

Các rối loạn tư duy

CÁC RỐI LOẠN TƯ DUY

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được các triệu chứng và hội chứng rối loạn tư duy chủ yếu.
2. Khám, phát hiện được các triệu chứng, hội chứng tư duy thông thường để áp dụng cho việc chẩn đoán và điều trị.

I. KHÁI NIỆM TÂM LÝ HỌC

Tư duy là một quá trình hoạt động tâm thần phức tạp, là hình thức cao nhất của quá trình nhận thức, có đặc tính phản ánh thực tại khách quan một cách gián tiếp và khái quát, từ đó ta có thể nắm được bản chất và quy luật phát triển của sự vật và hiện tượng .

Quá trình tư duy được xây dựng trên cơ sở của cảm giác, tri giác, kiến thức, trí nhớ, sự tưởng tượng, phân tích, tổng hợp, phán đoán suy luận .

Một tư duy được gọi là bình thường khi nó phù hợp với thực tế khách quan và phù hợp với những chuẩn mực được đại đa số mọi người trong cộng đồng thừa nhận .

Tư duy được biểu lộ ra ngoài bằng lời nói và chữ viết .

II. CÁC RỐI LOẠN TƯ DUY

1. Rối loạn ngôn ngữ

Ngôn ngữ là biểu hiện của tư duy, về cả nội dung lẫn hình thức. Hình thức tư duy là cách thức bệnh nhân liên kết các ý tưởng với nhau, cách liên tưởng của các ý tưởng, tất cả tạo ra hình thức tư duy của con người. Nội dung tư duy là chủ đề mà bệnh nhân suy nghĩ, như nội dung của các ý tưởng, niềm tin, mối bận tâm ...tuy nhiên sự phân biệt giữa hình thức và nội dung của tư duy thực ra chỉ có tính quy ước vì hai mặt này luôn có một mối quan hệ chặt chẽ với nhau. Nội dung tư duy quyết định ngôn ngữ, ngoài ra nó còn liên quan đến các hoạt động tâm thần khác như trí nhớ, trí tuệ, ý thức, cảm xúc ...

1.1. Rối loạn nhịp độ ngôn ngữ

1.1.1. Nói nhanh

Nhịp tư duy nhanh, các ý tưởng xuất hiện kế tiếp nhau không ngừng vì thế làm bệnh nhân nói nhanh và có khi hỗn độn. Có những hình thức rối loạn ngôn ngữ nhịp nhanh như sau:

- Tư duy phi tán: bệnh nhân liên tưởng mau lẹ từ việc này sang việc khác, chủ đề luôn thay đổi, làm dòng tư duy mất mạch lạc, gặp trong hội chứng hưng cảm .

- Tư duy dồn dập: bao gồm những ý tưởng xuất hiện dồn dập trong đầu làm bệnh nhân không cưỡng lại được, các ý tưởng hoặc các hình ảnh này lướt nhanh trong óc làm bệnh nhân không thể tập trung chú ý đến một ý tưởng hoặc một hình ảnh riêng lẻ được, do đó bệnh nhân rất lo sợ vì thấy mình mất tự chủ, hiện tượng này thường thấy ở những người mệt mỏi, làm việc quá sức, lo âu, có khi do cà phê hoặc thuốc lá gây ra

- Nói hồ lộn: là nói liên tục, nhanh và không cưỡng lại được, có thể về một hoặc nhiều chủ đề khác nhau, tùy theo cấu trúc, nội dung và sự liên tục mà ta phân biệt nói hồ lộn do hưng cảm, do tâm thần phân liệt, do sa sút trí tuệ hoặc do tổn thương thực thể.

1.1.2. Nói chậm

Nhịp tư duy bị chậm lại, quá trình liên tưởng khó khăn, ý tưởng đơn điệu, thường gặp trong các trạng thái ức chế như do trầm cảm, ngoài ra còn gặp trong tâm thần phân liệt, lú lẫn, do các bệnh thực thể. Bệnh nhân trả lời câu hỏi một cách khó khăn, do dự, tạo ra một ấn tượng nghèo nàn về tri thức, trái ngược với khả năng bình thường của bệnh nhân. Người bệnh ý thức được điều này và đau khổ về sự chậm chạp đó, vì vậy bệnh nhân bị quan mặc cảm.

1.2 Rối loạn sự liên tục của dòng tư duy

Là một biểu hiện của rối loạn hình thái tư duy trong tâm thần phân liệt, nó biểu hiện một sự không liên quan giữa các nội dung trong dòng tư duy.

- Liên tưởng rời rạc: quá trình liên tưởng các ý tưởng không còn gắn kết với nhau, không có mối liên hệ lôgic với nhau.

- Tư duy tiếp tuyến: bệnh nhân khi đề cập một việc đề gì thì không nói rõ về vấn đề đó mà tiếp cận bằng những ý tưởng xa gần, không trực tiếp liên quan đến vấn đề mình muốn đề cập.

- Tư duy ngắt quãng: khi đang nói chuyện, dòng tư duy như bị cắt đứt, dừng lại, bệnh nhân không nói tiếp được, lát sau lại nói tiếp nhưng với chủ đề khác, có khi có những ý tưởng ký sinh, định hình .

- Tư duy lịm dần: đặc trưng bởi một sự giảm nhanh về cả lượng từ lẫn sự súc tích trong lời nói, bệnh nhân nói chậm, thưa và nhỏ dần rồi gián đoạn hoàn toàn, sau đó lại dần dần nói lại, bệnh nhân không hiểu tại sao lại như vậy .

- Đáp lập lại: mặc dù được hỏi bằng câu hỏi sau nhưng bệnh nhân vẫn trả lời cho câu hỏi trước .

- Ngôn ngữ định hình: bệnh nhân cứ nói lập đi lập lại một ý tưởng nào đó có tính chất máy móc .

- Xung động lời nói: đột nhiên bệnh nhân nói một tràng dài rồi im bất, bệnh nhân không cưỡng được và không do một kích thích thích hợp, thường có nội dung thô lỗ, tục tĩu.

Các triệu chứng của nhóm này biểu hiện cho tính phân ly của tâm thần phân liệt

1.3. Rối loạn hình thức ngôn ngữ

- Nói một mình: hay còn gọi là độc thoại, bệnh nhân nói lảm bảm một mình, không có nội dung rõ ràng, gặp trong tâm thần phân liệt .

- Đối thoại tưởng tượng: bệnh nhân nói chuyện với ảo thanh, hay như đang nói chuyện với một người tưởng tượng về một nội dung nào đó, gặp trong tâm thần phân liệt .

- Trả lời bên cạnh: ta hỏi một đằng bệnh nhân trả lời một nẻo, gặp trong tâm thần phân liệt .

- Không nói: bệnh nhân không nói hoàn toàn mà không có nguyên nhân thực thể, phải phân biệt với triệu chứng không nói chủ động là bệnh nhân không muốn nói do lâm vào những tình huống khó khăn, hoặc trong những trường hợp giả vờ câm và thường kết hợp với điếc giả vờ. Triệu chứng này thường gặp trong tâm thần phân liệt, trầm cảm, lú lẫn, rối loạn phân ly, trong rối loạn phân ly thì bệnh nhân cố gắng nói nhưng không phát âm được để chứng tỏ sự mất khả năng của mình tạo ra triệu chứng mất tiếng. Không nói có căn nguyên thực thể thường là do mất trí, không nói vô động do tổn thương thùy trán, thể viền và cấu trúc lưới.

- Nói lặp lại: bệnh nhân cứ lặp đi lặp lại một từ hoặc một âm có tính chất máy móc, không có chủ ý, gặp trong các tổn thương thực thể như hội chứng Parkinson, mất trí Pick .

- Đáp lặp lại: chỉ trả lời câu hỏi trước mặc dù được hỏi thêm nhiều câu hỏi kế tiếp

- Nhại lời: là sự lặp lại một cách tự động từ cuối cùng hoặc câu cuối cùng của người hỏi chuyện, thường gặp trong các bệnh tâm thần do tổn thương thực thể, chậm phát triển trí tuệ, hoặc mất trí .

1.4. Những biến đổi ngữ nghĩa

Bệnh nhân dùng những từ thông thường nhưng hoàn toàn theo một nghĩa riêng của mình, khác với quy ước của mọi người và không theo ý nghĩa thông thường, thường có ý nghĩa tượng trưng .

- Bịa từ mới: người bệnh tạo ra những từ mới với những ý nghĩa riêng mà chỉ có bệnh nhân mới biết, không liên quan đến ngữ nghĩa thông thường, gặp trong tâm thần phân liệt.

- Ngôn ngữ hỗn độn: bệnh nhân dùng những từ, những câu tối nghĩa, không kế tục nhau, hỗn độn, không diễn đạt được một nội dung nào cả. Triệu chứng này thường gặp trong tâm thần phân liệt, hoặc trong các trường hợp mất trí thực tổn.

- Loạn ngữ pháp: bệnh nhân nói không theo ngữ pháp thông thường mà tạo ra những cú pháp riêng, hình thành một loại ngôn ngữ riêng làm người khác không hiểu được. Thường gặp trong tâm thần phân liệt.

- Ngôn ngữ phân liệt: bao gồm tất cả các rối loạn về từ ngữ, biến đổi về ngữ nghĩa và các rối loạn kể trên. Các rối loạn này thường gặp trong tâm thần phân liệt, cho nên được gọi là ngôn ngữ phân liệt, từ này do E. Kraepelin đặt ra.

2. Các rối loạn nội dung tư duy

2.1. Các ý tưởng nổi bật

Là những ý tưởng quá mức, chiếm ưu thế trong ý thức và chi phối nhân cách bệnh nhân. Người bệnh không thể phê phán và được duy trì bằng một cảm xúc mãnh liệt, làm họ luôn tập trung vào ý tưởng này. Trong trường hợp trầm cảm thì gọi là đơn ý trầm cảm, trong hội chứng paranoia thì gọi là ý tưởng ưu thế, trong những trường hợp bình thường như các nhà nghiên cứu luôn tập trung vào những ý tưởng mà mình quan tâm thì gọi là ý tưởng cố định .

2.2. Ám ảnh

Là một ý tưởng, một suy nghĩ hay là một khuynh hướng chiếm lĩnh lấy tâm trí của người bệnh một cách dai dẳng, thường là không phù hợp với thực tế. Bệnh nhân biết đó là sai và cố gắng xua đuổi đi song không thể được, điều này làm cho họ lo sợ. Để chống lại sự lo sợ này thường thì người bệnh thường có những lời nói, động tác hoặc một hành động để tự trấn an mình, ta gọi đó là những nghi thức.

Ám ảnh có 3 biểu hiện khác nhau :

- *Ý tưởng ám ảnh*: là những ý tưởng dưới dạng những câu hỏi, chủ đề thường có tính chất siêu nhiên, tôn giáo như luôn ám ảnh với ý tưởng có thượng đế hay không ? về sự sống và cái chết ? và cũng có thể có những chủ đề khác về đạo đức và cuộc sống thường nhật, như sợ gây hại cho người khác, mình là nguyên nhân sự bất hạnh của người khác, ra khỏi nhà không khóa cửa, quên tắt đèn, bếp gaz ... các câu hỏi này đôi khi có dạng như là sự nghi ngờ ngấm bắt tận mà người ta còn gọi là cuồng nghi vấn.

- *Sợ ám ảnh*: bệnh nhân luôn bị cưỡng bức nhớ lại những tình huống hoặc các đồ vật làm cho bệnh nhân sợ, dù rằng trong thực tế không có các tình huống hoặc đồ vật gây sợ đó

(phân biệt với sợ đặc hiệu hay sợ thật sự), như bệnh nhân sợ bị nhiễm trùng, sợ lây bệnh truyền nhiễm, sợ bị ung thư ... sợ bị đổ mặt ở chỗ đông người. Trong đa số các trường hợp này bệnh nhân thường có hành vi tránh né .

- *Xung động ám ảnh* hay *xung động lo sợ*: bệnh nhân sợ mình có những hành vi kích động, lộ bịch, vô luân, hoặc bạo động, sợ nói tục trước chỗ đông người, sợ xúc phạm đến thần thánh hoặc có những hành vi sỗ sàng, sợ cầm dao đâm người, sợ nhảy qua cửa sổ ... làm bệnh nhân phải đấu tranh rất đau khổ .

2.3. Hoang tưởng

Hoang tưởng là những ý tưởng, những phán đoán sai lầm không phù hợp với thực tế do bệnh tâm thần sinh ra, bệnh nhân tin là hoàn toàn chính xác, ta không thể nào giải thích, đã thông được. Hoang tưởng chỉ mất đi khi bệnh tâm thần thuyên giảm. Hoang tưởng là triệu chứng chủ yếu của trạng thái loạn thần .

2.3.1. Cơ chế hình thành hoang tưởng

Cũng như sự hình thành các niềm tin, tín ngưỡng hay sự hiểu biết bình thường của con người là đi từ các quá trình tâm lý như: tri giác, trực giác, suy diễn ... các tác giả cổ điển cho rằng nếu các quá trình tâm lý này bị rối loạn thì hoang tưởng sẽ hình thành, người ta gọi đó là các “cơ chế” hình thành hoang tưởng, có 4 cơ chế chính

- Do suy đoán: người bệnh gán cho sự việc khách quan một ý nghĩa nào đó, ý nghĩa này xuất phát từ sự suy đoán chủ quan và bệnh lý của bệnh nhân. Khác với sự suy đoán bình thường là có hệ thống và có nhiều giả thiết gắn vào những tình huống nhất định, không cứng nhắc và có thể thay đổi để thích hợp với hoàn cảnh. Trái lại suy đoán bệnh lý thì chỉ đóng khung vào một ý nghĩa duy nhất vì bệnh nhân không thể nào tiếp thu sự phê phán được .

- Do trực giác: hoang tưởng được hình thành lập tức, nó chiếm ngự ngay trong ý thức của người bệnh mà không qua một quá trình suy diễn nào cả, và cũng chẳng dựa trên một cơ sở khách quan nào cả mà bệnh nhân chỉ gán cho sự vật, hiện tượng chung quanh một ý nghĩa mới theo hoang tưởng .

- Do tưởng tượng: người bệnh tin vào những điều tưởng tượng của mình là có thực trong thực tế. Cơ chế này thường gặp trong các hoang tưởng kỳ quái, hoang tưởng bịa chuyện

- Do ảo giác: hoang tưởng hình thành trên cơ sở của ảo giác như do ảo thính, ảo thị, ảo vị, ảo khứu, ảo giác xúc giác .

2.3.2. Các chủ đề thường gặp

Hoang tưởng có rất nhiều chủ đề khác nhau, sau đây là một số chủ đề thường gặp

Hoang tưởng bị hại: bệnh nhân tin tưởng rằng có người đang theo dõi, hại mình như bị đầu độc, bắt giết mình...

Hoang tưởng ghen tuông: bệnh nhân cho rằng vợ/chồng mình có quan hệ bất chính với người khác. Người bệnh lấy những sự kiện bình thường trong sinh hoạt hằng ngày như là những bằng chứng hiển nhiên cho mối quan hệ bất chính này. Bệnh nhân duy trì hoang tưởng với một cảm xúc thù hận, giận dữ theo dõi vợ/chồng mình một cách bí mật, có thể có những hành vi nguy hiểm cho người khác. Hoang tưởng này thường gặp trong rối loạn hoang tưởng dai dẳng.

Hoang tưởng kiện cáo: người bệnh suốt ngày làm đơn kiện cáo về những vụ việc không có thực trong thực tế hoặc được bệnh nhân gán cho một ý nghĩa quá mức. Họ gửi đơn kiện của mình hết cơ quan này đến cơ quan khác trong nhiều tháng nhiều năm, gây ra nhiều rắc rối

cho các cơ quan có thẩm quyền. Hoang tưởng này thường gặp trong rối loạn hoang tưởng dai dẳng.

Hoang tưởng nghi bệnh: không có cơ sở thực tế nhưng bệnh nhân luôn nghi ngờ mình bị bệnh nguy hiểm. Người bệnh đi khám hết phòng khám này sang phòng khám khác để yêu cầu tìm cho ra bệnh.

