**Bài 1**

**SA SÚT TRÍ TUỆ TRONG BỆNH ALZHEIMER**

**1. ĐỊNH NGHĨA**

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

**2. NGUYÊN NHÂN**

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

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

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

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1. Chẩn đoán xác định**

3.1.1. Lâm sàng

*a. Các biểu hiện suy giảm nhận thức*

1. Sự suy giảm trí nhớ: là triệu chứng đặc trưng, sớm, điển hình và nổi bật của sa sút trí tuệ. Theo tiến triển của bệnh, suy giảm trí nhớ ngày càng nặng hơn.
2. Rối loạn định hướng: là những triệu chứng quan trọng trong bệnh cảnh lâm sàng (rối loạn định hướng về không gian, địa lý rất rõ rệt…)
3. Các triệu chứng suy giảm chức năng nhận thức khác:
   1. - Vong ngôn: có thể là vong ngôn biểu hiện hoặc vong ngôn tiếp nhận.
   2. Vong tri: giảm hoặc mất khả năng nhận biết, gọi tên đồ vật, đối tượng… mặc dù các cơ quan cảm giác, giác quan không bị tổn thương.
   3. - Vong hành: rối loạn khả năng hoạt động mặc dù các cơ quan chức năng vận động không bị tổn thương.
   4. - Giảm khả năng tư duy trừu tượng, khả năng tính toán, lập kế hoạch, sáng tạo, quyết định, khả năng phối hợp, theo dõi và thực hiện các hoạt động phức tạp.
4. *Các triệu chứng không thuộc lĩnh vực nhận thức*
5. Các triệu chứng loạn thần: 30-40% các bệnh nhân sa sút trí tuệ có hoang tưởng. Ảo giác có ở 20-30% bệnh nhân sa sút trí tuệ. Hội chứng Capgras

1

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

Các thay đổi về nhân cách: Bệnh nhân trở nên thu mình lại, có bệnh nhân trở nên bủn xỉn, hoài nghi, ghen tuông vô lý, trẻ con hóa, ăn mặc cẩu thả, có khuynh hướng cóp nhặt bẩn thỉu…

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

Các triệu chứng khác:

* 1. Các dấu hiệu thần kinh khu trú có thể gặp trong sa sút trí tuệ
  2. Hội chứng hoàng hôn (Sundown)
  3. Lú lẫn, kích động, ngã

1. *Tiêu chuẩn chẩn đoán*
2. Để chẩn đoán sa sút trí tuệ cần căn cứ vào các tiêu chuẩn sau (ICD-10 hoặc DSM-IV):
   1. Các triệu chứng tồn tại ít nhất 6 tháng
   2. Suy giảm trí nhớ: đặc biệt là giảm khả năng ghi nhận các thông tin mới và khả năng nhớ lại các kiến thức đã học được trước kia.
   3. Suy giảm các hoạt động nhận thức khác (cần có ít nhất một trong các biểu hiện đã mô tả).
   4. Các triệu chứng không thuộc lĩnh vực nhận thức có thể có
   5. Các triệu chứng trên xảy ra mà không có rối loạn ý thức kèm theo.
   6. Các triệu chứng đặc trưng của bệnh Alzheimer

3.1.2. Cận lâm sàng

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

1. *Các trắc nghiệm tâm lý*
2. Đánh giá nhận thức (MMSE, GPCOG, Mini-Cog, ADAS-Cog, Wechsler…)
3. Đánh giá trầm cảm (Ham-D, Beck, GDS…)
4. Đánh giá lo âu (Ham-A, Zung,…)
5. Đánh giá rối loạn giấc ngủ kèm theo (PSQI,…)
6. Các trắc nghiệm đánh giá nhân cách (EPI, MMPI…)
7. *Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi*
8. *Máu lắng*
9. *Sinh hóa:* Xét nghiệm chức năng gan, thận, điện giải đồ, glucose, HbA1C, canxi,phosphate máu, vitamin b12, folate, hormon tuyến giáp, mỡ máu, cholinesterase máu.
10. *Xét nghiệm nước tiểu*

2

1. *Chẩn đoán hình ảnh:* Chụp cắt lớp vi tính sọ não, cộng hưởng từsọ não, SPECT,PET, fMRI … hỗ trợ chẩn đoán, loại trừ các bệnh lý mạch máu não và tổn thương choán chỗ khác. Siêu âm ổ bụng, chụp X quang tim phổi phát hiện các bệnh đồng diễn hoặc biến chứng.
2. *Thăm dò chức năng:* Điện não đồ, lưu huyết não, điện tâm đồ, siêu âm dopplerxuyên sọ…
3. *Một số xét nghiệm chuyên biệt:* huyết thanh chẩn đoán giang mai, xét nghiệm tựkháng thể (kháng thể kháng phospholipid, kháng thể kháng đông Lupus, kháng thể kháng nhân,…), HIV, gen test, amyloid-PET…

**3.2. Chẩn đoán phân biệt**

1. Rối loạn trầm cảm
2. Sảng
3. Hội chứng quên thực tổn: bệnh tuyến giáp, thiếu vitamin b12,
4. Sa sút trí tuệ nguyên phát khác (như trong các bệnh lý mạch máu, bệnh Pick, bệnh sa sút trí tuệ thể Levy, bệnh Creuzfeldt - Jacob hoặc bệnh Huntington, sa sút trí tuệ trong bệnh Parkinson…)
5. Các trạng thái nhiễm độc

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1. Nguyễn tắc điều trị**

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

**4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị**

1. Điều trị hóa dược
2. Liệu pháp tâm lý
3. Điều trị hỗ trợ

**4.3. Điều trị cụ thể**

4.3.1. Liệu pháp hóa dược

1. *Điều trị các triệu chứng nhận thức*

Lựa chọn thuốc trong số các thuốc sau:

Donepezil 5mg - 23mg ngày

Galantamin 8mg - 24mg/ngày

Một số thuốc đã được nghiên cứu điều trị suy giảm nhận thức như: thuốc dinh dưỡng thần kinh, thuốc tăng cường chuyển hóa, tuần hoàn não:

3

Cerebrolysin 10ml - 20ml/ngày

Ginkgo biloba 80mg - 120mg/ngày

Piracetam 400mg - 1200mg/ngày

Citicholin 100mg - 1000mg/ngày

Cholin Alfoscerate 200mg - 800mg/ngày

Vinpocetin 5mg - 100mg/ngày

Đối với các rối loạn như hoang tưởng, ảo giác, trầm cảm, kích động, … sử dụng các thuốc an thần kinh, chống trầm cảm, giải lo âu, …

*b. Thuốc an thần kinh*

Lựa chọn một, hai hoặc ba thuốc trong các thuốc sau:

Risperidon 1mg - 10 mg/ngày

Quetiapin 50mg - 800mg/ngày

Olanzapin 5mg - 30mg/ ngày

Clozapin 25 - 300mg/ngày

Aripiprazol 10 - 30mg/ngày

Haloperidol 0,5 mg - 20mg/ngày

*c. Thuốc chống trầm cảm*

Lựa chọn một, hai hoặc ba thuốc trong các thuốc sau:

Sertralin 50 - 200mg/ ngày

Citalopram 10 - 40 mg/ngày

Escitalopram 10 - 20mg/ngày

Fluvoxamin 100 - 200mg/ ngày

Paroxetin 20 - 50mg/ngày

Fluoxetin 10 - 60mg/ngày

Venlafaxin 75 - 375mg/ngày

Mirtazapin 15 - 60mg/ ngày

1. *Chỉnh khí sắc*

Lựa chọn thuốc trong số các thuốc sau:

Muối valproat 200mg - 2500mg/ngày

Muối divalproex, liều 750mg/ngày - 60mg/kg/ngày

Carbamazepin 100 - 1600mg/ngày

Oxcarbazepin 300 - 2400mg/ngày

Lamotrigin 100 - 300mg/ngày

Levitiracetam 500 - 1500mg/ngày

4

Thuốc hỗ trợ chức năng gan: aminoleban, silymarin, boganic, các amin phân nhánh khác …

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

4.3.2. Liệu pháp tâm lý

1. *Liệu pháp tâm lý trực tiếp:* Liệu pháp gia đình, liệu pháp tâm lý cá nhân…
2. *Liệu pháp tâm lý gián tiếp:*
   1. Đảm bảo môi trường an toàn với bệnh nhân và mọi người xung quanh
   2. Môi trường yên tĩnh, tránh các kích thích xung quanh
   3. Vệ sinh giấc ngủ
   4. Giáo dục gia đình về chăm sóc, nuôi dưỡng bệnh nhân…

4.3.3. Vật lý trị liệu và hoạt động trị liệu

Phối hợp với chuyên khoa phục hồi chức năng

Mục đích:

1. Phục hồi vận động
2. Phục hồi ngôn ngữ: ngôn ngữ trị liệu

4.3.4. Điều trị các bệnh lý cơ thể kèm theo

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

4.3.5. Quản lý xã hội

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

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

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

4.3.6. Hỗ trợ người chăm sóc

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

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

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

1. **5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

Bệnh Alzheimer có đặc điểm khởi phát bằng triệu chứng suy giảm trí nhớ và tiến triển nặng dần. Qua thời gian tiến triển của bệnh, bệnh nhân bị bệnh Alzheimer sẽ xuất hiện lo âu, trầm cảm, mất ngủ, kích động, hoang tưởng ... Khi bệnh nặng lên,

5

bệnh nhân Alzheimer sẽ cần hỗ trợ trong các hoạt động cơ bản hàng ngày như tắm rửa, mặc quần áo, đi vệ sinh. Cuối cùng sẽ có các triệu chứng khó khăn khi đi lại, khó nuốt. Nhiều khi phải cho ăn qua sonde, triệu chứng khó nuốt có thể gây viêm phổi do hít.

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

1. **6. PHÒNG BỆNH:**
2. Chưa có biện pháp phòng bệnh đặc hiệu. Một số biện pháp được áp dụng như:
   1. Không sử dụng thuốc lá, rượu bia, chất kích thích.
   2. Phòng và điều trị tăng huyết áp, mỡ máu, đái tháo đường.
   3. Chế độ ăn điều độ: giàu hoa quả, rau xanh, giảm đường, giảm chất béo no.
   4. Hoạt động thể lực, trí tuệ thường xuyên.

6

**Bài 2**

**SA SÚT TRÍ TUỆ TRONG BỆNH MẠCH MÁU**

**1. ĐỊNH NGHĨA**

Sa sút trí tuệ trong bệnh mạch máu bao gồm sa sút trí tuệ do nhồi máu rải rác. Điển hình, tiền sử có những đợt thiếu máu cục bộ nhất thời với rối loạn ý thức ngắn, liệt nhẹ thoáng qua hoặc mất thị giác. Sa sút trí tuệ cũng có thể tiếp sau các tai biến mạch máu não cấp diễn, hoặc ít phổ biến hơn, một cơn đột quỵ nặng duy nhất. Điển hình là rối loạn các chức năng cao cấp của vỏ não: trí nhớ, tư duy, định hướng, sự hiểu biết, khả năng tính toán, học tập, ngôn ngữ và sự phán đoán.

Sa sút trí tuệ trong bệnh mạch máu là sa sút trí tuệ do hậu quả của bệnh mạch máu não đối với hoạt động nhận thức. Bệnh thường khởi phát đột ngột và tiến triển từng bước, mức độ khiếm khuyết nhận thức phụ thuộc vào vị trí não bị tổn thương.

**2. NGUYÊN NHÂN**

1. Bệnh động mạch lớn (sa sút trí tuệ do nhồi máu não đa ổ)
2. Xơ vữa mạch vành, mạch não ngoài sọ và trong sọ
3. Nhồi máu não vỏ não, nhồi máu não lớn dưới vỏ.
4. Các yếu tố nguy cơ: tăng huyết áp, đái tháo đường, tăng cholesterol máu, hút thuốc, bệnh mạch vành, rung nhĩ, bệnh cơ tim, van tim,…
5. Bệnh động mạch nhỏ (sa sút trí tuệ dưới vỏ)
6. Bệnh Binswanger và nhồi máu ổ khuyết
7. Yếu tố nguy cơ: tăng huyết áp, đái tháo đường, tăng cholesterol máu, hút thuốc.
8. Sa sút trí tuệ do nhồi máu não vị trí chiến lược (đồi thị, thùy thái dương, bao trong,…)
9. Sa sút trí tuệ do xuất huyết não (xuất huyết não dưới nhện, dưới màng cứng, trong não…)
10. Hội chứng amyloid não: xuất huyết não và thiếu máu cục bộ.

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1. Chẩn đoán xác định**

3.1.1. Lâm sàng

1. *Sa sút trí tuệ với các biểu hiện:*

Giảm trí nhớ và các lĩnh vực nhận thức khác, gây ảnh hưởng đến hoạt động chức năng hàng ngày của bệnh nhân. Có suy giảm trí nhớ và ít nhất 2 lĩnh vực nhận thức khác bao gồm: định hướng, ngôn ngữ, chức năng thị giác, sự chú ý, chức năng điều hành, kiểm soát vận động, thực hiện động tác. Triệu chứng của rối loạn chức năng nhận thức thất thường, có thể mất nhớ, suy giảm trí tuệ, và những dấu hiệu thần kinh khu trú. Sự thấu hiểu và phán đoán còn tương đối duy trì.

