một số bệnh nhân có thể cần điều trị lâu dài.

## Bài 2

### KÍCH THÍCH TỪ TRƯỜNG XUYÊN SỌ

#### I. Cơ chế:

A. Kích thích từ trường xuyên sọ nhiều lần (rTMS): dùng 1 cuộn dây điện để khuếch đại từ trường xuyên vỏ não. Nó được bọc dung nạp tốt, và ngược với ECT, nó không yêu cầu gây mê và không gây mất nhận thức.

B. Các nghiên cứu ngẫu nhiên có kiểm soát của rTMS đã có những kết quả mâu thuẫn. Một thử nghiệm mới cũng không cho thấy bằng chứng có lợi của rTMS.

II. TDP: đau nhẹ hoặc không thoái mái. TMS không được FDA công nhận.

## Bài 3

### KÍCH THÍCH DÂY TK PHẾ VỊ

Kích thích TK phế vị (VNS) đã được phát triển và được cho phép điều trị RL co giật tái phát. VNS có tác dụng lên việc điều trị và ổn định trism cầm kháng trị. Một máy nhỏ giống máy tạo nhịp được cấy dưới da ở phần trên ngực trái. Một kích thích điện liên kết với máy phát được chuyển từ ngực tới cổ nơi kết nối với dây TK phế vị trái. TDP thường gặp nhất là đổi giọng hoặc khàn tiếng.