Hoang tưởng liên hệ: với những sự kiện sinh hoạt bình thường người bệnh đều cho là có mối liên quan đặc biệt đối với mình. Thấy bạn bè nói chuyện với nhau thì bệnh nhân cho là họ đang nói xấu mình, một người nhìn mình một cách vô tình thì cho là họ nhìn mình một cách kinh bỉ ...

Hoang tưởng tự cao: người bệnh cho rằng mình có nhiều tài năng, tài giỏi, lãnh đạo được mọi người, có chức vị cao, giàu có của cải nhiều vô kể...

Hoang tưởng tự ti: là ngược lại với hoang tưởng tự cao. Người bệnh luôn cho mình là hèn kém, không có khả năng, hèn kém, không xứng đáng được mọi người quan tâm chăm sóc...

Hoang tưởng yêu đương: người bệnh cho rằng có nhiều người yêu mình, thường là cấp trên hoặc những người nổi tiếng. Do không được đáp trả bệnh nhân trở nên thù hằn, giận dữ.

Hoang tưởng bị tội: người bệnh tin rằng mình có nhiều tội lỗi không thể tha thứ được. Hoang tưởng này thường gặp trong hội chứng trầm cảm và làm cho bệnh nhân tự sát.

Hoang tưởng bị điều khiển, bị chi phối: người bệnh cho rằng mình bị một thế lực nào đó điều khiển, chi phối hành vi, cảm giác hoặc suy nghĩ của mình. Các phương tiện chi phối có thể là các tác nhân vật lý như tia X, làn sóng điện, chip điện tử... hoặc các hình thức điều khiển mang tính chất thần bí như người linh hồn người đã chết nhập vào. Thường gặp trong tâm thần phân liệt.

Hoang tưởng kỳ quái: là loại hoang tưởng có nội dung kỳ quái không phù hợp với bối cảnh văn hóa xã hội của người bệnh, như cho mình là siêu tông thống. Hoặc có tính chất siêu nhiên như điều khiển được thời tiết, nói chuyện với thú vật ... đây là hoang tưởng thường gặp trong tâm thần phân liệt

2.3.3. Phân loại hoang tưởng theo cấu trúc

- *Hoang tưởng có hệ thống* (hoang tưởng paranoia): là các hoang tưởng có mối liên kết chặt chẽ bên trong với nhau. Tập trung vào một chủ đề và tạo ra một niềm tin vững chắc, hình thành một ý tưởng ưu thế, chi phối cảm xúc, hành vi của bệnh nhân. Loại hoang tưởng này thường tiến triển mạn tính .

- *Hoang tưởng không hệ thống* (hoang tưởng paranoid): đây là hoang tưởng thường gặp trong tâm thần phân liệt, chủ đề hoang tưởng thiếu hệ thống, không có một ý tưởng chi đạo xuyên suốt nào, nội dung các hoang tưởng không liên quan với nhau. Loại hoang tưởng này thường hình thành theo cơ chế ảo giác, thường là ảo thính.

3. Các rối loạn tư duy toàn bộ

Nghĩa là vừa rối loạn cả nội dung lẫn hình thức tư duy, rối loạn loại này có những triệu chứng sau :

- Tư duy phi thực tế: là loại tư duy thoát ra khỏi những ràng buộc của thực tế, hoàn toàn tuân theo cảm xúc và bản năng, đây là loại tư duy mơ mộng, mang tính trừu tượng thường gặp trong tâm thần phân liệt.

- Tư duy tự kỷ: gặp trong tâm thần phân liệt, là loại tư duy xa rời thực tế bên ngoài và quay vào với cuộc sống nội tâm.

- Tư duy thần bí: là loại tư duy không bị ràng buộc vào logic bình thường có những đặc điểm tư duy trẻ con, mê tín tạo ra rất nhiều nghi thức xã hội, gặp trong hội chứng ám ảnh .

- Tư duy phi logic: là loại logic mà bệnh nhân dùng để củng cố những kết luận hoặc những ý tưởng ưu thế của mình, lý luận này mới nghe qua thì tưởng là chính xác nhưng các tiền đề lại giả tạo. Kết luận mơ hồ và sự phán đoán tổng thể thì sai lạc.

- Lý luận bệnh lý: là loại tư duy luôn theo những cách lý luận không có đối tượng, không liên quan và xa rời thực tế cụ thể .

- Tư duy nghèo nàn: nội dung thông tin ít ỏi, mơ hồ, vốn từ giảm sút.

- Tâm thần tự động: là một trạng thái nhận thức rất đặc biệt của tư duy về hoạt động tâm thần của mình, trong trạng thái này bệnh nhân không còn kiểm soát được hoạt động tâm thần của mình và giới hạn của bản thân cũng bị mất đi .

+ Bệnh nhân có cảm tưởng tư duy mình bị người khác đoán được, bị lấy cắp hoặc tư duy bị vang thành tiếng trong đầu của mình, có khi tiếng vọng trong đầu này nghe rất xa lạ hoặc luôn bị ký sinh bởi một dòng tư duy nào đó .

+ Bệnh nhân có cảm giác bị bên ngoài chi phối, thế lực này bắt bệnh nhân suy nghĩ theo cách không phải của mình, bắt bệnh nhân nói hoặc thực hiện một số động tác nào đó, có khi kích động hay những xung động khó hiểu do bên ngoài chi phối .

+ Tư duy vang thành tiếng, bệnh nhân nghe được tư duy của mình như là một thực thể khách quan từ bên ngoài.

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Tư duy là gì?
2. Các rối loạn hình thức của tư duy?
3. Hoang tưởng là gì ? Các chủ đề thường gặp?
4. Phân biệt ám ảnh và hoang tưởng.

CÁC RỐI LOẠN CẢM XÚC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được các triệu chứng và hội chứng rối loạn cảm xúc thường gặp.
2. Khám, phát hiện được các triệu chứng, hội chứng cảm xúc thường gặp để áp dụng cho việc chẩn đoán và điều trị.

I. KHÁI NIỆM TÂM LÝ HỌC

Cảm xúc là một quá trình hoạt động tâm thần. Cảm xúc biểu hiện thái độ của con người đối với những kích thích từ bên ngoài cũng như từ bên trong cơ thể, đối với những ý tưởng thuộc phạm vi xã hội cũng như thuộc phạm vi thế giới vật lý. Nói tóm lại, cảm xúc biểu hiện thái độ con người đối với thực tế chung quanh và đối với bản thân.

Cảm xúc không thể tách ra khỏi các quá trình hoạt động tâm thần khác như: tư duy, trí nhớ, trí tuệ ... ta không thể hoàn chỉnh các quá trình nhận thức thực tại nếu thiếu cảm xúc, cảm xúc được hình thành từ thực tại.

Cơ sở giải phẫu của cảm xúc phần lớn ở vùng dưới vỏ não, vùng này chi phối cảm xúc thấp như bản năng, phần nhỏ hơn ở vỏ não chi phối cảm xúc cao như tình cảm

Cơ chế của cảm xúc là cơ chế thần kinh, qua trung gian cơ chế thần kinh, các biến đổi cảm xúc thường gây ra nhiều biến đổi nội tiết và đây là cơ sở sinh lý của nhiều bệnh cơ thể tâm sinh.

II. CÁC CÁCH PHÂN LOẠI CẢM XÚC

1. Cách thứ nhất: phân biệt cảm xúc cao và cảm xúc thấp .

- Cảm xúc thấp: là cảm xúc sơ đẳng, xuất hiện từ những nhu cầu của cơ thể, bản năng, như thích ngọt ghét đắng, sợ hãi khi gặp nguy hiểm ...

- Cảm xúc cao: còn gọi là tình cảm, xuất hiện trong mối quan hệ xã hội, phụ thuộc vào việc thỏa mãn các nhu cầu có tính chất xã hội, thẩm mỹ, luân lý ... cảm xúc cao phát triển trên cơ sở ý thức. Cảm xúc cao chi phối, kìm hãm cảm xúc thấp. Lòng yêu nước, yêu cái tốt, ghét cái xấu là những cảm xúc cao.

2. Cách thứ hai: chia theo cảm xúc âm tính và dương tính.

- Cảm xúc dương tính: biểu hiện sự thỏa mãn, làm tăng nghị lực, thúc đẩy hoạt động như: cảm xúc vui sướng, thân ái thiện cảm ...

- Cảm xúc âm tính: biểu hiện sự không thỏa mãn, làm mất hứng thú, giảm nghị lực như cảm xúc buồn rầu, xấu hổ, tức giận ...

3. Cách thứ ba: chia theo cường độ.

- Khí sắc: là trương lực của cảm xúc J. Delay đã định nghĩa: “khí sắc là trạng thái cảm xúc cơ bản, phong phú trong cách biểu lộ cảm xúc và bản năng, nó tạo ra trong tâm hồn mỗi người một sắc điệu dễ chịu hoặc khó chịu, dao động giữa hai cực thích thú và đau khổ“. Khí sắc thể hiện cường độ cảm xúc con người trong một thời điểm nhất định. Trong hội chứng trầm cảm thì khí sắc giảm và ngược lại trong hội chứng hưng cảm thì khí sắc tăng.

- Ham thích: là cảm xúc mạnh, sâu sắc, bền vững trong một thời gian dài, ham thích thúc đẩy hoạt động có ý chí, như ham thích âm nhạc, thơ văn, học tập ...

- Xung cảm: là một cảm xúc có cường độ mãnh liệt, quá mức, xuất hiện đột ngột trong một thời gian ngắn, thường kèm theo xung động ngôn ngữ và vận động, do tác dụng của những kích thích mạnh gây sợ hãi hoặc bất toại, xung cảm gọi là bệnh lý khi nó xuất hiện không tương ứng với kích thích thực tế bên ngoài mà dường như do những kích thích bên trong. Ở trẻ con, những cơn xung cảm thường được thể hiện bằng các cơn ngất, xỉu. Xung cảm thường gặp trong hội chứng hưng cảm, sa sút trí tuệ, động kinh, ngộ độc rượu, tâm thần phân liệt .

III. CÁC TRIỆU CHỨNG RỐI LOẠN CẢM XÚC

1. Các triệu chứng thuộc về giảm và mất cảm xúc

- Giảm khí sắc: bệnh nhân buồn rầu ủ rũ, gặp trong hội chứng trầm cảm .

- Cảm xúc bàng quan: bệnh nhân mất phản ứng cảm xúc, không biểu lộ cảm xúc ra vẻ mặt, trong trường hợp nặng hơn, gặp trong giai đoạn cuối của bệnh tâm thần phân liệt thì bệnh nhân mất cả khả năng biểu lộ cảm xúc, bệnh nhân hoàn toàn thụ động, lơ đãng, trạng thái này gọi là cảm xúc tàn lụi.

2. Các triệu chứng thuộc về tăng cảm xúc

- Tăng khí sắc: bệnh nhân vui vẻ, luôn cảm thấy khoan khoái, gặp trong hội chứng hưng cảm .

- Khoái cảm: bệnh nhân vui vẻ một cách vô nghĩa, không thích ứng với hoàn cảnh, thường gặp trong các trạng thái sa sút trí tuệ, hội chứng hưng cảm hoặc trong bệnh tâm thần phân liệt, ngoài ra còn gặp trong các bệnh lý thần kinh như bệnh liệt toàn thể tiến triển do giang mai thần kinh.

3. Các triệu chứng cảm xúc khác

- Cảm xúc hai chiều: đối với một đối tượng đồng thời xuất hiện hai cảm xúc hoàn toàn trái ngược nhau như vừa yêu lại vừa ghét, vừa thích vừa không thích ...

- Cảm xúc trái ngược: là cảm xúc không thích hợp với sự kiện hoặc có khi lại trái ngược với hoàn cảnh, như được thư vui lại khóc, nghe tin buồn lại cười vui vẻ ...

- Cảm xúc tự động: bệnh nhân vui, buồn, cười khóc, giận dữ vô cớ không do một kích thích thích hợp bên ngoài gây ra .

Các triệu chứng trên thể hiện tính phân ly hay còn gọi là tính thiếu hòa hợp của bệnh tâm thần phân liệt .

- Lo âu: là trạng thái cảm xúc chủ quan, thoáng qua hoặc dai dẳng (lo âu dai dẳng thường do đặc điểm nhân cách) khi con người phải đối đầu một sự đe dọa, một công việc khó hoàn thành, thường thì các nguyên nhân này không có tính trực tiếp và cụ thể, mơ hồ khó xác định. Lo âu trở nên bệnh lý khi ta không kiểm soát được nó, lúc này lo âu gây rối loạn toàn bộ hành vi con người và được gọi là rối loạn lo âu.

- Lo sợ: là trạng thái cảm xúc vừa chủ quan vừa khách quan như khi con người phải đối đầu với mối nguy hiểm cụ thể, bệnh nhân có nhiều rối loạn cơ thể chức năng, người bệnh vừa cảm thấy có một sự căng thẳng nội tâm mà luôn phải cảnh giác, lo sợ, đồng thời vừa có các triệu chứng cơ thể như tim đập nhanh, hồi hộp, khó thở, toát mồ hôi, rét run, nôn mửa, tiêu chảy, bí tiểu ... nếu cơn lo sợ có tính chất cấp tính, đạt đến đỉnh điểm trong một thời gian ngắn làm bệnh nhân tưởng như mình sắp chết đến nơi thì gọi là cơn hoảng sợ .

IV. CÁC HỘI CHỨNG RỐI LOẠN CẢM XÚC

1. Hội chứng trầm cảm

Đây là một hội chứng thường gặp, ở nước ta giai đoạn trầm cảm chiếm tỷ lệ cao khi điều tra tại cộng đồng (Theo kết quả điều tra dịch tễ của Viện Sức Khỏe Tâm Thần năm 2000): 3,34% (Hà Tây); 5,27% (Vĩnh Phúc); 2,46% (Đà Nẵng); 3,41% (Hà Tây); 2,61% (Thái Nguyên).

Một hội chứng trầm cảm điển hình có những thành phần sau

- Cảm xúc ức chế: trương lực cảm xúc giảm, bệnh nhân buồn rầu ủ rũ, mau mỏi mệt, không muốn làm việc, không thấy hứng thú trong lao động, chán ăn, hoạt động tình dục giảm, mọi việc dường như vô nghĩa, mất các thích thú cũ, cuộc sống gia đình, xã hội trở nên nhàm chán, tương lai đen tối .

- Tư duy ức chế: suy nghĩ chậm chạp, quá trình liên tưởng khó khăn, ý tưởng nghèo nàn, bệnh nhân khó phát triển các ý tứ của mình, khó tập trung tư tưởng, có nhiều ý tưởng tự ty, tự buộc tội, bệnh nhân trở nên vô vọng, có thể có những ý tưởng đen tối như ý tưởng tự sát.

- Vận động ức chế: vận động chậm chạp, mau mỏi mệt, giảm sinh lực, vẻ mặt và dáng điệu nghèo nàn, giọng nói trầm và đơn điệu, bệnh nhân trông già trước tuổi, giảm động tác trong trường hợp nặng có thể dẫn đến bất động.

- Các triệu chứng kết hợp: các triệu chứng thường gặp như lo âu, bệnh nhân cảm thấy căng thẳng mệt mỏi với nhiều rối loạn thần kinh thực vật như hồi hộp, nhịp tim tăng, đau vùng trước tim, chóng mặt, đau đầu, khô miệng, táo bón, chán ăn, gầy ốm mất ngủ, thường là mất ngủ cuối giấc, bệnh nhân thức dậy với nhiều triệu chứng lo âu .

2. Hội chứng hưng cảm

Là một hội chứng hoàn toàn đối lập với hội chứng trầm cảm, biểu hiện bằng một sự hưng phấn tâm thần vận động .

- Cảm xúc hưng phấn: khí sắc tăng, vui vẻ, có thể đi từ trạng thái khoái cảm đến hưng dữ hay đùa cợt.

Khoái cảm: người bệnh vui vẻ, không thấy mệt mỏi, tự cao, hay khuyên bảo người khác, suồng sã, khiêu dâm, nếu bị ngăn cản thì bệnh nhân trở nên hưng dữ, bệnh nhân thích châm chọc, gây bất hòa.