Sự khởi phát đột ngột hoặc một sự suy thoái từng bước. Cảm xúc dao động với khí sắc trầm nhất thời, khóc lóc hoặc cười vô cớ, những đợt ý thức u ám hoặc sảng.

7

Nhân cách còn được duy trì tương đối, song trong một số trường hợp nhất định, những biến đổi nhân cách có thể rõ rệt với vô cảm, giải ức chế hoặc làm tăng đậm những nét nhân cách trước kia như tính vị kỷ, thái độ paranoid hoặc tính cáu bẳn

1. *Bệnh mạch não*

Có dấu hiệu thần kinh khu trú của đột quỵ, kèm theo tiền sử đột quỵ hoặc không. Phải được khẳng định bằng chẩn đoán hình ảnh (CT hoặc MRI): nhồi máu não đa ổ, nhồi máu não một ổ ở vị trí chiến lược (hồi hải mã, hồi góc, đồi thị trước giữa, nhân đuôi), nhồi máu não ổ khuyết (đa ổ khuyết, hạch nền, chất trắng); tổn thương chất trắng lan tỏa quanh não thất.

1. *Mối liên quan giữa sa sút trí tuệ và bệnh mạch não*

Sa sút trí tuệ khởi phát trong vòng 3 tháng sau khi bị đột quỵ

Loại trừ sa sút trí tuệ trước đột quỵ

Giảm đột ngột chức năng nhận thức

Tiến triển dao động, theo kiểu bậc thang.

3.1.2. Cận lâm sàng: có thể chỉ định các xét nghiệm sau tùy thuộc vào từng trường hợp cụ thể

1. *Các trắc nghiệm tâm lý:*
2. Đánh giá nhận thức (MMSE, GPCOG, Mini-Cog, ADAS-Cog, Wechsler…)
3. Đánh giá trầm cảm (Ham-D, Beck, GDS, …)
4. Đánh giá lo âu (Ham-A, Zung,…)
5. Đánh giá rối loạn giấc ngủ kèm theo (PSQI,…)
6. Các trắc nghiệm đánh giá nhân cách (EPI, MMPI…)
7. *Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi*
8. *Máu lắng*
9. *Sinh hóa:* xét nghiệm chức năng gan, thận, điện giải đồ, glucose, HbA1C, canxi,phosphate máu, vitamin b12, folate, hormon tuyến giáp, mỡ máu.
10. *Xét nghiệm nước tiểu*
11. *Chẩn đoán hình ảnh:* chụp cắt lớp vi tính sọ não, cộng hưởng từsọ não, SPECT,PET, fMRI… chẩn đoán xác định. Siêu âm ổ bụng, chụp X quang tim phổi phát hiện các bệnh đồng diễn hoặc biến chứng.
12. *Thăm dò chức năng:* điện não đồ, lưu huyết não, điện tâm đồ, siêu âm dopplerxuyên sọ, …
13. *Một số xét nghiệm chuyên biệt:* huyết thanh chẩn đoán giang mai, xét nghiệm tựkháng thể (kháng thể kháng phospholipid, kháng thể kháng đông Lupus, kháng thể kháng nhân,…), HIV, gen test, amyloid-PET…

**3.2. Chẩn đoán phân biệt**

1. Rối loạn trầm cảm

8

1. Sảng
2. Hội chứng quên thực tổn: bệnh tuyến giáp, thiếu vitamin b12, tụ máu dưới màng cứng mạn tính, não úng thủy áp lực bình thường,…
3. Sa sút trí tuệ nguyên phát khác (như trong các bệnh Pick, thể Levy, bệnh Creuzfeldt- Jacob hoặc bệnh Huntington, sa sút trí tuệ trong bệnh Parkinson, Alzheimer,…
4. Các trạng thái nhiễm độc

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1. Nguyên tắc chung**

1. Điều trị tai biến mạch máu não- đặc biệt là nhồi máu não
2. Điều trị các yếu tố nguy cơ
3. Quan tâm tới giai đoạn suy giảm nhận thức nhẹ.
4. Điều trị không dùng thuốc.
5. Điều trị dùng thuốc.

**4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị:**

1. Điều trị thuốc
2. Liệu pháp tâm lý
3. Điều trị hỗ trợ

**4.3. Điều trị cụ thể:**

4.3.1. Điều trị bệnh lý sa sút trí tuệ

1. *Liệu pháp hóa dược:*

**Điều trị các triệu chứng về nhận thức:** Lựa chọn thuốc trong số các thuốc sau:

Donepezil 5mg - 23mg/ngày

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

Galantamin 8mg - 24mg/ngày

Một số thuốc đã được nghiên cứu điều trị suy giảm nhận thức như: thuốc dinh dưỡng thần kinh, thuốc tăng cường chuyển hóa, tuần hoàn não:

Cerebrolysin 10ml - 20ml/ngày

Ginkgo biloba 80mg - 120mg/ngày

Piracetam 400mg - 1200mg/ngày

Citicolin 100mg - 1000mg/ngày

Cholin alfoscerate 200mg - 800mg/ngày

Vinpocetin 5mg - 100mg/ngày

Đối với các rối loạn như hoang tưởng, ảo giác, trầm cảm, kích động, … có thể sử dụng các thuốc an thần kinh, chống trầm cảm, giải lo âu, …

9

**Thuốc an thần kinh:** Lựa chọn một, hai hoặc ba thuốctrong các thuốc sau:

Risperidon 1mg - 10mg/ngày

Quetiapin 50mg - 800mg/ngày

Olanzapin 5mg - 30mg/ngày

Clozapin 25 - 300mg/ngày

Aripiprazol 10 - 30mg/ngày

Haloperidol 0,5 mg - 20mg/ngày

**Thuốc chống trầm cảm:** Lựa chọn một, hai hoặc ba thuốctrong các thuốc sau:

Setralin 50mg - 200mg/ngày

Citalopram 10mg - 40mg/ngày

Escitalopram 10 - 20mg/ngày

Fluvoxamin 100mg - 200mg/ngày

Paroxetin 20mg - 50mg/ngày

Fluoxetin 10 - 60mg/ngày

Venlafaxin 75 mg - 375mg/ngày

Mirtazapin 15mg - 45mg/ngày

**Chỉnh khí sắc:** Lựa chọn sốthuốctrong các thuốc sau:

Muối valproat 200mg - 2500mg/ngày

Muối divalproex 750mg/ngày - 60mg/kg/ngày

Carbamazepin 100 - 1600mg/ngày

Oxcarbazepin 300 - 2400mg/ngày

Lamotrigin 100 - 300mg/ngày

Levetiracetam 500 - 1500mg/ngày

Thuốc hỗ trợ chức năng gan: aminoleban, silymarin, boganic, các amin phân nhánh khác …

Bổ sung dinh dưỡng, vitamin, khoáng chất, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch …

1. *Liệu pháp tâm lý*

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

Liệu pháp tâm lý gián tiếp:

1. Đảm bảo môi trường an toàn với bệnh nhân và mọi người xung quanh
2. Môi trường yên tĩnh, tránh các kích thích xung quanh

Vệ sinh giấc ngủ

Giáo dục gia đình về chăm sóc, nuôi dưỡng bệnh nhân … 10

1. *Vật lý trị liệu và hoạt động trị liệu:*

**Phối hợp với chuyên khoa phục hồi chức năng**

**Mục đích:**

1. Phục hồi vận động
2. Phục hồi ngôn ngữ: ngôn ngữ trị liệu

**Quản lý xã hội**

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

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

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

**Hỗ trợ ngƣời chăm sóc**

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

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

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

4.3.2. Điều trị các bệnh lý cơ thể kèm theo

Bệnh lý xơ vữa mạch máu: thuốc chống ngưng tập tiểu cầu. Nếu kết hợp hẹp mạch cảnh (đặt stent, phẫu thuật), tăng huyết áp (hạ huyết áp), tăng lipid máu (nhóm statin, Fibrat, acid nicotinic, nhóm ức chế hấp thu cholesterol), tiểu đường (thuốc điều chỉnh đường máu), …

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

**5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

Bệnh nhân bị sa sút trí tuệ do mạch máu có tỉ lệ tử vong cao hơn so với bệnh Alzheimer, có thể do sự tồn tại của các bệnh mạch máu đi kèm.

Nguyên nhân tử vong ở những bệnh nhân này thường gặp nhất là do bệnh lý tuần hoàn (ví dụ: thiếu máu cơ tim), sau đó là các bệnh lý về hô hấp (ví dụ: viêm phổi).

**6. PHÒNG BỆNH**

Điều trị các bệnh lý nền như tăng huyết áp, đái tháo đường, tăng cholesterol máu,… Các thuốc chống ngưng tập tiểu cầu: Aspirin, clopidogrel, ticlodipin… Phẫu thuật bóc mảng xơ vữa.

Dinh dưỡng: Bổ sung omega-3, DHA…

11

**Bài 3**

**SẢNG KHÔNG DO RƯỢU**

**VÀ CÁC CHẤT TÁC ĐỘNG TÂM THẦN KHÁC**

**1. ĐỊNH NGHĨA**

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

**2. NGUYÊN NHÂN**

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

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

**3. CHẨN ĐOÁN**

1. **Lâm sàng**

**Tính chất sảng xảy ra**

Xảy ra ở bất kỳ lứa tuổi nào, phổ biến ở lứa tuổi trên 60.

Hội chứng đặc trưng bởi rối loạn đồng thời ý thức, chú ý, tri giác, tư duy, trí nhớ, tâm thần vận động, cảm xúc và chu kỳ thức ngủ.

Phần lớn các trường hợp hồi phục trong vòng 4 tuần hoặc ít hơn.

**Để chẩn đoán xác định, các triệu chứng, nhẹ hoặc nặng, phải có ở mỗi một lĩnh vực trong các lĩnh vực sau:**

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

Rối loạn toàn bộ nhận thức (lệch lạc tri giác, ảo tưởng và ảo giác - phần lớn là thị giác; suy giảm tư duy trừu tượng và thông hiểu; có hoặc không kèm theo hoang

12

tưởng nhất thời; nhưng điển hình là tư duy không liên quan; suy giảm trí nhớ tái hiện gần và tức thời nhưng trí nhớ xa vẫn tương đối còn duy trì; rối loạn định hướng về thời gian,về không gian và bản thân trong những trường hợp trầm trọng hơn.

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

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

Rối loạn cảm xúc như trầm cảm, lo âu, lo sợ, cáu kỉnh, khoái cảm, vô cảm hoặc bàng hoàng ngơ ngác…

Khởi phát thường nhanh, tiến triển dao động trong ngày và toàn bộ thời gian mắc bệnh dưới 6 tháng. Bệnh cảnh lâm sàng trên đặc trưng đến mức có thể làm chẩn đoán về sảng khá tin cậy mặc dù nguyên nhân bên dưới chưa được làm rõ. Thêm vào một bệnh sử của bệnh não hoặc bệnh cơ thể nằm bên dưới, bằng chứng về rối loạn chức năng não cần phải có nếu chẩn đoán còn nghi ngờ (ví dụ, điện não đồ không bình thường, thường xuất hiện sóng chậm nhưng không phải lúc nào cũng vậy).

**3.2. Cận lâm sàng:** chỉ định một trong số các xét nghiệm sau tùy từng trường hợp

1. Xét nghiệm máu: bao gồm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, sinh hóa máu (điện giải đồ, chức năng thận và gan, chức năng tuyến giáp, glucose, D-dimer, test kích thích ACTH,…)
2. Khí máu động mạch: đánh giá giảm oxy máu, tăng CO2, lactate máu.
3. Xét nghiệm nước tiểu
4. Thăm dò chức năng: điện tâm đồ, điện não đồ, lưu huyết não, siêu âm doppler xuyên sọ…
5. Chẩn đoán hình ảnh: CT-Scanner, MRI sọ não, siêu âm ổ bụng, chụp Xquang ổ bụng, ngực…
6. Xét nghiệm độc chất trong máu: digoxin, lithium, quinidin, rượu, ma túy…
7. Dịch não tủy (CSF) để phát hiện viêm não, màng não
8. Xét nghiệm giang mai, xét nghiệm kháng thể suy giảm miễn dịch ở người (HIV)
9. Các xét nghiệm bổ sung khác trong những trường hợp cần thiết được chỉ định

**Tiêu chuẩn chẩn đoán theo ICD 10**

1. - Có ý thức u ám, giảm độ tỉnh táo về nhận biết môi trường xung quanh
2. - Rối loạn nhận thức được biểu hiện bằng cả 2 triệu chứng sau:
   1. + Tổn thương trí nhớ gần và trí nhớ tức thì, trí nhớ xa không bị ảnh hưởng
   2. + Rối loạn định hướng về không gian, thời gian hoặc người xung quanh
3. - Ít nhất một trong các rối loạn tâm thần vận động sau xuất hiện:
   1. + Sự dao động nhanh và không thể đoán trước về tăng và giảm hoạt động
   2. + Tăng thời gian phản ứng

13

* 1. + Tăng hoặc giảm thời gian phản ứng
  2. + Tăng phản ứng giật mình

1. - Rối loạn chu kỳ thức - ngủ biểu hiện bằng ít nhất một trong các triệu chứng sau:
   1. + Ngủ kém hoặc trong những trường hợp trầm trọng mất toàn bộ giấc ngủ hoặc chu kỳ thức ngủ đảo ngược, ngủ nhiều ban ngày;
   2. + Triệu chứng xấu hơn về ban đêm,
   3. + Các giấc mơ hoặc ác mộng
2. **Các triệu chứng khởi phát nhanh và dao động trong ngày**
3. **Thêm vào một bệnh sử của bệnh não hoặc bệnh cơ thể nằm bên dưới** bằngchứng về rối loạn chức năng não cần phải có nếu chẩn đoán còn nghi ngờ (ví dụ, điện não đồ không bình thường, thường cho thấy hoạt động sóng cơ bản bị chậm, nhưng không phải lúc nào cũng vậy)

