

SỞ Y TẾ BÌNH THUẬN
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH



QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH

2023

**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BÌNH THUẬN
KHOA TÂM THẦN**



**TÀI LIỆU
HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
KHOA TÂM THẦN
NĂM 2023**

MỤC LỤC

TRANG

1. Bệnh tâm thần phân liệt.....	1
2. Rối loạn loại phân liệt.....	6
3. Rối loạn tâm thần do rượu.....	11
4. Sa sút trí tuệ trong bệnh alzheimer	19
5. Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng nhiều chất ma túy	25
6. Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời	31
7. Giai đoạn hưng cảm.....	37
8. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực.....	42
9. Giai đoạn trầm cảm	49
10. Chán ăn tâm thần	55
11. Chậm phát triển tâm thần	59
12. Động kinh	65

1. BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT

1. ĐỊNH NGHĨA

Tâm thần phân liệt (TTPL) là bệnh loạn thần nặng tiến triển, có khuynh hướng mạn tính, làm cho người bệnh dần dần tách khỏi cuộc sống bên ngoài, thu dần vào thế giới bên trong. Tình cảm trở nên khô lạnh dần, khả năng làm việc, học tập ngày càng sút kém, có những hành vi, ý nghĩ kỳ dị, khó hiểu.

Bệnh TTPL chiếm tỷ lệ khoảng 0,3-0,5% dân số, thường khởi phát ở lứa tuổi 18-40.

2. NGUYÊN NHÂN

Cho đến nay, bệnh nguyên, bệnh sinh bệnh TTPL vẫn chưa được xác định rõ ràng. TTPL vẫn được xếp vào nhóm các bệnh nội sinh trong đó có vai trò của rất nhiều yếu tố: di truyền, miễn dịch, nhiễm độc... Hiện nay, hai lĩnh vực được tập trung nghiên cứu nhiều nhất là: bất thường về gen và những bất thường về chất dẫn truyền thần kinh.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định (theo ICD-10): Có 9 nhóm triệu chứng

- 1) Tư duy vang thành tiếng, tư duy bị đánh cắp, tư duy bị phát thanh.
- 2) Các hoang tưởng bị kiểm tra, bị chi phối hay bị động có liên quan rõ rệt với vận động thân thể hay các chi hoặc có liên quan với những ý nghĩ, hành vi hay cảm giác đặc biệt; tri giác hoang tưởng.
- 3) Các ảo thanh bình luận thường xuyên về hành vi của bệnh nhân, hay thảo luận về bệnh nhân, hoặc các loại ảo thanh khác xuất phát từ một bộ phận nào đó của thân thể.
- 4) Các loại hoang tưởng dai dẳng khác không thích hợp về mặt văn hóa và hoàn toàn không thể có được như tính đồng nhất về tôn giáo hay chính trị hoặc những khả năng và quyền lực siêu nhiên (ví dụ: có khả năng điều khiển thời tiết hoặc đang tiếp xúc với những người của thế giới khác).
- 5) Ảo giác dai dẳng bất cứ loại nào, có khi kèm theo hoang tưởng thoáng qua hay chưa hoàn chỉnh, không có nội dung cảm xúc rõ ràng hoặc kèm theo ý tưởng quá dai dẳng xuất hiện hàng ngày, trong nhiều tuần hay nhiều tháng.
- 6) Tư duy gián đoạn hay thêm từ khi nói, đưa đến tư duy không liên quan hay lời nói không thích hợp hay ngôn ngữ bịa đặt.
- 7) Tác phong căng trương lực như kích động, giữ nguyên dáng hay uồn sấp, phủ định, không nói hay sững sờ.
- 8) Các triệu chứng âm tính như vô cảm rõ rệt, ngôn ngữ nghèo nàn, các đáp ứng cảm xúc cùn mòn, không thích hợp thường đưa đến cách ly xã hội hay giảm sút hiệu suất lao động xã hội; phải rõ ràng là các triệu chứng trên không do trầm cảm hay thuốc an thần kinh gây ra.
- 9) Biến đổi thường xuyên và có ý nghĩa về chất lượng toàn diện của tập tính có những biểu hiện như là mất thích thú, thiếu mục đích, lười nhác, thái độ mê mải suy

nghĩ về bản thân và cách ly xã hội.

Ít nhất phải có một triệu chứng rõ ràng thuộc vào một trong các nhóm từ (1) đến (4) ở trên hoặc ít nhất là phải có hai trong các nhóm từ (5) đến (9).

Các triệu chứng ở trên phải tồn tại rõ ràng trong phần lớn khoảng thời gian một tháng hay lâu hơn.

Không được chẩn đoán là TTPL nếu có các triệu chứng trầm cảm hay hưng cảm mở rộng (trừ khi các triệu chứng phân liệt xuất hiện trước các rối loạn cảm xúc).

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

3.2. Các thể lâm sàng bệnh tâm thần phân liệt

Theo ICD-10: Tâm thần phân liệt thể Paranoid; tâm thần phân liệt thể thanh xuân; tâm thần phân liệt thể căng trương lực; tâm thần phân liệt thể không biệt định; tâm thần phân liệt thể trầm cảm sau phân liệt; tâm thần phân liệt thể di chứng; tâm thần phân liệt thể đơn thuần.

3.3. Chẩn đoán phân biệt

Loạn thần thực tổn: Có thể có các triệu chứng giống TTPL nhưng không có đầy đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh TTPL. Khám thần kinh và cận lâm sàng có dấu hiệu của một bệnh thực tổn rõ rệt.

Loạn thần do các chất tác động tâm thần (rượu, ma túy): Xuất hiện trong hoặc sau khi sử dụng các chất tác động tâm thần. Nét đặc trưng là những ảo giác sinh động (điển hình là ảo thanh, song thường là của nhiều giác quan, các hoang tưởng thường mang tính chất bị truy hại), rối loạn tâm thần vận động (kích động hoặc sững sờ). Cảm xúc sợ hãi mãnh liệt, ngờ ngác. Các triệu chứng thường mất đi một phần trong vòng một tháng và mất hoàn toàn trong vòng 6 tháng. Khám lâm sàng và xét nghiệm phát hiện có hiện tượng nhiễm độc, sử dụng rượu hoặc ma túy.

3.4. Cận lâm sàng: giúp chẩn đoán và theo dõi điều trị bệnh

3.4.1. 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 túy, huyết thanh chẩn đoán giang mai...

3.4.2. 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...

3.4.3. 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...

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

TTPL là một bệnh nguyên nhân chưa rõ, điều trị triệu chứng là chủ yếu, cần phát hiện và can thiệp sớm.

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, khi đáp ứng 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 đồng thay đổi thái độ đối với bệnh nhân TTPL (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 tại cộng đồng.

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị:

Liệu pháp hóa dược + Liệu pháp tâm lý, phục hồi chức năng tại cộng đồng

4.2.1. Liệu pháp 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

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 sử dụng an thần kinh có tác dụng 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 thuốc sau:

Nhóm thuốc bình thần, giải lo âu nhóm benzodiazepins: diazepam, lorazepam, bromazepam, alprazolam,...non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedaxio, 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,...

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

Dinh dưỡng: Bổ sung dinh dưỡng, thuốc hỗ trợ cơ thể vitamin, khoáng chất: vitamin nhóm b, chế độ ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...

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, Bzotropin), 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 trầm cảm, hoang tưởng và ảo giác chi phối, các cơn kích động v.v... mà kém đáp ứng với điều trị bằng thuốc).

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...), trong đó liệu

pháp hành vi có vai trò quan trọng đối với bệnh nhân phân liệt. Có thể thành lập các nhóm tương trợ với mục đích là chỗ dựa cho người bệnh và gia đình của họ.

4.2.4. Liệu pháp lao động và phục hồi chức năng

Nguyên lý là cho bệnh nhân bắt đầu hoạt động ở mức độ mà khả năng của họ cho phép đạt được để xây dựng lại lòng tin.

Từng bước nâng cao mức độ hoạt động theo khả năng cao nhất mà họ không cảm thấy bị căng thẳng.

Phục hồi chức năng nghề nghiệp cần chú ý đến môi trường xã hội, kinh tế văn hóa nơi họ sống.

4.2.5. Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, cần quản lý theo dõi điều trị tại cộng đồng.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tuổi khởi phát bệnh, càng lớn tuổi càng nhẹ.

Thể bệnh: Thể bệnh là thể tiến triển từng giai đoạn có thuyên giảm có tiên lượng tốt hơn thể tiến triển liên tục hoặc từng giai đoạn với thiếu sót tăng dần

Nhân cách tiền bệnh lý: Trước khi bị bệnh, nhân cách thích ứng hòa hợp với môi trường xung quanh có tiên lượng tốt hơn so với người có tính cách kín đáo, cô độc

Có những nhân tố bên ngoài thúc đẩy có tiên lượng tốt hơn so với bệnh phát sinh không có yếu tố bên ngoài thúc đẩy.

Yếu tố di truyền ít có tiên lượng tốt hơn

Bệnh nhân không có hoặc có ít triệu chứng âm tính thì có tiên lượng tốt hơn.

6. PHÒNG BỆNH

Căn nguyên của bệnh TTPL chưa rõ ràng nên chưa có phương pháp phòng bệnh tuyệt đối.

Rèn luyện cho trẻ em tính tập thể, biết cách thích ứng với môi trường và các điều kiện khó khăn của cuộc sống.

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

Cần tư vấn cho bệnh nhân và gia đình hiểu về bệnh, các yếu tố làm bệnh tái phát, để bệnh nhân và gia đình hợp tác, tuân thủ điều trị.

Tiếp tục theo dõi bệnh nhân sau khi ra viện, kiên trì điều trị củng cố, phát hiện các yếu tố nguy cơ và tích cực chữa các bệnh nhiễm khuẩn, bệnh cơ thể... để đề phòng bệnh tái phát.

2. RỐI LOẠN LOẠI PHÂN LIỆT**1. ĐỊNH NGHĨA**

Rối loạn loại phân liệt là rối loạn tiến triển từ từ có khuynh hướng mạn tính, biểu hiện bằng tác phong kỳ dị, tư duy, cảm xúc khác thường giống như trong bệnh tâm thần phân liệt. Tuy nhiên các nét bất thường này không rõ rệt như trong bệnh tâm thần phân liệt và không có đầy đủ các đặc trưng của bệnh tâm thần phân liệt ở bất cứ giai đoạn nào của bệnh.

2. NGUYÊN NHÂN

Bệnh nguyên, bệnh sinh rối loạn loại phân liệt vẫn chưa được xác định rõ ràng. Rối loạn loại phân liệt được xếp vào nhóm các bệnh nội sinh trong đó có vai trò của rất nhiều yếu tố: di truyền, miễn dịch, nhiễm độc...Hiện nay, hai lĩnh vực được tập trung nghiên cứu nhiều là: bất thường về gen và những bất thường về chất dẫn truyền thần kinh.

3. CHẨN ĐOÁN**3.1. Chẩn đoán xác định (theo ICD-10)**

Dựa vào 9 nhóm triệu chứng sau

- 1) Cảm xúc không phù hợp hoặc hơi hợt, lạnh lùng hoặc xa lánh mọi người.
- 2) Hành vi hoặc vẻ bề ngoài lập dị, lạ lùng hoặc kỳ quặc.
- 3) Ít tiếp xúc với người khác và có xu hướng cách ly xã hội
- 4) Tin tưởng kỳ dị hoặc tư duy thần bí ảnh hưởng đến tác phong và mâu thuẫn với những tiêu chuẩn của nhóm văn hóa dưới.
- 5) Hoài nghi hay ý tưởng paranoid
- 6) Các nghiện ngập ám ảnh, thường có nội dung sợ dị hình, tình dục hay xâm phạm;
- 7) Những nhận cảm tri giác không thường gặp bao gồm các ảo tưởng cơ thể-giác quan hay ảo tưởng khác, giải thể nhân cách hay tri giác sai thực tại.
- 8) Tư duy và lời nói mơ hồ, chi ly ẩn dụ, quá chải chuốt, hoặc định hình biểu hiện bằng ngôn ngữ dị kỳ hay bằng cách khác, nhưng không rời rạc quá đáng.
- 9) Có những giai đoạn gần như loạn thần, thỉnh thoảng xuất hiện nhất thời với ảo tưởng, ảo thanh hay ảo giác khác, tất cả đều mãnh liệt và những ý tưởng giống hoang tưởng thường xuất hiện không do kích thích bên ngoài

Ít nhất phải có 4 trong số 9 nhóm triệu chứng trên

Các triệu chứng trên phải tồn tại trong một khoảng thời gian ít nhất 2 năm, hoặc là liên tục hoặc lặp đi lặp lại

Bệnh nhân không bao giờ đáp ứng các tiêu chuẩn của bất kỳ rối loạn nào trong mục F20- (Bệnh tâm thần phân liệt).

Các thể lâm sàng rối loạn loại phân liệt

Tâm thần phân liệt ranh giới

Tâm thần phân liệt tiềm tàng
 Tâm thần phân liệt tiền loạn thần
 Tâm thần phân liệt giả tâm căn
 Tâm thần phân liệt giả nhân cách bệnh
 Rối loạn nhân cách loại phân liệt

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Tâm thần phân liệt thể đơn thuần

Có sự tiến triển từ từ, tăng dần của các triệu chứng âm tính đặc trưng của bệnh tâm thần phân liệt nhưng không có các triệu chứng loạn thần nào xảy ra trong quá khứ.