Đùa cợt: hoạt động không đầu không đuôi, người bệnh chỉ phản ứng với những tình huống tức thì mà không nghĩ đến hậu quả về sau.

- Tư duy hưng phấn: nói nhanh, tư duy phi tán, chú ý luôn thay đổi, nhiều sáng kiến, hoang tưởng tự cao, hay ca hát, trí nhớ tăng, quá trình liên tưởng mau lẹ, có thể có hoang tưởng dòng dõi, hoang tưởng phát minh, bệnh nhân hay chơi chữ, nói theo vần theo điệu.

- Vận động hưng phấn: vẻ mặt rất biểu cảm, đứng ngồi không yên, hay liếc mắt với người khác, ít ngủ, ăn uống ít, dễ tiếp xúc, thân mật với mọi người thái quá, chi tiêu không tính toán, không biết e thẹn nên hay có những hành vi lỗ mãng, khiêu dâm, đáng đi thì điệu bộ, đi đứng như là đang đi diễn bình .

Các hội chứng hưng cảm và trầm cảm thường gặp trong các trạng thái bệnh lý cảm xúc như trong rối loạn lưỡng cực, rối loạn phân liệt cảm xúc. Hội chứng trầm cảm còn gặp trong trầm cảm tái diễn, các trạng thái phản ứng ...

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Cảm xúc là gì?
2. Các cách phân loại cảm xúc
3. Khí sắc là gì? Các triệu chứng rối loạn cảm xúc thường gặp?
4. Mô tả các hội chứng cảm xúc hưng cảm và trầm cảm.

CÁC RỐI LOẠN HOẠT ĐỘNG CÓ Ý CHÍ

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được các triệu chứng và hội chứng rối loạn hoạt động có ý chí chủ yếu
2. Khám và phát hiện được các triệu chứng, các hội chứng rối loạn hoạt động có ý chí thường gặp trong các bệnh tâm thần thông thường để áp dụng cho việc chẩn đoán và điều trị.

I. KHÁI NIỆM TÂM LÝ HỌC

Hoạt động có ý chí là một quá trình hoạt động tâm thần có mục đích. Trái với bản năng là những phản xạ không điều kiện, bẩm sinh, nhằm duy trì đời sống sinh vật. Ở người bình thường, các hoạt động bản năng bị kìm chế, chỉ trong những trạng thái bệnh lý hoạt động bản năng mới bộc lộ ra.

Hoạt động hình thành từ những mức độ giản đơn như: động tác (co duỗi, sắp sửa) cho đến mức độ phức tạp hơn là các vận động (đi, đứng, chạy nhảy) khi các hoạt động này có một mục đích xã hội nhất định thì ta gọi đó là những hoạt động có ý chí (hoạt động thể dục thể thao, văn nghệ...)

II. CÁC RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG VÀ HOẠT ĐỘNG CÓ Ý CHÍ

1. Các rối loạn vận động

- Vận động chậm: bệnh nhân vận động chậm chạp, các động tác được thực hiện một cách từ tốn chậm rãi, bước đi chậm nhỏ, bệnh nhân ít nói hoặc nói chậm, vẻ mặt ít biểu cảm. Thường gặp trong hội chứng trầm cảm. Trong trường hợp bệnh nhân tâm thần phân liệt bị sa sút trí tuệ, đặc biệt do tính hoài nghi, do dự làm các vận động bị gián đoạn.

- Giảm vận động: người bệnh giảm thực hiện các động tác, hay ngồi hoặc nằm yên, ít đi lại. Bệnh nhân ít tham gia các công việc thường ngày.

- Vô động: hay còn gọi là bất động, bệnh nhân hoàn toàn bất động, không có các động tác, không vận động. Gặp trong hội chứng trầm cảm, hội chứng căng trương lực, trong các trạng thái phản ứng.

- Tăng vận động: các động tác được thực hiện nhanh và có nhiều động tác thừa, ta quan sát thấy bệnh nhân luôn vận động. Gặp trong hội chứng hưng cảm.

- Bồn chồn: bệnh nhân đứng ngồi không yên, hay đi lại, hai chân luôn cử động, thường do thuốc an thần kinh gây ra

- Động tác định hình: bệnh nhân cứ lập đi lập lại một loại động tác nào đó, thường gặp trong hội chứng căng trương lực.

- Nhại động tác: bệnh nhân bắt chước và làm theo các động tác của người đối diện

- Mất trương lực (cataplexy) sức cơ bị yếu hoặc mất trương lực cơ đột ngột và tạm thời, xuất hiện sau một tác động cảm xúc như ngạc nhiên, sau một cơn cười... Bệnh nhân đột ngột ngã lả ra, không có biểu hiện báo trước và cũng không bị mất ý thức. Cơn có thể không hoàn

toàn, chỉ mất trương lực vùng đầu cổ, hoặc đầu gối làm bệnh nhân khụy xuống. Đồng thời có thể kết hợp với chứng ngủ rũ và ảo giác lúc nửa thức nửa ngủ tạo thành hội chứng Gélineau.

- Loạn động cấp: thường thấy ở những bệnh nhân đang điều trị bằng thuốc an thần kinh, biểu hiện với những triệu chứng ngoại tháp như là tăng trương lực cơ, run, giảm động tác. Trong trường hợp loạn động cấp, bệnh nhân có những cơn tăng trương lực cơ, người uốn ra, đầu ngửa ra sau hoặc quay sang một bên, mắt nhìn lên trần nhà, bệnh nhân có cảm giác bồn chồn, đứng ngồi không yên.

- Loạn động muộn: trong trường hợp do dùng một số thuốc an thần kinh dài ngày, người bệnh có thể có một số biểu hiện loạn động ở vùng mặt cổ làm đầu người bệnh quay sang một bên, miệng nhô ra, môi luôn rung như miệng thổi. Loạn động muộn khó điều trị.

2. Các rối loạn hoạt động có ý chí

- Giảm hoạt động: bệnh nhân ít tham gia các sinh hoạt xã hội, đoàn thể, năng suất học tập, công tác giảm sút ... gặp trong các trạng thái trầm cảm, suy nhược.

- Tăng hoạt động: ngược lại với giảm hoạt động, người bệnh tăng hoạt động luôn tham gia tích cực vào nhiều loại hình hoạt động mà bình thường họ không tham gia, ví dụ ở trường học mọi phòng trào từ lao động, báo chí, văn nghệ, thể thao.... bệnh nhân đều tham gia tích cực mặc dù không có năng khiếu và thành tích đóng góp chẳng là bao. Gặp trong trạng thái hưng cảm .

- Mất hoạt động: thường kết hợp với mất cảm xúc, người bệnh hoàn toàn không tham gia bất kỳ một hoạt động nào. Gặp trong tâm thần phân liệt, loạn thần phản ứng, trầm cảm nặng.

3. Các hội chứng rối loạn hoạt động có ý chí

Trên cơ sở các rối loạn hoạt động có ý chí trên ta phân biệt các hội chứng rối loạn hoạt động có ý chí sau

3.1. Hội chứng tăng động

Các vận động và hành vi phức tạp của bệnh nhân đều hưng phấn, các hành vi này có thể vẫn còn hoà hợp với nhau và vẫn có hiệu quả nhất định. Hội chứng này có thể quan sát được ở người bình thường, nhưng hay gặp nhất là trong giai đoạn đầu của hưng cảm hoặc trong hội chứng hưng cảm nhẹ hoặc vừa. Hội chứng này thường gặp ở trẻ em bị hội chứng tăng động giảm chú ý, những trẻ này không thể ngồi yên một chỗ, luôn vận động, gây ra nhiều rối loạn trong lớp học do hành vi tăng động và không thể tập trung chú ý vào việc học, làm ảnh hưởng đến việc học của bạn bè trong lớp. Tại các trường học, nhiều học sinh cá biệt mắc phải hội chứng này với nhiều mức độ khác nhau.

3.2. Hội chứng kích động

Là trạng thái hưng phấn tâm thần vận động quá mức, các chức năng tâm thần vận động đều gia tăng. Tuy nhiên các hoạt động này không được phối hợp với nhau để tạo ra những hiệu quả nhất định. Kích động thường là không có mục đích và có tính chất phá hoại, gây ra những hành vi bạo lực nguy hiểm. Kích động do nhiều bệnh lý khác nhau gây ra.

Người ta chia kích động ra làm hai loại

3.2.1. Trạng thái kích động

Bệnh nhân kích động tương đối kéo dài, do bệnh lý tâm thần gây ra, thường gặp trong các bệnh loạn thần nội phát như :

- Kích động hưng cảm: tư duy cảm xúc đều hưng phấn, vận động thì kích động .
- Kích động do các trạng thái hoang tưởng ảo giác: kích động do hoang tưởng ảo giác chi phối, cường độ kích động dao động theo mức độ trầm trọng và nội dung của hoang tưởng và ảo giác.
- Kích động do tâm thần phân liệt: kích động có tính chất xung động không lường trước được, thường do hoang tưởng, ảo giác chi phối.
- Kích động căng trương lực: kích động đột ngột, vô nghĩa và có tính chất định hình, các động tác cứ lặp đi lặp lại không nhằm một mục đích nào cả, không bị tác động bởi những kích thích bên ngoài.

Ngoài ra kích động còn gặp trong các bệnh loạn thần thực thể hoặc do nhiễm độc (rượu), bệnh nhân kích động trong trạng thái lú lẫn.

3.2.2. Con kích động

Con ngắn hơn, có thể xuất hiện trên bất kỳ một nền tảng bệnh lý nào, nó ít liên quan đến các quá trình nội phát mà chủ yếu do phản ứng tâm lý, ta có thể hiểu được nguyên nhân của loại kích động này. Con kích động thường xuất hiện ở những người dễ bị kích thích, không làm chủ được bản thân như do sa sút trí tuệ, chậm phát triển trí tuệ, do động kinh. Con kích động thường xuất hiện dưới dạng kích động giận dữ, kích động lo âu, con hystérie, con tăng thờ

3.3. Bất động

Là trạng thái ức chế tâm thần vận động nặng nề, do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra

3.3.1. Bất động căng trương lực

Có thể đi từ trạng thái bán bất động đến bất động hoàn toàn, ta có thể quan sát được triệu chứng giữ nguyên dáng, tức là ta đặt tay chân bệnh nhân ở tư thế nào thì người bệnh giữ nguyên tư thế đó, hoặc có triệu chứng Páp lốp: ta hỏi to thì bệnh nhân không trả lời nhưng hỏi thầm thì lại trả lời, đưa thức ăn lại không chịu cầm nhưng ta lấy đi thì bệnh nhân giật lại. Trong bệnh cảnh bất động căng trương lực ta có thể thấy:

- Trạng thái phủ định: người bệnh chống lại mọi yêu cầu của thầy thuốc, không chịu ăn, không nói hoặc chống đối chủ động các yêu cầu của thầy thuốc, bảo mở mắt ra thì nhắm kín mắt lại, bảo há miệng ra thì lại ngậm chặt lại.

- Tính thụ động: bệnh nhân không có những hành vi tự ý, kết hợp với vâng lời tự động theo yêu cầu của những người chung quanh, từ mức độ lặp lại ngay lập tức các động tác của người khác ta gọi là nhại động tác, nhại về mặt, nhại lời, hoặc giữ nguyên dáng với các triệu chứng uốn sáp, ví dụ: ta đặt tay chân bệnh nhân ở tư thế nào thì cứ giữ nguyên tư thế đó, bệnh nhân vẫn nằm góc đầu lên mặc dù ta đã rút gối đi gọi là triệu chứng gối không khí.

Trong trạng thái bất động căng trương lực có khi người bệnh có những cơn xung động tâm thần vận động, như đột nhiên lại cười lớn một tràng dài, chửi bới người khác vô cớ có khi có những cơn xung động nguy hiểm .

Hội chứng căng trương lực thường gặp trong tâm thần phân liệt, trong những trường hợp lú lẫn do nhiễm trùng, nhiễm độc, trong các bệnh não thực thể như do viêm não. Nhờ việc dùng thuốc an thần kinh sớm trong tâm thần phân liệt nên hội chứng căng trương lực ngày càng ít dần.

3.3.2. Sững sờ

Là một sự dừng lại tất cả các hoạt động tâm thần vận động ở mức độ tối đa, bệnh nhân nằm ngòai bất động, không nói, về mặt đờ đẫn không còn phản ứng với những kích thích, không chịu ăn uống, có khi ỉa đái ra quần. Sau bộ mặt sững sờ người bệnh còn có thể suy nghĩ, dòng tư duy vẫn còn hoạt động. Thường có những loại sững sờ sau

- Sững sờ sâu uất: là biểu hiện nặng nề nhất của trầm cảm, sững sờ có thể xuất hiện từ từ, bệnh nhân không nói nên khó phát hiện các hoang tưởng như hoang tưởng bị hại, bị tội nhưng sự đau khổ nội tâm của bệnh nhân có thể phát hiện được qua vẻ mặt nhăn nhó, cau mày tạo ra dấu Ω trầm cảm .

- Sững sờ căng trương lực: về mặt vô cảm hoặc khó hiểu, bất động kết hợp với chống đối hoặc giữ nguyên dáng. Sững sờ có thể chấm dứt đột ngột hoặc có thể kéo dài trong nhiều tháng. Sau khi ra khỏi cơn, đôi khi bệnh nhân có thể kể lại được nội dung các hoang tưởng đã chi phối bệnh nhân, như là lúc đó bệnh nhân đang nhập thiền, hoặc đang thấy cảnh tận thế

- Sững sờ do xúc cảm: thường xảy ra trong thời chiến hoặc trong các thảm họa do thiên tai hoặc sau một sang chấn tâm lý mạnh, bệnh nhân có thể bị chết ngất hoặc nét mặt có vẻ như xa lạ với thực tế chung quanh, trạng thái này thường qua nhanh.

- Sững sờ lú lẫn: người bệnh trở nên vô cảm, lơ đãng, thờ ơ, thường kết hợp với kích động hơn là với mê mộng.

4.Tic

Là những động tác không tự ý, xuất hiện đột ngột, nhanh và lập đi lập lại, ảnh hưởng đến một nhóm hoặc nhiều nhóm cơ có liên quan đến một chức năng vận động. Bệnh nhân có ý thức về các động tác này và có thể cưỡng lại được trong một thời gian ngắn từ vài phút đến vài giờ. Có rất nhiều loại tic khác nhau, người ta thường phân thành các loại sau:

- Tic vận động đơn: như nháy mắt, nhíu mày, nhún vai....
- Tic vận động phức hợp: như gõ nhịp trên mặt bàn...
- Tic phát âm: như đặng háng, khịt mũi...
- Tic nhỏ tóc: xung động nhỏ tóc

Các tic này thường xuất hiện ở trẻ nhỏ dưới 14 tuổi, theo tỷ lệ 3 nam 1 nữ, các triệu chứng gia tăng khi bị stress và giảm đi khi chú tâm làm một việc gì đó.

Khi tic kết hợp với những triệu chứng như nói tục, nhại lời thì đó là biểu hiện của hội chứng Gilles de la Tourette, đây là một rối loạn mang tính chất thoái hoá, giai đoạn cuối cùng có thể gây ra mất trí.

III. CÁC RỐI LOẠN BẢN NĂNG

1. Các hành vi xung động

Trong tình trạng xung động, bệnh nhân có một nhu cầu không cưỡng lại được, phải thực hiện một hành vi đột ngột, tức thời thường mang tính chất phạm pháp, tấn công hoặc vô nghĩa mà bệnh nhân không thể kìm chế được, có khi do xung động bệnh nhân thực hiện hành vi tự sát. Các hành vi xung động này thường xuất hiện trên những người bệnh bị nhân cách bệnh, hưng cảm, tâm thần phân liệt, động kinh, mất trí thực tổn.