**3.3. Chẩn đoán phân biệt**

1. Sa sút trí tuệ: các triệu chứng lâm sàng giúp cho việc chẩn đoán phân biệt. Trong mê sảng các triệu chứng khởi phát cấp diễn, đột ngột, còn trong sa sút trí tuệ triệu chứng thường khởi phát từ từ, kín đáo. Các thay đổi về nhận thức trong sa sút trí tuệ thì ổn định, không dao động theo thời gian trong ngày. Trong sa sút trí tuệ bệnh nhân vẫn tỉnh táo, còn một bệnh nhân mê sảng thường có những giai đoạn ý thức bị suy giảm, rối loạn. Cần lưu ý các trường hợp mê sảng chồng lấp trên bệnh nhân sa sút trí tuệ.
2. Tâm thần phân liệt hoặc trầm cảm, hưng cảm: Nhìn chung các triệu chứng ảo giác, hoang tưởng ở bệnh nhân tâm thần phân liệt là bền vững hơn và có tính chất hệ thống. Trong tâm thần phân liệt không có rối loạn ý thức và rối loạn định hướng. Một số bệnh nhân mê sảng với giảm hoạt động cần phân biệt với trầm cảm dựa vào lâm sàng và điện não đồ. Tuy nhiên các bệnh này cũng dẫn tới sảng hoặc do tự bỏ bê hoặc kiệt sức hoặc do thuốc hướng thần mạnh để điều trị.
3. Các bệnh lý cơ thể: nhồi máu não, nhồi máu cơ tim, nhiễm trùng cấp, tăng/hạ đường huyết, hạ oxy máu, tăng CO2 máu, tắc nghẽn đường tiết niệu cấp tính, rối loạn do chất/thuốc, hội chứng não gan, suy thận, tăng/hạ Na máu, hạ Canci máu, viêm não-màng não, u não, trạng thái sau đột quỵ não, táo bón, sau chấn thương não, bệnh Addison, nhiễm độc giáp, hôn mê do suy giáp, áp-xe não, giang mai não, bệnh não Wernick.

**4.ĐIỀU TRỊ**

1. **Nguyên tắc**
2. Điều trị nguyên nhân gây mê sảng, việc phát hiện nguyên nhân gây mê sảng và xử trí nguyên nhân là điều cốt lõi.
3. Kiểm soát hành vi: giải quyết nguyên nhân bên dưới nếu có thể. Tạo môi trường thân thuộc, tương tác bình tĩnh, không đối đầu.

14

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

**4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị**

1. Điều trị nguyên nhân
2. Điều trị triệu chứng mê sảng
3. Chăm sóc quản lý bệnh nhân

**4.3. Điều trị cụ thể**

4.3.1. Liệu pháp hóa dược:

*a. An thần kinh*: Lựa chọn một, hai hoặc ba thuốctrong các thuốc sau:

Haloperidol: 5mg - 20 mg/ngày

Risperidon: 0,5mg - 10mg/ngày

Clozapin: 25mg - 300mg/ngày

Olanzapin: 5mg - 30mg/ngày

Quetiapin: 50mg - 800mg/ngày

Aripiprazol: 10 - 30mg/ngày

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

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

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

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

**Các thuốc tăng cường chức năng nhận thức:** Lựa chọn thuốc trong số các thuốcsau:

Donepezil: 5mg - 23mg/ngày

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

Galantamin: 8mg - 24mg/ ngày…

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

Cerebrolysin 10ml - 20ml/ngày

Ginkgo biloba 80mg - 120mg/ngày

15

Piracetam 400mg - 1200mg/ngày

Citicholin 100mg - 1000mg/ngày

Cholin alfoscerate 200mg - 800mg/ngày

Vinpocetin 5mg - 100mg/ngày

Nicergolin 10mg - 30mg/ngày

Thuốc chống oxy hóa: vitamin E, selegiline.

**Thuốc hỗ trợ chức năng gan:** aminoleban, silymarin, boganic, các amin phânnhánh khác …

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

4.3.2. Liệu pháp tâm lý

1. *Liệu pháp tâm lý trực tiếp:* Liệu pháp gia đình, liệu pháp tâm lý cá nhân…
2. *Liệu pháp tâm lý gián tiếp:*
   1. Đảm bảo môi trường an toàn với bệnh nhân và mọi người xung quanh
   2. Môi trường yên tĩnh, tránh các kích thích xung quanh
   3. Vệ sinh giấc ngủ
   4. Giáo dục gia đình về chăm sóc, nuôi dưỡng bệnh nhân…

4.3.3. Vật lý trị liệu và hoạt động trị liệu

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

1. Do thuốc
2. Nhiễm trùng, rối loạn chuyển hóa
3. Tình trạng gây suy giảm oxy não (thiếu máu, suy tim, COPD…)…

4.3.5. Phục hồi chức năng

Đánh giá mức độ khả năng hoạt động cơ bản hàng ngày một cách thường xuyên

Tạo môi trường gần gũi với những thói quen và nhắc nhở thường xuyên về ngày, giờ, địa điểm

Gia đình cần tham gia trong quá trình này để chăm sóc, hỗ trợ bệnh nhân

Gia đình cần được tư vấn để cảnh giác với các dấu hiệu sớm tái phát của bệnh

1. **TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

**5.1Tiên lượng**

Các triệu chứng thường tồn tại đến khi căn nguyên được giải quyết, mê sảng thường tồn tại dưới một tuần

Bệnh nhân càng già tiên lượng càng nặng nề hơn

**5.2. Biến chứng**

Các biến chứng liên quan đến bệnh lý nền

Biến chứng nhiễm khuẩn, chấn thương cần được theo dõi, kiểm soát 16

**6. PHÒNG BỆNH**

Chăm sóc tốt các bệnh cơ thể nặng tránh biến chứng gây sảng (điều kiện môi trường, tạo không gian yên tĩnh, đủ ánh sáng, an toàn cho bệnh nhân)

Hạn chế sử dụng nhiều loại thuốc, các thuốc có thể gây mê sảng

17

**Bài 4**

**RỐI LOẠN TÂM THẦN DO RƯỢU**

**1. ĐỊNH NGHĨA**

Rượu là chất tác động tâm thần, rối loạn tâm thần do rượu là nhóm các rối loạn phức tạp, đa dạng phát sinh và phát triển có liên quan chặt chẽ đến nghiện rượu

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

**2. NGUYÊN NHÂN**

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

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1. Chẩn đoán nghiện rượu**

**Nghiện rượu:** Theo ICD 10 (1992), chẩn đoán nghiện rượu khi có từ3 trở lên cácbiểu hiện sau đây xảy ra cùng nhau trong vòng ít nhất 1 tháng hoặc nếu tồn tại trong khoảng thời gian ngắn hơn 1 tháng, thì cần lặp đi lặp lại cùng nhau trong khoảng thời gian 12 tháng:Thèm muốn mạnh mẽ hoặc cảm thấy buộc phải sử dụng rượu; Khó khăn trong việc kiểm soát tập tính sử dụng rượu về mặt thời gian bắt đầu, kết thúc hoặc mức sử dụng; Một trạng thái cai sinh lý khi ngừng hay giảm bớt sử dụng rượu; Có bằng chứng về hiện tượng tăng dung nạp (chịu đựng) rượu như: cần phải tăng liều để loại bỏ những cảm giác khó chịu do thiếu rượu gây ra; Dần xao nhãng các thú vui hoặc những thích thú trước đây; Tiếp tục sử dụng rượu mặc dù có bằng chứng rõ ràng về hậu quả tai hại.

**Hội chứng cai:** là biểu hiện đặc trưng của nghiện, hội chứng này xuất hiện khi ngừnghoặc giảm đột ngột lượng rượu tiêu thụ. Ba trong các dấu hiệu sau phải có mặt:

**Run:** lưỡi, mi mắt và khi duỗi tay; vã mồ hôi; buồn nôn, hoặc nôn ọe; nhịp timnhanh hoặc tăng huyết áp; kích động tâm thần vận động; đau đầu; mất ngủ; cảm giác khó ở hoặc mệt mỏi; các ảo tưởng ảo giác về thính giác, thị giác hoặc xúc giác nhất thời; động kinh cơn lớn. Hội chứng cai rượu kéo dài từ vài giờ đến nhiều ngày tùy mức độ nghiện rượu.

**3.2. Chẩn đoán loạn thần do rượu**

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

3.2.1. Sảng rượu (sảng run)

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

**Lâm sàng:**

1. *Giai đoạn khởi phát:*

Sảng rượu có thể khởi phát cấp tính hay từ từ. Trong giai đoạn này chủ yếu mệt mỏi, chán ăn, rối loạn giấc ngủ, rối loạn thần kinh thực vật.

18

Thay đổi cảm xúc: hoảng hốt, lo âu. Bệnh tiến triển nặng dần, nhất là về chiều tối, có thể có ảo tưởng thị giác, hồi ức…

1. *Giai đoạn toàn phát:*
2. Ý thức mê sảng hoặc lú lẫn; Các ảo tưởng và ảo giác sinh động, triệu chứng run nặng. Thường có hoang tưởng, kích động, mất ngủ…

Rối loạn năng lực định hướng thời gian và không gian, định hướng xung quanh có thể lệch lạc. Mức độ mù mờ ý thức thường nặng lên về chiều tối.

Các ảo giác như: ảo thị, ảo thanh, ảo giác xúc giác…

Hoang tưởng cũng rất thường gặp và thường là các hoang tưởng cảm thụ. Có thể có kích động, rối loạn giấc ngủ…

Các rối loạn toàn thân rõ rệt: run chân tay; run lưỡi; vã mồ hôi, sốt nhẹ… Các triệu chứng kéo dài thường không quá 1 tuần.

**Chẩn đoán phân biệt.**

Mê sảng không do rượu; sa sút trí tuệ; tâm thần phân liệt 3.2.2. Ảo giác do rượu.

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

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

3.2.3. Hoang tưởng do rượu.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Chẩn đoán phân biệt hoang tưởng/ảo giác do rượu:**

Tâm thần phân liệt; sảng rượu (sảng run)

3.2.4. Trầm cảm do rượu.

**Lâm sàng**

19

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

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

**Tiêu chuẩn chẩn đoán:**

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

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

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

3.2.5. Hội chứng quên do rượu

**Lâm sàng:** Đây là một trong các thểbệnh não thực tổn mạn tính do rượu.Bệnh loạnthần Korsakov xảy ra trong giai đoạn muộn của nghiện rượu.

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

3.2.6. Cận lâm sàng

1. Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: trước và sau điều trị.
2. Sinh hoá máu: Glucose, ure, creatinin, acid uric; CK (trước và sau điều trị, nếu bất thường xét nghiệm hàng ngày trong tuần đầu); điện giải đồ (trước và sau điều trị, xét nghiệm hàng ngày trong tuần đầu điều trị nếu có bất thường); GOT, GPT (đánh giá trước điều trị và sau 1 tuần và 2 tuần điều trị), GGT, protein, albumin, bilirubin TP và TT, lipid máu (cholesterol, triglicerid, LDL, HDL).
3. Đông máu cơ bản, tổng phân tích nước tiểu
4. Định lượng nồng độ cồn trong máu, trong hơi thở.
5. Vi sinh: HIV, HbsAg, Anti HCV, huyết thanh chẩn đoán giang mai.
6. XQ tim phổi; siêu âm ổ bụng; nội soi dạ dày…
7. Trắc nghiệm tâm lý: thực hiện trước và sau điều trị.
8. Mức độ trầm cảm (HDRS, Beck); mức độ lo âu (HARS, Zung); mức độ rối loạn sử dụng rượu (AUDIT); mức độ cai rượu (CIWA); đặc điểm nhân cách (EPI, MMPI); mức độ rối loạn giấc ngủ (PSQI); ngoài ra có thể thực hiện các trắc nghiệm đánh giá rối loạn nhận thức (MMSE), rối loạn stress-lo âu-trầm cảm (DASS)…
9. Điện tâm đồ; điện não đồ, lưu huyết não, CT, MRI….
10. Các xét nghiệm cận lâm sàng nếu có bất thường cần kiểm tra hàng ngày.

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1. Nguyên tắc điều trị**

Điều trị tích cực toàn diện và lâu dài

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

Điều trị bằng hóa dược:

20

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

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

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

Liệu pháp tâm lý:

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

Phục hồi chức năng tại cộng đồng: Liệu pháp tái thích ứng xã hội Điều trị các bệnh lý cơ thể đi kèm (bệnh lý gan, dạ dày, hô hấp…)

**4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị**

Giải độc và điều trị hội chứng cai bằng thuốc

Tạo phản xạ ghét sợ rượu bằng thuốc và/hoặc điều trị chống tái sử dụng rượu Chống loạn thần đối loạn thần do rượu với hoang tưởng, ảo giác

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

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

Thuốc tăng cường và nuôi dưỡng não: piracetam, ginkgo giloba, cholin alfoscerate, vinpocetin…

**4.3. Điều trị cụ thể**

4.3.1. Hội chứng cai rượu

Người bệnh cần phải nhập viện điều trị nội trú.