Rối loạn nhân cách dạng phân liệt.

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

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 túy, 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...

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Rối loạn loại phân liệt là một bệnh nguyên nhân chưa rõ, điều trị triệu chứng là chủ yếu, cần phát hiện và can thiệp sớm.

Hóa dược liệu pháp có vai trò quan trọng, cần phối hợp nhiều liệu pháp điều trị: tâm lý, lao động và tái thích ứng xã hội....

Điều trị đơn trị liệu, nếu không đáp ứng hoặc đáp ứng kém thì đa trị liệu phối hợp 2 thuốc an thần kinh, hạn chế sử dụng phối hợp từ 3 thuốc an thần kinh trở lên.

Theo dõi chặt chẽ quá trình điều trị, phát hiện sớm và can thiệp kịp thời các tác dụng phụ của thuốc an thần kinh.

Điều trị giai đoạn cấp tại các cơ sở chuyên khoa, điều trị duy trì, tránh tái phát tại cộng đồng và phục hồi chức năng cho người bệnh.

Giáo dục gia đình và cộng đồng thay đổi thái độ đối với bệnh nhân (tránh mặc

cảm, kì thị, xa lánh 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.

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị: Liệu pháp hóa dược + liệu pháp tâm lý, phục hồi chức năng

4.2.1. Liệu pháp 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

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 sử dụng an thần kinh có tác dụng kéo dài cho bệnh nhân không tuân thủ điều trị thuốc 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: trong các trường hợp cụ thể phối hợp với các thuốc:

Nhóm thuốc bình thần, giải lo âu benzodiazepins: diazepam, lorazepam, bromazepam, alprazolam,...non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedaxio, zopiclon..

Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật

Nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: propranolol...

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

Thuốc chỉnh khí sắc: Muối valproat, Divalproex, carbamazepin, oxcarbazepin,...

Dinh dưỡng: Bổ sung dinh dưỡng, các vitamin, khoáng chất, chế độ ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.

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

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

Theo dõi điều trị

Khi xuất hiện các tác dụng không mong muốn của thuốc an thần kinh: cần xử trí ngay.

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), thuốc chẹn beta giao cảm, thuốc bình thần. Hội chứng an thần kinh ác tính cần 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. Liệu pháp tâm lý

Có nhiều liệu pháp tâm lý như liệu pháp tâm lý cá nhân, liệu pháp tâm lý nhóm... Có thể thành lập các nhóm tương trợ với mục đích là chỗ dựa cho người bệnh và gia đình của họ.

4.2.3. Liệu pháp lao động và phục hồi chức năng

Nguyên lý là cho bệnh nhân bắt đầu hoạt động ở mức độ mà khả năng của họ cho phép đạt được để xây dựng lại lòng tin.

Từng bước nâng cao mức độ hoạt động theo khả năng cao nhất mà họ không cảm thấy bị căng thẳng.

Phục hồi chức năng nghề nghiệp cần chú ý đến môi trường xã hội, kinh tế văn hóa nơi họ sống.

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

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Các yếu tố sau đây có liên quan đến tiên lượng bệnh

Tuổi khởi phát bệnh, càng lớn tuổi càng nhẹ.

Nhân cách tiền bệnh lý: Trước khi bị bệnh, nhân cách thích ứng hòa hợp với môi trường xung quanh có tiên lượng tốt hơn so với người có tính cách khép kín, cô độc

Có những nhân tố bên ngoài thúc đẩy có tiên lượng tốt hơn so với bệnh phát sinh không có yếu tố bên ngoài thúc đẩy.

Yếu tố di truyền càng nhiều thì có tiên lượng càng kém

Được phát hiện sớm và điều trị sớm có tiên lượng tốt hơn

6. PHÒNG BỆNH

Căn nguyên của rối loạn loại phân liệt chưa rõ ràng nên chưa có phương pháp phòng bệnh tuyệt đối.

Rèn luyện cho trẻ em tính tập thể, biết cách thích ứng với môi trường và các điều kiện khó khăn của cuộc sống.

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

Tiếp tục theo dõi bệnh nhân sau khi ra viện, kiên trì điều trị củng cố và tích cực chữa các bệnh nhiễm khuẩn, bệnh cơ thể... để phòng bệnh tái phát.

3. 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 tâm 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 từ 3 trở lên các biểu 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: Thêm 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 ngừng hoặc giảm đột ngột lượng rượu tiêu thụ. Ba trong các dấu hiệu sau phải có mặt:

Run: run, mi mắt và khi duỗi tay; vã mồ hôi; buồn nôn, hoặc nôn ọe; nhịp tim nhanh 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:**a. 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.

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...

b. Giai đoạn toàn phát:

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 mờ 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 từ từ, 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

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 thể bệnh não thực tổn mạn tính do rượu. Bệnh loạn thần 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 tổn khác dẫn đến suy giảm trí nhớ rõ rệt, rối loạn trầm cảm.

3.2.6. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: trước và sau điều trị.
- 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, triglycerid, LDL, HDL).
- Đông máu cơ bản, tổng phân tích nước tiểu
- Định lượng nồng độ cồn trong máu, trong hơi thở.
- Vi sinh: HIV, HbsAg, Anti HCV, huyết thanh chẩn đoán giang mai.
- XQ tim phổi; siêu âm ổ bụng; nội soi dạ dày...
- Trắc nghiệm tâm lý: thực hiện trước và sau điều trị.
- 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)...
- Điện tâm đồ; điện não đồ, lưu huyết não, CT, MRI....
- 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:

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:

+ Liệu pháp tâm lý cá nhân, gia đình

+ 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 thuốc sau (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 10-30 mg/ngày

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 sáng rượu trong trạng thái cai

Diazepam 10-30mg/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 thuốc sau (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

Điều trị các bệnh lý cơ thể kèm theo

Trường hợp sáng 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 số các thuốc sau (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.

Thioridazin: viên 50mg, liều 100-300mg/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 lác 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..

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 thuốc sau (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

trị liệu, hoạt động trị liệu, tạo công ăn việc làm cho người bệnh...)

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.

5. 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.

4. 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 xơ thần kinh cấu tạo bởi các sợi xoắn kép, các mảng não suy (Senile plaques) với sự lắng đọng mảng amyloid và các thể hóc 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**

- 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.
- 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...)
- Các triệu chứng suy giảm chức năng nhận thức khác:
 - + Vong ngôn: có thể là vong ngôn biểu hiện hoặc vong ngôn tiếp nhận.
 - + 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.
 - + Vong hành: rối loạn khả năng hoạt động mặc dù các cơ quan chức năng vận động không bị tổn thương.
 - + 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.

b. Các triệu chứng không thuộc lĩnh vực nhận thức

- 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
- 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 cầu thả, có khuynh hướng cốp nhặt bản thủ...

- Rối loạn hành vi: Kích động về đêm, rối loạn hành vi ăn uống và bài tiết...
- Các triệu chứng khác:
 - + Các dấu hiệu thần kinh khu trú có thể gặp trong sa sút trí tuệ
 - + Hội chứng hoàng hôn (Sundown)
 - + Lú lẫn, kích động, ngã

c. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Để chẩn đoán sa sút trí tuệ cần căn cứ vào các tiêu chuẩn sau (ICD-10 hoặc DSM-IV):

- + Các triệu chứng tồn tại ít nhất 6 tháng
- + 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.
- + Suy giảm các hoạt động nhận thức khác (cần có ít nhất một trong các biểu hiện đã mô tả).
- + Các triệu chứng không thuộc lĩnh vực nhận thức có thể có
- + Các triệu chứng trên xảy ra mà không có rối loạn ý thức kèm theo.
- + 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:

a. Các trắc nghiệm tâm lý

- Đánh giá nhận thức (MMSE, GPCOG, Mini-Cog, ADAS-Cog, Wechsler...)
- Đánh giá trầm cảm (Ham-D, Beck, GDS...)
- Đánh giá lo âu (Ham-A, Zung,...)
- Đánh giá rối loạn giấc ngủ kèm theo (PSQI,...)
- Các trắc nghiệm đánh giá nhân cách (EPI, MMPI...)

b. Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi

c. Máu lắng

d. 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.

e. Xét nghiệm nước tiểu

f. Chẩn đoán hình ảnh: Chụp cắt lớp vi tính sọ não, cộng hưởng từ sọ 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.

- g. Thăm dò chức năng:** Điện não đồ, lưu huyết não, điện tâm đồ, siêu âm doppler xuyên sọ...
- h. Một số xét nghiệm chuyên biệt:** huyết thanh chẩn đoán giang mai, xét nghiệm tự kháng 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

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

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên 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

- Điều trị hóa dược
- Liệu pháp tâm lý
- Điều trị hỗ trợ

4.3. Điều trị cụ thể

4.3.1. Liệu pháp hóa dược

a. Điều trị các triệu chứng nhận thức Lựa chọn thuốc trong số các thuốc sau:

Donepezil 5mg - 23mg ngày

Rivastigmin 1,5mg - 12mg/ngày (dùng đường uống và 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

Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật

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

d. 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

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

- Liệu pháp tâm lý trực tiếp: Liệu pháp gia đình, liệu pháp tâm lý cá nhân...
- Liệu pháp tâm lý gián tiếp:
 - + Đảm bảo môi trường an toàn với bệnh nhân và mọi người xung quanh
 - + 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...

4.3.3. Vật lý trị liệu và hoạt động trị liệu

Phối hợp với chuyên khoa phục hồi chức năng

Mục đích:

- Phục hồi vận động
- 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 hàng 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.

5. TIỀN 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, 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, rõ rệt hơn. Nguyên nhân tử vong thường gặp nhất là các bệnh thứ phát như viêm phổi.

6. PHÒNG BỆNH:

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

5. RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ HÀNH VI DO SỬ DỤNG NHIỀU CHẤT MA TÚY**1. ĐỊNH NGHĨA**

Các chất ma túy là các chất tác động lên hệ thần kinh trung ương gây phê sương, gây lệ thuộc về tâm thần và cơ thể.

Khi người nghiện sử dụng nhiều chất ma túy (từ 2 loại ma túy trở lên) gây ra các rối loạn tâm thần và hành vi.

2. NGUYÊN NHÂN

Do sự tổng hợp dễ dàng và bất hợp pháp các chất ma túy.

Do việc sử dụng bằng nhiều phương thức: hút, hít, uống, tiêm..

Việc một số nhóm người (đặc biệt là giới trẻ) có những nhận thức sai lệch cho rằng sử dụng các chất ma túy là thời thượng, lôi kéo có khi ép buộc người khác cùng sử dụng.

3. CHẨN ĐOÁN

Các rối loạn tâm thần và hành vi liên quan đến chất ma túy thường gặp là rối loạn loạn thần, như hoang tưởng, ảo giác, kích động và các hành vi bạo lực, các rối loạn cảm xúc như lo âu, trầm cảm và hưng cảm.

3.1. Chẩn đoán nghiện các chất ma túy

Theo ICD 10 (1992), chẩn đoán nghiện các chất ma túy khi có từ 3 biểu 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 các chất ma túy.

Khó khăn trong việc kiểm soát tập tính sử dụng các chất ma túy 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 các chất ma túy.

Có bằng chứng về hiện tượng tăng dung nạp (chịu đựng) các chất ma túy như: cần phải tăng liều để loại bỏ những cảm giác khó chịu do thiếu các chất ma túy gây ra.

Dần xao nhãng các thú vui hoặc những thích thú trước đây.

Tiếp tục sử dụng các chất ma túy mặc dù có bằng chứng rõ ràng về hậu quả tai hại.

Tuy nhiên chẩn đoán nghiện chất ma túy đôi lúc khó khăn vì hội chứng cai thường không điển hình, có khi chỉ biểu hiện bằng một mối về thể chất và tâm thần.

3.2. Chẩn đoán rối loạn tâm thần do các chất ma túy

Tiêu chuẩn chẩn đoán chung cho rối loạn tâm thần do sử dụng đa chất

Khởi phát của các triệu chứng phải xảy ra trong khi hoặc trong vòng 2 tuần có sử dụng đa chất

Các triệu chứng phải tồn tại hơn 48 tiếng

Sự kéo dài của rối loạn này phải không vượt quá 6 tháng (nếu dài hơn thì cần cân nhắc chẩn đoán rối loạn loạn thần di chứng và khởi phát muộn liên quan sử dụng đa chất: F19.7).

Chẩn đoán thể bệnh: Biểu hiện rối loạn tâm thần do các chất ma túy có thể là rối loạn giấc ngủ, rối loạn lo âu, trầm cảm, hưng cảm, hoang tưởng, ảo giác, kích động và các hành vi bạo lực.

3.2.1. Rối loạn giấc ngủ:

Người bệnh ngủ ít hoặc mất ngủ hoàn toàn, một số trường hợp lại ngủ nhiều

3.2.2. Rối loạn lo âu:

Người bệnh sợ hãi, run rẩy, lo lắng về sức khỏe thể chất và tinh thần của mình.

3.2.3. Rối loạn trầm cảm

Biểu hiện khí sắc trầm, mất sự quan tâm, thích thú, giảm năng lượng, mệt mỏi, giảm hoạt động. Một số trường hợp cấu kính, hần học, nhiều trường hợp dẫn đến tự sát.

3.2.4. Ảo giác

Thường gặp các loại ảo giác đa dạng. Lúc đầu biểu hiện bằng những tri giác sai thực tại như màu sắc trở nên huyền ảo, sắc sỡ có khi hình thức xung quanh rung rợn hoặc như ma quỷ.