2. Các xung động bản năng

2.1. Rối loạn bản năng ăn uống: ăn uống là một nhu cầu vừa có tính chất sinh lý, tâm lý, văn hoá xã hội. Do đó các rối loạn bản năng ăn uống thường có nhiều nguyên nhân gây ra. Các loại rối loạn bản năng ăn uống thường gặp là

- Không ăn: bệnh nhân hoàn toàn không chịu ăn uống, gặp trong hội chứng trầm cảm, tâm thần phân liệt... có thể do hoang tưởng chi phối như do hoang tưởng tự buộc tội (không xứng đáng được ăn) hoang tưởng bị đầu độc (sợ trong thức ăn có thuốc độc) hoang tưởng hư vô (cho rằng mình không còn ruột gan), hoặc ảo giác chi phối (ảo thanh ra lệnh không được ăn). Không ăn có thể là một hành vi có ý thức, có chủ đích như là tuyệt thực để yêu sách, hoặc có lý do tôn giáo ... trong trường hợp này thì không được xem là bệnh lý.

- Chán ăn: bệnh nhân ăn uống ít hoặc không chịu ăn một số thức ăn nào đó, có thể là tự ý hoặc không. Trong một số trường hợp bệnh nhân tự gây nôn để sút cân. Chán ăn, gây sút có thể gặp trong mọi trường hợp bị bệnh thực tổn. Trong bệnh lý tâm thần thường gặp trong

Trầm cảm: chán ăn kết hợp với khí sắc trầm và mọi hoạt động tâm thần vận động đều bị ức chế

Chán ăn tâm thần: gặp ở thiếu nữ, ngoài triệu chứng chán ăn gây sút còn có rối loạn kinh nguyệt, các hoạt động trí năng và xã hội vẫn còn duy trì. Chán ăn tâm thần có tính chất tâm căn.

Chán ăn ở người già: do nhiều nguyên nhân như sức khoẻ giảm sút, ít vận động làm nhu cầu năng lượng thấp, đặc biệt do trầm cảm làm bệnh nhân chán ăn.

- Con thèm ăn: bệnh nhân ăn ngẫu nhiên do bệnh nhân cảm thấy đói cồn cào, thường gặp ở nữ giới từ 20 - 30 tuổi, bệnh nhân có những cơn thèm ăn không cưỡng lại được, ăn mọi loại thức ăn nhất là những loại thức ăn dễ nuốt, tần suất của các cơn từ 2 cơn / tuần đến 10 cơn / ngày làm bệnh nhân béo phì. Thường gặp ở bệnh nhân hưng cảm, tâm thần phân liệt, chậm phát triển trí tuệ hoặc bị mất trí. Ăn nhiều còn gặp ở bệnh nhân lo âu, trầm cảm.

- Ăn vật bản: bệnh nhân ăn vật bản như phân, ăn súc vật sống như thằn lằn, gián sống ... gặp ở bệnh nhân tâm thần phân liệt, mất trí...

- Ăn gờ: ăn những thứ không phải là thực phẩm như xà phòng, đất cát, tóc...

- Thèm uống: hay còn gọi là “cuồng ẩm“ trong cơn bệnh nhân uống rất nhiều nước làm bệnh nhân tiểu nhiều mà không phải do đái tháo nhạt, gặp trong tâm thần phân liệt, hysteria, nhân cách bệnh.

- Cơn thèm rượu: bệnh nhân uống nhiều rượu có tính chu kỳ và không cưỡng lại được, làm bệnh nhân trở thành người nghiện rượu nhưng theo từng thòi kỳ. Thường gặp liên quan đến rối loạn trầm cảm

2.2. Cơn đi lang thang

Xuất hiện thành chu kỳ, bệnh nhân không cưỡng lại được, bỏ cả công việc đang làm để đi lang thang không mục đích.

2.3. Cơn trộm cắp

Là một hành vi trộm cắp mang tính xung động, không cưỡng lại được, lập đi lập lại, lấy cắp những đồ vật không dùng đến hoặc chẳng có giá trị gì, không vì mục đích kinh tế .

2.4. Cơn đốt nhà

Thường gặp ở nam giới, bệnh nhân rất thích thú khi nhìn ngọn lửa, có khi bệnh nhân chỉ bật que diêm để xem ngọn lửa cháy .

2.5. Cơn giết người

Cơn xuất hiện theo kiểu xung động vô cơ nên rất nguy hiểm vì không lường trước được, gặp trong tâm thần phân liệt .

2.6. Loạn dục

Bệnh nhân sử dụng nhiều hình thức khác để đạt được khoái dục như

- Thủ dâm: là rối loạn hành vi tình dục thường gặp và lành tính, thường gặp ở người trẻ tuổi, nếu hành vi này được thực hiện không thường xuyên thì không được xem là bệnh lý.

- Loạn dục đồng giới (đồng tính luyến ái): quan hệ tình dục với người cùng giới tính. Hiện nay nhiều nơi trên thế giới, loại rối loạn này được xã hội chấp nhận .

- Loạn dục với trẻ em (ấu dâm): hiện nay có khuynh hướng lan tràn ở nhiều nơi trên thế giới. Nhất là tại các nước đang phát triển, trẻ em bị lạm dụng tình dục bởi du khách nước ngoài.

- Khổ dâm: chỉ đạt được khoái dục khi tự gây đau đớn cho bản thân.

- Ác dâm: chỉ đạt được khoái dục khi gây đau đớn thể xác cho bạn tình.

Ngoài ra còn có các chứng loạn dâm phô bày, chứng nhìn trộm, chứng kê giao, cuồng dâm nữ (nymphomania), cuồng dâm nam (satyriasis)...

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Phân biệt động tác, vận động và hoạt động có ý chí
2. Mô tả các hội chứng rối loạn hoạt động
3. Mô tả các loại xung động bản năng

CÁC RỐI LOẠN TRÍ TUỆ

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được các triệu chứng và hội chứng rối loạn trí tuệ chủ yếu.
2. Khám, phát hiện được các triệu chứng, hội chứng rối loạn trí tuệ thông thường để áp dụng cho việc chẩn đoán và điều trị.

I. KHÁI NIỆM TÂM LÝ HỌC

Trí tuệ được xem như là tổng hợp nhiều mặt khác nhau của quá trình hoạt động nhận thức của con người. Trí tuệ có liên quan đến tất cả các hoạt động tâm thần đặc biệt là liên quan chặt chẽ với tư duy trong quá trình suy luận, phán đoán, lĩnh hội. Nói đến trí tuệ tức là nói đến năng lực sử dụng đến mức tối đa vốn tri thức và kinh nghiệm thực tiễn đã tích lũy được để hình thành nhận thức mới, phán đoán mới, giúp con người hoạt động có hiệu quả nhất trong thực tế cuộc sống.

Cơ sở hình thành trí tuệ đó là

- Cấu trúc của não bộ.
- Quá trình rèn luyện có hệ thống trong lao động trí óc và chân tay, trong sự tiếp xúc thực tiễn với xã hội loài người.

Khi vốn tri thức càng rộng, càng sâu thì trí tuệ của con người đó càng cao.

II. CÁC HỘI CHỨNG RỐI LOẠN TRÍ TUỆ

Có hai loại rối loạn trí tuệ:

- Trí tuệ chậm phát triển.
- Trí tuệ sa sút.

1. Trí tuệ chậm phát triển

- Trong trí tuệ chậm phát triển phân thành ba mức độ từ nặng đến nhẹ, bao gồm:
 - + Hội chứng chậm phát triển trí tuệ nặng.
 - + Hội chứng phát triển trí tuệ vừa.
 - + Hội chứng chậm phát triển trí tuệ nhẹ.
- Đặc điểm chung của trí tuệ chậm phát triển:
 - + Trí tuệ chậm phát triển thường có tính bẩm sinh hoặc xuất hiện vài năm đầu sau khi sinh, khi trí tuệ chưa phát triển.
 - + Khả năng hoạt động nhận thức rất yếu hay không có, chỉ lĩnh hội được những cái giản đơn cụ thể.
 - + Ở những người trí tuệ chậm phát triển thường kèm theo nhiều dị dạng về mặt cơ thể.

Các bệnh lý trí tuệ chậm phát triển không chữa được, những trường hợp nhẹ thông qua huấn luyện có thể cải thiện được phần nào về nhận thức.

Ở nước ta theo con số thống kê vào năm 2000 do Viện Sức khỏe Tâm thần Việt Nam cho thấy tỷ lệ bị chậm phát triển trí tuệ ở các mức độ từ nhẹ đến trầm trọng là 0,92% (Hà Tây); 1,38% (Vĩnh Phúc); 0,39% (Đà Nẵng); 0,61% (Hà Tây); 0,49% (Thái Nguyên)

1.1. Hội chứng chậm phát triển trí tuệ nặng

Là mức độ nặng nhất của trí tuệ chậm phát triển.

Đặc điểm chung:

- Không có nhận thức, chỉ có đời sống sinh vật với bản năng sinh tồn.

- Có cảm giác và có phản ứng thô sơ với kích thích của môi trường cũng như kích thích của cơ thể.

- Hoạt động đơn điệu, động tác rời rạc.
- Phản ứng cảm xúc thể hiện nhu cầu bản năng. Ví dụ: đói thì khóc hoặc đòi ăn...
- Không biết nói hoặc có thể có một số từ nhưng khả năng phát âm không rõ, rời rạc.
- Bệnh nhân không tự phục vụ được bản thân, đời sống của bệnh nhân hoàn toàn phụ thuộc vào người thân.

1.2. Hội chứng chậm phát triển trí tuệ vừa

Là mức độ trung bình của trí tuệ chậm phát triển .

Đặc điểm chung:

- Phản ứng với kích thích môi trường xung quanh linh hoạt hơn hội chứng chậm phát triển tâm thần nặng.
- Có ít vốn thông dụng để sử dụng hàng ngày nhưng phát âm sai, giọng trẻ con.
- Có tư duy cụ thể, không tiếp thu được những ý niệm trừu tượng khái quát.
- Biểu hiện cảm xúc sơ đẳng, song rất thô bạo có thể là khoái cảm, giận dữ, dễ bị ám thị, dễ bị sai khiến, bị lợi dụng.
- Một số có thể thông qua huấn luyện làm được một số việc lao động bằng chân tay. Tuy nhiên, phải thường xuyên nhắc nhở hướng dẫn, một số có thể tập đọc tập viết và đếm được.
- Thường thường xảy ra những hành vi mang tính chất thô bạo, thiếu sự kiềm chế và dẫn đến nguy hiểm cho tính mạng bản thân cũng như mọi người xung quanh.

1.3. Hội chứng chậm phát triển trí tuệ nhẹ:

Là mức độ nhẹ của trí tuệ chậm phát triển.

Đặc điểm chung:

- Vốn dự trữ có khá hơn hội chứng chậm phát triển trí tuệ vừa song vẫn nghèo nàn, nói năng không lưu loát, khó khăn trong việc xử lý những tình huống thông thường.
- Có thể tích lũy được một số vốn về kiến thức. Trí nhớ máy móc khá phát triển.
- Có thể học được một số năm đầu của chương trình phổ thông nhưng tiếp thu chậm.
- Có thể huấn luyện và làm được một số nghề thủ công đơn giản.
- Tính tình thường nhút nhát, dễ bị ám thị, dễ bị sai khiến, hay tự ti mặc cảm hoặc thô bạo, bùng nổ nhưng có người lại sống hoà thuận, ít mâu thuẫn với mọi người.

Hội chứng chậm phát triển trí tuệ thường gặp trong bệnh thực thể não, ở thời kỳ bào thai hoặc những năm đầu sau khi sinh mắc phải những bệnh nhiễm trùng nhiễm độc, chấn thương sọ não hay rối loạn chuyển hoá...

2. Hội chứng trí tuệ sa sút

Thường là hậu quả cuối cùng của một bệnh tâm thần hoặc cơ thể nặng mạn tính ảnh hưởng đến một hoạt động trí tuệ đã phát triển hoàn chỉnh.

Đặc điểm chung:

- Mất một phần hay toàn bộ năng lực phán đoán.
- Rối loạn trí nhớ một phần hay toàn bộ những kiến thức, thói quen đã thu nhận được.
- Biến đổi nhân cách nặng không phục hồi.
- Mất khả năng thích nghi với cuộc sống, không tiếp thu được những kiến thức mới, không giải quyết được những yêu cầu mới của cuộc sống.

Có hai loại trí tuệ sa sút:

2.1. Trí tuệ sa sút toàn bộ

- Bao gồm sự sa sút toàn bộ các hoạt động tâm thần, rối loạn nhân cách trầm trọng, rối loạn trí nhớ, khả năng phán đoán cùn mòn, rối loạn năng về cảm xúc và các hoạt động tâm thần khác.

- Rối loạn trí tuệ toàn phần thường gặp trong những bệnh liệt toàn thể tiên triển và các bệnh thực thể nặng của não bộ.

2.2. Trí tuệ sa sút từng phần

- Thường biểu hiện bằng sự rối loạn trí nhớ trầm trọng còn các hoạt động tâm thần khác nhẹ nhàng hơn.

- Thường gặp dạng rối loạn này trong các bệnh xơ cứng mạch não, các bệnh về nội tiết, nhiễm độc, chấn thương sọ não...

- Các loại trí tuệ sa sút thường gặp là:

+ Trí tuệ sa sút trong bệnh động kinh.

+ Trí tuệ sa sút trong bệnh tâm thần phân liệt.

+ Trí tuệ sa sút tuổi già.

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Phân biệt các mức độ của chậm phát triển trí tuệ
2. Sa sút trí tuệ: đặc điểm và phân loại

CÁC RỐI LOẠN CẢM GIÁC VÀ TRI GIÁC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được các triệu chứng rối loạn cảm giác và tri giác
2. Khám, phát hiện được các triệu chứng rối loạn cảm giác và tri giác thường gặp để áp dụng cho việc chẩn đoán và điều trị.

I. KHÁI NIỆM TÂM LÝ HỌC

Tri giác là một quá trình tâm lý, có khả năng tập hợp các đặc tính riêng lẻ của sự vật hiện tượng, do các giác quan phản ánh, từ đó chúng ta nhận thức được sự vật và hiện tượng một cách toàn bộ .

Tri giác là mức độ nhận thức cao hơn cảm giác, nó có tính chất tổng hợp phức tạp chứ không phải là một tổng số đơn giản của các cảm giác. Tri giác còn tồn tại trong óc ta dưới dạng biểu tượng, cho nên ta có thể tri giác được sự vật và hiện tượng khi chúng không còn ở trước mắt ta nữa .

II. CÁC RỐI LOẠN CẢM GIÁC VÀ TRI GIÁC

1. Tăng cảm giác

Do ngưỡng kích thích giảm cho nên một kích thích nhẹ bệnh nhân cũng cho là quá mạnh. Đây là triệu chứng đầu tiên của trạng thái loạn thần, ngoài ra còn gặp trong các trạng thái suy nhược, nhiễm trùng, nhiễm độc.

2. Giảm cảm giác

Do ngưỡng kích thích tăng cao nên mọi kích thích thông thường bệnh nhân đều cảm thấy mơ hồ, không rõ ràng. Thường gặp trong hội chứng trầm cảm, trong giai đoạn sa sút của bệnh tâm thần phân liệt, trong rối loạn phân ly trường tri giác thường bị thu hẹp .

3. Loạn cảm giác bản thể

Do Dupré và Camus mô tả 1907, là một trạng thái mà bệnh nhân thường xuyên có những cảm giác đau nhức, khó chịu, lạ lùng trong cơ thể, nhất là trong các nội tạng, tính chất và khu trú không rõ ràng như các nội tạng bị xoắn lại, xé rách hoặc phồng to ... gặp trong hội chứng trầm cảm, nghi bệnh .

4. Ảo tưởng

Là tri giác sai lệch toàn bộ một sự vật hay một hiện tượng có thật bên ngoài, ví dụ: thấy dây thừng thành con rắn; ảo tưởng được phân loại theo giác quan như ảo tưởng thị giác, thính giác... ảo tưởng có thể xuất hiện ở người bình thường trong một số trường hợp như quá trình tri giác bị trở ngại, ánh sáng không đủ, do mệt mỏi, căng thẳng, lo âu... ảo tưởng thường xuất hiện cùng với ảo giác, hoặc hay gặp trong triệu chứng lú lẫn, mê mông, trong giai đoạn hoang tưởng cấp, rối loạn phân ly...