Điều trị hội chứng cai bằng các thuốc bình thần: benzodiazepin (10-30mg/ngày) dùng đường uống hoặc tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch, bổ sung thuốc chống loạn thần nếu có hoang tưởng, ảo giác, rối loạn hành vi….

**Các thuốc chống loạn thần:** chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốcsau (ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 3 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn).

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

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

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

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

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

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

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

Aripiprazol 5mg, 10 mg, 15mg, 30mg, liều 10-30mg/ngày, 21

Bồi phụ nước và điện giải: dung dịch ringer lactat, natriclorua 0,9%, glucose 5% số lượng 2-4 lít/ngày đường truyền tĩnh mạch, có thể bù dịch đường uống bằng oresol.

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

Thuốc hỗ trợ chức năng gan: aminoleban, silymarin, boganic, các amin phân nhánh khác…

Bổ sung dinh dưỡng, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

Thuốc dinh dưỡng thần kinh:

Thuốc tăng cường chức năng nhận thức:

Điều trị các rối loạn cơ thể kèm theo.

Liệu pháp tâm lý

Vận động trị liệu, hoạt động trị liệu…

Giai đoạn tiếp theo có thể cho điều trị ngoại trú disulfiram 125-250 mg/ngày, naltrexol 25-50mg/ngày…

4.3.2. Điều trị sảng rượu trong trạng thái cai Diazepam10-30mg/ngày dùng đường uống hoặc tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch

**Các thuốc chống loạn thần:**chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốcsau (ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 3 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn)

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

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

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

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

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

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

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

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

Bù đủ nước và điện giải: dung dịch ringer lactat, natriclorua 0,9%, glucose 5% số lượng 2 - 4 lít/ngày đường truyền tĩnh mạch hoặc bù đường uống bằng oresol.

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

Thuốc bảo vệ tế bào gan: Aminoleban, Silymarin, Boganic, các amin phân nhánh khác…

Bổ sung dinh dưỡng, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

Thuốc dinh dưỡng thần kinh

Thuốc tăng cường chức năng nhận thức

22

Điều trị các bệnh lý cơ thể kèm theo

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

Liệu pháp tâm lý

Vận động trị liệu, hoạt động trị liệu …

4.3.3. Điều trị loạn thần do rượu

**Các thuốc chống loạn thần:** chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong sốcác thuốcsau (ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 3 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Thuốc giải lo âu:** lựa chọn một trong số các thuốc sau: benzodiazepin 5-30mg/ngày, lorazepam, bromazepam….

Thuốc giải lo âu non-benzodiazepin: lựa chọn một trong số các thuốc sau: etifoxine 50-200mg/ngày, cao lạc tiên.

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

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

Thuốc bảo vệ tế bào gan: aminoleban, silymarin, boganic, các amin phân nhánh khác…

Bổ sung dinh dưỡng, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

Thuốc dinh dưỡng thần kinh:

Thuốc tăng cường chức năng nhận thức:

Một số thuốc điều trị rối loạn giấc ngủ: lựa chọn một trong số các thuốc sau:

zopiclon 3,75-15mg/ngày, melatonin…

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

23

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

4.3.4. Điều trị rối loạn trầm cảm do rượu:

**Các thuốc chống trầm cảm:**chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốcsau (ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 3 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn)

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

Fluoxetin 20mg, liều 10-40 mg/ngày

Paroxetin 20mg, liều 20-60mg/ngày

Sertralin 50mg, liều 50-200mg/ngày

Fluvoxamin 100mg, liều 100-300mg/ngày

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

Citalopram, liều 10-60mg/ngày

***Thuốc tác động kép:***

Venlafaxin 37,5mg, liều 75-225mg/ngày

Mirtazapin 30mg, liều 30-60mg/ngày

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

Amitriptylin 25mg, liều 50-100mg/ngày

Clomipramin 25mg, liều 50-75mg/ngày

Imipramin, liều 10-150mg/ngày

***Các loại chống trầm cảm khác****:*

Tianeptin, liều từ 12,5 -50mg/ngày

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

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

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

Thuốc bảo vệ tế bào gan: aminoleban, silymarin, boganic, các amin phân nhánh khác…

Bổ sung dinh dưỡng, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

Thuốc dinh dưỡng thần kinh:

Thuốc tăng cường chức năng nhận thức:

**Liệu pháp tâm lý**: Liệu pháp cá nhân, liệu pháp gia đình, liệu pháp tạo động lực,liệu pháp nhận thức hành vi.

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

24

**Chế độ dinh dưỡng:**

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

Bệnh nhân ăn bằng đường miệng: thức ăn giàu chất dinh dưỡng, dễ tiêu hóa, đầy đủ 4 nhóm

**Điều trị bệnh lý kết hợp.**

1. **TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

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

Nghiện rượu thường dẫn đến các biến đổi về tính cách, có thể dẫn đến các rối loạn tâm thần và gây nhiều hậu quả về các bệnh cơ thể.

**6. PHÒNG BỆNH**

**6.1. Phòng bệnh nghiện rượu:**

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

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

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

**6.2. Phòng bệnh loạn thần do rượu:**

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

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

25

**Bài 5**

**RỐI LOẠN LOẠN THẦN CẤP VÀ NHẤT THỜI**

1. **1. ĐỊNH NGHĨA**

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

1. **2. NGUYÊN NHÂN**

**2.1.Yếu tố gia đình:** Các nghiên cứu cho tỷlệtừ 20 đến 33% bệnh nhân tiền sửgiađình có rối loạn tâm thần như: tâm thần phân liệt, rối loạn cảm xúc (trầm cảm, rối loạn cảm xúc lững cực), rối loạn loạn thần cấp…

**2.2.Vai trò của sang chấn tâm lý (stress):** Một số các nghiên cứu cho thấy khoảng

20-30% bệnh nhân có kết hợp với sang chấn tâm lý, như: tang tóc, mất mát tài sản, đổ vỡ hôn nhân, tình yêu…

**2.3.Vai trò của nhân cách:** Có một số nét nhân cách bất thườngởbệnh nhân rốiloạn loạn thần cấp và nhất thời: nét nhân cách nhạy cảm, dễ bị tổn thương, nét nhân cách dạng phân liệt (khép kín, không cởi mở, ít quan hệ…)

1. **3. CHẨN ĐOÁN:** theo tiêu chuẩn của ICD-10

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

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

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

**3.2. Các thể lâm sàng theo ICD – 10:**

**Rối loạn loạn thần cấp đa dạng không có các triệu chứng tâm thần phân liệt (F23.0):** Khởi bệnh cấp, trong vòng 2 tuần hay ngắn hơn.

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

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

**Rối loạn loạn thần cấp đa dạng với các triệu chứng của bệnh tâm thần phân liệt (F23.1):** Khởi bệnh cấp trong vòng 2 tuần lễ hay ngắn hơn.

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

26

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

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

Khởi bệnh cấp trong vòng 2 tuần hay ngắn hơn.

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

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

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

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

Các triệu chứng hoang tưởng tương đối bền vững.

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

**Các rối loạn loạn thần cấp và nhất thời khác (F23.8**): Các rối loạn loạn thần cấpkhông thể xếp vào bất cứ thể bệnh kể trên có thể ghi theo mã số này

**Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời không biệt định (F23.9):**Bao gồm: loạn thầnphản ứng (ngắn) không biệt định khác.

**3.3. Chẩn đoán phân biệt**

**Loạn thần thực tổn**:

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

**Loạn thần do các chất tác động tâm thần** (rượu, cocain, chất dạngamphetamine...):

Một trạng thái loạn thần (ảo giác, hoang tưởng …) xuất hiện trong khi hoặc ngay sau khi sử dụng các chất tác động tâm thần, hoặc sau khi ngừng sử dụng các chất tác động tâm thần (hội chứng cai). Khám lâm sàng và khai thác bệnh sử phát hiện sự liên quan sử dụng chất tác động tâm thần. Xét nghiệm phát hiện có hiện tượng nhiễm độc, sử dụng thuốc, rượu hoặc chất ma túy.

**Bệnh tâm thần phân liệt:**

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

**Rối loạn hoang tƣởng dai dẳng:** Hoang tưởng có hệthống và tồn tại ít nhất 3tháng.

**Rối loạn khí sắc:**..

27

**3.3. Cận lâm sàng:** Cận lâm sàng giúp chẩn đoán và theo dõi điều trịbệnh

3.3.1. Các xét nghiệm cơ bản

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

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

3.3.2. Chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng

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

3.3.3. Các trắc nghiệm tâm lý

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

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

1. **4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1. Nguyên tắc điều trị**

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

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

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

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

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

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

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

4.2.1. Điều trị hóa dược: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

**Các thuốc an thần kinh cổ điển:**

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

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

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

28

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nhóm thuốc bình thần, giải lo âu: nhóm benzodiazepins: diazepam, lorazepam, bromazepam, alprazolam,…non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedanxio, zopiclon…

Nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: propanolol…

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

Thuốc chỉnh khí sắc: Muối valproat, divalproex, carbamazepin, oxcarbazepin, …..

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

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

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

***Theo dõi điều trị***

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

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

29

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

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

4.2.2. Sốc điện, kích thích từ xuyên sọ

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

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

4.2.3. Liệu pháp tâm lý

Có nhiều liệu pháp tâm lý: tâm lý cá nhân, gia đình, nhóm… Thiết lập mối quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân - gia đình để nâng đỡ bệnh nhân vượt qua gia đoạn khủng hoảng về mặt tâm lý. Liệu pháp tâm lý cá nhân giúp bệnh nhân hiểu về bệnh của mình. Liệu pháp gia đình giúp ổn định lại cấu trúc gia đình, tạo điểm tựa cho bệnh nhân.

4.2.4. Liệu pháp lao động và phục hồi chức năng

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

1. **5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

Tương đối tốt nếu:

Nhân cách thích ứng hòa hợp với môi trường xung quanh. Có những nhân tố bên ngoài thúc đẩy

Yếu tố di truyền ít. Tương đối xấu hơn nếu: Bệnh phát sinh ở tuổi trẻ

Trước khi bị bệnh đã có tính các kín đáo, cô độc.

Bệnh phát sinh không có yếu tố bên ngoài thúc đẩy. Yếu tố di truyền nặng

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

**6. PHÒNG BỆNH**

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

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

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

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

30

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

31

**Bài 6**

**GIAI ĐOẠN TRẦM CẢM**

**1. ĐỊNH NGHĨA**

Trầm cảm là một trạng thái bệnh lý của cảm xúc, biểu hiện bằng quá trình ức chế toàn bộ hoạt động tâm thần.Theo phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10**,** trầm cảm điển hình thường được biểu hiện bằng khí sắc trầm, mất mọi quan tâm hay thích thú, giảm năng lượng dẫn tới tăng sự mệt mỏi và giảm hoạt động, tồn tại trong khoảng thời gian ít nhất là 2 tuần. Ngoài ra, còn có các triệu chứng khác như giảm sự tập trung chú ý, giảm tính tự trọng và lòng tự tin, ý tưởng bị tội và không xứng đáng, nhìn vào tương lai ảm đạm bi quan, ý tưởng và hành vi tự huỷ hoại hoặc tự sát, rối loạn giấc ngủ, ăn ít ngon miệng...

**2. NGUYÊN NHÂN**

Trầm cảm do nhiều nguyên nhân gây ra, nhưng tóm tắt có 3 nguyên nhân chính:

Trầm cảm nội sinh; Trầm cảm tâm sinh; Trầm cảm thực tổn*.*

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1. Chẩn đoán xác định**

**Theo ICD-10**

3.1.1. Lâm sàng

Các triệu chứng lâm sàng của giai đoạn trầm cảm:

*Ba triệu chứng chính:* 1) Khí sắc trầm: Khí sắc thay đổi ít từ ngày này sang ngàykhác và thường không tương xứng với hoàn cảnh, được duy trì trong ít nhất hai tuần. 2) Mất mọi quan tâm thích thú trong các hoạt động. 3) Giảm năng lượng và tăng sự mệt mỏi.

*Bảy triệu chứng phổ biến khác*: 1) Giảm sựtập trung chú ý; 2) Giảm tính tựtrọngvà lòng tự tin, khó khăn trong việc quyết định; 3) Ý tưởng bị tội và không xứng đáng; 4) Nhìn vào tương lai ảm đạm và bi quan; 5) Ý tưởng và hành vi tự huỷ hoại hoặc tự sát; 6) Rối loạn giấc ngủ; 7) Thay đổi cảm giác ngon miệng (tăng hoặc giảm) với sự thay đổi trọng lượng cơ thể tương ứng.

Các triệu chứng cơ thể (sinh học) của trầm cảm: 1) Mất những quan tâm thích thú trong những hoạt động thường ngày gây thích thú; 2) Mất phản ứng cảm xúc với những sự kiện và môi trường xung quanh thường làm vui thích; 3) Buổi sáng thức giấc sớm 2 giờ trước thường ngày; 4) Trạng thái trầm cảm nặng hơn vào buổi sáng; 5) Có bằng chứng khách quan về sự chậm chạp tâm thần vận động hoặc kích động (được người khác nhận thấy hoặc kể lại); 6) Giảm những cảm giác ngon miệng; 7) Sút cân (5% hoặc nhiều hơn trọng lượng cơ thể so với tháng trước); 8) Mất hoặc giảm hưng phấn tình dục rõ rệt.

