

CẤP CỨU TRONG CHUYÊN KHOA TÂM THẦN

ThS. Phạm Thị Minh Châu

MỤC TIÊU:

1. Xác định các tình trạng cấp cứu thuộc chuyên khoa tâm thần thường gặp: tự tử, kích động, các rối loạn tâm thần do sử dụng rượu
2. Đánh giá mức độ trầm trọng của tình trạng cần cấp cứu thông qua ghi nhận thông tin, khám lâm sàng và cận lâm sàng nếu cần thiết
3. Đưa ra các kế hoạch xử trí ban đầu tương ứng cho bệnh nhân

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Tất cả những rối loạn hay bệnh lý trong chuyên khoa tâm thần nói riêng và các chuyên khoa khác nói chung nếu không được xử trí thích đáng kịp thời thì có thể đưa đến một tình trạng trầm trọng có thể gây hậu quả nghiêm trọng cần xử trí khẩn cấp.

Biểu lộ tình trạng khẩn cấp ban đầu, được nói chung là các cấp cứu tâm thần, có thể do các rối loạn tâm thần mới mắc, sự trầm trọng của bệnh đang có sẵn, cũng có thể là rối loạn mới xuất hiện đi kèm với tình trạng bệnh đã có trước đó.

Cần phải thăm khám bệnh nhân kỹ lưỡng để sàng lọc xem có một tình trạng khẩn cấp nào khác không thuộc chuyên khoa tâm thần mà nếu không xử trí kịp thời có khả năng gây tổn thương chức năng sống của bệnh nhân. Các xử trí khẩn cấp trong chuyên khoa tâm thần hướng tới mục đích đảm bảo an toàn cho bệnh nhân, ngăn ngừa các tổn thương và hướng tới điều trị tối ưu trong tương lai.

Có nhiều guideline hướng dẫn xác xử trí các cấp cứu tâm thần, hiện chỉ đề cập 3 cấp cứu thuộc chuyên khoa tâm thần thường gặp: tự tử, kích động, các rối loạn tâm thần do sử dụng rượu

II. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN CÓ CÁC VẤN ĐỀ CẤP CỨU TRONG CHUYÊN KHOA TÂM THẦN

1. Nguyên tắc tiếp cận chung

- Đảm bảo, phục hồi chức năng sống cho bệnh nhân: đảm bảo sinh hiệu, thăm khám sàng lọc các triệu chứng do bệnh lý thực thể
- Đánh giá tình trạng vấn đề: đánh giá toàn diện dựa trên thu nhận thông tin về bệnh, thăm khám và các cận lâm sàng nếu cần, dựa trên kiến thức bệnh học của bác sĩ về diễn tiến bệnh, các yếu tố ảnh hưởng quá trình điều trị/tuân thủ, các bệnh lý kèm để lượng giá:

- Mức độ trầm trọng
 - Khả năng tái diễn
 - Các yếu tố ảnh hưởng đến điều trị
 - Thông báo và nhận được đồng thuận từ thân nhân bệnh nhân về tình trạng bệnh và hướng xử trí cho bệnh nhân
 - Chú ý vấn đề an toàn trong điều trị.
2. Nguyên tắc xử trí ban đầu:
- Xác định vấn đề cấp cứu thuộc chuyên khoa tâm thần
- Giảm thiểu tối đa đến loại bỏ yếu tố nguy cơ, đảm bảo an toàn cho bệnh nhân
 - Điều trị tích cực nhằm cải thiện đến phục hồi bằng nhiều cách tiếp cận phù hợp với tình trạng của bệnh nhân
 - Áp dụng điều trị theo guideline linh động theo từng trường hợp: không có 2 bệnh nhân giống nhau hoàn toàn.

III. HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ (từ phác đồ của bệnh viện tâm thần TP. Hồ Chí Minh)

1. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN TỰ TỬ

A.Chẩn đoán:

- **Định nghĩa:** Tự tử (tự sát, tự vẫn) là hành động của một người cố ý gây ra cái chết cho chính mình.
- Tự tử có thể xảy ra trong nhiều trường hợp

1/ Bệnh:

- Trầm cảm (buồn, chán nản, bị tội, rối loạn ăn uống, rối loạn giấc ngủ).
- Loạn thần (hoang tưởng bị tội, hoang tưởng bị chi phối, ảo thanh mệnh lệnh).
- Nghiện rượu, ma túy (rối loạn xung động).
- Rối loạn nhân cách.
- Giai đoạn cuối các bệnh nặng hoặc bệnh mạn tính.

2/ Triệu chứng (thường được chia làm 3 mức)

- Ý tưởng chết chóc: bệnh nhân nghĩ đến cái chết, nhưng chưa nghĩ đến chuyện mình tự tử.
- Ý tưởng tự tử: bệnh nhân nghĩ đến chuyện tự tử, có thể có kế hoạch tự tử.
- Hành vi tự tử: bệnh nhân có hành vi tự tử.

3/ Bệnh cơ thể: lưu ý

- Bệnh tim mạch, các bệnh do rối loạn dẫn truyền.
- Bệnh mắt: glaucome.

B.Xử trí:

1/ **Cho điều trị nội trú:** những trường hợp có ý tưởng tự tử hoặc đã có hành vi tự tử không thành.

2/ **Chăm sóc cấp 1:** để trong phòng chăm sóc cấp 1.

- Dưới tầm kiểm soát thường xuyên của nhân viên y tế.
- Không có phương tiện tự sát.
- Điều dưỡng kiểm tra việc sử dụng thuốc.

3/ **Hoá dược:** nếu bệnh nhân được chẩn đoán là

- a. **Rối loạn trầm cảm** (cơn trầm cảm, trầm cảm tái diễn, trầm cảm của bệnh nhân loạn thần...) . Xử trí theo phác đồ trầm cảm
- b. **Loạn thần** (bao gồm loạn thần ngắn, tâm thần phân liệt, trạng thái hoang tưởng, loạn thần không đặc trưng khác). Xử trí theo phác đồ tâm thần phân liệt
- c. **Rối loạn nhân cách**

Xử trí theo phác đồ rối loạn nhân cách

4/ Choáng điện: có thể dùng trong các trường hợp sau:

- Hành vi tự tử mãnh liệt: trong vài ngày đầu tiên, mặc dầu đã chích thuốc liều cao.
- Khi không đáp ứng điều trị thuốc

2. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN KÍCH ĐỘNG

KHÁI NIỆM :

Kích động là trạng thái hưng phấn tâm lý-vận động quá mức, xuất hiện đột ngột, không có mục đích rõ ràng, không thích hợp với hoàn cảnh xung quanh, có tính chất phá hoại, nguy hiểm cho bản thân và những người xung quanh, ảnh hưởng đến trật tự và an toàn xã hội. Nó có thể xuất hiện trong nhiều bệnh cảnh rối loạn tâm thần khác nhau.

II. CÁCH XỬ TRÍ :

1. Chăm sóc Hộ lý I, theo dõi hành vi nguy hiểm.
2. Cho bệnh nhân ở phòng yên tĩnh, thoáng mát, sáng sủa. Không để vật dụng gây nguy hiểm trong phòng. Có thể cố định tại giường nếu cần.
3. Quan sát tổng trạng và xem xét các tình trạng bệnh lý cơ thể kèm theo (chấn thương sọ não, chấn thương cơ thể), cách ăn mặc, điều bộ, hành vi.
4. Thăm hỏi bệnh nhân, hoặc thân nhân về hoàn cảnh xuất hiện cơn và tiền sử bệnh. Giải thích cho bệnh nhân (về bệnh, về cơ sở điều trị, về chăm sóc điều dưỡng và hộ lý) nhằm trấn an. Chú ý một số điều: giọng nói của bác sĩ và nhân viên y tế cần nhẹ nhàng, thấp giọng, chú ý lắng nghe và quan sát bệnh nhân, khi cần (nếu dự đoán không có nguy cơ tổn hại đến cơ thể) có thể ngồi cùng bệnh nhân,...loại bỏ các vật dụng có thể làm hung khí như dao, kéo, bật lửa,...