5. Ảo giác

Là cảm giác, tri giác như là có thật về một sự vật, một hiện tượng không hiện hữu trong thực tại khách quan lúc bệnh nhân tri giác, hay còn gọi là tri giác không có đối tượng. Ảo giác

xuất hiện và mất đi không phụ thuộc vào ý muốn của bệnh nhân. Ảo giác là một triệu chứng loạn thần.

Ảo giác được phân loại như sau:

- Theo hình tượng, kết cấu:

+ Ảo giác thô sơ: ảo giác chưa thành hình, chưa có kết cấu rõ ràng.

Ví dụ: Thấy một ánh hào quang, nghe một tiếng rầm rì...

+ Ảo giác phức tạp: là ảo giác có hình tượng, kết cấu rõ ràng, sinh động.

Ví dụ: Thấy người đang đến bắt mình, nghe tiếng người nói trong đầu ra lệnh cho mình...

- Theo giác quan: ảo giác thính giác (ảo thính hay còn gọi là ảo thanh), ảo thị, ảo khứu, ảo giác xúc giác, ảo vị và ảo giác nội tạng.

- Theo thái độ của bệnh nhân đối với ảo giác:

+ Ảo giác thật: nội dung của ảo giác thường được tiếp nhận qua giác quan nên còn gọi là ảo giác tâm thần - giác quan. Bệnh nhân cảm thấy ảo giác là có thật, tồn tại trong một không gian nhất định, tin tưởng vào tính có thật của ảo giác, không phân biệt được với thực tế khách quan.

+ Ảo giác giả: khác với ảo giác thật, ảo giác giả không được bệnh nhân tiếp nhận như là một kích thích có thật từ thực tế bên ngoài, không tiếp nhận qua giác quan, không có tính khách quan mà chúng như là do một người nào đó gây ra hoặc nghe tư duy của mình vang thành tiếng nói trong đầu cho nên còn gọi là ảo giác tâm thần. Ảo giác giả thường chỉ phối hoạt động tâm thần bệnh nhân. Ảo giác giả là một thành phần quan trọng của hội chứng tâm thần tự động, thường gặp trong tâm thần phân liệt.

5.1. Các loại ảo giác thật:

5.1.1. Ảo thính

Còn gọi là ảo thanh, rất thường gặp, nội dung đa dạng. Thường gặp là tiếng người nói, gọi là ảo thính lời nói. Bệnh nhân nghe rõ ràng bên tai, xuất phát từ một vị trí nhất định trong không gian với nội dung khen, chê, dọa nạt, bình phẩm bệnh nhân, giọng nói có thể quen hoặc lạ, nam hoặc nữ, ảo giác chi phối bệnh nhân, bệnh nhân phản ứng lại bằng cách bịt tai, lắng nghe, trả lời ảo thính. Ảo thính thường gặp trong tâm thần phân liệt, loạn thần triệu chứng, loạn thần phản ứng.

5.1.2. Ảo thị

Rất đa dạng, người bệnh có thể thấy từ những hình ảnh thô sơ như là những vệt sáng cho đến hình thể phức tạp như thấy hình ảnh người. Các hình ảnh sinh động với kích thước bình thường hoặc lớn ra hoặc nhỏ lại. Thường gặp nhất là trong trạng thái mê mộng lú lẫn, bệnh nhân thấy ma quỷ, Phật thánh. Bệnh nhân phản ứng lại ảo thị bằng nhiều thái độ khác nhau như say mê nhìn ngắm nếu ảo thị đẹp đẽ hoặc sợ hãi ngơ ngác nếu ảo thị có nội dung ghê rợn. Ảo thị thường gặp trong các trạng thái loạn thần cấp, loạn thần do nhiễm khuẩn, trong các trạng thái rối loạn ý thức do nhiễm độc rượu.

5.1.3. Ảo vị và ảo khứu

Ít gặp hơn hai loại ảo giác trên, ảo vị và ảo khứu thường kết hợp với nhau. Bệnh nhân ngửi thấy mùi thơm hoặc mùi khó chịu, ảo vị thường đi kèm với hoang tưởng, bệnh nhân cảm thấy có những vị khó chịu trong miệng. Hai loại ảo giác này thường gặp trong động kinh thùy thái dương.

5.1.4. Ảo giác xúc giác

Nội dung đa dạng như cảm giác nóng bỏng ngoài da, bị châm chích, dây quần khấp người ... có thể xuất hiện từng lúc hay thường xuyên, có khi kết hợp với ảo thị. Thường gặp trong các trường hợp loạn thần do nhiễm độc, trong hoang tưởng nghi bệnh, tâm thần phân liệt, loạn thần triệu chứng.

5.1.5. Ảo giác bản thể

Là những rối loạn về cảm giác bên trong, bệnh nhân cảm thấy cơ thể bị biến đổi hoàn toàn hoặc chỉ ảnh hưởng đến một số cơ quan nhất định, như ruột gan bị rỗng ra, phình to, có súc vật trong ruột gan, ruột bị tắc lại, thối đi, giã ra, lồng ngực bị ép lại ... thường biểu hiện nhất là ở cơ quan sinh dục: có cảm giác bị hiếp dâm, bị sờ mó, có khi bệnh nhân đạt được khoái dục.

5.2. Các loại ảo giác giả

Là loại ảo giác mà người bệnh tiếp nhận không qua giác quan và không xuất phát từ một vị trí nhất định trong không gian, chủ yếu là ảo thính, thường bệnh nhân tri giác được như từ trong tư duy, trong trí óc của mình hay gặp là những lời nói phát xuất từ trong đầu như kiểu tư duy vang thành tiếng, thần giao cách cảm, những lời nói này có nội dung xa lạ như là của người khác hơn là của bệnh nhân. Ảo thính giả là thành phần quan trọng của hội chứng tâm thần tự động.

Trên cơ sở của ảo giác ta có hội chứng bị chi phối là kết quả của nhiều hiện tượng ký sinh và áp đặt, bệnh nhân như bị chi phối bởi các tác động bên ngoài, bệnh nhân cho rằng tư duy mình bị giới hạn, mọi ý tưởng, mọi tình cảm của mình bị bộc lộ, hoặc vang lên thành tiếng, hoặc bị đánh cắp, còn hành vi thì bị chỉ huy hoặc bị bình phẩm, bệnh nhân cho rằng những hình ảnh mình đang thấy là do người khác áp đặt, bệnh nhân phải nói những từ, những câu của người khác đặt ra chứ không phải của riêng mình.

6. Giải thể nhân cách và tri giác sai thực tại

6.1. Tri giác sai thực tại

Là bệnh nhân tri giác sai một vài thuộc tính của sự vật, hiện tượng, bệnh nhân vẫn còn nhận biết bản chất của đối tượng tri giác. Các thuộc tính bị biến đổi thường là về kích thước, màu sắc, khoảng cách, cường độ ... ví dụ: bệnh nhân còn nhận biết đó là cái cửa sổ nhưng lại thấy cửa sổ bị méo mó, kích thước lớn hơn bình thường ... hoặc bệnh nhân tri giác thấy môi trường trở nên xa lạ, các kích thích ánh sáng, âm thanh trở nên mơ hồ không rõ ràng. Tri giác sai thực tại thường đi kèm với giải thể nhân cách.

6.2. Giải thể nhân cách

Theo bảng phân loại bệnh quốc tế (ICD-10) thì tri giác sai thực tại và giải thể nhân cách được ghép chung vào một chẩn đoán F 48.1 trong mục các rối loạn tâm căn. Các triệu chứng giải thể nhân cách xuất hiện nhanh, kéo dài từ vài phút đến nhiều giờ rồi biến mất dần, thường gặp ở người trưởng thành, hiếm khi xảy ra ở những người trên 40 tuổi, với một bệnh cảnh theo ICD-10 thì bệnh nhân than phiền rằng có một sự biến đổi về tính chất hoạt động tâm thần của bệnh nhân về mặt cơ thể cũng như môi trường chung quanh, bệnh nhân thấy chúng trở nên không thực, xa xôi như “người máy”, người bệnh không còn làm chủ tư duy cũng như không làm chủ được khả năng tái hiện ký ức của mình, bệnh nhân thấy rằng các cử động, tác phong không còn thực sự là của mình nữa, thấy mình như là một cái xác không hồn, cơ thể như bị tách rời hoặc trở nên bất thường, bệnh nhân thấy cuộc sống chung quanh như thiếu màu sắc, trở nên nhân tạo hoặc tất cả như là một vở kịch mà mỗi người sắm một vai.

Trong một số trường hợp người bệnh có cảm tưởng như là tự quan sát được mình từ xa, một số trường hợp khác thì có cảm giác như mình đã chết, thường gặp là trạng thái mất cảm xúc.

Các rối loạn tri giác sai thực tại - giải thể nhân cách thường kết hợp với nhau, xuất hiện trong bối cảnh bệnh lý tâm căn, trầm cảm, rối loạn sợ, rối loạn ám ảnh cưỡng bức, hoặc ở người bình thường khi bị mệt mỏi, bị cách ly giác quan, do nhiễm độc các chất gây ảo giác.

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Phân biệt cảm giác và tri giác
2. Phân biệt ảo tưởng và ảo giác
3. Phân loại ảo giác theo giác quan
4. Phân loại ảo giác theo thái độ của người bệnh

TRẦM CẢM

Mục tiêu bài giảng:

1. Trình bày được tầm quan trọng của vấn đề trầm cảm.
2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và phân loại trầm cảm.
3. Trình bày được nguyên tắc điều trị và cách sử dụng một số thuốc chống trầm cảm thông thường.

I. TẦM QUAN TRỌNG CỦA VẤN ĐỀ TRẦM CẢM

Rối loạn trầm cảm là một trong những rối loạn có tỷ lệ rất cao trong nhân dân các nước trên thế giới. Theo ước tính của Tổ chức y tế thế giới, 5% dân số thế giới có rối loạn trầm cảm. Các nghiên cứu dịch tễ lâm sàng riêng của nhiều nước còn cao hơn .

- | | |
|--|--------------------------------------|
| - Pháp: Trong một năm | Trong cả đời |
| Nam: 3,4% | 10,7% |
| Nữ : 6,0% | 22,4% (Theo Levine và Sellouch 1993) |
| - Mỹ 10,3% | 17,1% (Theo Kesoler và cộng sự 1994) |
| - Quát động (Thường Tín Hà Tây) 8,35%. | |

Kielhoz (1974) căn cứ vào kết quả điều tra của trên 10.000 thầy thuốc hành nghề ở 5 nước Châu Âu (Áo, Đức, Pháp, Ý, Thụy Sĩ) cho biết có 10% những bệnh nhân đến các phòng khám đa khoa có rối loạn trầm cảm và 5% là trầm cảm cơ thể. Và 90% các bệnh nhân này đang được các thầy thuốc không chuyên khoa tâm thần điều trị và theo dõi.

Thực tế này có thể có những hậu quả nghiêm trọng ở những nơi đang còn thiếu nhiều thầy thuốc tâm thần đồng thời các thầy thuốc đa khoa lại chưa được đào tạo đầy đủ về lâm sàng tâm thần học. Ở đó những bệnh nhân trầm cảm trong một thời gian dài phải nhận nhiều chẩn đoán không đúng khác nhau trước khi đến với chuyên khoa Tâm thần. Do chẩn đoán không đúng nên điều trị không kết quả, bệnh nhân trở nên mãn tính và phải chịu nhiều phí tổn, đau khổ kéo dài, mất lòng tin vào thầy thuốc và y học, chẩn đoán và điều trị tiếp theo gặp nhiều khó khăn hơn. Mặt khác, rối loạn trầm cảm nếu không được phát hiện kịp thời và điều trị thích hợp và tích cực sẽ ngày càng nặng hơn và nguy cơ tự sát ngày càng cao hơn. Theo Rouillon nguy cơ tự sát ở bệnh nhân trầm cảm là 10-20%. Do đó ở Việt Nam cần phổ biến kiến thức chẩn đoán và điều trị trầm cảm đến đông đảo thầy thuốc đa khoa và các chuyên khoa khác nhau là cần thiết và có nhiều ý nghĩa thực tiễn.

II. CÁC TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ PHÂN LOẠI TRẦM CẢM

1.Theo ICD-10 (Bảng phân loại quốc tế 1992)

1.1. Các triệu chứng của một giai đoạn trầm cảm

- 3 Triệu chứng cơ bản:
 - + Khí sắc trầm .
 - + Mất mọi quan tâm thích thú.
 - + Tăng mệt mỏi, giảm hoạt động.

- 8 Triệu chứng phổ biến khác:

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| + Giảm tập trung chú ý | + Giảm tự trọng tự tin |
| + Ý tưởng bị tội | + Bi quan về tương lai |
| + Ý tưởng và hành vi tự sát | + Rối loạn giấc ngủ |
| + Ăn mất ngon, sút cân | + Giảm sút tình dục |

1.2 Phân loại theo mức độ và số lượng các triệu chứng kể trên

- + Giai đoạn trầm cảm nhẹ
- + Giai đoạn trầm cảm vừa
- + Giai đoạn trầm cảm nặng và theo phương thức tiến triển của trầm cảm.
- + Rối loạn trầm cảm lưỡng cực (hiện tại giai đoạn trầm cảm).
- + Rối loạn trầm cảm tái diễn.
- + Rối loạn khí sắc dai dẳng.

Trong ICD-10 không đề cập đến các thể không điển hình như trầm cảm cơ thể và cũng không phân loại theo nguyên nhân.

2. Phân loại truyền thống theo nguyên nhân (Kielholz 1982)

2.1. Trầm cảm căn nguyên cơ thể

- Trầm cảm thực tổn (do các bệnh có tổn thương ở não)
- Trầm cảm triệu chứng (do các bệnh cơ thể ngoài não).

2.2. Trầm cảm nội sinh

- | | |
|-------------------------------|-------------------------|
| - Trầm cảm phân liệt- cảm xúc | - Trầm cảm lưỡng cực |
| - Trầm cảm đơn cực | - Trầm cảm thoái triển. |

2.3. Trầm cảm tâm sinh

- | | |
|----------------------|---------------------|
| - Trầm cảm tâm căn | - Trầm cảm suy kiệt |
| - Trầm cảm phản ứng. | |

3. Phân loại theo các triệu chứng điển hình và không điển hình

Theo các tác giả pháp Pichot, EMC 1980

3.1. Các thể trầm cảm điển hình

Trầm cảm là một tình trạng bệnh gây nên gồm 5 nhóm triệu chứng:

- 2 Nhóm triệu chứng cơ bản:
 - + Khí sắc trầm (buồn bệnh lý)
 - + Trạng thái ức chế tâm lý - vận động.
- 3 Nhóm triệu chứng kết hợp:
 - + Lo âu
 - + Biến đổi tính cách
 - + Các triệu chứng cơ thể.

4 Nhóm triệu chứng trên chủ yếu là những triệu chứng tâm thần thường nổi lên hàng đầu, còn nhóm thứ 5 các triệu chứng cơ thể thường nằm ở phía sau.

3.1.1. Khí sắc trầm (buồn bệnh lý) bao gồm

- Đau khổ về tâm thần
- Mất mọi quan tâm thích thú
- Ý tưởng bị tội, không xứng đáng.
- Ý tưởng muốn chết.

Đặc điểm là tê liệt tình cảm (sự mất tình cảm, mất khả năng xúc động) ở trong người bệnh một cách thật đau xót (“Tôi không có những người thân thuộc nữa, thật đáng sợ”).

3.1.2. Sự ức chế tâm lý- vận động

Thể hiện bởi một sự mệt mỏi ghê gớm và một sự chậm chạp về vận động và tâm thần.

- Sự mệt mỏi và tình trạng dễ mệt:

+ Cảm tưởng kiệt sức hoàn toàn hoặc cảm giác chóng mệt mỏi hơn thường ngày, thường có thêm sự ỳ (thiếu khả năng bắt đầu một hoạt động); người ta nói đây là sự thiếu nghị lực (ức chế về ý chí), những dấu hiệu này dẫn đến người bệnh không thể hành động.

+ Thiếu quyết định: kém khả năng thực hiện một sự lựa chọn là một dấu hiệu sớm nhất.

- Sự ngừng trệ vận động: Đó là sự giảm bớt, sự chậm chạp về hoạt động vận động:

+ Bradyphémie: chậm chạp khi khởi sự nói (kéo dài thời gian nghỉ giữa các đoạn của lời nói).