Các triệu chứng loạn thần như hoang tưởng, ảo giác trong giai đoạn trầm cảm có thể có hoặc không xuất hiện.

***Chẩn đoán xác định***

32

1. Lần đầu tiên xuất hiện ở bệnh nhân các triệu chứng lâm sàng đặc trưng, phổ biến và sinh học của trầm cảm.
2. Giai đoạn trầm cảm kéo dài ít nhất 2 tuần.
3. Không có đủ các triệu chứng đáp ứng các tiêu chuẩn đối với giai đoạn hưng cảm nhẹ hoặc hưng cảm (F30) ở bất kỳ thời điểm nào trong đời.
4. Giai đoạn này không gắn với việc sử dụng chất tác động tâm thần (F10 – F19) hoặc bất cứ rối loạn thực tổn nào (trong nhóm F00 – F09).

**Giai đoạn trầm cảm nhẹ (F32.0)**

Bệnh nhân có 2/3 triệu chứng đặc trưng và 2/7 triệu chứng phổ biến.

Chữ số thứ 5 có thể được sử dụng để biệt định sự có mặt của hội chứng cơ thể.

1. *Không có các triệu chứng cơ thể (F32.00*):Có ít hoặc không có triệu chứng cơthể.
2. *Có các triệu chứng cơ thể (F32.01):* Có 4 hoặc nhiều hơn các triệu chứng cơ thể.(Nếu chỉ có 2 hoặc 3 triệu chứng cơ thể, nhưng chúng nặng một cách bất thường, thì dùng mục này có thể được chấp nhận).

**Giai đoạn trầm cảm vừa (F32.1)**

Có ít nhất 2 trong 3 triệu chứng đặc trưng, thêm ít nhất 3 (và tốt hơn 4) những triệu chứng phổ biến.

Bệnh nhân với giai đoạn trầm cảm vừa thường có nhiều khó khăn để tiếp tục hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc công việc gia đình.

Chữ số thứ 5 có thể được sử dụng để biệt định sự có mặt của triệu chứng cơ thể.

1. *Không có các triệu chứng cơ thể (F32.10):* có ít triệu chứng cơ thể.
2. *Có các triệu chứng cơ thể (F32.11):* có 4 hoặc nhiều hơn các triệu chứng cơ thể.

**Giai đoạn trầm cảm nặng, không có các triệu chứng loạn thần (F32.2)**

Có 3 trong số những triệu chứng điển hình cộng thêm ít nhất 4 triệu chứng khác, và một số phải đặc biệt nặng. Nếu những triệu chứng quan trọng như kích động hoặc chậm chạp rõ nét bệnh nhân có thể không muốn hoặc không thể mô tả nhiều triệu chứng một cách chi tiết. Trong những trường hợp như vậy, việc phân loại toàn bộ một giai đoạn trầm trọng có thể vẫn còn được chấp nhận.

**Giai đoạn trầm cảm nặng kèm theo các triệu chứng loạn thần (F32.3)**

Một giai đoạn trầm cảm nặng thỏa mãn các tiêu chuẩn đã nêu ra trong mục F32.2 ở trên và trong đó có các hoang tưởng, ảo giác hoặc sững sờ trầm cảm. Các hoang tưởng thường bao gồm nhứng ý tưởng tội lỗi, thấp hèn, hoặc những tai họa sắp xãy ra, trách nhiệm bệnh nhân phải gánh chịu. Những ảo thanh hoặc ảo khứu thường là giọng kết tội hoặc phỉ báng hoặc mùi rác mục hoặc thịt thối rữa. Sự chậm chạp tâm thần vận động nặng có thể dẫn đến sững sờ. Nếu cần, hoang tưởng hoặc ảo giác có thể được phân rõ là phù hợp hoặc không phù hợp với rối loạn khí sắc (xem mục F32.2).

**Các giai đoạn trầm cảm khác (F32.8)**

33

Chỉ gộp vào đây những giai đoạn không phù hợp với sự mô tả dành cho giai đoạn trầm cảm từ mục F32.0 – F32.3, nhưng một ấn tượng chẩn đoán chung đã chỉ ra chúng là trầm cảm thực thụ.

*Bao gồm:* trầm cảm không điển hình, các giai đoạn đơn độc của trầm cảmkhôngbiệt định khác.

3.1.2. Cận lâm sàng

3.1.3. Các xét nghiệm thường quy

1. Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hóa
2. Xét nghiệm hocmon tuyến giáp
3. Xét nghiệm vi sinh: viêm gan B, C; HIV…. 3.1.4. Chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng
4. XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng, siêu âm doppler xuyên sọ, siêu âm tuyến giáp
5. Điện não đồ, điện tim đồ, lưu huyết não, đo đa ký giấc ngủ, CT scanner sọ não, MRI sọ não…..

3.1.5. Các trắc nghiệm tâm lý

1. Thang đánh giá trầm cảm Beck, Hamiltion, trầm cảm người già (GDS), trầm cảm ở trẻ em, thang đánh giá trầm cảm ở cộng đồng (PHQ-9)…
2. Thang đánh giá nhân cách (MMPI), bảng kiểm kê nhân cách hướng nội hướng ngoại (EPI)
3. Thang đánh giá rối loạn giấc ngủ (PSQI)
4. Thang đánh giá lo âu Zung, Hamilton
5. Thang đánh giá lo âu – trầm cảm – stress (DASS)

3.1.6. Các xét nghiệm theo đõi điều trị

1. Đánh giá tình trạng rối loạn chuyển hóa do thuốc: glucose máu, mỡ máu (cholesterol toàn phần, triglycerid, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol) 3 tháng/lần
2. Theo dõi tác dụng hạ bạch cầu: công thức máu 1 tháng/lần
3. Theo dõi chức năng gan, thận, điện tim đồ 3 tháng/lần.

**3.2. Chẩn đoán phân biệt**

1. Bệnh lý nội khoa: Suy giáp: Bệnh nhân mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ, ăn uống kém. Cần làm xét nghiệm hormon tuyến giáp để khẳng định.
2. Các bệnh lý tâm thần: rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm, rối loạn cơ thể hóa, rối loạn hỗ hợp lo âu và trầm cảm.

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1. Nguyên tắc điều trị**

1. Mục tiêu:

34

* 1. Điều trị nguyên nhân dẫn đến trầm cảm (nếu có).
  2. Làm giảm và mất hoàn toàn các triệu chứng.
  3. Phòng ngừa tái phát và tái diễn trầm cảm.

1. Tiến trình điều trị: Cần phải chẩn đoán chính xác, đánh giá mức độ trầm trọng, nguy cơ tự sát; chọn thuốc chống trầm cảm thích hợp; cho thuốc đủ liều; kiểm tra độ dung nạp của thuốc và sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân; tiếp tục duy trì điều trị sau khi đã thanh toán hết các triệu chứng.
2. Điều trị tấn công giai đoạn cấp để thanh toán các triệu chứng từ 2 – 4 tháng. Điều trị duy trì để phòng ngừa tái phát trầm cảm từ 4 – 6 tháng. Điều trị phòng ngừa tái diễn trầm cảm dài ngắn khác nhau phụ thuộc vào trạng thái bệnh và mỗi bệnh nhân thường không dưới một năm.
3. Trong khi điều trị trầm cảm, đôi khi phải phối hợp thuốc chống trầm cảm với thuốc giải lo âu, thuốc chống loạn thần, thuốc điều chỉnh khí sắc, liệu pháp sốc điện, liệu pháp nhận thức … nếu cần thiết.

**4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị**

4.2.1. Liệu pháp hóa dược

Các thuốc chống trầm cảm điều chỉnh số lượng và hoạt tính các chất dẫn truyền thần kinh (serotonin, Noradrenalin…) đang bị rối loạn để điều trị trầm cảm. Thời gian để thuốc chống trầm cảm có tác dụng là 7 – 10 ngày sau khi đạt liều điều trị. Trầm cảm có thể không đáp ứng với thuốc này vẫn có thể đáp ứng với thuốc chống trầm cảm khác.

1. *Các thuốc chống trầm cảm truyền thống*: Thuốc chống trầm cảm loại MAOI hiệnnay ít dùng vì có nhiều tương tác thuốc. Thuốc chống trầm cảm 3 vòng có nhiều tác dụng kháng Cholin, có thể dùng ở cơ sở nội trú có theo dõi chặt chẽ.
2. *Các thuốc chống trầm cảm mới*: ít tác dụng không mong muốn, khởi đầu tácdụng sớm, ít tương tác khi phối hợp với các thuốc khác, an toàn hơn khi dùng quá liều.
   1. Các thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc Serotonin (SSRI)
   2. Thuốc ức chế tái hấp thu Serotonin và Norepinephirin (SNRIs)
   3. Thuốc làm tăng dẫn truyền Noradrenalin và đặc hiệu trên Serotonin (NaSSA)
   4. Tianeptin (Stablon) tăng hấp thu Serotonin (quan niệm trầm cảm là do thừa Serotonin ở khe Synapse).
3. Các thuốc điều trị phối hợp khác:
   1. Trong trường hợp trầm cảm có rối loạn lo âu từng giai đoạn, phối hợp thuốc bình thần Benzodiazepin nhưng không nên dùng kéo dài có thể bị lạm dụng thuốc.

35

1. Trầm cảm có loạn thần (hoang tưởng, ảo giác…) thường phối hợp các thuốc chống trầm cảm với các thuốc chống loạn thần (Haloperidon, Risperdal,

Olanzapin…)

1. Có thể sử dụng các thuốc điều chỉnh khí sắc để đề phòng tái phát, tái diễn trầm cảm (Carbamazepin, Valproat…).

4.2.2. Liệu pháp sốc điện

Được chỉ định ưu tiên trong các trường hợp trầm cảm nặng có ý tưởng và hành vi tự sát, trầm cảm kháng thuốc, các liệu pháp điều trị trầm cảm khác không có kết quả. Cần tuân thủ chống chỉ định để phòng ngừa tai biến xảy ra trong khi sốc điện.

4.2.3. Liệu pháp kích thích từ xuyên sọ

Được chỉ định ưu tiên cho các trường hợp trầm cảm nhẹ và vừa.

Cần tuân thủ chặt chẽ chỉ định và chống chỉ định để hạn chế tai biến khi tiến hành can thiệp.

4.2.4. Liệu pháp tâm lý

Liệu pháp nhận thức hành vi, Liệu pháp gia đình, Liệu pháp cá nhân, liệu pháp thư giãn luyện tập…

Mỗi trường hợp có thể kết hợp can thiệp nhiều liệu pháp để đạt hiệu quả tối ưu.

**4.3. Điều trị cụ thể (Lựa chọn thuốc và liều điều trị tùy thuộc từng cá thể)**

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

*Thuốc chống trầm cảm 3 vòng (TCAs)*

1. Amitriptylin: 25 – 200mg/ngày
2. Clomipramin: 50 – 100 mg/ngày
3. Sertralin: 50 – 300 mg/ngày
4. Fluoxetin: 20 – 60 mg/ngày
5. Fluvoxamin: 50 – 100mg/ngày
6. Citalopram: 20 – 60mg/ngày
7. Escitalopram: 10 – 20mg/ngày
8. Paroxetin: 20 - 80 mg/ngày
9. Venlafaxin: 37,5 – 225 mg/ngày
10. Duloxetin: 40 – 120mg/ngày

*Thuốc làm tăng dẫn truyền Noradrenalin và đặc hiệu trên Serotonin (NaSSA)*

1. Mirtazapin: 15 – 60 mg/ngày

*Thuốc ức chế tái hấp thu dopamin – norepinephrin*

36

* 1. Bupropion: 75 - 450mg/ngày

**Các loại khác:**

1. Tianeptin (Stablon): thuốc tăng tái hấp thu serotonin, có hiệu quả trong một số trường hợp
2. Chọn lựa thuốc chống loạn thần, liều dùng tùy từng trường hợp cụ thể, nhiều nghiên cứu chứng minh thuốc chống loạn thần thế hệ mới có hiệu quả điều trị trầm cảm khi đơn trị liệu hoặc phối hợp với thuốc chống trầm cảm.

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

* 1. Haloperidol: 5 - 30 mg/ngày
  2. Chlorpromazin: 25 - 500mg/ngày
  3. Levopromazin: 25 - 500mg/ngày
  4. Sulpirid: 25 – 200mg/ngày
  5. Risperidon: 1 - 10 mg/ngày
  6. Olanzapin: 5 - 30mg/ngày
  7. Quetiapin: 50 - 800mg/ngày
  8. Clozapin: 25 - 900mg/ngày
  9. Aripiprazol: 5 - 30mg/ngày

1. *Chọn lựa các thuốc nhóm benzodiazepin*, liều dùng tùy từng trường hợp cụthể.

Có thể lựa chọn một trong số các thuốc sau:

* 1. Diazepam 5 - 30mg/ngày
  2. Lorazepam: 1 - 4mg/ngày
  3. Clonzepam: 1 - 8mg/ngày
  4. Bromazepam: 3 - 6mg/ngày

1. *Các nhóm thuốc giải lo âu, gây ngủ khác:* etifoxin (stresam…), grandaxin,sedanxio, zopiclon (phamzopic, drexler…), eszopiclon, melatonin, các thuốc kháng histamin (hydroxyzin…), beta blocker….
2. *Các nhóm thuốc khác:* thuốc tăng cường tuần hoàn não và dinh dưỡng tế bàothần kinh (piracetam, citicholin, ginkgo biloba, vinpocetin, cholin alfoscerat, cinnarizin…), vitamin và yếu tố vi lượng…

**5. TIÊN LUỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

Biến chứng nguy hiểm nhất của trầm cảm là bệnh nhân có ý tưởng, hành vi tự sát. Bệnh nhân có thể suy kiệt do từ chối ăn uống

**6. PHÕNG BỆNH**

Chưa có biện pháp phòng tuyệt đối vì nguyên nhân trầm cảm rất phức tạp, phối hợp lẫn nhau.