Âm thanh trở nên sống động, náo nhiệt làm cho người bệnh tưởng mình trong thế giới khác lạ sau đó trở thành những ảo giác thực sự thường là ảo thanh, các tiếng nói bình phẩm, khen ngợi hoặc chê bai có khi là lời nói đe dọa buộc tội người bệnh.

3.2.5. Hoang tưởng

Lúc đầu người bệnh có ý tưởng nghi ngờ đôi khi cảm thấy bàng hoàng kèm theo các rối loạn lo âu hoặc sợ hãi sau đó là dẫn đến hoang tưởng thực sự.

Hầu hết những người sử dụng Methamphetamin (ma túy đá) xuất hiện những hoang tưởng, các biểu hiện hoang tưởng cũng đa dạng như: hoang tưởng ghen tuông, hoang tưởng bị theo dõi, hoang tưởng bị chi phối, bị kiểm tra, bị điều khiển, bị truy hại...

3.2.6. Rối loạn hành vi kích động, hành vi bạo lực

Người bệnh sử dụng đa chất trong đó thường có cả các chất gây ảo giác ban đầu gây nên sự hưng phấn, tăng năng lượng, tăng hoạt động thể lực, đi lại nhiều, một số tăng hoạt động tình dục sau đó dẫn tới mất kiểm soát, có thể rối loạn sự định hướng kèm theo dẫn tới kích động: la hét, đập phá, tấn công những người xung quanh, không sợ nguy hiểm cho bản thân. Thường gặp ở người ngộ độc chất gây ảo giác hoặc người bệnh bị hoang tưởng ảo giác chi phối.

Chẩn đoán phân biệt:

Kích động trong tâm thần phân liệt, cơn hưng cảm trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực,...

Cơn kích động trong bệnh não thực tổn: u não, viêm não, động kinh thái dương.

3.3. Cận lâm sàng

- Sử dụng test nhanh 4 hoặc 6 nhóm qua nước tiểu để phát hiện bệnh nhân dùng các chất ma túy.
- Xét nghiệm sinh hóa máu tìm chất ma túy ở các phòng xét nghiệm có đủ điều kiện.
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: xét nghiệm hàng ngày trong 1 tuần đầu nhập viện khi có bất thường hoặc trước và sau điều trị.
- Sinh hoá máu: Glucose, ure, creatinin, acid uric, CK (xét nghiệm hàng ngày trong tuần đầu khi có bất thường hoặc trước và sau điều trị); điện giải đồ (xét nghiệm hàng ngày trong tuần đầu điều trị khi có bất thường hoặc trước và sau điều trị); GOT, GPT (đánh giá trước điều trị và sau 1 tuần và 2 tuần điều trị); GGT, protein, Albumin, bilirubin, lipid máu (cholesterol, triglycerid, LDL, HDL).
- Đông máu cơ bản (cách ngày khi có tiền sử hoặc nguy cơ xuất huyết)
- Vi sinh: HIV, HbsAg, Anti HCV, huyết thanh chẩn đoán giang mai.
- Tổng phân tích nước tiểu
- Xquang tim phổi
- Siêu âm ổ bụng
- Nội soi dạ dày
- Trắc nghiệm tâm lý nhằm đánh giá:
 - 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) nếu có sử dụng kèm rượu.
 - Đặc điểm nhân cách (EPI, MMPI)
 - Mức độ rối loạn giấc ngủ (PSQI)
 - Các trắc nghiệm tâm lý trên cần thực hiện trước và sau điều trị.
 - Ngoài ra có thể thực hiện các trắc nghiệm đánh giá rối loạn nhận thức (MMSE), rối loạn stress-lo âu-trầm cảm (DASS)...
 - Điện tâm đồ
 - Điện não đồ, lưu huyết não, CT, MRI ...
 - Các xét nghiệm cận lâm sàng nếu có bất thường cần kiểm tra hàng ngày.
 - Nếu có bất thường thực hiện xét nghiệm cận lâm sàng theo hội chẩn chuyên khoa.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị: Khi người bệnh được chẩn đoán rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất ma túy.

Đảm bảo duy trì các chức năng sinh tồn như các bệnh nội khoa khác nếu đe dọa

tính mạng cần phải cấp cứu người bệnh trước. Nếu kèm theo kích động có thể kết hợp thuốc chống loạn phần bằng đường tiêm.

Khi người bệnh đã qua cơn nguy hiểm tính mạng và nếu xuất hiện các rối loạn tâm thần: lo âu, hoảng sợ, trầm cảm hoặc loạn thần như hoang tưởng ảo giác tùy tình hình xử trí tiếp theo bằng các thuốc giải lo âu, chống trầm cảm hoặc các thuốc chống loạn thần.

4.2. Sơ đồ/Phác đồ điều trị

- Điều trị hóa dược
- Các thuốc bình thần
- Các thuốc chống loạn thần
- Các thuốc chống trầm cảm
- Liệu pháp tâm lý: cá nhân, gia đình...

4.3. Điều trị cụ thể: tùy từng cá thể và bệnh cảnh lâm sàng.

4.3.1. Các thuốc chống loạn thần

Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau (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 25-250mg/24 giờ

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

Amisulprid: 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 5-60mg/24 giờ

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

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

4.3.2. Các thuốc chống trầm cảm

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

4.3.3. Các thuốc chỉnh khí sắc

Chọn một hoặc hai thuốc trong số các thuốc sau (ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 2 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn)

Muối Valproat 200mg-2500mg/ ngày

Muối Divalproex, liều 750mg/ngày – 60mg/kg/ngày

Carbamazepin, liều 400-1200mg/ngày

Oxcarbazepin, liều 1200 – 2400mg/ngày

Lamotrigin, liều 100 – 400 mg/ngày

Topiramat: 50 – 400mg/ngày

Gabapentin: 300 – 1800mg/ngày

4.3.4. Các thuốc thuộc nhóm benzodiazepin: lựa chọn một trong số các thuốc sau

Diazepam: 5 - 30mg/ngày

Lorazepam: 1 - 4mg/ngày

Clonazepam: 1 - 8mg/ngày

Bromazepam: 3 - 6mg/ngày

4.3.5. Các nhóm thuốc giải lo âu, gây ngủ khác: chọn một trong số các thuốc sau
etifoxin, tofisopam, cao lác tiên, zopiclon, eszopiclon, melatonin

4.3.6. Các nhóm thuốc khác: thuốc tăng cường tuần hoàn não và dinh dưỡng tế bào thần kinh (piracetam, citicolin, ginkgo biloba, vinpocetin, cholin alfoscerat, cinnarizin...), vitamin và yếu tố vi lượng.... các thuốc kháng histamin (hydroxyzin...), beta blocker....

Bổ sung dinh dưỡng, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...

Thuốc hỗ trợ gan: Aminoleban, Silymarin, Boganic, các amin phân nhánh khác...

Thuốc tăng cường chức năng nhận thức: Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu:..

4.3.7. Liệu pháp tâm lý: liệu pháp cá nhân, liệu pháp gia đình, liệu pháp tạo động lực, liệu pháp nhận thức hành vi, liệu pháp tái thích ứng xã hội...

Điều trị các bệnh cơ thể kết hợp.

Chế độ dinh dưỡng: Bổ sung đầy đủ 4 nhóm thực phẩm, giàu dinh dưỡng, dễ tiêu hóa và đảm bảo an toàn thực phẩm

Phục hồi chức năng tại cộng đồng: lao động liệu pháp

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG:

Nếu người bệnh được điều trị kịp thời tiên lượng tốt. Tuy nhiên một số trường hợp dẫn đến loạn thần mạn tính, trầm cảm hoặc sa sút tâm thần.

6. PHÒNG BỆNH:

Phòng bệnh cấp 1:

Quản lý nhà nước về các chất gây nghiện nói chung và chất ma túy nói riêng.

Thực hiện tuyên truyền thông tin đại chúng về tác hại của sử dụng chất ma túy nhằm hạn chế người sử dụng.

Phòng bệnh cấp 2:

Tầm soát các đối tượng sử dụng các chất ma túy nhằm phát hiện sớm các rối loạn tâm thần.

Phòng bệnh cấp 3:

Điều trị tích cực các rối loạn tâm thần và hành vi liên quan đến sử dụng ma túy.

Điều trị cai nghiện hoặc giảm hại.

Điều trị dự phòng tái nghiện.

6. RỐI LOẠN LOẠN THẦN CẤP VÀ NHẤT THỜI**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 khởi hoàn toàn trong vòng từ 2-3 tháng, thường khởi 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.

2. NGUYÊN NHÂN

1) **Yếu tố gia đình:** Các nghiên cứu cho tỷ lệ từ 20 đến 33% bệnh nhân tiền sử gia đình có rối loạn tâm thần như: tâm thần phân liệt, rối loạn cảm xúc (trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực), rối loạn loạn thần cấp...

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...

3) **Vai trò của nhân cách:** Có một số nét nhân cách bất thường ở bệnh nhân rối loạn 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...)

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 này sang ngày khác. Rối loạn khí sắc thay đổi tùy theo với rối loạn loạn thần.

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 cấp không 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 thần phản 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 dạng amphetamine...):

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 tưởng dai dẳng: Hoang tưởng có hệ thống và tồn tại ít nhất 3

tháng.

Rối loạn khí sắc: ...

3.4. Cận lâm sàng: Cận lâm sàng giúp chẩn đoán và theo dõi điều trị bệnh

3.4.1. 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 túy, huyết thanh chẩn đoán giang mai....

3.4.2. 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...

3.4.3. 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...

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 ứng 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 đồng 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

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 sử dụng an thần kinh có tác dụng 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, sedaxio, 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), 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 muôn: 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 giai 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.****5. TIỀN 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.

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.

7. GIAI ĐOẠN HUNG CẢM**1. ĐỊNH NGHĨA**

Theo ICD-10, giai đoạn hưng cảm được biểu hiện bằng những đặc điểm cơ bản phổ biến của khí sắc hưng phấn và sự tăng tốc và tăng lượng của hoạt động cơ thể và tâm thần. Giai đoạn hưng cảm khi đã loại trừ các nguyên nhân thực tổn và do chất được coi là giai đoạn đầu tiên của rối loạn cảm xúc lưỡng cực.

2. NGUYÊN NHÂN**2.1. Các yếu tố sinh học**

- Các bằng chứng về dịch tễ học và di truyền cho thấy rằng có sự tham gia tích cực của các yếu tố di truyền và tỷ lệ bệnh tương đối không thay đổi theo sự khác nhau của từng cá nhân và nghịch cảnh xã hội.
- Bất thường trục hạ đồi – tuyến yên – tuyến thượng thận, các bất thường tuyến giáp
- Mất cân bằng giữa chất dẫn truyền thần kinh/thụ thể (đặc biệt liên quan đến hoạt động của hệ dopamine).

2.2. Các yếu tố môi trường

- Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng có biến cố gần đây trong đời sống có tác động tiêu cực và/hoặc nhiều căng thẳng sẽ sự báo khả năng khởi phát và tái phát các giai đoạn rối loạn khí sắc.
- Hầu hết các nghiên cứu đã tìm thấy rằng các biến cố tiêu cực trong đời sống đi trước giai đoạn hưng cảm/hưng cảm nhẹ

2.3. Các hiểu biết từ các nghiên cứu hình ảnh học thần kinh

- Các thiếu hụt về mật độ tế bào thần kinh và tế bào đệm, mức độ hoạt động của tế bào đệm, cấu trúc và tính toàn vẹn của các tế bào thần kinh, và chất hóa sinh riêng cho vỏ não thùy trán cũng như mối liên hệ chức năng của vùng này với các vùng vỏ não khác.
- Bằng chứng về tăng hoạt động so với mức ban đầu của vùng thùy vền bụng và hạnh nhân, mất cân đối và mất điều hòa của vùng đồi thị, tăng hoạt động tương đối của tiểu não.

3. CHẨN ĐOÁN**3.1. Chẩn đoán xác định:**

Một giai đoạn hưng cảm được chẩn đoán khi đáp ứng các tiêu chuẩn sau:

- a. Bệnh nhân có một thời kỳ với khí sắc tăng rõ rệt, trở nên xuống xã hay dễ cáu gắt một cách bất thường.*
- b. Trong thời kỳ rối loạn khí sắc bệnh nhân có ít nhất ba trong số các triệu chứng sau:*
 - Tăng hoạt động hoặc đứng ngồi không yên
 - Nói nhiều (tư duy dồn dập)

- Các ý nghĩ thay đổi rất nhanh hoặc tư duy phi tán
- Mất kiểm chế về mặt xã hội có các hành vi không phù hợp với hoàn cảnh
- Giảm nhu cầu ngủ
- Tự cao hoặc có ý tưởng khuếch đại
- Phân tán hoặc thay đổi liên tục trong các kế hoạch, hoạt động
- Có các hành vi ngông cuồng hoặc liều lĩnh mà bệnh nhân không nhận thấy có các nguy cơ của chúng ví dụ: tiêu pha hoang phí, đầu tư bừa bãi, lái xe liều lĩnh
- Tăng hoạt động tình dục hoặc phô trương tình dục

c. Các rối loạn khí sắc trên phải:

- Tồn tại dai dẳng, thường kéo dài ít nhất một tuần
- Đủ nặng để gây ra suy giảm rõ rệt trong hoạt động nghề nghiệp hoặc các hoạt động xã hội thường ngày hoặc các mối quan hệ với những người khác.
- Cần phải nhập viện để ngăn ngừa sự thiệt hại cho bản thân hay những người khác.
- Không phải do tác động sinh lý trực tiếp của một chất hoặc một bệnh cơ thể.

d. Bệnh nhân có thể có các biểu hiện loạn thần phù hợp khí sắc (hoang tưởng tự cao, hoặc những ảo thanh nói về những quyền lực siêu nhân...) hoặc loạn thần không phù hợp khí sắc (hoang tưởng liên hệ, bị truy hại, hoang tưởng có nội dung tình dục, ảo thanh bình luận...)