5. Khi chưa chẩn đoán được nguyên nhân, có thể sử dụng:

a. **Diazepam 10mg/6giờ** hay **lorazepam 2-4mg**, (chlordiazepoxide), uống hoặc tiêm bắp nếu bệnh nhân không uống được, có thể duy trì trong 24 tiếng. Chỉ định dùng thuốc cho đến khi các triệu chứng kích động giảm.

b. Khi bệnh nhân đã dùng Diazepam với liều tối đa 40mg/ngày mà vẫn còn kích động, hoặc có chống chỉ định dùng benzodiazepine thì chuyển sang Haloperidol 1 – 5mg, tiêm bắp mỗi 6 giờ.

c. Sau khi chích thuốc, có thể cố định tại giường nếu cần thiết.

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

6. Điều trị theo nguyên nhân:

a. **Sảng run:** xử lý theo phác đồ điều trị sảng run.

b. **Tâm thần phân liệt:**

- Chlopromazine : liều 25mg-50mg tiêm bắp. Sau 2-3 giờ nếu vẫn còn kích động dùng liều 50mg tiêm bắp. Sau 2 giờ tiếp theo nếu vẫn còn kích động, dùng tiếp liều 50mg tiêm bắp và phối hợp với haloperidol 5mg tiêm bắp.
- Levomepromazine 25mg tiêm bắp mỗi 2 giờ cho đến khi bệnh nhân giảm kích động. Liều tối đa 200mg/ngày.
- Haloperidol 5-10mg tiêm bắp mỗi 30 phút đến 1 giờ cho đến khi bệnh nhân giảm kích động. Liều tối đa 30mg/24 giờ. Benzodiazepin có thể được dùng phối hợp. Bệnh nhân có từng dị ứng hay đáp ứng bất thường với thuốc chống loạn thần có thể dùng paraldehyde hay diphenhydramin 50-100mg uống hay tiêm bắp
- Hoặc Haloperidol 2-5mg uống mỗi 1-2 giờ, liều tối đa 30mg/ngày
- Olanzapin 5-10mg tiêm bắp, không vượt quá 20mg/24 giờ (chú ý trên người lớn tuổi).
- Hoặc Olanzapin 5-10mg uống, không vượt quá 20mg/24 giờ
- Ziprasidon 20mg tiêm bắp mỗi 4 giờ, hoặc 10mg tiêm bắp mỗi 2 giờ không vượt quá 40mg/24 giờ.
- Risperidon 1-2mg uống, không quá 6mg mỗi 24 giờ (có thể dùng viên tan nhanh)

c. **Kích động trên bệnh nhân hưng cảm:** các thuốc chống loạn thần như trên, có thể dùng thuốc ổn định khí sắc như valproate hay lithium

d. **Kích động trầm cảm:** phối hợp thuốc chống trầm cảm với Levomepromazine 25mg tiêm bắp mỗi 2 giờ. Liều tối đa của Levomepromazine là 200mg/ngày.

e. **Kích động do các bệnh lý thực thể não**

Động kinh : Diazepam 10mg, tiêm bắp mỗi 60 phút, liều tối đa 40mg/ngày.

Sa sút tâm thần do bệnh Alzheimer và sa sút tâm thần do các nguyên

nhân mạch máu não: dùng thuốc chống loạn thần liều thấp

Kích động do các bệnh nhiễm trùng, bệnh lý nội khoa như đái tháo

đường, hạ đường huyết, bệnh lý tuyến giáp, ngộ độc cấp, HIV, ... dùng thuốc chống loạn thần liều thấp

f. **Kích động do rối loạn nhân cách** như nhân cách chống đối xã hội, nhân cách ranh giới, Paranoia, nhân cách tự yêu,...: dùng thuốc chống loạn thần liều thấp

g. **Kích động do các rối loạn loạn thần kinh** như rối loạn phân ly, rối loạn hoảng loạn, rối loạn ám ảnh hoặc các bệnh do căn nguyên tâm lý khác, hội chứng ngưng thuốc đột ngột : Diazepam 5 – 10mg, uống hoặc tiêm bắp mỗi 6 giờ.