+ Bradykinésie: chậm chạp trong các cử động, vận động ý ạch, giảm trương lực, thường cộng thêm tâm thần chậm.

+ Ở mức phải dùng điệu bộ: các rối loạn về điệu bộ đi từ những cử động (giảm điệu bộ, nghèo điệu bộ) đến hoàn toàn bất động

Về âm điệu: âm điệu thấp, rên rên dễ chán, và không có sự uyển chuyển mềm mại của tiếng.

Tất cả những mức độ đều có thể được nhận thấy từ một sự chậm chạp đều đều (nhất là ở thân hình).

- Sự chậm chạp tâm thần.

Những tác động trong đời sống tâm thần không phải bị rối loạn nhưng bị trì trệ.

+ Khó khăn chuyển từ một đề tài này qua một đề tài khác: sự nghiền ngẫm tâm thần tạo nên một ý tưởng trầm cảm độc nhất.

+ Những rối loạn chủ quan về tập trung (không có thể đặt sự chú ý vào một việc gì) và về trí nhớ (không có khả năng nhớ lại điều gì: thường là đối đối với những việc mới xảy ra).

- + Sự cảm thấy thời gian đi chậm lại (cảm tưởng rằng các ngày không bao giờ trôi qua).

3.1.3. Lo âu

- Thường nhẹ và bị khí sắc trầm che lấp
- Có thể chuyển sang kích động với nhiều triệu chứng cơ thể, tăng nguy cơ phát sinh xung động tự sát.

3.1.4. Biến đổi tính cách, rối loạn nội dung tư duy

- Có thể trở nên căm ghét, hằn học, xâm phạm có thể thúc đẩy tự sát.
- Phủ định cái tôi:

+ Sự làm giảm giá trị (cảm giác tự ti, yếu kém chứng tỏ sự không tin tưởng vào mình)

+ Tự buộc tội mình dựa trên những lỗi lầm cũ, mà đôi khi người bệnh làm tăng lên hoặc chưa bao giờ mắc phải.

- Phủ định thế giới bên ngoài:

+ Tự thương hại có thể thay thế tính tự nhận tội hoặc xuất hiện cả hai.

+ Người bệnh than phiền và cho rằng không ai hiểu biết hoặc không có ai giúp đỡ anh ta.

+ Người bệnh đổ trách nhiệm về các rối loạn của họ cho người khác. Sự đổ trách nhiệm này có thể được hình thành bằng một hình thức hoang tưởng. (hoang tưởng bị truy hại hoặc về một mối hại, có khi hoang tưởng về liên hệ hoặc ghen tuông)

- Phủ định tương lai:

Bì quan, có lúc có cảm tưởng không thể chữa lành bệnh (tin chắc mình không bao giờ lành bệnh được)

3.1.5. Các triệu chứng cơ thể

- Rối loạn giấc ngủ:

+ Chứng mất ngủ vào lúc gần sáng là đặc điểm của bệnh trầm cảm.

+ Chứng mất ngủ vào lúc thiu thiu ngủ thường liên quan đến sự lo âu.

+ Chứng mất ngủ nhiều: mất năng lực, và thích nằm mãi tại giường thường được hiểu lầm là chứng ngủ nhiều.

- Rối loạn trong hành vi ăn uống.

+ Thường thường là chứng chán ăn với sự gầy ốm hơn là tăng cân

- Rối loạn tình dục:

+ Sự ham thích tình dục hạ thấp (có thể đến không còn nữa), nam giới bất lực, nữ giới lãnh đạm tình dục (frigidity)

- Các hiện tượng thần kinh thực vật kèm theo:

+ Họng khô, táo bón, cường phó giao cảm như huyết áp thấp mạch chậm

+ Nên chú ý những dấu hiệu thực vật này cũng có thể do một số thuốc chống trầm cảm (tác dụng không mong muốn).

- Rối loạn thần kinh cơ: Đau nhiều loại, nhiều khu trú như đau ngực, đau cơ khớp, đặc biệt đau đầu dai dẳng.

Ba yếu tố rất quan trọng:

- Các triệu chứng xuất hiện gián đoạn so với tình trạng trước kia của bệnh nhân.

- Các triệu chứng trầm cảm có nhiều biến chuyển trong vòng 24 giờ, đặc biệt là sự tiến triển vào buổi chiều của toàn bộ bệnh cảnh lâm sàng. Đôi khi, ngược lại, người ta nhận thấy một sự giảm thấp dần các triệu chứng trong suốt một ngày (không đặc hiệu).

- Sự hiểu biết một tình trạng trầm cảm cần phải nhận thấy sự nguy hiểm về tự sát (suicide).

3.2. Trầm cảm cơ thể hay trầm cảm ẩn

Thuật ngữ trầm cảm ẩn được Lange đưa ra từ 1928. Năm 1973 trong một hội thảo quốc tế trầm cảm ẩn được định nghĩa là một thể rối loạn trầm cảm trong đó các triệu chứng cơ thể chiếm vị trí hàng đầu và các triệu chứng tâm thần rút lui về phía sau (Kielholz).

Đây là một bệnh trầm cảm ở đó các dấu hiệu đặc biệt đều lui ở hàng thứ hai, bị che đậy bởi những triệu chứng hàng đầu khác thường là về cơ thể (thể chất).

Để chỉ một nội dung tương tự như trong định nghĩa trầm cảm ẩn, nhiều tác giả sử dụng một số thuật ngữ khác như: trầm cảm cơ thể, trầm cảm cơ thể hoá, trầm cảm không trầm cảm, tương đương trầm cảm v.v.. Thuật ngữ trầm cảm cơ thể và trầm cảm ẩn được sử dụng nhiều nhất.

Trầm cảm cơ thể không phải là một chẩn đoán phân loại như trầm cảm nội sinh hay trầm cảm tâm sinh. Nó chỉ là một giả thuyết, một gợi ý nên thử hướng về trầm cảm. Chỉ sau khi tập hợp đủ bằng chứng có thể chẩn đoán là trầm cảm thì mới chẩn đoán hội cứu là trầm cảm cơ thể. Tiếp theo cần làm thêm chẩn đoán nguyên nhân vì trầm cảm cơ thể có thể xuất hiện trong các thể lâm sàng có nguyên nhân khác nhau.

Đối với thuật ngữ tương đương trầm cảm cần sử dụng thận trọng hơn và nên sử dụng hạn chế. Theo Pichot trong tương đương trầm cảm không có các triệu chứng tâm thần của trầm cảm mà chỉ có các triệu chứng cơ thể bị các triệu chứng đau nhức lẫn át (hoặc các triệu chứng tâm thần không đặc trưng cho trầm cảm như ám ảnh, chán ăn tâm thần, rối loạn tình dục v.v..). Còn trầm cảm ẩn ngược lại đằng sau các triệu chứng cơ thể vẫn thấp thoáng các triệu chứng tâm thần đặc trưng của trầm cảm có thể phát hiện được qua thăm khám tỉ mỉ và phân tích chặt chẽ.

Rất thường gặp là những dấu hiệu không điển hình, cố định và kéo dài: nhức đầu, đau xung quanh mắt (đau lưỡi, đau răng), đau lưng.

Ta có thể chẩn đoán bệnh do:

- Không có nguyên nhân thực thể.
- Thấy rõ các dấu hiệu trầm cảm đặc biệt (sự rầu rĩ, dễ bị kích thích, mất hứng thú, trì trệ): các dấu hiệu này thường ít được lưu ý tới và cũng thường hay bị bỏ qua hoặc có thể được xem như thuộc một bệnh về thân thể, chỉ có với sự khám xét kỹ lưỡng mới có thể thấy rõ được.
- Sự mất cân bằng giữa các chứng đau nhức được lưu ý và quan trọng về kém khả năng hoạt động.
- Sự tiến triển từng thời kỳ những rối loạn qua đó những cơn này xen lẫn vào những cơn điển hình.
- Sự hiện hữu về tiền sử gia đình.
- Sự vô hiệu của điều trị theo triệu chứng và hiệu quả của các thuốc chống trầm cảm.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN LOẠI THEO NGUYÊN NHÂN

Sau khi đã hiểu về tình trạng trầm cảm, chúng ta phải tìm cách xếp nó vào “những loại bệnh” mà ở đó thường có trầm cảm.

Để có thể chẩn đoán, phải biết rằng một trạng thái trầm cảm có thể kết hợp với một bệnh tâm thần khác rõ nét hoặc có thể làm cho tiến triển của nó phức tạp hơn; trong trường hợp này cần:

- Sự chẩn đoán chính (“về bệnh”) đạt được sẽ là chẩn đoán của bệnh tâm thần mà ở đó có trầm cảm.

- Đôi khi, trầm cảm xuất hiện cùng một lúc với những dấu hiệu đầu tiên của bệnh tâm thần khác mà ở đó trầm cảm kết hợp thêm, triệu chứng học của bệnh cảnh sẽ đặc biệt hơn, những dấu hiệu của trầm cảm tăng cường với dấu hiệu đặc biệt của bệnh ta đang chú ý (ví dụ: trầm cảm không điển hình ở một bệnh nhân tâm thần phân liệt), về mặt tiến triển, sự chẩn đoán giữa một rối loạn về khí chất và một bệnh trầm cảm cộng với một bệnh khác có thể sẽ rất khó khăn.

Cũng như vậy, một trạng thái trầm cảm có thể cộng thêm với một bệnh khác không phải tâm thần, hoặc làm cho sự tiến triển của nó nghiêm trọng hơn (bệnh thực thể, bệnh do thầy thuốc).

Trong hai trường hợp này, người ta thường nói về “sự mát bù trừ trầm cảm của một bệnh tâm thần nào đó” hoặc của một trạng thái trầm cảm đối với một bệnh tâm thần hoặc một bệnh thực thể như trạng thái trầm cảm ở một bệnh nhân Parkinson.

Quan niệm về trầm cảm thứ phát xác nhận về sự kết hợp này. Những trầm cảm thứ phát là những trầm cảm kế tiếp nhau hoặc kết hợp với một tổn thương thực thể hoặc với một triệu chứng tâm thần khác.

Sự kết hợp này không xác định về một sự liên hệ nguyên nhân giữa hai loại bệnh.

Để cho sự chẩn đoán về trầm cảm nguyên phát (đối lập với sự chẩn đoán về trầm cảm thứ phát) có thể xác nhận được, cần phải có sự hiện hữu của một hội chứng trầm cảm:

- Không có tiền sử của mọi rối loạn tâm thần, ngoài các giai đoạn khí chất (trầm cảm hoặc hưng cảm).

- Không có một bệnh nội khoa từ trước hoặc cùng lúc với hội chứng trầm cảm.

1. Trầm cảm thực tổn và triệu chứng

Để có thể chẩn đoán chúng ta cần dựa vào:

- Kết quả thăm khám về thần kinh, nội khoa... và các xét nghiệm đặc hiệu.
- Kết quả chẩn đoán xác định của các chuyên khoa liên quan
- Chú ý trầm cảm do các chất ma túy và các chất hướng thần

2. Trầm cảm nội sinh

Để chẩn đoán cơn trầm cảm cần căn cứ những tiêu chuẩn sau đây:

- Nhân tố di truyền trong gia đình (trầm cảm hoặc hưng cảm).
- Tính chất lưỡng cực các triệu chứng
- Tính chất chu kỳ các triệu chứng
- Loại trừ bệnh thực thể và phản ứng trực tiếp với stress.
- Tính chất nặng lên về buổi sáng.

Cần chú ý tính chất rất “sinh học” của cơn:

- + Sự đau khổ tâm thần thường rất mạnh.
- + Sự tê liệt cảm xúc là đặc biệt của loại trầm cảm này.
- + Trì trệ tâm thần vận động, đôi lúc bị che đậy bởi sự kích động lo âu, những biểu hiện này thường xuyên và với mức độ thay đổi, đôi khi có trạng thái sững sờ.

+ Trong loại trầm cảm này, sự nguy hiểm do tiến đến hành động tự sát là rất lớn; lúc nào cũng phải đề phòng sự tiến triển của cơn trầm cảm, mặc dù chỉ có 3 thời điểm là lúc thuận lợi nhất để tiến đến hành động:

Tự sát mở màn của cơn; có khi tự sát tập thể (sự giết người vị tha kèm theo sự tự tử trong các trầm cảm hoang tưởng).

Tự sát trong thời gian điều trị (do giải ức chế tâm lý vận động, việc này xảy ra trước khi hết sự đau khổ tâm thần).

Tự sát vào thời kỳ đang lại sức.

- Các thay đổi trong vòng 24 giờ: một tiêu chuẩn khá chắc chắn về nội sinh là sự xuất hiện những thay đổi về triệu chứng với mức độ tối đa rối loạn buổi sáng và tốt dần lên buổi chiều. Sự suy nhược buổi sáng. Sự mất ngủ lúc sáng sớm.

Được sắp xếp vào những trầm cảm nội sinh:

- Các trầm cảm trầm muộn (Dépression mélancolique).

- Các trầm cảm hoang tưởng.

- Các trầm cảm lo âu khi chúng kèm theo các dấu hiệu trầm muộn.

- Các trầm cảm sững sờ.

- Trầm muộn thoái triển: có đặc điểm với tuổi xuất hiện chậm (sau 50 tuổi) và về phương diện triệu chứng học (ngoài khí sắc trầm cảm) với một nhóm triệu chứng hàng đầu của chúng người ta thấy:

+ Sự lo âu.

+ Sự kích động.

+ Các ý tưởng nghi bệnh: hội chứng phủ định các cơ quan (Cortard) là thường có hơn lứa tuổi này.

3. Trầm cảm tâm căn và phản ứng

- Trầm cảm “tâm căn” nổi bật bởi sự phản ứng trong một hoàn cảnh hiện tại, bởi những cảm giác bị ruồng bỏ liên quan với những thiếu thốn của thời niên thiếu cũng như những xung đột vô ý thức của tuổi ấu thơ; phải phân biệt trầm cảm này với trầm cảm xảy ra do một bệnh tâm căn:

- Trầm cảm kiệt sức cộng với các stress tâm lý.

- Trầm cảm phản ứng: trầm cảm xuất hiện kết hợp với một chấn thương cảm xúc (tang tóc, ly biệt, thất bại nghề nghiệp):

+ Rối loạn thần kinh thực vật.

+ Đặc điểm nhân cách

+ Hoàn cảnh xung đột và stress

+ Tác dụng của liệu pháp tâm lý

Một số đối tượng dường như đặc biệt mở đường cho bệnh trầm cảm, nhân cách ái kỷ, chưa thành thực, có một tâm lý trầm cảm thường xuyên kết hợp những mặc cảm tự ti và cảm giác không được ai thương.

Chú ý các triệu chứng đặc biệt của cơn:

- Buồn thường có mức độ và dao động.

- Nội dung của tư duy:
 - + Các ý nghĩ về tội lỗi rất ít có, thường thường người bệnh tự xem là nạn nhân.
 - + Cảm giác thiếu sự giúp đỡ và sự thông cảm của những người chung quanh rất rõ rệt, kết hợp với một sự đòi hỏi tình thương.
 - + Sự bi quan biến thành thường là một khối lo sợ cho tương lai và người bệnh còn nuôi hy vọng, người ta không bao giờ tìm thấy sự tin chắc về khả năng không thể lành bệnh của người bệnh trầm muộn.
 - + Sau cùng, người ta không tìm thấy các hoang tưởng: sự hiện hữu của chúng xác nhận bệnh trầm cảm nội sinh.
- Sự ức chế vận động tâm lý: người ta không tìm thấy sự trì trệ vận động tâm lý cũng như sự tê liệt cảm xúc.
- Sự lo âu nổi lên hàng đầu.
- Người ta không tìm thấy những thay đổi trong 24 giờ trong các triệu chứng: sự suy nhược có thể nặng hơn và xuất hiện từ sáng sớm, nhưng người ta không bao giờ tìm thấy sự thuyên giảm vào buổi chiều như trong trầm cảm nội sinh.
- Những rối loạn về giấc ngủ là thường xuyên: giấc ngủ không đều, không phục hồi, ít có mắt ngủ vào buổi sáng.
- Những ý tưởng tự sát thường xuyên; sự muốn chết rất ít được xác định ở người bệnh trầm muộn.
- Triệu chứng là sự phản ứng với ảnh hưởng của môi trường bên ngoài. Tiến triển đến trầm cảm mạn tính.

IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Cần chú ý phân biệt rối loạn trầm cảm cơ thể với nhiều rối loạn tâm thần khác cũng có nhiều biểu hiện cơ thể như rối loạn phân ly (F41), rối loạn chức năng thần kinh tự trị (G45.3), rối loạn nghi bệnh (F45.2), rối loạn lo âu (F41.1), suy nhược thần kinh (F48.0) vv..Như vậy muốn có chẩn đoán chính xác cần có sự hội chẩn và hợp tác chặt chẽ giữa chuyên khoa tâm thần và chuyên khoa các bệnh cơ thể.

- Trong phạm vi bài này chỉ giới hạn phân biệt giữa rối loạn trầm cảm cơ thể với các rối loạn lo âu và suy nhược thần kinh là những rối loạn thường gây nhầm lẫn trong chẩn đoán ở các phòng khám đa khoa và tâm thần.

Buồn bình thường thường xuất hiện sau một yếu tố nguyên nhân, nó không kết hợp với những dấu hiệu khác của bệnh trầm cảm và không dẫn đến mất khả năng chức năng của trầm cảm... một nỗi buồn riêng biệt không đủ để chẩn đoán về trầm cảm.

1. Trầm cảm cơ thể với rối loạn lo âu lan tỏa (F41.1, ICD-10)

Sự chẩn đoán có lúc rất khó trong các dạng trầm cảm ở mức độ nhẹ và lo âu có lúc là một triệu chứng chính (trầm cảm thường do tâm thần)

Theo kinh điển mà nói, cảm xúc lo âu (sợ một việc gì sẽ đến) khác với cảm xúc trầm cảm (đau đớn trước một việc gì đã xảy ra rồi), tuy vậy, lo âu có thể cùng kết hợp nhiều cảm xúc trầm cảm, để che đậy chúng.

- Các triệu chứng của rối loạn lo âu theo ICD-10:

- + Lo sợ sự bất hạnh sẽ xảy đến (kèm theo khó tập trung, cáu gắt)

- + Căng thẳng vận động (bồn chồn, căng thẳng, run, không thư giãn được).
- + Hoạt động thần kinh thực vật quá mức (toát mồ hôi, mạch nhanh, thờ gấp, khó chịu vùng thượng vị, chóng mặt..)
- Các triệu chứng trầm cảm xuất hiện nhất thời (vài ngày một lần) không loại trừ rối loạn lo âu lan toả.
- Cảm xúc nền tảng của lo âu là lo sợ còn cảm xúc nền tảng của trầm cảm là buồn.
- Trong lo âu không có các triệu chứng mất mọi quan tâm, thích thú và mất sáng kiến là những nét đặc trưng của trầm cảm.
- Các triệu chứng cơ thể trong lo âu, đặc biệt các rối loạn thực vật - nội tạng có tính chất cường giao cảm (hoạt động điện cơ tăng, huyết áp tăng, mạch nhanh v. V..). Còn trong trầm cảm lại có tính chất cường phó giao cảm (hoạt động điện cơ giảm, huyết áp giảm, mạch chậm v. V..).
- Tuy nhiên trong thực tế lâm sàng nhiều khi chẩn đoán phân biệt gặp khó khăn do:
 - + Trong trầm cảm có lo âu nhẹ và trong lo âu cũng có trầm cảm nhẹ nhất thời.
 - + Trong trầm cảm, đôi khi lo âu tăng cao dưới tác dụng của các stress mới, hoạt hoá các hoạt động thần kinh thực vật mang tính chất cường giao cảm, và từ ức chế tâm lý- vận động chuyển sang hưng phấn tâm lý vận động.
 - + Trong thực tế lo âu và trầm cảm có thể kết hợp với nhau và cả hai đều ở mức độ nhẹ hay vừa ngang nhau, không rối loạn nào chiếm ưu thế đành phải dùng mục F41.2: rối loạn lo âu và trầm cảm hỗn hợp.

2. Phân biệt trầm cảm cơ thể với suy nhược thần kinh

- Trong suy nhược thần kinh cũng có các triệu chứng cơ thể của trầm cảm và lo âu như: nhức đầu, rối loạn giấc ngủ, đau các loại và nhiều rối loạn thực vật - nội tạng. Đồng thời trong suy nhược thần kinh lại có trạng thái trầm cảm và lo âu ở mức độ nhẹ hay vừa. Do vậy trước kia chẩn đoán suy nhược thần kinh bị lợi dụng ở nhiều nước trên thế giới và cả ở nước ta. Rất nhiều trường hợp trầm cảm và lo âu chẩn đoán là suy nhược thần kinh, điều trị không kết quả, bệnh trở nên mạn tính, gây ra nhiều hậu quả tai hại. Theo ICD-10 tiêu chuẩn chẩn đoán SNTK:

- + Mệt mỏi tăng lên sau một sự cố gắng hoặc cơ thể suy yếu hơn hay kiệt sức sau một cố gắng thể lực tối thiểu (theo cảm giác tối thiểu của bệnh nhân).
- + Ít nhất có hai trong các triệu chứng sau đây: cảm giác đau nhức cơ, chóng mặt , đau căng đầu, rối loạn giấc ngủ, không thư giãn được, cấu gắt, ăn khó tiêu.
- + Các rối loạn thần kinh thực vật và trầm cảm có thể có nhưng không đủ nặng và kéo dài để có thể làm chẩn đoán theo các rối loạn đặc hiệu khác trong ICD-10 (trầm cảm, lo âu, v. V..).

Dấu hiệu thuận lợi cho chẩn đoán bệnh trầm cảm:

- Sự trì trệ chậm chạp và mất ngủ lúc gần sáng, đó là những yếu tố phân biệt tốt có giá trị cũng như khí sắc trầm cảm.
- Sự tiến triển tốt hơn vào buổi chiều của triệu chứng trầm cảm và lo âu.
- Mất tất cả các hứng thú (người bệnh lo âu mặc dù luôn hướng về sự lo âu, vẫn có thể ham thích trong mọi hoạt động)

- Mất sự tin tưởng chính mình (ở người lo âu, sự mất tin tưởng chính mình không bao giờ gắn chặt như đối với người bệnh trầm cảm, khi người lo âu tỏ ra có cảm tưởng mất khả năng, người bệnh trầm cảm thường có một sự tăng thêm các khó khăn bên ngoài).

- Về mặt triệu chứng học thể chất: sự táo bón thường có ở bệnh trầm cảm hơn trong các rối loạn về lo âu: ngược lại, các rối loạn về tim - hô hấp (hồi hộp, đau nhức trước tim, ngột ngạt...) đau bụng, nôn mửa, khô và đắng miệng (hai triệu chứng này thường bị xét lầm là do bệnh trầm cảm hơn là do bệnh lo âu) thường luôn luôn được thấy trong các rối loạn lo âu.

V. CÁC NGUYÊN TẮC HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ

1. Chuyển bệnh nhân

Nhiều tác giả đề nghị các chuyên khoa khác gửi đến chuyên khoa tâm thần những bệnh nhân có các đặc điểm sau:

- Mức độ trầm trọng các triệu chứng cơ thể do bệnh nhân nêu ra không phù hợp với thăm khám lâm sàng và xét nghiệm khách quan.

- Điều trị nội khoa dai dẳng nhưng không kết quả.
- Chưa khám chuyên khoa tâm thần lần nào.
- Bệnh nhân cho mình không có rối loạn tâm thần.

2. Nếu đã có hướng chẩn đoán theo nguyên nhân

2.1. Đối với trầm cảm thực tổn và triệu chứng

Chủ yếu điều trị các bệnh thần kinh và nội khoa đã gây ra trầm cảm, kết hợp điều trị các triệu chứng trầm cảm bằng các thuốc chống trầm cảm, giải lo âu v. V...

2.2. Trầm cảm nội sinh

Chủ yếu điều trị bằng các thuốc chống trầm cảm phù hợp với triệu chứng cơ bản, liều lượng tương xứng với mức độ trầm trọng, thời gian lâu dài .

2.3. Trầm cảm tâm sinh

Chủ yếu điều trị bằng liệu pháp tâm lý thích hợp kết hợp các thuốc chống trầm cảm.

3. Trường hợp chưa có hướng chẩn đoán nguyên nhân

3.1. Điều trị theo các biểu hiện lâm sàng, chủ yếu bằng các thuốc chống trầm cảm (CTC)

3.1.1. Chọn loại CTC

Căn cứ vào 2 tác dụng chủ yếu tương phản nhau. Chọn CTC có tác dụng an dịu như : Amitriptyline, Laroxyl....dùng cho các trường hợp trầm cảm có biểu hiện lo âu, bồn chồn, mất ngủ...Chọn CTC có tác dụng kích thích hay cường thần như: Desipramine, Tofranil, dùng cho những trường hợp có biểu hiện ức chế hoạt động tâm lý vận động chậm chạp.

Đa số các trường hợp trầm cảm cơ thể thường có các triệu chứng mất ngủ lo âu, bồn chồn có thể dùng thử Amitriptyline nếu có tác dụng phụ có thể dùng các loại thuốc thể hệ mới như Stablon, Fluoxetine (Prozac) v. V..

3.1.2. Liều dùng

Liều lượng rất khác nhau tùy thuộc vào khả năng dung nạp của mỗi bệnh nhân và hiệu quả của thuốc trên mỗi cá nhân nhất định. Sau đây là liều trung bình một số thuốc thường dùng đối với người lớn:

+ Amitriptyline 25mg, từ 100mg đến 200mg/ ngày.

- + Anafranil 25mg, từ 100mg đến 200mg
- + Tianeptine (Stablon) 12,5mg, từ 25mg đến 35,5mg/ngày.
- + Fluoxetine (Prozac) 20mg, từ 40-60mg/ ngày.

3.1.3.Theo dõi điều trị

+ Các thuốc chống trầm cảm thường tác dụng chậm, sau 2-4 tuần. Trong thời gian này nếu có biểu hiện lo âu, mất ngủ xuất hiện có thể điều trị kết hợp tạm thời bằng các thuốc giải lo âu họ Benzodiazepine như Diazepam, Tranxènev..

+ Cần theo dõi các tác dụng không mong muốn của các thuốc chống trầm cảm 3 vòng đặc biệt tác dụng kháng Acetylcholine làm cho bệnh nhân rất khó chịu như khô miệng, táo bón, mạch nhanh, đái khó vv..có thể thay thuốc hoặc cho thuốc điều chỉnh.

+ Cũng cần theo dõi hiện tượng chuyển đổi bệnh lý tự phát hay do thuốc từ ức chế sang hưng phấn để kịp thời thay đổi thuốc tránh nguy cơ thúc đẩy hành vi tự sát.

+ Nếu xuất hiện ý tưởng bị tội không xứng đáng hay ý tưởng muốn chết cần đưa ngay đến chuyên khoa tâm thần để kịp thời xử lý.

3.1.4. Thời gian điều trị

Sau khi điều trị, có thể có một số triệu chứng lẻ tẻ thuyên giảm sớm như lo âu, mất ngủ, hoạt động chậm chạp vv..Nhưng đối với khí sắc trầm và toàn bộ hội chứng trầm cảm muốn đưa về trạng thái bình thường phải đợi một thời gian từ 4 đến 6 tuần, đôi khi còn lâu hơn nữa. Sau đó phải điều trị củng cố và tổng số thời gian điều trị đối với triệu chứng trầm cảm là 3 đến 6 tháng. Nếu bệnh trầm cảm có thể phải kéo dài đến 2 năm. Cắt thuốc sớm bệnh dễ tái phát. Đối với trầm cảm nội sinh phải có kế hoạch điều trị lâu dài dự phòng tái phát bằng các thuốc chỉnh khí sắc như Lithium, Carbamazépine, Dépamide..

4. Điều trị tâm lý

4.1. Liệu pháp tâm lý nâng đỡ

Bệnh nhân trầm cảm phần lớn đã qua nhiều thầy thuốc các chuyên khoa khác nhau với nhiều chẩn đoán khác nhau và dùng nhiều loại thuốc khác nhau. Nhưng bệnh nhân vẫn không thuyên giảm. Do đó bệnh nhân vốn đã bị quan ngại càng bị quan, vốn đã lo âu lại càng lo âu. Từ đó mất lòng tin vào thầy thuốc và vào y học. Bởi vậy, khi đã có hướng chẩn đoán RLTC, thầy thuốc cần thiết lập ngay mối quan hệ thầy thuốc- bệnh nhân tốt và trên cơ sở đó giải thích cho bệnh nhân những điều có liên quan đến tiến triển thuận lợi của bệnh, nâng đỡ tinh thần và củng cố lòng tin của bệnh nhân, làm cho bệnh nhân yên tâm điều trị và tuân thủ mọi hướng dẫn của thầy thuốc.

4.2. Liệu pháp tâm lý đặc hiệu

Đối với các thể trầm cảm cơ thể nguồn gốc tâm sinh, các thuốc chống trầm cảm có thể làm giảm các triệu chứng lâm sàng chứ không giải quyết được tác dụng của các stress trường diễn hoặc các xung đột nội tâm nằm bên dưới các triệu chứng. Do đó liệu pháp tâm lý đặc hiệu trở nên quan trọng và cần thiết.

Liệu pháp thư giãn- luyện tập có thể có nhiều tác dụng. Thư giãn và khí công có hiệu quả đối với các triệu chứng lo âu, bồn chồn, mất ngủ...

VI. KẾT LUẬN

Rối loạn trầm cảm nhất là trầm cảm cơ thể là rối loạn tâm thần phổ biến nhưng lại gặp nhiều nhất ở các phòng khám đa khoa và các cơ sở không phải chuyên khoa tâm thần vì các rối loạn biểu hiện bằng triệu chứng cơ thể. Thầy thuốc ở bất cứ chuyên khoa nào cũng cần

nắm vững các đặc điểm lâm sàng của rối loạn trầm cảm cơ thể để ngay từ lần tiếp xúc đầu tiên với bệnh nhân đã có thể đặt giả thuyết hướng về trầm cảm cơ thể. Muốn chẩn đoán chắc chắn, cần phải khám thần kinh, nội khoa đầy đủ, làm xét nghiệm cần thiết và các trắc nghiệm tâm lý, đặc biệt cần hội chẩn với chuyên khoa tâm thần.

Trong chẩn đoán phân biệt cần chú ý đến các rối loạn tâm thần khác cũng có nhiều biểu hiện cơ thể như rối loạn phân ly, đặc biệt cần phân biệt với lo âu và suy nhược thần kinh là hai rối loạn thường gây nhiều nhầm lẫn nhất.

Muốn giải quyết tốt các rối loạn trầm cảm cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa chuyên khoa tâm thần với các chuyên khoa khác trong chẩn đoán cũng như điều trị. Do vậy thành lập khoa tâm thần trong bệnh viện đa khoa các cấp (từ 5-10% số giường của bệnh viện) là một nhu cầu cấp thiết không những đối với rối loạn trầm cảm mà còn đối với các trạng thái bệnh lý tâm thần khác cũng có nhiều biểu hiện cơ thể hiện giờ đang sắp hàng để được khám và chữa ở các phòng khám đa khoa và các cơ sở không chuyên khoa tâm thần.

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Chẩn đoán trầm cảm theo tiêu chuẩn của ICD-10
2. Phân loại trầm cảm
3. Trầm cảm cơ thể là gì?
4. Phân biệt trầm cảm cơ thể với rối loạn lo âu lan toả
5. Các nguyên tắc hướng dẫn điều trị trầm cảm

CÁC BỆNH TÂM CĂN, CÁC RỐI LOẠN LIÊN QUAN ĐẾN STRESS VÀ CÁC RỐI LOẠN DẠNG CƠ THỂ (F40-F49)

Mục tiêu bài giảng:

1. Trình bày được khái niệm các rối loạn lo âu.
2. Mô tả được các biểu hiện lâm sàng của các rối loạn.
3. Khám phát hiện được các triệu chứng lâm sàng và áp dụng được các phương pháp điều trị đối với các rối loạn.