37

Chỉ có phòng bệnh tương đối: Giáo dục trẻ em từ bé, rèn luyện nhân cách vững mạnh để thích nghi với cuộc sống. Theo dõi những người có yếu tố gia đình phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Theo dõi và điều trị duy trì đầy đủ tránh tái phát, tái diễn.

Phục hồi chức năng tâm lý xã hội cho bệnh nhân trầm cảm để hòa nhập vào cộng đồng và gia đình.

38

**Bài 8**

**RỐI LOẠN LO ÂU LAN TOẢ**

**1. ĐỊNH NGHĨA**

Lo lắng là hiện tượng phản ứng của con người trước những khó khăn và các mối đe dọa của tự nhiên, xã hội mà con người phải tìm cách vượt qua và tồn tại. Lo lắng là một tín hiệu báo động, báo trước một nguy hiểm sắp xảy đến, cho phép con người sử dụng mọi biện pháp để đương đầu với sự đe dọa.

Lo âu bệnh lý là lo âu quá mức hoặc dai dẳng không tương xứng với sự đe dọa được cảm thấy, ảnh hưởng đến hoạt động của người bệnh, có thể kèm theo những ý nghĩ hay hành động có vẻ như quá mức hay vô lý.

Rối loạn lo âu lan tỏa được xếp vào nhóm các rối loạn liên quan stress, mã F41.1 theo bảng Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 (ICD10), với đặc tính là những mối lo lắng dai dẳng, lan tỏa, tản mạn, không khu trú vào một sự kiện hoàn cảnh đặc biệt nào ở xung quanh hoặc có liên quan với những sự kiện đã qua không còn tính thời sự nữa. Rối loạn này thường liên quan với stress trường diễn, tiến triển thay đổi nhưng có xu hướng mạn tính.

**2. NGUYÊN NHÂN**

Vai trò của stress: stress là nguyên nhân thúc đẩy bệnh xuất hiện, stress có thể rõ rệt nhưng thường chỉ là những sang chấn tâm lý xã hội đời thường, tuy nhẹ nhưng trường diễn.

Vai trò của nhân cách: rối loạn lo âu lan tỏa thường gặp nhiều hơn ở những người có

nét tính cách: hay lo lắng, chi ly, cẩn thận... hoặc những người nhân cách yếu.

Vai trò của môi trường và cơ thể: một cơ thể khỏe mạnh, một môi trường tích cực sẽ hỗ trợ tốt cho nhân cách chống đỡ với stress và ngược lại.

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1 Chẩn đoán xác định**

3.1.1. Lâm sàng

Biểu hiện lo âu:

Sợ hãi (lo lắng về bất hạnh trong tương lai, cảm giác “dễ cáu”, khó tập trung…).

Căng thẳng vận động (bồn chồn, đứng ngồi không yên, đau căng đầu, run chân tay, không có khả năng thư giãn)

Hoạt động quá mức thần kinh tự trị (đầu óc trống rỗng, ra mồ hôi, mạch nhanh, thở gấp, khó chịu vùng thượng vị, chóng mặt…)

Sự lo âu-sợ hãi là biểu hiện chính, chủ yếu, nguyên phát dẫn đến phản ứng sợ sệt quá mức.

Bệnh thường kéo dài nhiều tuần, nhiều tháng (thường là 6 tháng).

3.1.2. Cận lâm sàng

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

39

Xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm tìm chất ma tuý, huyết thanh chẩn đoán giang mai…

Trắc nghiệm tâm lý: nhóm trắc nghiệm tâm lý đánh giá lo âu (Zung, Hamilton lo âu…), đánh giá trầm cảm phối hợp (Beck, Hamilton trầm cảm…), đánh giá nhân cách (MMPI, EPI…), đánh giá rối loạn giấc ngủ (PSQI…) …

Các xét nghiệm chuyên khoa khác xác định bệnh lý kết hợp hoặc loại trừ nguyên nhân thực thể:

Điện não đồ, lưu huyết não

Điện tâm đồ, XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng, siêu âm tuyến giáp Xét nghiệm hormon tuyến giáp

CT, MRI sọ não…trong một số trường hợp cụ thể.

**3.2. Chẩn đoán phân biệt**

Những chẩn đoán loại trừ hay gặp nhất: rối loạn lo âu này không phải do một rối loạn cơ thể như cường giáp, không phải do một rối loạn tâm thần thực tổn hoặc rối loạn có liên quan đến chất tác động tâm thần như là sử dụng quá mức các chất giốngamphetamin hoặc hội chứng cai benzodiazepin.

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1. Nguyên tắc điều trị**

**CHIẾN LƯỢC KIỂM SOÁT LO ÂU VÀ GIẢM STRESS**

Giải thích hợp lý về các vấn đề cơ thể và triệu chứng cơ thể của bệnh

Tập đối mặt với các tình huống gây lo lắng, căng thẳng (stress)

Các hoạt động thể lực (thư giãn luyện tập để lôi cuốn bệnh nhân)

Tránh lạm dụng rượu, thuốc gây ngủ

**ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG**

**Nguyên tắc chọn thuốc:**

Ưu tiên đơn trị liệu (chọn một trong những thuốc liệt kê ở dưới nếu chưa hiệu quả thì sử dụng đồng thời một thuốc chống trầm cảm và một thuốc an thần kinh được khuyến cáo nhiều hơn cả).

Khởi liều thấp và tăng liều từ từ cho đến khi có hiệu quả.

Hạn chế lạm dụng nhóm giải lo âu gây nghiện.

**Thuốc giải lo âu:** Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Benzodiazepins: diazepam, lorazepam, bromazepam, alprazolam,…

Thuốc có tác dụng nhanh, nhưng có nguy cơ gây lệ thuộc khi sử dụng kéo dài

Non-benzodiazepins: Etifoxine HCL, Sedanxio, Zopiclon…

**Thuốc chống trầm cảm:** Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

SSRI: fluoxetin, escitalopram, paroxetin,…

Mirtazapin

SNRI: venlafaxin

40

Các thuốc chống trầm cảm 3 vòng

**Thuốc an thần kinh:** Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Olanzapin, Risperidon, Quetiapin ….

**Một số thuốc khác:** kháng histamin, Betablocker,...

**LIỆU PHÁP TÂM LÝ**

**4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị**

Liệu pháp hóa dược + liệu pháp tâm lý

**4.3. Điều trị cụ thể**

**Hóa dược liệu pháp**

**Thuốc giải lo âu gây ngủ nhóm Benzodiazepin:**

Diazepam: 5 - 20 mg/ngày

Lorazepam: 2 - 6 mg/ngày

Bromazepam: 6-12mg/ ngày

Alprazolam: 1 - 4 mg/ngày…

Thuốc giải lo âu non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedanxio, zopiclon…

**Thuốc chống trầm cảm:**

Nhóm SSRI, SNRI, 3 vòng, hoặc nhóm khác: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Imipramin, liều 150-300 mg/24 giờ

Amitriptylin, liều 150-300 mg/24 giờ

Paroxetin, liều 20-80 mg/24 giờ

Fluoxetin, liều 10-80 mg/24 giờ

Fluvoxamin,liều 50-300 mg/24 giờ

Citalopram, liều 20 mg-60 mg/24 giờ

Escitalopram, liều10-20mg/24 giờ

Sertralin, liều 50 - 200 mg/24 giờ

Venlafaxin, liều 37,5 - 375 mg/24 giờ

Mirtazapin, liều 15-60 mg/24 giờ

**Kháng Histamin:**

Hydroxyzin, liều 10-300 mg/24 giờ

**Các thuốc phối hợp:**

Thuốc an thần kinh: Olanzapin, Sulpirid, Quetiapin…

Các thuốc ức chế β như Propranolol: liều khởi đầu 10 mgx2 lần/24 giờ, liều tối đa 80-160 mg/24 giờ.

41

Nuôi dưỡng tế bào thần kinh: **p**iracetam, ginkgo biloba, vinpocetin, choline alfoscerate, nicergoline, ….

**T**huốc hỗtrợchứcnăng gan, thuốc tăng cường nhận thức…

Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, vitamine nhóm b và khoáng chất, chế độ ăn dễ tiêu hóa (mềm, nhiều xơ), đủ vitamin và khoáng chất (hoa quả, ….), tránh chất kích thích, uống đủ nước, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch…trong những trường hợp cần thiết.

**Liệu pháp tâm lý**

Liệu pháp giải thích hợp lý

Liệu pháp thư giãn luyện tập

Liệu pháp nhận thức hành vi

Liệu pháp gia đình

Vận động trị liệu, hoạt động trị liệu…

**Thời gian điều trị:**

Điều trị đến khi các triệu chứng cải thiện và sau đó duy trì thêm ít nhất 6 tháng để đảm bảo bệnh ổn định hoàn toàn.

Một số bệnh nhân đòi hỏi kéo dài thời gian trị liệu hơn và có thể là lâu dài để tránh tái phát.

**5. TIÊN LUỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

Lo âu lan tỏa là rối loạn đáp ứng tốt với điều trị và thường ổn định sau một khoảng thời gian ngắn điều trị. Hiệu quả điều trị phụ thuộc vào mức độ và nguyên nhân của lo âu.

Rối loạn lo âu lan tỏa có liên quan nhiều đến nhân cách lo âu và/hoặc stress nên tỉ lệ tái phát rất cao

Cần đề phòng và tránh các biến chứng do

Phát hiện muộn, điều trị không kịp thời bệnh nhân có thể có hành vi tự sát Biến chứng của việc lạm dụng thuốc giải lo âu

**6. PHÕNG BỆNH**

Kiểm soát stress, rèn luyện nhân cách

Giáo dục và phổ biến kiến thức để người dân hiểu về bệnh và các nguy cơ gây bệnh

42

**Bài 9**

**RỐI LOẠN HỖN HỢP LO ÂU VÀ TRẦM CẢM**

**1. ĐỊNH NGHĨA**

Rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm là một trạng thái bao gồm cả triệu chứng lo âu và trầm cảm nhưng không có triệu chứng nào được ghi nhận một cách riêng biệt là đủ nặng để chẩn đoán là trầm cảm hoặc lo âu.

Hỗn hợp lo âu trầm cảm là rối loạn thường gặp trong chăm sóc sức khỏe ban đầu với các triệu chứng tương đối nhẹ, nhưng vẫn đủ để chẩn đoán là hội chứng lo âu và trầm cảm song hành.

**2. NGUYÊN NHÂN**

Vai trò của stress: đây là rối loạn có vai trò của stress là nguyên nhân thúc đẩy bệnh xuất hiện, stress có thể rõ rệt nhưng thường chỉ là những sang chấn tâm lý xã hội đời thường, tuy nhẹ nhưng trường diễn.

Vai trò của nhân cách: rối loạn lo âu trần cảm thường gặp nhiều hơn ở những người có

nét tính cách: hay lo lắng, chi ly, cẩn thận... hoặc những người nhân cách yếu.

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1 Chẩn đoán xác định**

3.1.1. Lâm sàng

**Tiêu chuẩn triệu chứng:** Hỗn hợp các triệu chứng rối loạn trầm cảm cùng tồn tạivới triệu chứng rối loạn lo âu, không có triệu chứng nào xem xét một cách riêng biệt là đủ nặng để đánh giá chẩn đoán. Nếu có lo âu với mức độ trầm cảm ít hơn thì cần xem xét để đặt chẩn đoán khác của rối loạn lo âu hoặc ám ảnh sợ. Khi cả hai hội chứng trầm cảm và lo âu đều đủ trầm trọng thì chẩn đoán trầm cảm phải được ưu tiên trước. Một số triệu chứng thần kinh tự trị (run, đánh trống ngực, khô miệng, sôi bụng...) phải có đủ.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Loại trừ chẩn đoán nếu:

Lo âu và lo lắng quá mức, không có triệu chứng thần kinh tự trị.

Các triệu chứng đáp ứng đầy đủ nhưng xảy ra có liên quan chặt chẽ với những biến đổi đáng kể trong đời sống hoặc các sự kiện gây stress trong đời sống phải chuyển sang mục rối loạn sự thích ứng.

**Chẩn đoán xác định**

Khí sắc giảm hay trầm buồn

Mất sự hài lòng hay quan tâm thích thú

Có các biểu hiện lo âu, lo lắng

Thường có các triệu chúng kết hợp sau đây:

Kém tập trung chú ý

Ăn không ngon miệng

43

Căng thẳng, bồn chồn, khó thư giãn được Run, đánh trống ngực, khô miệng, sôi bụng,…

1. nghĩ hay hành vi sát Mất dục năng

3.1.2. Cận lâm sàng

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

1. Xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm tìm chất ma tuý, huyết thanh chẩn đoán giang mai…
2. Trắc nghiệm tâm lý: nhóm trắc nghiệm tâm lý đánh giá trầm cảm (Beck, Hamilton trầm cảm…), đánh giá lo âu (Zung, Hamilton lo âu…), đánh giá nhân cách (MMPI, EPI…), đánh giá rối loạn giấc ngủ (PSQI…) …
3. Các xét nghiệm chuyên khoa khác xác định bệnh lý kết hợp hoặc loại trừ nguyên nhân thực thể:
4. Điện não đồ, lưu huyết não
5. Điện tâm đồ, XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng, siêu âm tuyến giáp
6. Xét nghiệm hormon tuyến giáp
7. CT, MRI...trong một số trường hợp cụ thể.