h. **Kích động trong hội chứng sảng** : xử lý theo phác đồ điều trị hội chứng

sảng.

i. **Kích động do sử dụng chất gây nghiện, chất kích thích (ma túy, đá, cà phê, ...)**: dùng thuốc chống loạn thần, thuốc chống trầm cảm đôi khi cũng cần thiết.

Trong trường hợp tâm thần phân liệt thể căng trương lực, hoặc trầm cảm có hành vi tự sát mãnh liệt, hoặc kích động đã sử dụng thuốc nhưng không hiệu quả (kích động kéo dài 1 tuần, không đáp ứng thuốc): phối hợp choáng điện, mỗi ngày một lần, mỗi đợt 6-8 lần.

7. Điều chỉnh rối loạn cân bằng nước và điện giải: Glucose 5% hoặc Lactate Ringer.

8. Khi bệnh nhân giảm kích động, phải tiến hành thăm khám nội khoa – nội thần kinh, làm các xét nghiệm tìm nguyên nhân (công thức máu, CPK, SGOT, SGPT, BUN, creatinine, ion đồ, đường huyết, X quang tim phổi, ECG, EEG), theo dõi sinh hiệu tối thiểu 3 lần/ngày và tiếp tục điều chỉnh rối loạn thăng bằng nước – điện giải, nâng thể trạng.

Chú ý: cần theo dõi mạch, huyết áp trước và sau khi chích thuốc 1 giờ.

3. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN CÓ RỐI LOẠN TÂM THẦN DO SỬ DỤNG RƯỢU

3.1 PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SẢNG RUN

KHÁI NIỆM :

Kích động là trạng thái hưng phấn tâm lý-vận động quá mức, xuất hiện đột ngột, không có mục đích rõ ràng, không thích hợp với hoàn cảnh xung quanh, có tính chất phá hoại, nguy hiểm cho bản thân và những người xung quanh, ảnh hưởng đến trật tự và an toàn xã hội. Nó có thể xuất hiện trong nhiều bệnh cảnh rối loạn tâm thần khác nhau.

II. CÁCH XỬ TRÍ :

1. Chăm sóc Hộ lý I, theo dõi hành vi nguy hiểm.
2. Cho bệnh nhân ở phòng yên tĩnh, thoáng mát, sáng sủa. Không để vật dụng gây nguy hiểm trong phòng. Có thể cố định tại giường nếu cần.
3. Quan sát tổng trạng và xem xét các tình trạng bệnh lý cơ thể kèm theo (chấn thương sọ não, chấn thương cơ thể), cách ăn mặc, điệu bộ, hành vi.
4. Thăm hỏi bệnh nhân, hoặc thân nhân về hoàn cảnh xuất hiện cơn và tiền sử bệnh. Giải thích cho bệnh nhân (về bệnh, về cơ sở điều trị, về chăm sóc điều dưỡng và hộ lý) nhằm trấn an. Chú ý một số điều: giọng nói của bác sĩ và nhân viên y tế cần nhẹ nhàng, thấp giọng, chú ý lắng nghe và quan sát bệnh nhân, khi cần (nếu dự đoán không có nguy cơ

tổn hại đến cơ thể) có thể ngồi cùng bệnh nhân,...loại bỏ các vật dụng có thể làm hung khí như dao, kéo, bật lửa,...