Tùy theo mức độ và sự xuất hiện của các triệu chứng chia thành:

- Giai đoạn hưng cảm nhẹ (F30.0)
- Giai đoạn hưng cảm không có triệu chứng loạn thần (F30.1)
- Giai đoạn hưng cảm với các triệu chứng loạn thần (F30.2)

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Rối loạn khí sắc do bệnh cơ thể
- Rối loạn khí sắc gây ra do chất
- Rối loạn khí sắc chu kỳ
- Các rối loạn loạn thần (rối loạn phân liệt cảm xúc, tâm thần phân liệt, rối loạn hoang tưởng)
- Rối loạn nhân cách ái kỷ
- Rối loạn nhân cách chống đối xã hội

3.3. Cận lâm sàng

3.3.1. Các xét nghiệm thường quy

- Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hóa
- Xét nghiệm hormone tuyến giáp
- Xét nghiệm nước tiểu: tìm ma túy

- Xét nghiệm vi sinh: viêm gan B, C; HIV...

3.3.2. Chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng

- XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng, siêu âm doppler xuyên sọ, siêu âm tuyến giáp
- Điện não đồ, điện tim đồ, lưu huyết não, đo đa ký giấc ngủ, CT scanner sọ não, MRI sọ não.....

3.3.3. Các trắc nghiệm tâm lý

- Thang đánh giá hưng cảm Young
- Thang đánh giá nhân cách (MMPI), bảng kiểm kê nhân cách hướng nội hướng ngoại (EPI)
- Thang đánh giá rối loạn giấc ngủ (PSQI)

3.3.4. Các xét nghiệm theo dõi điều trị

- 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
- Theo dõi tác dụng hạ bạch cầu: công thức máu 1 tháng/lần
- Theo dõi chức năng gan, thận, điện tim đồ 3 tháng/lần.
- Xét nghiệm gen HLA-B*1502 để tìm người có nguy cơ cao dị ứng thuốc trước khi dùng các thuốc chống động kinh (đặc biệt Carbamazepin).

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Chỉ định nhập viện sớm với các giai đoạn rối loạn khí sắc mức độ nặng. Nếu rối loạn khí sắc ở mức độ nhẹ có thể điều trị ngoại trú
- Cần phát hiện sớm các biểu hiện rối loạn khí sắc để kịp thời điều trị ngay từ lúc cường độ các rối loạn còn nhẹ
- Xác định rõ mức độ của rối loạn khí sắc về cấu trúc lâm sàng, sự có mặt của các triệu chứng loạn thần ở giai đoạn hiện tại
- Chỉ định sớm các biện pháp điều trị. Thuốc an thần kinh với các trạng thái hưng cảm và các thuốc chỉnh khí sắc. Chọn lựa nhóm thuốc, loại thuốc và liều lượng phù hợp với các trạng thái bệnh của từng người bệnh.
- Kết hợp thích hợp thuốc an thần khi cần thiết
- Điều trị dự phòng tái phát sau mỗi giai đoạn cấp và chú ý tái phục hồi chức năng tâm lý xã hội

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị

4.2.1. Liệu pháp hóa dược:

Lựa chọn thuốc và liều điều trị tùy thuộc từng cá thể.

Điều trị giai đoạn cấp

Các thuốc chỉnh khí sắc: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau

- + Divalproex: 750mg/ngày – 60mg/kg/ngày
- + Valproat: 500 - 1500mg/ngày
- + Carbamazepin: 200 - 1600mg/ngày
- + Oxcarbazepin: 600 - 2400mg/ngày
- + Lamotrigin: 100 - 400mg/ngày
- + Topiramet: 50 – 400mg/ngày
- + Gabapentin: 300 – 1800mg/ngày

Các thuốc chống loạn thần: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Thuốc chống loạn thần điển hình

- + Haloperidol: 5 - 30 mg/ngày
- + Chlorpromazin: 25 - 500mg/ngày
- + Levopromazin: 25 - 500mg/ngày

Thuốc chống loạn thần không điển hình

- + Risperidon: 1 - 10 mg/ngày
- + Olanzapin: 5 - 30mg/ngày
- + Quetiapin: 50 - 800mg/ngày
- + Clozapin: 25 - 900mg/ngày,
- + Aripiprazol: 5 - 30mg/ngày

Các thuốc thuộc nhóm benzodiazepin: có thể lựa chọn một trong số các thuốc sau:

- + Diazepam: 5 - 30mg/ngày
- + Lorazepam: 1 - 4mg/ngày
- + Clonazepam: 1 - 8mg/ngày
- + Bromazepam: 3 - 6mg/ngày

Đa trị liệu: trong trường hợp hưng cảm ở mức độ nặng hoặc có biểu hiện loạn thần. Có thể phối hợp nhóm thuốc chống co giật (valproat, carbamazepin...) với các thuốc chống loạn thần.

Điều trị duy trì

Lựa chọn các thuốc đã có tác dụng trong giai đoạn cấp

- + Valproat: 200 - 500mg/ngày
- + Carbamazepin: 200 - 400mg/ngày
- + Risperidon: 2 mg/ngày
- + Olanzapin: 10 mg/ngày

+ Quetiapin: 100 mg/ngày

Các nhóm thuốc khác: thuốc tăng cường tuần hoàn não, dinh dưỡng tế bào thần kinh (piracetam, citicholin, ginkgo biloba, vinpocetin, cholin alfoscerat, cinnarizin...), beta blocker, vitamin và yếu tố vi lượng, zopiclon (phamzopic, drexler...), eszopiclon...

4.2.2. Sốc điện

Sốc điện (ECT): có thể sử dụng trong các trường hợp hưng cảm kích động dữ dội hoặc không đáp ứng với thuốc.

4.2.3. Các can thiệp tâm lý xã hội

- Liệu pháp nhận thức - hành vi (CBT)
- Liệu pháp gia đình
- Liệu pháp xã hội
- Giáo dục sức khỏe tâm thần

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Giai đoạn hưng cảm có tỉ lệ tái phát cao. Các phục hồi về chức năng xảy ra chậm hơn sự hồi phục triệu chứng và hội chứng.

Giai đoạn hưng cảm để lại nhiều biến chứng từ các hành vi nhiều nguy cơ, các bệnh cơ thể đi kèm.

6. PHÒNG BỆNH

Việc can thiệp sớm có vai trò quan trọng trong việc phục hồi chức năng xã hội nghề nghiệp, cũng như giảm gánh nặng do bệnh tật gây ra. Đồng thời việc can thiệp sớm có khả năng thay đổi tiến trình của bệnh lý nền.

Phát hiện sớm các dấu hiệu tái phát để có biện pháp can thiệp kịp thời.

Việc tuân thủ điều trị giúp giảm sự tái diễn bệnh, giảm tỉ lệ nhập viện cũng như làm giảm mức độ nặng của các giai đoạn rối loạn khí sắc.

8. RỐI LOẠN CẢM XÚC LƯƠNG CỰC**1. ĐỊNH NGHĨA**

Rối loạn lưỡng cực là một rối loạn khí sắc mạn tính, đặc trưng bởi các giai đoạn hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ xen kẽ hay đi kèm với các giai đoạn trầm cảm. Rối loạn lưỡng cực còn được gọi là rối loạn hưng trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực, rối loạn phổ lưỡng cực.

Theo ICD-10: Rối loạn lưỡng cực đặc trưng bởi ít nhất từ hai giai đoạn bệnh với khí sắc và mức độ hoạt động của bệnh nhân bị rối loạn rõ rệt, rối loạn này bao gồm từng lúc có sự tăng khí sắc, sinh lực và hoạt động (hưng cảm nhẹ hoặc hưng cảm) và những lúc khác có sự giảm khí sắc, sinh lực và hoạt động (trầm cảm). Các giai đoạn bệnh lặp lại chỉ có hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ cũng được phân loại là rối loạn lưỡng cực.

2. NGUYÊN NHÂN**2.1. Các yếu tố sinh học**

Các bằng chứng về dịch tễ học và di truyền cho thấy rằng rối loạn lưỡng cực có sự tham gia tích cực của các yếu tố di truyền và tỷ lệ bệnh tương đối không thay đổi theo sự khác nhau của từng cá nhân và nghịch cảnh xã hội.

Bất thường trục hạ đồi – tuyến yên – tuyến thượng thận, các bất thường tuyến giáp

Mất cân bằng giữa chất dẫn truyền thần kinh/thụ thể (đặc biệt liên quan đến hoạt động của hệ dopamine).

2.2. Các yếu tố môi trường

Các yếu tố môi trường phải đóng một vai trò trong việc hình thành rối loạn lưỡng cực bởi vì các cặp sinh đôi cùng trứng lại thường không giống nhau trong việc phát sinh bệnh.

Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng có biến cố gần đây trong đời sống có tác động tiêu cực và/hoặc nhiều căng thẳng sẽ sự báo khả năng khởi phát và tái phát các giai đoạn rối loạn khí sắc.

Hầu hết các nghiên cứu đã tìm thấy rằng các biến cố tiêu cực trong đời sống đi trước giai đoạn hưng cảm/hưng cảm nhẹ cũng như các giai đoạn trầm cảm.

2.3. Các hiểu biết từ các nghiên cứu hình ảnh học thần kinh

Có bằng chứng về sự tăng hoạt động trục hạ đồi - tuyến yên – tuyến thượng thận ở những thời kỳ trầm cảm và một vài bằng chứng về rối loạn chức năng tuyến giáp ở những bệnh nhân lưỡng cực có các kháng thể kháng giáp.

Các thiếu hụt về mật độ tế bào thần kinh và tế bào đệm, mức độ hoạt động của tế bào đệm, cấu trúc và tính toàn vẹn của các tế bào thần kinh, và chất hóa sinh riêng cho vỏ não thùy trán cũng như mối liên hệ chức năng của vùng này với các vùng vỏ não khác.

Bằng chứng về tăng hoạt động so với mức ban đầu của vùng thùy vền bụng và hạnh nhân, mất cân đối và mất điều hòa của vùng đồi thị, tăng hoạt động tương đối

của tiểu não ở những bệnh nhân rối loạn lưỡng cực.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

Theo ICD-10

3.1.1. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn hưng cảm nhẹ (F31.0)

Giai đoạn hiện tại phải là hưng cảm nhẹ (F30.0).

Trong quá khứ phải có một giai đoạn rối loạn cảm xúc hưng cảm nhẹ, hưng cảm, trầm cảm.

3.1.2. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn hưng cảm không có triệu chứng loạn thần (F31.1)

Giai đoạn hiện tại phải là hưng cảm không có triệu chứng loạn thần (F30.1).

Trong quá khứ phải có một giai đoạn rối loạn cảm xúc hưng cảm nhẹ, hưng cảm, trầm cảm.

3.1.3. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn hưng cảm có các triệu chứng loạn thần (F31.2)

Giai đoạn hiện tại phải là giai đoạn hưng cảm có các triệu chứng loạn thần (F30.2).

Trong quá khứ phải có một giai đoạn rối loạn cảm xúc hưng cảm nhẹ, hưng cảm, trầm cảm.

3.1.4. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn trầm cảm nhẹ hoặc vừa (F31.3)

Giai đoạn hiện tại phải là giai đoạn trầm cảm nhẹ (F32.0), Vừa (F32.1).

Trong quá khứ phải có một giai đoạn rối loạn cảm xúc hưng cảm nhẹ, hưng cảm.

3.1.5. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại trầm cảm nặng không có triệu chứng loạn thần (F31.4)

Giai đoạn hiện tại phải là giai đoạn trầm cảm nặng không có triệu chứng loạn thần (F30.3).

Trong quá khứ phải có một giai đoạn rối loạn cảm xúc hưng cảm nhẹ, hưng cảm.

3.1.6. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn trầm cảm nặng có triệu chứng loạn thần (F31.5)

Giai đoạn hiện tại phải là giai đoạn trầm cảm nặng có loạn thần (F30.3).

Trong quá khứ phải có một giai đoạn rối loạn cảm xúc hưng cảm nhẹ, hưng cảm, hỗn hợp.

3.1.7. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn hỗn hợp (F31.6)

Giai đoạn hiện tại phải là hoặc pha trộn hoặc thay đổi nhanh chóng các triệu chứng hưng cảm, hưng cảm nhẹ và trầm cảm từ ngày này sang ngày khác, giờ này

sang giờ khác.

Trong quá khứ phải có một giai đoạn rối loạn cảm xúc hưng cảm, hưng cảm nhẹ.

3.1.8. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại thuyên giảm (F31.7)

Hiện tại bệnh nhân không có một rối loạn cảm xúc nào đáng kể (hưng cảm, hưng cảm nhẹ, trầm cảm).