**3.2. Chẩn đoán phân biệt**

Nếu các triệu chứng trầm cảm hoặc lo âu biểu hiện nặng nề hơn, cần phân biệt với với trầm cảm và rối loạn lo âu lan tỏa

Nếu các triệu chứng cơ thể chiếm ưu thế, cần phân biệt với các triệu chứng cơ thể không giải thích được.

Nếu bệnh nhân có trong tiền sử một giai đoạn hưng cảm (tăng khí sắc, nói nhanh, kích thích...) phân biệt với rối loạn cảm xúc lưỡng cực.

Phân biệt với cácrối loạn do sử dụng chất

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1. Nguyên tắc điều trị**

**CHIẾN LUỢC KIỂM SOÁT LO ÂU - TRẦM CẢM VÀ GIẢM STRESS**

Giải thích hợp lý về các vấn đề cơ thể và triệu chứng cơ thể của bệnh

Tập đối mặt với các tình huống gây lo lắng, căng thẳng (stress)

Các hoạt động thể lực (thư giãn luyện tập)

Tránh lạm dụng rượu, thuốc gây ngủ

**ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG**

**Nguyên tắc chọn thuốc:** Ưu tiên đơn trị liệu (chọn một trong những thuốc liệt kê ởdưới nếu chưa hiệu quả thì sử dụng đồng thời một thuốc chống trầm cảm và một thuốc an thần kinh được khuyến cáo nhiều hơn cả).

44

Khởi liều thấp và tăng liều từ từ cho đến khi có hiệu quả.

Hạn chế lạm dụng nhóm giải lo âu gây nghiện.

**Thuốc giải lo âu:** Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau

Benzodiazepines: Lorazepam, Bromazepam, Alprazolam,…

Thuốc có tác dụng nhanh, nhưng có nguy cơ gây lệ thuộc khi sử dụng kéo dài Non-benzodiazepines: etifoxine HCl (Stresam), Sedanxio…

**Thuốc chống trầm cảm:** Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

SSRI: fluoxetin, escitalopram, paroxetin…

SNRI: venlafaxin

NASSa: mirtazapin

**Thuốc an thần kinh:** Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sauOlanzapin, risperidon, quetiapin..

**Nhóm thuốc khác**: kháng histamin, betablocker, zopiclon,...

**LIỆU PHÁP TÂM LÝ**

**4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị**

Thuốc chống trầm cảm + liệu pháp tâm lý

**4.3. Điều trị cụ thể**

**Liệu pháp hóa dược**

Điều trị kết hợp giữa thuốc giải lo âu, kết hợp với thuốc chống trầm cảm và một số thuốc nhóm khác.

**Thuốc giải lo âu gây ngủ nhóm Benzodiazepin:**

Diazepam: 5 - 20 mg/24 giờ

Lorazepam: 2 - 6 mg/24 giờ

Bromazepam: 6-12mg/ 24 giờ

Alprazolam: 1 - 4 mg/24 giờ…

Thuốc giải lo âu non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedanxio, zopiclon…

**Thuốc chống trầm cảm:**

Nhóm SSRI, SNRI, 3 vòng, hoặc nhóm khác: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Imipramin, liều 25-300 mg/24 giờ

Amitriptylin, liều 25-300 mg/24 giờ

Paroxetin,liều 20-80 mg/24 giờ

Fluoxetin, liều 10- 80 mg/24 giờ

Fluvoxamin,liều 50- 300 mg/24 giờ

45

Citalopram,liều 20-60 mg/24 giờ

Escitalopram, liều 10-20mg/24 giờ

Sertralin,liều 50- 200 mg/24 giờ

Venlafaxin, liều 37,5-375 mg/24 giờ

Mirtazapin, liều 15 -60 mg/24 giờ

**Kháng Histamin:** Hydroxyzine: liều khởi đầu 10-20 mg/24 giờ, có thể tăng đến200-300 mg/24 giờ

**Thuốc an thần kinh:** Olanzapin, sulpirid, quetiapin …

Các thuốc ức chế β như propranolol: liều khởi đầu 10 mg x2 lần/24 giờ, liều tối đa 80-160 mg/24 giờ.

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

**T**huốc hỗtrợchức năng gan, thuốc tăng cường nhận thức…

Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, vitamine nhóm b và khoáng chất, chế độ ăn dễ tiêu hóa (mềm, nhiều xơ), đủ vitamin và khoáng chất (hoa quả, ….), tránh chất kích thích, uống đủ nước, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch…trong những trường hợp cần thiết.

**Liệu pháp tâm lý**

Liệu pháp giải thích hợp lý

Liệu pháp thư giãn luyện tập

Liệu pháp nhận thức hành vi

Liệu pháp gia đình…

Vận động trị liệu, hoạt động trị liệu…

**Thời gian điều trị:**

Điều trị đến khi các triệu chứng cải thiện và sau đó duy trì thêm ít nhất 6 tháng để đảm bảo bệnh ổn định hoàn toàn.

Một số bệnh nhân đòi hỏi kéo dài thời gian điều trị hơn, và có thể là lâu dài để tránh tái phát.

**5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

Rối loạn hỗn hợp lo âu trầm cảm là phổ biến, tuy nhiên bệnh có thể kiểm soát và điều trị cho kết quả tốt.

Cần đề phòng và tránh các biến chứng do

Phát hiện muộn, điều trị không kịp thời bệnh nhân có thể có hành vi tự sát Biến chứng của việc lạm dụng thuốc giải lo âu

1. **PHÒNG BỆNH**

Kiểm soát stress

Giáo dục và phổ biến kiến thức để người dân hiểu về bệnh và các nguy cơ gâybệnh

46

**Bài 10**

**RỐI LOẠN PHÂN LY**

**1. ĐỊNH NGHĨA**

Rối loạn phân ly là bệnh cảnh mất một phần hay hoàn toàn sự hợp nhất bình thường giữa trí nhớ, quá khứ, ý thức về đặc tính cá nhân với những cảm giác trực tiếp và sự kiểm soát vận động của cơ thể. Đây là một rối loạn chức năng có liên quan chặt chẽ với sang chấn tâm lý và nhân cách người bệnh.

**2. NGUYÊN NHÂN**

Những stress có thể gây rối loạn phân ly đó là những hoàn cảnh xung đột, những vấn đề không giải quyết được, những mối quan hệ phức tạp giữa người với người hoặc đôi khi là các nhu cầu tâm lý không được đáp ứng tác động vào tâm thần gây ra các cảm xúc mạnh, phần lớn là các xúc cảm tiêu cực như lo lắng, buồn rầu, tức giận, ghen tuông, thất vọng…

Rối loạn phân ly dễ phát sinh ở những người có nhân cách thuộc loại hình thần kinh nghệ sỹ yếu.

Các bệnh lý cơ thể như nhiễm khuẩn, nhiễm độc, chấn thương sọ não… nói chung đó là các nhân tố làm suy yếu hệ thần kinh, giảm sút hoạt động của vỏ não và tăng cường hoạt động dưới vỏ có thể tạo điều kiện thuận lợi phát sinh rối loạn phân ly.

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1 Chẩn đoán xác định: Tiêu chuẩn chẩn đoán ICD 10**

3.1.1. Lâm sàng

(A). Các nét lâm sàng biệt định cho các rối loạn cá nhân trong chương F44. (Liệt, run, mất đứng mất đi, mù, điếc, câm, tê bì, sững sờ, quên, co giật, hiện tượng bị xâm nhập…)

(B). Không có bằng chứng của một rối loạn cơ thể nào có thể giải thích các triệu chứng.

(C). Bằng chứng có nguyên nhân tâm lý dưới dạng kết hợp rõ rệt về thời gian với sự kiện gây sang chấn và những vấn đề hoặc các mối quan hệ bị rối loạn.

3.1.2. Cận lâm sàng

1. Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hoá, vi sinh (HIV, VGB, VGC)
2. Xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm tìm chất ma tuý, huyết thanh chẩn đoán giang mai…
3. Trắc nghiệm tâm lý: nhóm trắc nghiệm đánh giá nhân cách (MMPI, EPI…), trắc nghiệm tâm lý đánh giá lo âu (Zung, Hamilton lo âu…), đánh giá trầm cảm (Beck, Hamilton trầm cảm…), đánh giá rối loạn giấc ngủ phối hợp (PSQI…) …
4. Các xét nghiệm xác định bệnh lý kết hợp hoặc loại trừ nguyên nhân thực thể tuỳ theo triệu chứng lâm sàng của rối loạn phân ly:
5. Điện não đồ, lưu huyết não

47

1. Điện tâm đồ, XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng, siêu âm tuyến giáp
2. Xét nghiệm hormon tuyến giáp
3. CT, MRI...
4. Ngoài ra có thể phối hợp với các chuyên khoa khác để chỉ định thêm các xét nghiệm chẩn đoán phân biệt.

**3.2. Chẩn đoán phân biệt**

1. Các bệnh thần kinh nội khoa: Viêm não, xuất huyết não, hội chứng Guillain –

Barre (viêm đa rễ và dây thần kinh nguyên phát), các bệnh lý về cơ: nhược cơ, viêm đa cơ..., các triệu chứng thần kinh sớm của AIDS, xơ cứng rải rác.

1. Rối loạn dạng cơ thể
2. Rối loạn giả bệnh
3. Cơn co giật động kinh

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1. Nguyên tắc điều trị**

Rối loạn phân ly là bệnh tâm sinh nên trong điều trị liệu pháp tâm lý có vai trò quan trọng.

Bước đầu tiên trong điều trị là phải loại bỏ triệu chứng bằng liệu pháp giải thích hợp lý kết hợp ám thị.

Sau đó cần điều trị dự phòng tái diễn bệnh bằng các liệu pháp tâm lí hướng tới nhân cách như liệu pháp tâm lí nhóm, thư giãn luyện tập, liệu pháp nhận thức, vận động trị liệu, hoạt động trị liệu…

Rối loạn phân ly thường kèm theo trầm cảm, lo âu

**Nguyên tắc chọn thuốc:**

Ưu tiên đơn trị liệu (chọn một trong những thuốc liệt kê ở dưới nếu chưa hiệu quả thì sử dụng đồng thời một thuốc chống trầm cảm và một thuốc an thần kinh được khuyến cáo nhiều hơn cả).

Khởi liều thấp và tăng liều từ từ cho đến khi có hiệu quả.

Hạn chế lạm dụng nhóm giải lo âu gây nghiện.

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

**Các thuốc chống trầm cảm:** Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau**:**

Nhóm SSRI, SNRI, 3 vòng, hoặc nhóm khác:

Imipramin, liều 150-300 mg/24 giờ

Amitriptylin, liều150-300 mg/24 giờ

Paroxetin, liều 20-80 mg/24 giờ

Fluoxetin, liều10-80 mg/24 giờ

Fluvoxamin, liều 50-300 mg/24 giờ

48

Citalopram, liều 20-60 mg/24 giờ

Escitalopram, liều10-20 mg/24 giờ

Sertralin, liều 50 - 200 mg/24 giờ

Venlafaxin, liều 37,5 - 375 mg/24 giờ

Mirtazapin, liều 15 - 60 mg/ 24 giờ

**Các thuốc giải lo âu:** Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau**:**

**Thuốc giải lo âu gây ngủ nhóm Benzodiazepin:**

Diazepam, liều 5 - 20 mg/24 giờ

Lorazepam: 2 - 6 mg/24 giờ

Bromazepam: 6-12mg/24 giờ

Alprazolam: 1 - 4 mg/24 giờ…

Non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedanxio, zopiclon…

Nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: propanolol…

**Các an thần kinh**: olanzapin, quetiapin, sulpirid…

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

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

Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, vitamine nhóm b và khoáng chất, chế độ ăn dễ tiêu hóa (mềm, nhiều xơ), đủ vitamin và khoáng chất (hoa quả, ….), tránh chất kích thích, uống đủ nước, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch…trong những trường hợp cần thiết.

**5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

Rối loạn phân ly có tiên lượng tốt nếu bệnh khởi phát cấp tính, liên quan trực tiếp đến sang chấn tâm lý, không có các bệnh lý nội khoa, thần kinh và tâm thần kèm theo.

1. **PHÒNG BỆNH**

Bồi dưỡng nhân cách.

Rèn luyện khả năng thích nghi cao với môi trường.

49

**Bài 11**

**RỐI LOẠN CƠ THỂ HÓA**

**1. ĐỊNH NGHĨA**

Rối loạn cơ thể hóa là một rối loạn dạng cơ thể với biểu hiện tái diễn các triệu chứng cơ thể, cùng với những yêu cầu dai dẳng đòi khám xét về y tế, mặc dù kết quả âm tính nhiều lần và thầy thuốc đảm bảo rằng các triệu chứng này không có cơ sở bệnh cơ thể. Nếu có bất kì rối loạn cơ thể nào thì chúng cũng không giải thích được bản chất và phạm vi của các triệu chứng hoặc đau khổ và bận tâm của bệnh nhân.