5. Khi chưa chẩn đoán được nguyên nhân, có thể sử dụng:

- a. **Diazepam 10mg/6giờ hay lorazepam 2-4mg**, (chlordiazepoxide), uống hoặc tiêm bắp nếu bệnh nhân không uống được, có thể duy trì trong 24 tiếng. Chỉ định dùng thuốc cho đến khi các triệu chứng kích động giảm.
- b. Khi bệnh nhân đã dùng Diazepam với liều tối đa 40mg/ngày mà vẫn còn kích động, hoặc có chống chỉ định dùng benzodiazepine thì chuyển sang Haloperidol 1 – 5mg, tiêm bắp mỗi 6 giờ.
- c. Sau khi chích thuốc, có thể cố định tại giường nếu cần thiết.
- d. Chú ý phản ứng nghịch thường tăng kích động trên một số bệnh nhân phản ứng với Diazepam

6. Điều trị theo nguyên nhân:

a. **Sảng run**: xử lý theo phác đồ điều trị sảng run.

b. **Tâm thần phân liệt**:

- Chlopromazine : liều 25mg-50mg tiêm bắp. Sau 2-3 giờ nếu vẫn còn kích

động dùng liều 50mg tiêm bắp. Sau 2 giờ tiếp theo nếu vẫn còn kích động,

dùng tiếp liều 50mg tiêm bắp và phối hợp với haloperidol 5mg tiêm bắp.

- Levomepromazine 25mg tiêm bắp mỗi 2 giờ cho đến khi bệnh nhân giảm

kích động. Liều tối đa 200mg/ngày.

- Haloperidol 5-10mg tiêm bắp mỗi 30 phút đến 1 giờ cho đến khi bệnh nhân giảm kích động. Liều tối đa 30mg/24 giờ. Benzodiazepin có thể được dùng phối hợp. Bệnh nhân có từng dị ứng hay đáp ứng bất thường với thuốc chống loạn thần có thể dùng paraldehyde hay diphenhydramin 50-100mg uống hay tiêm bắp

- Hoặc Haloperidol 2-5mg uống mỗi 1-2 giờ, liều tối đa 30mg/ngày

- Olanzapin 5-10mg tiêm bắp, không vượt quá 20mg/24 giờ (chú ý trên người lớn tuổi).

- Hoặc Olanzapin 5-10mg uống, không vượt quá 20mg/24 giờ

- Ziprasidon 20mg tiêm bắp mỗi 4 giờ, hoặc 10mg tiêm bắp mỗi 2 giờ không vượt quá 40mg/24 giờ.

- Risperidon 1-2mg uống, không quá 6mg mỗi 24 giờ (có thể dùng viên tan nhanh)

c. **Kích động trên bệnh nhân hưng cảm**: các thuốc chống loạn thần như trên, có thể dùng thuốc ổn định khí sắc như valproate hay lithium

d. **Kích động trầm cảm:** phối hợp thuốc chống trầm cảm với Levomepromazine 25mg tiêm bắp mỗi 2 giờ. Liều tối đa của Levomepromazine là 200mg/ngày.

e. **Kích động do các bệnh lý thực thể não**

Động kinh : Diazepam 10mg, tiêm bắp mỗi 60 phút, liều tối đa 40mg/ngày.

Sa sút tâm thần do bệnh Alzheimer và sa sút tâm thần do các nguyên nhân mạch máu não: dùng thuốc chống loạn thần liều thấp

Kích động do các bệnh nhiễm trùng, bệnh lý nội khoa như đái tháo đường, hạ đường huyết, bệnh lý tuyến giáp, ngộ độc cấp, HIV, ... : dùng thuốc chống loạn thần liều thấp

f. **Kích động do rối loạn nhân cách** như nhân cách chống đối xã hội, nhân cách ranh giới, Paranoia, nhân cách tự yêu,...: dùng thuốc chống loạn thần liều thấp

g. **Kích động do các rối loạn loạn thần kinh** như rối loạn phân ly, rối loạn hoảng loạn, rối loạn ám ảnh hoặc các bệnh do căn nguyên tâm lý khác, hội chứng ngưng thuốc đột ngột : Diazepam 5 – 10mg, uống hoặc tiêm bắp mỗi 6 giờ.