Trong quá khứ phải có một giai đoạn rối loạn cảm xúc hưng cảm, hưng cảm nhẹ, trầm cảm

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Rối loạn trầm cảm điển hình hoặc loạn khí sắc
- Rối loạn khí sắc do bệnh cơ thể
- Rối loạn khí sắc gây ra do chất
- Rối loạn khí sắc chu kỳ
- Các rối loạn loạn thần (rối loạn phân liệt cảm xúc, tâm thần phân liệt, rối loạn hoang tưởng)
- Rối loạn nhân cách ranh giới
- Rối loạn nhân cách ái kỷ
- Rối loạn nhân cách chống đối xã hội

3.3. Cận lâm sàng

3.3.1. Các xét nghiệm thường quy

- Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hóa
- Xét nghiệm hormone tuyến giáp
- Xét nghiệm nước tiểu: tìm ma túy
- Xét nghiệm vi sinh: viêm gan B, C; HIV....

3.3.2. Chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng

- XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng, siêu âm doppler xuyên sọ, siêu âm tuyến giáp
- Điện não đồ, điện tim đồ, lưu huyết não, đo đa ký giấc ngủ, CT scanner sọ não, MRI sọ não.....

3.3.3. Các trắc nghiệm tâm lý

- Thang đánh giá trầm cảm Beck, Hamilton, trầm cảm người già (GDS), trầm cảm ở trẻ em, thang đánh giá trầm cảm ở cộng đồng (PHQ-9)...
- Thang đánh giá hưng cảm Young
- Thang đánh giá nhân cách (MMPI), bảng kiểm kê nhân cách hướng nội hướng ngoại (EPI)
- Thang đánh giá rối loạn giấc ngủ (PSQI)
- Thang đánh giá lo âu Zung, Hamilton

- Thang đánh giá lo âu – trầm cảm – stress (DASS)

3.3.4. Các xét nghiệm theo dõi điều trị

- 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
- Theo dõi tác dụng hạ bạch cầu: công thức máu 1 tháng/lần
- Theo dõi chức năng gan, thận, điện tim đồ 3 tháng/lần.
- Xét nghiệm gen HLA-B*1502 để tìm người có nguy cơ cao dị ứng thuốc trước khi dùng các thuốc chống động kinh (đặc biệt Carbamazepin).

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Chỉ định nhập viện sớm với các giai đoạn rối loạn khí sắc mức độ nặng, đặc biệt trầm cảm có ý tưởng tự sát. Nếu rối loạn khí sắc ở mức độ nhẹ có thể điều trị ngoại trú

Cần phát hiện sớm các biểu hiện rối loạn khí sắc để kịp thời điều trị ngay từ lúc cường độ các rối loạn còn nhẹ

Xác định rõ mức độ của rối loạn khí sắc về cấu trúc lâm sàng, sự có mặt của các triệu chứng loạn thần ở giai đoạn hiện tại

Chỉ định sớm các biện pháp điều trị. Thuốc chống trầm cảm với trầm cảm, an thần kinh với các trạng thái hưng cảm và các thuốc chỉnh khí sắc. Chọn lựa nhóm thuốc, loại thuốc và liều lượng phù hợp với tình trạng của từng người bệnh

Kết hợp thích hợp thuốc an thần khi cần thiết

Điều trị dự phòng tái phát sau mỗi giai đoạn cấp và chú ý tái phục hồi chức năng tâm lý xã hội

Điều trị rối loạn cảm xúc lưỡng cực phải được duy trì ít nhất 6 tháng để phòng tái phát.

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị

4.2.1. Liệu pháp hóa dược

Lựa chọn thuốc và liều điều trị tùy thuộc từng cá thể.

a. Các giai đoạn hưng cảm, hưng cảm nhẹ và hỗn hợp cấp tính

Các thuốc chỉnh khí sắc: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau

- + Divalproex: 750mg/ngày – 60mg/kg/ngày
- + Valproat: 500 - 2000mg/ngày
- + Carbamazepin: 200 - 1600mg/ngày
- + Oxcarbazepin: 600 - 2400mg/ngày
- + Lamotrigin: 100 - 400mg/ngày
- + Topiramet: 50 – 400mg/ngày

+ Gabapentin: 300 – 1800mg/ngày

Các thuốc chống loạn thần: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau

Thuốc chống loạn thần điển hình

+ Haloperidol: 5 - 30 mg/ngày

+ Chlorpromazin: 25 - 500mg/ngày

+ Levopromazin: 25 - 500mg/ngày

Thuốc chống loạn thần không điển hình

+ Risperidon: 1 - 10 mg/ngày

+ Olanzapin: 5 - 30mg/ngày

+ Quetiapin: 200 - 800mg/ngày

+ Clozapin: 300 - 900mg/ngày,

+ Aripiprazol: 5 - 30mg/ngày

Các thuốc thuộc nhóm benzodiazepine: có thể lựa chọn một trong các thuốc sau

+ Diazepam: 5 - 30mg/ngày

+ Lorazepam: 1 - 4mg/ngày

+ Clonazepam: 1 - 8mg/ngày

+ Bromazepam: 3 - 6mg/ngày

Đa trị liệu: trong trường hợp hưng cảm ở mức độ nặng hoặc có biểu hiện loạn thần. Có thể phối hợp nhóm thuốc chống co giật (valproat, carbamazepin...) với các thuốc chống loạn thần.

b. Các giai đoạn trầm cảm cấp tính

Các thuốc chỉnh khí sắc: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau

+ Lamotrigin: 100 - 400mg/ngày

+ Divalproex: 750mg/ngày – 60mg/kg/ngày

+ Valproat: 500 - 1500mg/ngày

+ Carbamazepin: 200 - 1600mg/ngày

+ Oxcarbazepin: 600 - 2400mg/ngày

+ Topiramate: 50 – 400mg/ngày

+ Gabapentin: 300 – 1800mg/ngày

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

Thuốc chống trầm cảm 3 vòng (TCAs)

- + Amitriptylin: 25 – 200mg/ngày
- + Clomipramin: 50 – 100 mg/ngày

Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin (SSRIs)

- + Sertralin: 50 – 300 mg/ngày
- + Fluoxetin: 20 – 60 mg/ngày
- + Fluvoxamin: 50 – 100mg/ngày
- + Citalopram: 20 – 60mg/ngày
- + Escitalopram: 10 – 20mg/ngày
- + Paroxetin: 20 - 80 mg/ngày

Thuốc ức chế tái hấp thu serotonin và norepinephrin (SNRIs)

- + Venlafaxin: 37,5 – 225 mg/ngày
- + Duloxetine: 40 – 120mg/ngày

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

- + Mirtazapin: 15 – 60 mg/ngày

Thuốc ức chế tái hấp thu dopamin – norepinephrin

- + Bupropion: 75 - 450mg/ngày

Các thuốc chống loạn thần: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau

Thuốc chống loạn thần điển hình

- + Haloperidol: 5 - 30 mg/ngày
- + Chlorpromazin: 25 - 500mg/ngày
- + Levopromazin: 25 - 500mg/ngày

Thuốc chống loạn thần không điển hình

- + Risperidon: 1 - 10 mg/ngày
- + Olanzapin: 5 - 30mg/ngày
- + Quetiapin: 50 - 800mg/ngày
- + Clozapin: 25 - 900mg/ngày,
- + Aripiprazol: 5 - 30mg/ngày

c. Điều trị duy trì

Lựa chọn các thuốc đã có tác dụng trong giai đoạn cấp

- + Valproat: 200 - 500mg/ngày
- + Carbamazepin: 200 - 400mg/ngày
- + Risperidon: 2 mg/ngày

+ Olanzapin: 10 mg/ngày

+ Quetiapin: 100 mg/ngày

Các nhóm thuốc giải lo âu, gây ngủ khác: etifoxin (stresam...), grandaxin, sedaxio, zopiclon (phamzopic, drexler...), eszopiclon, melatontin, các thuốc kháng histamin (hydroxyzin...), beta blocker....

Các nhóm thuốc khác: thuốc tăng cường tuần hoàn não và dinh dưỡng tế bào thần kinh (piracetam, citicholin, ginkgo biloba, vinpocetin, cholin alfoscerat, cinnarizin...), vitamin và yếu tố vi lượng....

4.2.2. Sốc điện

Sốc điện (ECT): sử dụng trong các trường hợp

- Hưng cảm có kích động dữ dội hoặc không đáp ứng với thuốc
- Trầm cảm có nhiều nguy cơ đe dọa tính như ý tưởng, hành vi tự sát mãnh liệt hoặc không đáp ứng điều trị.

4.2.3. Kích thích từ xuyên sọ (TMS)

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. Các can thiệp tâm lý xã hội

Liệu pháp nhận thức - hành vi (CBT)

Liệu pháp gia đình

Liệu pháp xã hội

Giáo dục sức khỏe tâm thần

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Rối loạn cảm xúc lưỡng cực có bản chất tái diễn và thường là dai dẳng, với các tỷ lệ tái phát cao vào khoảng $\frac{3}{4}$ số bệnh nhân. Các phục hồi về chức năng xảy ra chậm hơn sự hồi phục triệu chứng hội chứng, ngay cả sau một giai đoạn hưng cảm đơn lẻ.

Rối loạn lưỡng cực đã được chứng tỏ là có tỷ lệ tử vong cao do các biến chứng từ các hành vi nhiều nguy cơ, các bệnh cơ thể đi kèm và tự sát.

6. PHÒNG BỆNH

Việc can thiệp sớm là cần thiết đối với bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực có thể cải thiện chức năng nghề nghiệp và xã hội của họ, duy trì năng suất làm việc và đạt được chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe có thể chấp nhận được, giảm chi phí chăm sóc sức khỏe. Điều trị hiệu quả làm giảm bệnh tật và tử vong liên quan đến rối loạn lưỡng cực. Việc can thiệp sớm có khả năng thay đổi tiến trình của bệnh lý nền.

Phát hiện sớm các dấu hiệu tái phát để có biện pháp can thiệp kịp thời.

Việc tuân thủ điều trị giúp giảm sự tái diễn bệnh, giảm tỉ lệ nhập viện và tỉ lệ tự sát cũng như làm giảm mức độ nặng của các giai đoạn rối loạn khí sắc.

9. 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 ngày khác 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 sự tập trung chú ý; 2) Giảm tính tự trọng và 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

- Lần đầu tiên xuất hiện ở bệnh nhân các triệu chứng lâm sàng đặc trưng, phổ biến và sinh học của trầm cảm.

- Giai đoạn trầm cảm kéo dài ít nhất 2 tuần.
- 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.
- 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.

- *Không có các triệu chứng cơ thể (F32.00)*: Có ít hoặc không có triệu chứng cơ thể.
- *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.

- *Không có các triệu chứng cơ thể (F32.10)*: có ít triệu chứng cơ thể.
- *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 những ý tưởng tội lỗi, thấp hèn, hoặc những tai họa sắp xảy ra, trách nhiệm bệnh nhân phải gánh chịu. Những ảo thanh hoặc ảo khứu thường là giọng kết tội hoặc phi báng hoặc mùi rác mục hoặc thối 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)

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 cảm không biệt định khác.

3.1.2. Cận lâm sàng

3.1.3. Các xét nghiệm thường quy

- Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hóa
- Xét nghiệm hormone tuyến giáp
- Xét nghiệm vi sinh: viêm gan B, C; HIV....

3.1.4. Chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng

- XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng, siêu âm doppler xuyên sọ, siêu âm tuyến giáp
- 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

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

3.1.6. Các xét nghiệm theo dõi điều trị

- 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
- Theo dõi tác dụng hạ bạch cầu: công thức máu 1 tháng/lần
- Theo dõi chức năng gan, thận, điện tim đồ 3 tháng/lần.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

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

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Mục tiêu:
 - + Điều trị nguyên nhân dẫn đến trầm cảm (nếu có).
 - + Làm giảm và mất hoàn toàn các triệu chứng.

+ Phòng ngừa tái phát và tái diễn trầm cảm.

- 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.

- 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.

- 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.

- *Các thuốc chống trầm cảm truyền thống:* Thuốc chống trầm cảm loại MAOI hiện nay 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.

- *Các thuốc chống trầm cảm mới:* ít tác dụng không mong muốn, khởi đầu tác dụng sớm, ít tương tác khi phối hợp với các thuốc khác, an toàn hơn khi dùng quá liều.

+ Các thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc Serotonin (SSRI)

+ Thuốc ức chế tái hấp thu Serotonin và Norepinephirin (SNRIs)

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

+ Tianeptin (Stablon) tăng hấp thu Serotonin (quan niệm trầm cảm là do thừa Serotonin ở khe Synapse).

- Các thuốc điều trị phối hợp khác:

+ 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.

+ 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...)