**2. NGUYÊN NHÂN**

Có liên quan chặt chẽ với các stress tâm lý trong đời sống xã hội và trong sinh hoạt hàng ngày

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1 Chẩn đoán xác định**

3.1.1. Lâm sàng: theo ICD-10

Ít nhất hai năm có các triệu chứng cơ thể nhiều và thay đổi mà không tìm thấy một giải thích thỏa đáng nào về mặt cơ thể.

Dai dẳng từ chối chấp nhận lời khuyên hoặc lời trấn an của bác sĩ rằng không cắt nghĩa được các triệu chứng về mặt cơ thể.

Một số mức độ tật chứng của hoạt động xã hội và gia đình có thể quy vào bản chất của các triệu chứng và hành vi đã gây ra.

3.1.2. Cận lâm sàng

1. Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hoá, vi sinh (HIV, VGB, VGC)
2. Xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm tìm chất ma tuý, huyết thanh chẩn đoán giang mai…
3. Trắc nghiệm tâm lý: nhóm trắc nghiệm tâm lý đánh giá trầm cảm (Beck, Hamilton trầm cảm…), đánh giá lo âu (Zung, Hamilton lo âu…), đánh giá nhân cách (MMPI, EPI…), đánh giá rối loạn giấc ngủ (PSQI…) …
4. Các xét nghiệm chuyên khoa khác xác định bệnh lý kết hợp hoặc loại trừ nguyên nhân thực thể:
5. Điện não đồ, lưu huyết não
6. Điện tâm đồ, XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng, siêu âm tuyến giáp
7. Xét nghiệm hormon tuyến giáp
8. CT, MRI...

**3.2. Chẩn đoán phân biệt**

Những chẩn đoán loại trừ hay gặp nhất: các triệu chứng này không ngoại trừ xảy ra trong bệnh tâm thần phân liệt hoặc các rối loạn liên quan, trong các rối loạn khí sắc hoặc trong rối loạn hoảng sợ.

50

Chẩn đoán phân biệt với các thể của các rối loạn dạng cơ thể

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1. Nguyên tắc điều trị**

Liệu pháp tâm lý là liệu pháp điều trị chủ đạo, kết hợp duy trì điều trị các triệu chứng cơ thể. Nhiều trường hợp, việc điều trị triệu chứng cơ thể sẽ là cơ sở vững chắc cho việc áp dụng các liệu pháp tâm lý.

Sử dụng các liệu pháp tâm lý thích hợp với từng người bệnh.

Việc điều trị các triệu chứng cơ thể phải kết hợp chặt chẽ với các chuyên khoa khác nhau để tránh bỏ sót và có chỉ định điều trị hợp lý.

Cần rèn luyện sức chịu đựng các stress tâm lý trong cuộc sống, sinh hoạt, làm việc và học tập, sẵn sàng thích ứng với các điều kiện không thuận lợi.

**Nguyên tắc chọn thuốc:**

Ưu tiên đơn trị liệu (chọn một trong những thuốc liệt kê ở dưới nếu chưa hiệu quả thì sử dụng đồng thời một thuốc chống trầm cảm và một thuốc an thần kinh được khuyến cáo nhiều hơn cả).

Khởi liều thấp và tăng liều từ từ cho đến khi có hiệu quả.

Hạn chế lạm dụng nhóm giải lo âu gây nghiện.

**4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị**

Liệu pháp hóa dược + liệu pháp tâm lý

**4.3. Điều trị cụ thể**

**Liệu pháp tâm lý: Các liệu pháp tâm lý đƣợc xem nhƣ là liệu pháp điều trị chủ đạo song kết quả còn hạn chế.** Phương pháp thư giãn luyện tập có tác dụng điều trịtốt đồng thời cũng có tác dụng phòng bệnh rất hiệu quả.

**Liệu pháp hóa dƣợc:** Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Nhóm SSRI, SNRI, 3 vòng, hoặc nhóm khác:

Imipramin, liều 25-300 mg/24 giờ

Amitriptylin, liều 25-300 mg/24 giờ

Paroxetin,l iều 20-80 mg/24 giờ

Fluoxetin, liều 10- 80 mg/24 giờ

Fluvoxamin, liều 50-300 mg/24 giờ

Citalopram, liều 20 - 60 mg/24 giờ

Escitalopram, liều 10-20mg/24 giờ

Sertralin, liều 50 - 200 mg/24 giờ

Venlafaxin, liều 37,5 - 375 mg/24 giờ

Mirtazapin, liều 15 - 60 mg/24 giờ

Benzodiazepin làm giảm nhanh chóng triệu chứng lo âu nhưng có thể gây phụ thuộc thuốc.

51

**Các thuốc giải lo âu:** Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau**:**

**Thuốc giải lo âu gây ngủ nhóm Benzodiazepin:**

Diazepam, liều 5 - 20 mg/24 giờ

Lorazepam: 2 - 6 mg/24 giờ

Bromazepam: 6-12mg/24 giờ

Alprazolam: 1 - 4 mg/24 giờ…

Non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedanxio, zopiclon…

Nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: propanolol…

**Các an thần kinh**: olanzapin, quetiapin, sulpirid…

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

**T**huốc hỗtrợchức năng gan, thuốc tăng cường nhận thức…

Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, vitamine nhóm b và khoáng chất, chế độ ăn dễ tiêu hóa (mềm, nhiều xơ), đủ vitamin và khoáng chất (hoa quả, ….), tránh chất kích thích, uống đủ nước, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch…trong những trường hợp cần thiết.

**5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

Rối loạn cơ thể hóa là một bệnh mạn tính, quá trình bệnh kéo dài nhiều năm và thường kháng trị.

Cần đề phòng và tránh các biến chứng do

Phát hiện muộn, điều trị không kịp thời, bệnh nhân đi khám nhiều chuyên khoa gây tốn kém về kinh tế, có thể dẫn đến lo âu và trầm cảm.

Biến chứng của việc lạm dụng thuốc giải lo âu

**6. PHÒNG BỆNH**

Kiểm soát stress, rèn luyện nhân cách

Giáo dục và phổ biến kiến thức để người dân hiểu về bệnh và các nguy cơ gây bệnh

52

**Bài 12**

**MẤT NGỦ KHÔNG THỰC TỔN**

**1. ĐỊNH NGHĨA**

Ngủ là một trạng thái sinh lý bình thường của cơ thể có tính chất chu kì 24 giờđêm, trong đó toàn bộ cơ thể được nghỉ ngơi, tạm ngừng hoạt động tri giác và ý thức, các cơ bắp giãn mềm, các hoạt động hô hấp tuần hoàn chậm lại. Giấc ngủ là khoảng thời gian trong đó các trạng thái ngủ diễn ra kế tiếp. Một giấc ngủ tốt là giấc ngủ đảm bảo đầy đủ về số lượng, chất lượng và thời gian ngủ, khi ngủ dậy người ta cảm thấy khoan khoái, dễ chịu về thể chất và tâm thần, giấc ngủ làm phục hồi lại chức năng của các cơ quan trong cơ thể.

67

Mất ngủ không thực tổn là một rối loạn giấc ngủ liên quan đến các nhân tố tâm sinh, trong đó bệnh nhân phàn nàn ưu thế là không đảm bảo về số lượng, chất lượng và thời gian ngủ cho một giấc ngủ bình thường.

**2. NGUYÊN NHÂN**

Có liên quan chủ yếu đến các nhân tố tâm lý-xã hội, trong đó nguyên nhân cảm xúc là đầu tiên và cơ bản.

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1 Chẩn đoán xác định**

3.1.1. Lâm sàng: theo ICD-10

Bệnh nhân phàn nàn về việc khó đi vào giấc ngủ, khó duy trì giấc ngủ hoặc ngủ không ngon giấc.

Rối loạn giấc ngủ xảy ra ít nhất ba lần một tuần trong vòng ít nhất một tháng.

Rối lọan giấc ngủ gây ra sự suy sụp rõ nét hoặc làm rối loạn hoạt động chức năng cá nhân trong cuộc sống hàng ngày.

Không có nguyên nhân thực tổn như một bệnh lý thần kinh hoặc bệnh nội khoa, không có rối loạn sử dụng chất tác động tâm thần hoặc một loại thuốc.

3.1.2. Cận lâm sàng

1. Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hoá, vi sinh (HIV, VGB, VGC)
2. Xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm tìm chất ma tuý, huyết thanh chẩn đoán giang mai…
3. Điện não đồ, lưu huyết não
4. Đa kí giấc ngủ
5. Trắc nghiệm tâm lý: nhóm trắc nghiệm tâm lý đánh giá rối loạn giấc ngủ (PSQI…), đánh giá trầm cảm (Beck, Hamilton trầm cảm…), đánh giá lo âu (Zung, Hamilton lo âu…), đánh giá nhân cách (MMPI, EPI…), …
6. Các xét nghiệm chuyên khoa khác xác định bệnh lý kết hợp hoặc loại trừ nguyên nhân thực thể:
7. Điện tâm đồ, XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng****CT, MRI...
8. **53**

**3.2. Chẩn đoán phân biệt**

Chẩn đoán phân biệt với mất ngủ do nguyên nhân thực tổn như một bệnh lý thần kinh hoặc bệnh nội khoa, do rối loạn sử dụng chất tác động tâm thần hoặc một loại thuốc.

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1. Nguyên tắc điều trị**

Mất ngủ không thực tổn liên quan chủ yếu đến các nhân tố tâm sinh, đặc biệt rối loạn cảm xúc là nhân tố được coi là nguyên phát. Do vâỵ, trong điều trị có hai nhóm lớn: tâm lý (nhận thức-hành vi) và dược lý, hai nhóm này có thể kết hợp với nhau.

**Nguyên tắc chọn thuốc:**

Ưu tiên đơn trị liệu (chọn một trong những thuốc liệt kê ở dưới nếu chưa hiệu quả thì sử dụng đồng thời một thuốc chống trầm cảm và một thuốc an thần kinh được khuyến cáo nhiều hơn cả).

Khởi liều thấp và tăng liều từ từ cho đến khi có hiệu quả.

Hạn chế lạm dụng nhóm giải lo âu gây nghiện.

**4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị**

Liệu pháp hóa dược + liệu pháp tâm lý

**4.3. Điều trị cụ thể**

**Liệu pháp tâm lý:** Các liệu pháp tâm lý chủ yếu là giáo dục người bệnh chú ý vệsinh giấc ngủ tốt:

Chỉ đi ngủ khi buồn ngủ

Tập thức ngủ đúng giờ

Hàng sáng phải thức dậy vào một giờ nhất định, không phụ thuộc vào thời lượng đã ngủ đêm trước

Không dùng cà phê, thuốc lá đặc biệt vào buổi tối

Thiết lập chế độ tập luyện thể dục thể thao hằng ngày

Không uống rượu vì rượu phá vỡ nhịp thức ngủ

Sử dụng kĩ thuật thư giãn luyện tập

**Liệu pháp hóa dược:**

Sử dụng các thuốc gây ngủ, thuốc giải lo âu, thuốc chống trầm cảm trong điều trị mất ngủ, vì mất ngủ liên quan mật thiết với lo âu, trầm cảm.

Các thuốc chống trầm cảm: Nhóm SSRI, SNRI, 3 vòng, hoặc nhóm khác

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

Imipramin, liều 25 - 300 mg/24 giờ

Amitriptylin, liều 25 - 300 mg/24 giờ

Paroxetin, liều 20 - 80 mg/24 giờ

Fluoxetin, liều10 - 80 mg/24 giờ

54

Fluvoxamin, liều 50 - 300 mg/24 giờ

Citalopram, liều 20 - 60 mg/24 giờ

Escitalopram, liều10 - 20mg/24 giờ

Sertralin, liều 50 - 200 mg/24 giờ

Venlafaxin, liều 37,5 - 375 mg/24 giờ

Mirtazapin, liều 15 - 60mg/24 giờ

Nhóm thuốc bình thần, giải lo âu nhóm benzodiazepins: diazepam, lorazepam,

bromazepam, alprazolam,… non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedanxio,

zopiclon…nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: propanolol…

Các thuốc an thần kinh: olanzapin, quetiapin…

Một số thuốc khác điều trị rối loạn giấc ngủ: melatonin …

Nuôi dưỡng tế bào thần kinh: **p**iracetam, ginkgo biloba, vinpocetin, choline alfoscerate, nicergoline, ….

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

Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, vitamine nhóm B và khoáng chất, chế độ ăn dễ tiêu hóa (mềm, nhiều xơ), đủ vitamin và khoáng chất (hoa quả, ….), tránh chất kích thích, uống đủ nước, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch…trong những trường hợp cần thiết.

1. **TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

Cần đề phòng và tránh các biến chứng do:

Phát hiện muộn, điều trị không kịp thời, có thể dẫn đến lo âu và trầm cảm. Biến chứng của việc lạm dụng thuốc giải lo âu

1. **PHÒNG BỆNH**

Tránh các căng thẳng tâm lý mạnh trong cuộc sống

Chủ động giải quyết những sang chấn tâm lý cá nhân có khả năng gây ra rối loạn cảm xúc lo âu trầm cảm hoặc các rối loạn liên quan đến stress.

Phát hiện và điều trị sớm các rối loạn tâm sinh nguyên nhân gây rối loạn giấc ngủ Cần thiết lập chế độ làm việc, nghỉ ngơi, luyện tập hợp lý, khoa học

Tránh làm việc quá mức và không dùng thuốc, các chất kích thích thần kinh trung ương

55