h. **Kích động trong hội chứng vắng** : xử lý theo phác đồ điều trị hội chứng vắng.

i. **Kích động do sử dụng chất gây nghiện, chất kích thích (ma túy, đá, cà phê, ...):** dùng thuốc chống loạn thần, thuốc chống trầm cảm đôi khi cũng cần thiết

Trong trường hợp tâm thần phân liệt thể căng trương lực, hoặc trầm cảm có hành vi tự sát mãnh liệt, hoặc kích động đã sử dụng thuốc nhưng không hiệu quả (kích động kéo dài 1 tuần, không đáp ứng thuốc): phối hợp choáng điện, mỗi ngày một lần, mỗi đợt 6-8 lần.

7. **Điều chỉnh rối loạn cân bằng nước và điện giải:** Glucose 5% hoặc Lactate Ringer.

8. Khi bệnh nhân giảm kích động, phải tiến hành thăm khám nội khoa – nội thần kinh, làm các xét nghiệm tìm nguyên nhân (công thức máu, CPK, SGOT, SGPT, BUN, creatinine, ion đồ, đường huyết, X quang tim phổi, ECG, EEG), theo dõi sinh hiệu tối thiểu 3 lần/ngày và tiếp tục điều chỉnh rối loạn thăng bằng nước – điện giải, nâng thể trạng.

Chú ý: cần theo dõi mạch, huyết áp trước và sau khi chích thuốc 1 giờ.

3.2 PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TÂM THẦN DO RƯỢU, CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN, MA TÚY ĐÁ

1. Xử trí chung:

- Dùng thuốc chống lo âu BZD (thuốc và liều lượng xem phụ lục)

- Dùng thuốc chống loạn thần dạng uống (thuốc và liều lượng xem phụ lục)
- Nếu bệnh nhân kích động và không hợp tác thì có thể sử dụng đường tiêm với các thuốc haloperidol 5mg tiêm bắp và/hoặc chlorpromazine 25mg 1-2 ống tiêm bắp. Nếu vẫn không kiểm soát được thì có thể sử dụng thêm diazepam 10mg 1 ống tiêm bắp.

2. Xử trí chuyên biệt

2.1 Loạn thần do rượu:

- Thuốc nhóm Benzodiazepine (thuốc và liều lượng xem phụ lục)
- Vitamine nhóm B, đặc biệt là B1 200-300mg/ngày
- Có thể sử dụng thêm thuốc chống loạn thần thế hệ 1 & 2 (thuốc và liều lượng xem phụ lục)

2.2 Loạn thần do sử dụng nhóm thuốc phiện:

- Thuốc nhóm Benzodiazepine (thuốc và liều lượng xem phụ lục)
- Các thuốc chống loạn thần thế hệ 1 & 2 (thuốc và liều lượng xem phụ lục)
- Có thể sử dụng thêm buprenorphine 0,1-0,4mg/ngày (nhất là trong giai đoạn có hội chứng cai nhằm làm giảm các triệu chứng của hội chứng cai)

2.3 Loạn thần do sử dụng ma túy đá (amphetamine và các dẫn xuất)

- Thuốc chống loạn thần (thuốc & liều dùng xem phụ lục)
- Thuốc điều hòa khí sắc (thuốc & liều dùng xem phụ lục)
- Thuốc chống trầm cảm (thuốc & liều dùng xem phụ lục)
- Thuốc chống lo âu (thuốc & liều dùng xem phụ lục)
- Thuốc tăng cường tuần hoàn não & bồi bổ thần kinh (thuốc & liều dùng xem phụ lục)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Đình Xiêm. Tâm thần học, ĐHYD TP.HCM 1997
2. Phác đồ điều trị - Bệnh viện Tâm thần thành phố Hồ Chí Minh
3. Emergencies in psychiatry in Low-and-Middle-Income Countries- second edition, 2017.
4. Katherine Maloy- A case-based approach to emergency psychiatry-2016
5. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry 11th edition, 2014
6. Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition (DSM-5) by American Psychiatric Association, 2013