+ Có thể sử dụng các thuốc điều chỉnh khí sắc để 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)

- + Amitriptylin: 25 – 200mg/ngày
- + Clomipramin: 50 – 100 mg/ngày

Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin (SSRIs)

- + Sertralin: 50 – 300 mg/ngày
- + Fluoxetin: 20 – 60 mg/ngày
- + Fluvoxamin: 50 – 100mg/ngày
- + Citalopram: 20 – 60mg/ngày
- + Escitalopram: 10 – 20mg/ngày
- + Paroxetin: 20 - 80 mg/ngày

Thuốc ức chế tái hấp thu serotonin và norepinephrin (SNRIs)

- + Venlafaxin: 37,5 – 225 mg/ngày
- + Duloxetin: 40 – 120mg/ngày

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

- + Mirtazapin: 15 – 60 mg/ngày

Thuốc ức chế tái hấp thu dopamin – norepinephrin

- + Bupropion: 75 - 450mg/ngày

Các loại khác:

- Tianeptin (Stablon): thuốc tăng tái hấp thu serotonin, có hiệu quả trong một số trường hợp

- 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:

- + Haloperidol: 5 - 30 mg/ngày
- + Chlorpromazin: 25 - 500mg/ngày
- + Levopromazin: 25 - 500mg/ngày
- + Sulpirid: 25 – 200mg/ngày
- + Risperidon: 1 - 10 mg/ngày
- + Olanzapin: 5 - 30mg/ngày
- + Quetiapin: 50 - 800mg/ngày
- + Clozapin: 25 - 900mg/ngày
- + Aripiprazol: 5 - 30mg/ngày
- *Chọn lựa các thuốc nhóm benzodiazepin, liều dùng tùy từng trường hợp cụ thể.*
Có thể lựa chọn một trong số các thuốc sau:
 - + Diazepam 5 - 30mg/ngày
 - + Lorazepam: 1 - 4mg/ngày
 - + Clonazepam: 1 - 8mg/ngày
 - + Bromazepam: 3 - 6mg/ngày
- *Các nhóm thuốc giải lo âu, gây ngủ khác:* etifoxin (stresam...), grandaxin, sedaxio, zopiclon (phamzopic, drexler...), eszopiclon, melatonin, các thuốc kháng histamin (hydroxyzin...), beta blocker....
- *Các nhóm thuốc khác:* thuốc tăng cường tuần hoàn não và dinh dưỡng tế bào thần kinh (piracetam, citicholin, ginkgo biloba, vinpocetin, cholin alfoscerat, cinnarizin...), vitamin và yếu tố vi lượng...

5. TIỀN LƯỢNG 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. PHÒNG BỆNH

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

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.

10. CHÁN ĂN TÂM THẦN**1. ĐỊNH NGHĨA**

Chán ăn tâm thần là một rối loạn được đặc trưng bằng sút cân có dụng ý do bệnh nhân gây ra và duy trì.

Chán ăn tâm thần là một rối loạn tâm thần nặng, có mối quan hệ với rối loạn ám ảnh, với trầm cảm điển hình và có nguy cơ tự sát cao.

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân cơ bản của chán ăn tâm thần còn chưa rõ ràng. Tuy nhiên những bằng chứng về sự tác động qua lại của các nhân tố sinh học – văn hóa – xã hội cũng như tính dễ bị tổn thương của nhân cách tham gia gây chán ăn tâm thần được chú trọng.

Chán ăn tâm thần còn liên quan đến kém dinh dưỡng ở nhiều mức độ trầm trọng khác nhau, gây ra những biến đổi chuyển hóa, nội tiết thứ phát và rối loạn các chức năng cơ thể.

3. CHẨN ĐOÁN**3.1. Chẩn đoán xác định****3.1.1. Lâm sàng: theo ICD-10**

Cân nặng cơ thể duy trì ít nhất 15% thấp hơn cân nặng phải có (hoặc là giảm cân nặng hoặc là chưa bao giờ đạt tới). Các bệnh nhân trước tuổi dậy thì biểu hiện không đạt được cân nặng phải có trong thời kì lớn lên.

Sút cân tự gây ra bởi tránh “các thức ăn gây béo” và do một hoặc nhiều hơn các biện pháp sau: tự gây nôn, dùng thuốc tẩy, luyện tập quá mức, dùng thuốc làm ăn mất ngon và thuốc lợi tiểu.

Hình ảnh thân thể bị méo mó dưới dạng một bệnh lý tâm thần đặc hiệu do sợ béo dai dẳng như một ý tưởng xâm phạm, quá đáng và bệnh nhân tự đặt một ngưỡng cân nặng thấp cho mình.

Một rối loạn nội tiết lan tỏa bao gồm trục dưới đồi – tuyến yên – tuyến sinh dục biểu hiện ở phụ nữ là mất kinh và ở nam giới là mất thích thú và mất khả năng tình dục.

Nếu bắt đầu trước tuổi dậy thì, thì các hiện tượng kế tiếp của thời kì dậy thì bị chậm hay ngừng lại (ngừng lớn, ở con gái vú không phát triển và mất kinh nguyệt nguyên phát, ở con trai bộ phận sinh dục vẫn như trẻ em). Khi phục hồi, hiện tượng dậy thì hoàn toàn bình thường nhưng kinh nguyệt muộn.

3.1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hoá, vi sinh (HIV, VGB, VGC)
- Xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm tìm chất ma túy, huyết thanh chẩn đoán giang mai...
- Xét nghiệm hormon sinh dục và phát triển (đánh giá hậu quả), xét nghiệm hormon tuyến giáp

- 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...) ...
- 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
 - CT, MRI...

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với sút cân do nguyên nhân bệnh cơ thể: rối loạn dạ dày – ruột (bệnh Crohn, hội chứng khó hấp thu), các bệnh rối loạn chuyển hóa, u não, ung thư. Trong các trường hợp này thường tìm thấy căn nguyên thực thể rõ ràng, bệnh nhân nhận biết thực tế sút cân, không phải như trong chán ăn tâm thần, bệnh nhân vẫn tin rằng mình quá béo ngay cả khi đang gầy mòn.

Trầm cảm: sút cân do không chịu ăn, mất ngon miệng, khí sắc trầm, ít vận động và suy nghĩ chậm chạp... nhưng không thể hiện những ý tưởng méo mó về cơ thể như trong chán ăn tâm thần. Các trắc nghiệm tâm lý cũng có thể cung cấp thêm cho chẩn đoán trầm cảm.

Các triệu chứng ám ảnh và hội chứng mệt mỏi mạn tính kết hợp, cũng như các nét rối loạn nhân cách làm cho sự phân biệt khó khăn.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Kết hợp liệu pháp tâm lý và liệu pháp hóa dược. Đồng thời việc ăn uống của bệnh nhân phải được nghiên cứu và có sự hợp tác với các nhà dinh dưỡng nhằm đảm bảo chế độ ăn đủ các chất dinh dưỡng chủ yếu.

Cấp cứu nội khoa và tâm thần nếu cần thiết.

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

Thăm khám ban đầu xem như là trị liệu: thầy thuốc cần thiết lập mối quan hệ tốt bằng cách biểu lộ sự quan tâm tới cuộc sống của bệnh nhân và gia đình, giúp cho họ hy vọng vào tương lai. Thái độ của thầy thuốc nghiêm túc nhưng thân thiện.

Liệu pháp tâm lý kết hợp với chăm sóc, quan tâm thực sự đến bệnh nhân, yêu

cầu họ không được nhìn đời. Cần giải thích cho bệnh nhân rằng ăn uống được phục hồi bình thường sẽ làm giảm sự bận tâm của họ về thức ăn, giảm mệt mỏi và trầm cảm, giúp cải thiện mối quan hệ với gia đình và bạn bè. Cần chỉ ra cho bệnh nhân thấy sự cần thiết của một chế độ ăn hợp lý, đa dạng, ăn uống đều đặn những thức ăn giàu năng lượng, không nên ăn theo những ý thích kì cục. Tiên hành liệu pháp tâm lý cá nhân, liệu pháp tâm lý nhóm và liệu pháp gia đình phối hợp với giáo dục cho mọi thành viên trong gia đình đều quan tâm và làm điều tốt cho người bệnh.

Liệu pháp hóa dược: chán ăn tâm thần thường phối hợp trầm cảm và những xung động ám ảnh nên thuốc chống trầm cảm được chỉ định. 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 khởi đầu 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

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

Tùy trường hợp cụ thể, điều trị phối hợp với các nhóm thuốc:

Nhóm thuốc bình thần, giải lo âu nhóm benzodiazepins: diazepam, lorazepam, bromazepam, alprazolam,...; nhóm non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedaxio, zopiclon...; nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: propanolol...

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.

Vận động trị liệu, hoạt động trị liệu....

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Chán ăn tâm thần có thể tiến triển thành mạn tính.

Cần đề phòng và tránh các biến chứng do phát hiện muộn, điều trị không kịp thời, có thể dẫn đến suy dinh dưỡng, suy kiệt ở nhiều mức độ trầm trọng khác nhau, gây ra những biến đổi chuyển hóa, nội tiết thứ phát và rối loạn các chức năng cơ thể.

6. PHÒNG BỆNH

Rèn luyện tác phong và thói quen ăn uống đều đặn trong ngày, không nhịn đói bỏ bữa ăn hàng ngày

Phát hiện điều trị sớm các rối loạn tâm thần (trầm cảm có ý tưởng hành vi tự sát) và bệnh lý nội khoa là nguyên nhân gây chán ăn tâm thần.

11. CHẬM PHÁT TRIỂN TÂM THẦN**1. ĐỊNH NGHĨA**

Chậm phát triển tâm thần là một trạng thái phát triển bị ngừng trệ hay không đầy đủ của tâm thần, được đặc trưng chủ yếu bằng tật chứng về kỹ năng trong thời kỳ phát triển, bao gồm cả kỹ năng nhận thức, ngôn ngữ, học tập, lao động, xã hội, chăm sóc bản thân. Tỷ lệ gặp chậm phát triển tâm thần trong dân số chung là 1-3%.

Chậm phát triển tâm thần có thể kèm hoặc không kèm rối loạn cơ thể hoặc tâm thần khác.

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân được chia thành 4 nhóm theo thời gian tác động vào sự phát triển trẻ trong thời kỳ phôi thai và những năm đầu.

2.1. Các yếu tố di truyền

Các bất thường về gen và nhiễm sắc thể như hội chứng Down, bệnh não bẩm sinh...

2.2. Các yếu tố gây hại đến sự phát triển phôi, thai

Nhiễm khuẩn trong thời kỳ mang thai: cúm..

Nhiễm độc thai nghén

Ngộ độc thuốc, rượu, chất kích thích

Bệnh lý cơ thể của mẹ ảnh hưởng đến phôi thai: basedow, suy giáp...

Bất đồng nhóm máu mẹ con Rh...

2.3. Các yếu tố tác động khi sinh

Đẻ thiếu tháng, đẻ ngạt..

Can thiệp sản khoa gây tổn thương não trẻ như forcep, giác hút

2.4. Các yếu tố tác động vào sự phát triển trong những năm đầu

Các nhiễm khuẩn thần kinh như viêm não, viêm não – màng não, các nhiễm khuẩn khác ảnh hưởng đến sự phát triển não bộ

Suy dinh dưỡng

Sự phát triển bất thường của hộp sọ ảnh hưởng đến sự phát triển não bộ

Chấn thương sọ não

Môi trường giáo dục, chăm sóc, tâm lý xã hội thiếu hụt hoặc không đúng

Các bệnh lý như phenylceton niệu, động kinh, nhược giáp... ảnh hưởng đến sự phát triển của não bộ.

Có trường hợp không xác định được nguyên nhân rõ ràng, nhất là các trường hợp chậm phát triển tâm thần mức độ nhẹ

3. CHẨN ĐOÁN**3.1. Chẩn đoán xác định**

3.1.1. Chẩn đoán chậm phát triển tâm thần mức độ nhẹ (F70)

Khả năng tư duy: có tư duy mô tả cụ thể, không hiểu được tư duy trừu tượng, thiếu sáng kiến, khả năng phân tích tổng hợp kém. Biết nói chậm, nhưng có khả năng sử dụng ngôn ngữ trong những giao tiếp hàng ngày, có thể hình thành ngôn ngữ viết.

Có khả năng học hết tiểu học, nhưng hay lưu ban, khó khăn trong học lý thuyết.

Khả năng cảm xúc: có cảm xúc cấp cao nhưng thiếu tự lập, phụ thuộc vào bố mẹ dù đã trưởng thành, không đủ khả năng giải quyết những mâu thuẫn nội tâm.

Hành vi tác phong: có khả năng tự chăm sóc cá nhân. Có thể làm được các công việc đơn giản, thích nghi được với môi trường xã hội nhưng cần có trợ giúp và kém hiệu quả hơn người khác.

Chậm phát triển mức độ nhẹ có chỉ số IQ: 50-69

3.1.2. Chẩn đoán chậm phát triển tâm thần mức độ trung bình (F71)

Khả năng tư duy: có thể có tư duy khái quát thô sơ, không có tư duy trừu tượng, không hiểu được ý chính của vấn đề, khả năng phán đoán nghèo nàn, không có khả năng độc lập trong suy nghĩ. Có thể có tính toán đơn giản cụ thể, không tính toán trừu tượng. Chậm biết nói, chậm nghe hiểu, vốn từ không lớn, ngữ pháp đơn giản, phát âm sai, nói lắp, nói ngọng. Có thể sử dụng ngôn ngữ trong giao tiếp nhưng không hiểu quy tắc xã hội. Khó hình thành ngôn ngữ viết.

Cảm xúc: không ổn định, cảm xúc cấp cao hạn chế.

Hành vi tác phong: có thể làm được công việc đơn giản, không làm được công việc có tính quy trình, máy móc, không thay đổi được theo hoàn cảnh. Ít có khả năng sống tự lập hoàn toàn, cần có sự trợ giúp, hướng dẫn.

Chậm phát triển mức độ trung bình có chỉ số IQ: 35-49

3.1.3. Chẩn đoán chậm phát triển mức độ nặng (F72)

Tư duy: có tư duy cụ thể, thô sơ, học được một vài kinh nghiệm đơn giản. Không có ngôn ngữ hoặc chỉ phát âm những âm đơn giản mà bản thân không hiểu.

Cảm xúc: chỉ có cảm xúc bản năng, thỏa mãn bản thân, sự bày tỏ cảm xúc đơn sơ, có nhiều hạn chế.

Hành vi tác phong: thường chỉ có những hoạt động bản năng hay những phản ứng thô sơ với các kích thích bên ngoài. Cần có người giúp đỡ trong hoạt động chăm sóc bản thân.

Thường có bệnh lý cơ thể hoặc tâm thần khác đi kèm.

Chậm phát triển mức độ nặng có chỉ số IQ: 20-34

3.1.4. Chẩn đoán chậm phát triển tâm thần mức độ trầm trọng (F73)

Tư duy: không có khả năng nhận thức, không có khả năng phản ứng với các kích thích đơn giản như nóng lạnh, không có ngôn ngữ.

Cảm xúc: hoàn toàn là cảm xúc bản năng. Có cơn giận dữ, tự cào cấu hay tấn công người khác

Vận động kém, có khi không đi được, hành động định hình lặp lại Thường có

nhiều bệnh lý cơ thể, thần kinh, tâm thần đi kèm. Chậm phát triển mức độ trầm trọng có chỉ số IQ < 20.

3.1.5. Chậm phát triển tâm thần khác (F78)

3.1.6. Chậm phát triển tâm thần không biệt định (F79)

3.2. Cận lâm sàng

- Trắc nghiệm tâm lý đánh giá trí tuệ (Wics, Raven, Denver...):
- Các xét nghiệm thường quy: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, sinh hóa máu, tổng phân tích nước tiểu, điện tim, siêu âm ổ bụng, x-quang tim phổi...
- Điện não đồ, CT scanner sọ não, MRI sọ não
- Một số xét nghiệm sinh hóa, một số chất chuyển hóa trong chẩn đoán chậm phát triển do nguyên nhân chuyển hóa
- Xét nghiệm di truyền trong chẩn đoán chậm phát triển do một số bệnh lý di truyền...
- Các trắc nghiệm tâm lý hỗ trợ trong chẩn đoán các bệnh lý tâm lý đi kèm như: trầm cảm, ADHD, tự kỷ...

3.3. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt chậm phát triển với các rối loạn trí tuệ bị đình trệ do các nguyên nhân khác ở trẻ:

Thiếu hụt môi trường nuôi dưỡng, giáo dục, nếu được can thiệp sớm sẽ trở lại bình thường

Bệnh lý cơ thể kéo dài, suy dinh dưỡng nặng, suy nhược nặng dẫn đến chậm chạp, trí nhớ kém, tiếp thu chậm chạp

Một số trường hợp rối loạn giác quan như mù, câm, điếc

Các bệnh lý tâm thần khác như tự kỷ, tâm thần phân liệt...

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Việc điều trị chậm phát triển tâm thần dựa vào đánh giá nhu cầu xã hội, giáo dục, tâm thần và môi trường.

Điều trị chậm phát triển tâm thần là điều trị lâu dài, cần có sự tham gia của cả gia đình, cộng đồng.

Chậm phát triển tâm thần kết hợp với các rối loạn tâm thần cần điều trị phối hợp

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị

Điều trị chậm phát triển tâm thần sử dụng phương pháp giáo dục và các liệu pháp tâm lý khác

Điều trị hóa dược được chỉ định điều trị những rối loạn cảm xúc, hành vi trong chậm phát triển tâm thần và các rối loạn đi kèm

Cần sự theo dõi và hỗ trợ lâu dài từ gia đình và cộng đồng.

4.2.1. Phương pháp giáo dục

Với trẻ chậm phát triển tâm thần mức độ nặng và trầm trọng thường được chăm sóc, điều trị tại các trung tâm y tế giáo dục, trường học đặc biệt.

Với trẻ chậm phát triển tâm thần mức độ nhẹ và trung bình: Thiết lập cho trẻ một chương trình toàn diện đào tạo kỹ năng thích nghi, kỹ năng xã hội và nghề nghiệp với mục đích giúp trẻ thích nghi hơn.

Nội dung giáo dục gồm:

Hướng dẫn các sinh hoạt hàng ngày như vệ sinh cá nhân, dọn dẹp nhà cửa, chào hỏi người lớn, tuân theo các nội quy trong tập thể, lớp học.

Học văn hóa như viết, đếm tính toán đơn giản

Học nghề: những công việc đơn giản giúp tăng sự tự tin vào bản thân, có khả năng sống tự lập

Trẻ chậm phát triển tâm thần có thể học qua các trực quan sinh động hoặc thực hành các tình huống giả định

4.2.2. Liệu pháp hành vi

Liệu pháp hành vi nhằm hình thành, tăng cường các hành vi xã hội, kiểm soát giảm các hành vi gây hấn, phá hoại. Cần tiến hành trong thời gian dài

4.2.3. Liệu pháp gia đình

Cần thiết giáo dục cho gia đình bệnh nhân chậm phát triển tâm thần biết cách nâng cao năng lực và tự tin cho bệnh nhân. Cung cấp cho gia đình những kiến thức về nguyên nhân, điều trị, nuôi dưỡng trẻ bị chậm phát triển tâm thần.

Giúp các thành viên trong gia đình bớt lo lắng, bức bối, thất vọng về bệnh tật của con em họ để có được sự tư vấn thích hợp

4.2.4. Các liệu pháp tâm lý khác: như liệu pháp âm nhạc, liệu pháp hội họa, liệu pháp thể dục thể thao, liệu pháp lao động, hoạt động trị liệu, vận động trị liệu...**4.2.5. Liệu pháp hóa dược**

Liệu pháp hóa dược được chỉ định để điều trị các triệu chứng rối loạn hành vi và tâm thần của bệnh nhân chậm phát triển tâm thần cũng tương tự với những bệnh nhân không có chậm phát triển tâm thần.

Triệu chứng lo âu, căng thẳng, sợ hãi: diazepam liều 0,5 mg/kg/ngày. Ngoài ra có thể sử dụng một số thuốc giải lo âu khác thuộc nhóm Benzodiazepine hoặc nhóm khác.

Triệu chứng kích động, rối loạn hành vi có thể sử dụng an thần kinh thể hệ cũ như haloperidol, chlorpromazin...; nhưng do có nhiều tác dụng phụ nên các an thần kinh thể hệ cũ ít được lựa chọn hơn các an thần kinh thể hệ mới như risperidon, olanzapin, quetiapin, clozapin...

- Risperidon 1 - 2mg/ngày
- Olanzapin 5 - 10 mg/ngày...

Triệu chứng trầm cảm có thể sử dụng thuốc chống trầm cảm phối hợp

Tăng động giảm chú ý đi kèm có thể sử dụng phối hợp với Methylphenidat: 6 - 12 tuổi liều 18 - 54mg/ngày, >12 tuổi: 18 - 72 mg/ ngày.

Động kinh đi kèm, sử dụng thuốc kháng động kinh lựa chọn một hoặc kết hợp các loại thuốc sau:

- Muối Valproat 30 - 50mg/kg/ngày
- Carbamazepin 15 - 20 mg/kg/ngày
- Phenobarbital 3 - 6 mg/kg/ngày
- Oxcarbazepin 30 - 46 mg/kg/ngày
- Gabapentin 25 - 50 mg/kg/ngày
- Lamotrigin 5 - 15 mg/kg/ngày
- Levetiracetam 40 - 100 mg/kg/ngày

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, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Chậm phát triển tâm thần là bệnh lý không tiến triển vì vậy cần sự điều trị, theo dõi, chăm sóc lâu dài

Nguy cơ mắc các bệnh tâm thần trên bệnh nhân chậm phát triển tâm thần cao hơn so với dân số chung vì vậy việc theo dõi và điều trị các bệnh lý tâm thần đi kèm sẽ làm giảm nguy cơ biến chứng cho người bệnh.

Chậm phát triển tâm thần có tỷ lệ mắc các bệnh lý cơ thể cao vì vậy việc theo dõi, chăm sóc, phát hiện, điều trị bệnh lý cơ thể kèm theo sẽ làm giảm nguy cơ biến chứng, tử vong cho người bệnh

6. PHÒNG BỆNH

6.1. Phòng bệnh cấp 1

Nhằm giảm hay loại trừ các nhân tố gây hại cho quá trình phát triển hệ thần kinh trung ương của thai nhi bằng cách:

Giáo dục sức khỏe, tuyên truyền sâu rộng về các nguyên nhân gây ra chậm phát triển tâm thần.

Làm tốt công tác bảo vệ bà mẹ và trẻ em. Tránh những sang chấn não của trẻ trong sản khoa.

Tư vấn gia đình và di truyền sẽ giúp giảm tỷ lệ mắc chậm phát triển tâm thần trong gia đình có tiền sử rối loạn di truyền liên quan đến chậm phát triển tâm thần

Đối với trẻ em, phụ nữ mang thai có đời sống kinh tế thấp cần có sự hỗ trợ chăm sóc khi mang thai, trong quá trình sinh, nuôi dưỡng giúp giảm nguy cơ chậm phát triển tâm thần.

6.2. Phòng bệnh cấp 2

Phát hiện, chẩn đoán và điều trị sớm các bệnh có ảnh hưởng đến sự phát triển trí não trẻ, rút ngắn quá trình tiến triển của bệnh. Ví dụ: một số rối loạn chuyển hóa hay nội tiết di truyền như bệnh phenylketon niệu, thiếu năng tuyến giáp

6.3. Phòng bệnh cấp 3

Hạn chế tối đa các hậu quả bất lợi, biến chứng và di chứng.

12. ĐỘNG KINH**1. ĐỊNH NGHĨA**

- Con động kinh là biểu hiện lâm sàng xảy ra do sự phóng điện bất thường, kích phát và quá mức của một nhóm neuron ở não. Biểu hiện trên lâm sàng là các triệu chứng xảy ra đột ngột, tạm thời liên quan đến vùng vỏ não bị phóng điện bao gồm biến đổi ý thức, vận động, cảm giác, tự động hoặc tâm thần.
- Động kinh là sự tái diễn từ hai cơn động kinh trở lên cách nhau trên 24 giờ, không phải do sốt cao và các nguyên nhân cấp tính khác như rối loạn chuyển hóa, ngừng thuốc hay ngừng rượu đột ngột gây ra.

2. NGUYÊN NHÂN

Các tổn thương thực thể hoặc các rối loạn chuyển hóa của não đều có thể gây nên cơn động kinh như: chấn thương sọ não, u não, bệnh lý tai biến mạch máu não, nhiễm khuẩn nội sọ: áp xe não, viêm não, viêm màng não, nguyên nhân di truyền....

Nguyên nhân động kinh tùy theo lứa tuổi:

- Trẻ sơ sinh: ngạt lúc sinh, chấn thương sản khoa, chảy máu trong sọ, nhiễm khuẩn hệ thần kinh trung ương hoặc các nhiễm khuẩn và rối loạn chuyển hoá khác...
- Trẻ em: động kinh nguyên phát, bại não, nhiễm khuẩn hệ thần kinh trung ương (viêm não, viêm màng não), tổn thương cấu trúc trong sọ, bệnh chuyển hoá, ngộ độc (thuốc, chì), bệnh thoái hoá não, bệnh hệ thống, bệnh di truyền, chấn thương...
- Người lớn: động kinh nguyên phát, chấn thương sọ não, bệnh mạch máu não, nhiễm khuẩn hệ thần kinh trung ương, bệnh thoái hoá não, bệnh hệ thống, ...
- Người già: Người trên 60 tuổi, động kinh có thể do u não, ung thư di căn não, xơ cứng mạch máu não, teo não, đặc biệt cần quan tâm tới thiếu máu não cấp tính.

3. CHẨN ĐOÁN**3.1. Chẩn đoán xác định:**

Dựa vào lâm sàng kết hợp với biến đổi điện não đồ, “không chẩn đoán động kinh nếu lâm sàng không có cơn”.

3.1.1. Phân loại động kinh theo phân loại quốc tế các cơn động kinh (1981)**a. Cơn cục bộ****➤ Cơn cục bộ đơn giản (không có rối loạn ý thức)**

- + Với các triệu chứng vận động: cục bộ vận động, cục bộ vận động với hành trình jackson, cơn quay mắt quay đầu.
- + Với các triệu chứng cảm giác hoặc giác quan: rối loạn cảm giác bản thể, ảo thị giác, ảo khứu giác, cơn chóng mặt
- + Với các dấu hiệu hoặc triệu chứng thần kinh thực vật
- + Với các triệu chứng tâm thần: rối loạn các chức năng thần kinh cao cấp, ít khi biến đổi ý thức.
- + Rối loạn trí nhớ, rối loạn cảm xúc...

➤ Con cục bộ phức tạp (có rối loạn ý thức)

- + Khởi phát cục bộ đơn giản, tiếp theo là cục bộ phức tạp
- + Khởi phát là rối loạn ý thức: rối loạn ý thức với các biểu hiện tự động

Con cục bộ toàn thể hóa thứ phát:

- + Con cục bộ đơn giản tiến triển sang toàn bộ hóa thứ phát
- + Con cục bộ phức tạp tiến triển sang toàn bộ hóa thứ phát
- + Con cục bộ đơn giản tiến triển sang con cục bộ phức tạp rồi toàn bộ hóa thứ phát.

b. Con toàn bộ

➤ Con vắng ý thức:

❖ Con vắng ý thức điển hình:

- + Rối loạn ý thức đơn thuần
- + Kèm theo yếu tố giật cơ
- + Kèm theo yếu tố mất trương lực
- + Kèm theo yếu tố tăng trương lực
- + Kèm theo biểu hiện tự động
- + Kèm theo yếu tố thực vật

❖ Con vắng ý thức không điển hình:

- + Biến đổi trương lực nặng hơn con vắng ý thức điển hình
- + Khởi phát và/ hoặc kết thúc ít đột ngột

➤ Con toàn bộ con lớn

- + Con giật cơ
- + Con giật
- + Con có cứng
- + Con co cứng-co giật
- + Con mất trương lực
- + Con chưa phân loại
- + Trạng thái động kinh

c. Con chưa phân loại**d. Trạng thái động kinh****3.1.2. Phân loại động kinh theo phân loại quốc tế các cơn động kinh năm 1989****a. Động kinh và hội chứng cục bộ**

Nguyên phát:

Động kinh lành tính ở trẻ em có nhọn trung tâm – thái dương.

Động kinh ở trẻ em có kích phát vùng chẩm.

Động kinh tiên phát khi đọc.

Triệu chứng:

Động kinh cục bộ liên tục tiến triển mạn tính ở trẻ em.

Hội chứng có đặc điểm là các cơn do các phương thức đặc hiệu thúc đẩy gây ra.

Các hội chứng khác theo khu trú hoặc nguyên nhân.

Động kinh thùy thái dương

Động kinh thùy trán

Động kinh thùy chẩm Động kinh thùy đỉnh.

Căn nguyên ẩn:

b. Động kinh và hội chứng động kinh toàn bộ

Nguyên phát (khởi phát liên quan đến tuổi)

Cơ giật sơ sinh lành tính gia đình

Cơ giật sơ sinh lành tính.

Động kinh giật cơ lành tính tuổi thơ.

Động kinh cơn vắng ý thức ở trẻ em.

Động kinh cơn vắng ý thức thiếu niên.

Động kinh giật cơ thiếu niên

Động kinh cơn lớn lúc tỉnh giấc

Động kinh toàn bộ nguyên phát (không nêu ở trên).

Động kinh với các cơn do các phương thức đặc hiệu thúc đẩy gây ra (động kinh do ánh sáng).

Căn nguyên ẩn và/hoặc triệu chứng:

Hội chứng West (cơn thất gập trẻ em).

Hội chứng Lennox – Gastaut

Động kinh với cơn giật cơ - mất trương lực.

Động kinh với cơn vắng ý thức giật cơ.

Động kinh triệu chứng: Không có nguyên nhân đặc hiệu, có thể gặp

Bệnh não giật cơ sớm.

Bệnh não động kinh trẻ em sớm.

Động kinh toàn bộ triệu chứng (không nêu ở trên).

c. Động kinh và hội chứng không xác định được cục bộ hay toàn bộ:

Với cơn toàn bộ và cục bộ:

Cơn động kinh sơ sinh

Động kinh giật cơ nặng tuổi thơ.

Động kinh có nhón – sóng liên tục khi ngủ.

Động kinh thất ngôn mắc phải (hội chứng Laudau - Kleffner).

Các động kinh khác không rõ cục bộ hay toàn bộ (không nêu ở trên).

Không rõ đặc điểm cục bộ hoặc toàn bộ.

Cơn liên quan đến một trạng thái

Cơ giật do sốt cao.

Cơn chỉ xảy ra trong bối cảnh của rối loạn chuyển hoá cấp.

Cơn đơn độc hoặc động kinh liên tục đơn độc

3.1.3. Phân loại động kinh theo (ICD 10 - 1992):

G.40. Động kinh

G.40.0: Động kinh cục bộ vô căn

G.40.1: Động kinh cục bộ triệu chứng với cơn cục bộ đơn giản.

G.40.2: Động kinh cục bộ triệu chứng với cơn cục bộ phức tạp.

G.40.3: Động kinh toàn thể vô căn

G.40.4: Động kinh toàn thể khác.

G.40.5: Những hội chứng động kinh đặc biệt

G.40.6: Những cơn lớn không biệt định.

G.40.7: Những cơn nhỏ không biệt định.

G.40.8: Động kinh khác

G.40.9: Động kinh không biệt định

G.41: Trạng thái động kinh.

3.1.4. Cận lâm sàng

a. Điện não đồ: là công cụ đặc hiệu xác định cơn, loại cơn, vị trí ổ động kinh. Điện não đồ có thể ghi trong cơn hoặc ngoài cơn. Tùy theo thể bệnh mà có thể ghi điện não đồ chuẩn hoặc điện não đồ liên tục 24 giờ, điện não đồ video...

b. Xét nghiệm huyết học, sinh hóa, di truyền, thăm dò chức năng, chẩn đoán hình ảnh

Trong một số trường hợp chụp cắt lớp vi tính sọ não, chụp cộng hưởng từ sọ não... tìm nguyên nhân, theo dõi trong quá trình điều trị.

Lưu huyết não điện tim, các trắc nghiệm tâm lý

Các xét nghiệm cơ bản khác: huyết học, sinh hoá chức năng gan, thận...

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Cơn co giật phân ly (Hysteria): là rối loạn do căn nguyên tâm lý. Trong cơn bệnh nhân co giật, đẩy dụa hoặc cố uốn cong người lên, không mất ý thức, cơn thường kéo dài, không định hình, khám thần kinh bình thường, điện não đồ không có bất thường.

Cơn ngất (Syncopa): Bệnh nhân mất ý thức ngắn, không có triệu chứng thần kinh, xảy ra do căn nguyên về tim mạch, có thể gặp: ngất do rối loạn nhịp tim: nhịp tim đập quá chậm (< 15 lần/phút) hoặc ngừng tim hoàn toàn trong 1 – 2 phút, phân ly nhĩ thất hoàn toàn; ngất do kích thích xoang động mạch cảnh hoặc dây thần kinh phế vị; ngất do giảm huyết áp tư thế đứng. Điện não đồ bình thường.

Co giật do hạ canxi máu (tetanie): hay gặp ở trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ. Biểu hiện là co cơ cục bộ hoặc toàn bộ, đặc biệt là co các cơ ở bàn tay tạo tư thế bàn tay sán khoa, có dấu hiệu Chvostek và nghiệm pháp gây co thắt cơ ở bàn tay khi garo tay khoảng 10 – 15 phút. Xét nghiệm máu thấy canxi máu giảm. Điện não đồ không có sóng động kinh điển hình.

Cơn hạ đường huyết: xảy ra lúc đói, chẩn đoán dựa vào định lượng đường huyết.

Cơn migraine, cơn co giật do sốt cao ở trẻ em.....

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị căn nguyên: Trong các trường hợp có căn nguyên thì phải điều trị căn nguyên nếu có thể, ví dụ các căn nguyên như u não, máu tụ, dị dạng mạch máu não...

Điều trị triệu chứng

Chỉ điều trị thuốc kháng động kinh khi đã xác định chắc chắn loại cơn và hội chứng động kinh

Chọn các thuốc đặc trị cho từng loại cơn theo thứ tự ưu tiên, thường bắt đầu bằng đơn trị liệu, dùng liều thấp tăng dần để đạt tới liều tác dụng (cắt được cơn), sau đó duy trì liều hàng ngày. Khi sử dụng liều một thuốc đã cao mà không cắt được cơn thì phải đổi thuốc, giảm dần dần thuốc cũ, tăng dần thuốc mới không bỏ thuốc cũ đột ngột.

Nếu liệu trình đơn trị liệu không cắt được cơn thì sử dụng đa trị liệu, thường là 2 loại, ít khi 3 loại. Nếu đã dùng 3 loại mà vẫn không cắt được cơn thì là cơn kháng thuốc, nên tìm hiểu lại chẩn đoán, chọn thuốc sai hay do bệnh nhân bỏ thuốc, không tuân thủ điều trị.

Theo dõi diễn biến lâm sàng của bệnh và các tác dụng phụ của thuốc để kịp thời điều chỉnh liều lượng thuốc phù hợp với tình trạng của bệnh nhân. Không nên kết hợp hai loại thuốc cùng loại với nhau (ví dụ Phenobarbital với Primidon, v.v...).

Có kế hoạch kiểm tra định kỳ: điện não đồ, xét nghiệm máu, các chức năng gan, thận của bệnh nhân.

Tuỳ theo từng trường hợp, ngoài thuốc bệnh nhân phải có chế độ ăn uống, sinh hoạt, lao động, nghỉ ngơi, giải trí thích hợp.

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị

Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật

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

Các thuốc kháng động kinh cổ điển:

Tên thuốc và tên thương mại	Thời gian bán hủy (giờ)	Liều lượng trẻ em (TE), người lớn (NL)	Chỉ định
Carbamazepin (CBZ, Tegretol CR)	8-19h (TE) 5-16h (NL)	TE: 10-30mg/kg NL: 10-12mg/kg (Uống 1-2 lần)	Động kinh cục bộ đơn giản hoặc phức tạp
Phenytoin (PHT, Epanutin, Epilantin, Phenydan)	12-22h (TE) 8-60h (NL)	TE: 5-7mg/kg NL: 3-5mg/kg (Uống 3 lần)	Động kinh cục bộ và toàn thể của bất cứ hội chứng động kinh nào
Phenobarbital (PB, Luminal, Gardenal)	21-80h (TE) 46-130h (NL)	TE: 4mg/kg NL: 3mg/kg (Uống 1-2 lần)	Động kinh toàn thể, cơn cục bộ
Clonazepam	20-60h	TE: 0,01-1mg/kg NL: 1,5-10mg/kg	Các loại cơn động kinh
Valproat (VPA, Depakin Chrono, siro depakin, dung dịch depakin)	20-50h (TE) 8-16h (NL)	TE: 30mg/kg NL: 20-30mg/kg (Uống 1-2 lần)	Động kinh toàn thể, động kinh cục bộ
Ethosuximid (ESM, Suxinitin)	30h (TE) 50-60h (NL)	TE: 4mg/kg NL: 3mg/kg	Động kinh cơn vắng

Các thuốc chống động kinh thế hệ mới:

Tên thuốc	Thời gian bán hủy (giờ)	Liều lượng trẻ em (TE), người lớn (NL)	Chỉ định
Lamotrigin (Lamictal)	29h	TE: 2-15mg/kg NL: 100-200mg (Uống chia 2 lần)	Cơn cục bộ hoặc cơn toàn thể
Gabapentin (Neurontin)	5-9h	NL: 900-3600mg/ngày (Uống chia 3 lần)	Động kinh cục bộ và toàn thể
Oxcarbazepin (Trileptal)	8-13h	TE: 10-30mg/kg NL: 600-2400mg/ngày (Uống chia 2 lần)	Không dung nạp với carbamazepin Động kinh cục bộ và toàn thể
Topiramate (Topamax)	18-23h	TE: 6mg/kg/ngày NL: bắt đầu 25-50mg Sau: 200-400mg/ngày (Uống chia 1-2 lần)	Động kinh kháng thuốc Cơn cục bộ
Levetiracetam (Keppra)	3-6h	1000-3000mg/ngày	Tắc cả các loại động kinh

Ngoài ra một số thuốc kháng động kinh đang được nghiên cứu: Logisamon, remacemid, pregabalin...

Điều trị các rối loạn tâm thần, các bệnh cơ thể đồng diễn...

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

Dinh dưỡng: Bổ sung dinh dưỡng, vitamin và yếu tố vi lượng, chế độ ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...

4.2.2. Điều trị phẫu thuật

Chỉ định:

Động kinh kháng thuốc

Động kinh cục bộ ổ khu trú nhỏ

Động kinh cục bộ toàn thể hóa

4.2.3. Đối với phụ nữ có thai và cho con bú

Vì thuốc kháng động kinh có thể gây dị tật thai nhi và bài tiết qua sữa mẹ nên phải thận trọng khi sử dụng các thuốc kháng động kinh cho phụ nữ có thai và cho con bú.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Động kinh là bệnh mạn tính, tuy nhiên nếu được phát hiện và điều trị đúng chuyên khoa thì bệnh nhân có tiên lượng tốt:

Khoảng 60% bệnh nhân điều trị ban đầu hoàn toàn có hiệu quả cắt được cơn, 40% số bệnh nhân còn lại vẫn còn cơn co giật, cần có các biện pháp điều trị thay thế.

Có thể ngừng thuốc khi: cắt cơn được từ 2,5-5 năm kể từ cơn cuối cùng. Khi ngừng thuốc một số bệnh nhân tái phát cơn thì phải điều trị lại, có thể phải uống thuốc suốt đời.

Có thể gặp những biến chứng hoặc tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt khi bệnh nhân lên cơn co giật, động kinh do suy giảm ý thức trong các cơn động kinh, mất khả năng của các động tác hữu ý. Đặc biệt khi cơn kéo dài có thể làm tổn thương não, khiến não thiếu oxy, tắc nghẽn đường thở, kèm theo là những biến đổi tâm lý mặc cảm, tự ti khi mang bệnh.

6. PHÒNG BỆNH: Không có biện pháp phòng bệnh đặc hiệu

Phụ nữ mang thai khám thai định kì, phòng ngừa chấn thương hay tổn thương não của trẻ khi sinh và khi trẻ lớn

Tiêm phòng để tránh các bệnh tổn thương não: viêm não Nhật Bản B....

Khi được chẩn đoán và điều trị người bệnh phải tuân thủ điều trị, không dùng đột ngột để tránh nguy cơ tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định Số 2058/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp, ban hành ngày 14/05/2020.