I. KHÁI NIỆM

Các rối loạn bệnh tâm căn có liên quan đến stress và dạng cơ thể được xếp chung vào một nhóm lớn vì lý do lịch sử đã kết hợp chúng vào quan niệm bệnh tâm căn (neurosis) và có sự kết hợp với một tỷ lệ quan trọng (tuy chưa rõ ràng) các rối loạn này với căn nguyên tâm lý.

Sự hỗn hợp các triệu chứng là phổ biến (trầm cảm cùng tồn tại với lo âu là thường gặp nhất), đặc biệt các thể nhẹ hơn của các rối loạn này hay gặp trong chăm sóc sức khoẻ ban đầu. Tuy nhiên cần phải cố gắng để xác định hội chứng nào là hội chứng ưu thế.

- Do bao gồm nhiều bệnh và có nhiều kết quả điều tra khác nhau nên chúng tôi đưa ra một số tỷ lệ bệnh này (trên dân số để tham khảo: Đà Nẵng là 3%, Hải Phòng 4,3%, TPHCM 3%, trung bình từ 4-5%. Các nước phát triển có tỷ lệ cao hơn, theo Hagnell là 7,9% nam và 16,5% đối với nữ. Theo Petoracóp, tỷ lệ là 5,82%. Mỹ riêng RI lo âu chiếm 7,5% dân số, 10-15% bệnh nhân ngoại trú và 10% của bệnh nhân nội trú. Trong sức khoẻ cộng đồng 25% cá thể có một thời điểm nào đó bị rối loạn lo âu.

Trong nhóm rối loạn này, lo âu xuất hiện hoặc duy nhất, hoặc chủ yếu do những hoàn cảnh hay những đối tượng nào đó (bên ngoài chủ thể) và thực tế không nguy hiểm. Kết quả đặc trưng là bệnh nhân né tránh các hoàn cảnh và đối tượng đó hoặc là chịu đựng với sự khiếp sợ. Lo âu ám ảnh sợ không phân biệt được với các loại lo âu khác về mặt chủ quan, sinh lý hay tác phong, và mức độ trầm trọng của nó có thể thay đổi đi từ sự khó ở nhẹ đến sự khiếp sợ. Sự lo lắng của chủ thể có thể tập trung vào các triệu chứng cá nhân như đánh trống ngực hoặc cảm giác ngất xỉu và thường hay kết hợp với các hiện tượng thứ phát như sợ chết, sợ mất tự chủ hay sợ điên. Lo âu không nhẹ đi khi biết rằng người khác không coi hoàn cảnh đó là nguy hiểm hoặc đe dọa.

- Lo âu ám ảnh sợ thường kết hợp với trầm cảm. Lo âu ám ảnh sợ có trước hầu như nặng lên khi có một giai đoạn trầm cảm xen vào. Một giai đoạn trầm cảm kèm theo lo âu ám ảnh sợ nhất thời và một số ám ảnh sợ đặc biệt ám ảnh sợ khoảng trống thường có khí sắc trầm

- Hầu hết các ám ảnh sợ (ngoài ám ảnh sợ xã hội) thường gặp ở nữ nhiều hơn ở nam.

- Lo âu là một cảm giác lo sợ lan toả hết sức khó chịu nhưng thường mơ hồ, kèm theo một hay nhiều triệu chứng cơ thể như cảm giác trống rỗng ở thượng vị, siết chặt ở ngực, hồi hộp, vã mồ hôi, đau đầu, buồn tiểu tiện và bực tức bất an.

- Lo âu là một tín hiệu báo động, nó báo trước một sự nguy hiểm sắp xảy ra, cho phép con người sử dụng mọi biện pháp để đương đầu với sự đe dọa.

- Sự cũng là một tín hiệu báo động tương tự nhưng khác với lo âu: sự là sự đáp ứng với một đe dọa đã được biết rõ ràng từ bên ngoài hay không có nguồn gốc xung đột, còn lo âu là sự đáp ứng với một đe dọa không được biết rõ, từ bên trong, mơ hồ hay có nguồn gốc xung đột.

- Cần phân biệt giữa lo âu bình thường và lo âu bệnh lý. Người bị lo âu bình thường có thể được điều trị bằng cách trấn an hoặc liệu pháp tâm lý đơn giản nếu cần. Lo âu bệnh lý là lo âu quá mức hoặc dai dẳng không tương đương với sự đe dọa được cảm thấy, ảnh hưởng đến hoạt động của người bệnh, không mất đi với sự trấn an và có thể kèm theo những ý nghĩ hay hành động có vẻ quá mức hay vô lý.

Do đó, khi đánh giá một bệnh nhân có các biểu hiện lo âu cần phải xác định Đây là lo âu bình thường hay lo âu bệnh lý, nếu là lo âu bệnh lý thì đây là lo âu nguyên phát hoặc lo âu thứ phát (do một bệnh tâm thần hoặc bệnh cơ thể khác).

Hiện nay, dựa vào các biểu hiện lâm sàng khách quan, các nghiên cứu về hiện tượng học, di truyền học, các yếu tố sinh học lẫn sự đáp ứng chuyên biệt với các phương pháp điều trị khác nhau, người ta chia các rối loạn lo âu ám ảnh sợ thành các loại chính như sau:

Các rối loạn lo âu ám ảnh sợ:

- Ám ảnh sợ khoảng rộng có hoặc không có rối loạn hoảng sợ.
- Ám ảnh sợ xã hội.
- Ám ảnh sợ chuyên biệt.

Các rối loạn lo âu khác:

- Rối loạn hoảng sợ.
- Rối loạn lo âu toàn thể.

Rối loạn ám ảnh cưỡng bức

II. NHỮNG RỐI LOẠN ÁM ẢNH SỢ (F.40)

Trong nhóm các rối loạn này, lo âu xuất hiện hoặc duy nhất, hoặc chủ yếu do những hoàn cảnh hay những đối tượng nào đó (bên ngoài chủ thể) và thực tế không nguy hiểm. Kết quả đặc trưng là bệnh nhân né tránh các hoàn cảnh hoặc đối tượng đó hoặc chịu đựng với sự khiếp sợ. Lo âu ám ảnh sợ không phân biệt được với các loại lo âu khác về mặt chủ quan, sinh lý hay tác phong, và mức độ trầm trọng của nó có thể thay đổi đi từ sự khó ở đến sự khiếp sợ. Sự lo lắng của chủ thể có thể tập trung vào các triệu chứng cá nhân như đánh trống ngực hay ngất xỉu và thường kết hợp với các hiện tượng thứ phát như sợ chết, sợ mất tự chủ hay sợ điên. Lo âu không nhẹ đi khi biết rằng người khác không coi hoàn cảnh đó là nguy hiểm hoặc bị đe dọa. Chỉ suy nghĩ về một hoàn cảnh gây ám ảnh sợ thường cũng đủ gây ra một trạng thái lo âu đi trước.

Lo âu ám ảnh sợ thường kết hợp với trầm cảm. Lo âu ám ảnh sợ có trước hầu như luôn bị nặng lên khi có một giai đoạn trầm cảm xen vào. Một số giai đoạn trầm cảm kèm theo lo âu ám ảnh sợ nhất thời và một số ám ảnh sợ, đặc biệt ám ảnh sợ khoảng trống thường có khí sắc trầm. Hoặc có hai chẩn đoán lo âu ám ảnh sợ và giai đoạn trầm cảm là cần thiết hoặc chỉ một chẩn đoán được xác định nếu một rối loạn phát triển rõ rệt trước một rối loạn khác hoặc là một rối loạn phát triển rõ rệt ở thời điểm làm chẩn đoán. Nếu tiêu chuẩn cho rối loạn trầm cảm được thỏa mãn trước khi các triệu chứng ám ảnh sợ lần đầu tiên xuất hiện thì rối loạn trầm cảm được ưu tiên chẩn đoán trước.

Ám ảnh sợ (phobias) là sự sợ một cách vô lý đưa đến sự tránh né có ý thức những đồ vật, hoạt động hoặc tình huống thường không có tính chất nguy hiểm đối với hầu hết mọi

người. Sự sợ này thường gây đau khổ cho người bệnh mặc dù họ vẫn nhận thức được rằng sự sợ đó là không có cơ sở và vô lý. Các ám ảnh sợ hay gặp là:

1. Ám ảnh sợ khoảng trống

1.1. Lâm sàng

- Thuật ngữ “ám ảnh sợ khoảng trống” thuật ngữ này đã được dùng lần đầu tiên năm 1871 để chỉ những bệnh nhân sợ đi đến những nơi công cộng mà không có bạn bè hoặc người thân đi kèm. Hiện nay theo bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD-10) của tổ chức y tế thế giới thì ám ảnh sợ khoảng trống không chỉ sợ khoảng trống mà sợ cả những khía cạnh liên quan như sự có mặt một đám đông và việc khó rút lui ngay đến một nơi an toàn (thường về nhà). Bởi vậy thuật ngữ này kể đến một cụm những ám ảnh sợ liên hệ qua lại và thường gối lên nhau bao gồm các mối sợ đi ra khỏi nhà: sợ đi vào cửa hàng, sợ đám đông và các nơi công cộng hoặc sợ đi một mình trong tàu hoả, xe ô tô, đi qua đường hầm hoặc máy bay. Tuy mức độ trầm trọng của lo âu và phạm vi của tác phong né tránh có khác nhau, đây là những ám ảnh sợ làm mất năng lực hơn cả và một số người hoàn toàn ở trong nhà; nhiều bệnh nhân hoảng sợ bởi ý nghĩ bị xui đi và bị bỏ rơi ở chỗ công cộng. Không dễ dàng tìm ra một lối thoát là nét chủ yếu của nhiều hoàn cảnh sợ khoảng trống.

- Hiện nay theo bảng phân loại quốc tế các bệnh lần thứ 10 (ICD -10) của Tổ chức y tế thế giới thì ám ảnh sợ khoảng trống còn được dùng để chỉ tất cả những ám ảnh sợ có liên quan như sợ đám đông, sợ ở nhà một mình, sợ vào các cửa hàng, rạp hát hoặc các tiệm ăn, sợ đi một mình trên những phương tiện giao thông công cộng như tàu lửa, xe buýt, máy bay, đi qua cầu hoặc đường hầm...

- Ám ảnh sợ khoảng trống là ám ảnh gây nhiều trở ngại nhất cho người bệnh. Ám ảnh sợ khoảng trống thường bắt đầu từ 15-30 tuổi, ít gặp sau 40 tuổi, nữ nhiều hơn nam (3nữ /1nam). Các triệu chứng trầm cảm, ám ảnh sợ xã hội cũng có thể có nhưng không trội lên trong bệnh cảnh lâm sàng và nếu không được điều trị sẽ trở thành mãn tính.

1.2. Nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán

Theo ICD -10 chẩn đoán ám ảnh sợ khoảng trống cần dựa trên tất cả các tiêu chuẩn sau:

- Các triệu chứng tâm lý hoặc thần kinh thực vật phải là những biểu hiện tiên phát của lo âu chú không phải là thứ phát sau các triệu chứng khác như hoang tưởng hoặc ý nghĩ ám ảnh

- Lo âu phải giới hạn vào (hoặc chiếm ưu thế) trong ít nhất hai trong các tình thế sau đây: các đám đông, quảng trường công cộng, đi ra khỏi nhà, đi một mình. Và

- Sự tránh né các tình thế gây ra ám ảnh sợ đã và đang là triệu chứng nổi bật nhất.

Cần ghi rõ là ám ảnh sợ khoảng trống có hoặc không có kèm theo cơn hoảng sợ.

1.3. Điều trị

- Điều trị tâm lý: Chủ yếu là liệu pháp tâm lý nâng đỡ, các biện pháp tâm lý khác hiệu quả chưa rõ.

- Điều trị bằng thuốc: Nếu ám ảnh sợ khoảng trống có kèm theo cơn hoảng sợ thì có thể dùng các thuốc chống trầm cảm như Imipramine (Tofranil). Các thuốc chống lo âu nhóm Benzodiazepines như Alprazolam (Xanax) cũng làm giảm tần số và độ nặng của cơn hoảng sợ và có tác dụng nhanh hơn các thuốc chống trầm cảm.

2. Ám ảnh sợ xã hội

2.1. Lâm sàng

Ám ảnh sợ xã hội là sự sợ rõ rệt và dai dẳng các tình thế xã hội hoặc thao tác (performance) đồng thời thường kèm sự lúng túng và xấu hổ.

- Ám ảnh sợ xã hội thường bắt đầu ở tuổi thiếu niên và bao gồm chủ yếu sự sợ hãi khi bị nhìn chăm chú trong một nhóm người tương đối nhỏ (trái với những đám đông) bởi những người khác và thường đưa đến sự tránh né các tình thế xã hội và tự cô lập.

- Ám ảnh sợ xã hội gặp như nhau ở cả 2 giới, có thể chỉ giới hạn vào một số tình thế như sợ ăn uống nơi công cộng, sợ phát biểu trước công chúng, sợ gặp gỡ những người khác giới ... hoặc liên quan hầu hết đến các tình thế xã hội ngoài khuôn khổ gia đình.

- Ám ảnh sợ xã hội thường kèm theo sự tự ti đánh giá thấp bản thân, sợ bị phê bình. Chúng có thể bộc lộ bằng những lời phàn nàn bị đỏ mặt, run, tim đập nhanh, vã mồ hôi, buồn nôn và sợ nôn nơi công cộng hay mắc tiểu cũng có thể là những biểu hiện của ám ảnh sợ xã hội. Trong trường hợp nặng ám ảnh sợ xã hội có thể kèm theo cơn hoảng sợ.

2.2. Nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán

Theo ICD -10, chẩn đoán ám ảnh sợ xã hội cần dựa vào tất cả những tiêu chuẩn sau:

- Các triệu chứng tâm lý, hành vi hoặc thần kinh thực vật phải là những biểu hiện nguyên phát của lo âu và không phải là thứ phát sau các triệu chứng khác như các hoang tưởng hoặc ý nghĩ ám ảnh gây ra.

- Lo âu phải giới hạn vào hoặc nổi bật trong các tình thế xã hội đặc biệt .

- Sự tránh né các tình thế gây ra ám ảnh sợ phải là một triệu chứng nổi bật.

2.3. Điều trị

- Điều trị tâm lý: Kết quả chưa rõ.

- Điều trị bằng thuốc: Các thuốc chẹn beta (Beta blocking drugs) giúp làm giảm các triệu chứng ngoại biên của lo âu như run, tim đập nhanh, vã mồ hôi.

Thường sự kết hợp điều trị hành vi với các thuốc ngăn chặn beta có kết quả tốt và ám ảnh sợ xã hội có thể được cải thiện trong vài tuần lễ .

3. Ám ảnh sợ chuyên biệt

3.1.Lâm sàng

- Ám ảnh sợ chuyên biệt còn được gọi là ám ảnh sợ đơn thuần (phobie simple), ám ảnh sợ riêng rẽ hoặc ám ảnh sợ duy nhất là rối loạn lo âu thường gặp nhất. Đây là những ám ảnh sợ chỉ giới hạn vào những tình thế hết sức chuyên biệt.

- Các đối tượng hoặc tình thế thường gây ám ảnh sợ chuyên biệt nhất là rấn, nhện, chỗ cao, và các khoảng kín chật hẹp khác, như thang máy, máy bay.

- So với ám ảnh sợ khoảng rộng và ám ảnh sợ xã hội, bệnh nhân bị ám ảnh sợ chuyên biệt ít đi điều trị hơn vì rối loạn này có thể tự thuyên giảm và vì người bệnh có thể dễ dàng tránh né một tình thế duy nhất gây ám ảnh sợ hơn là phải tránh né rất nhiều tình thế như trong ám ảnh sợ khoảng trống và ám ảnh sợ xã hội.

Ám ảnh sợ đi máy bay có thể gây nhiều phiền phức đáng kể cho những người bệnh vì công việc phải di chuyển trên những khoảng đường dài .

Ám ảnh sợ côn trùng đôi khi có thể làm cho người bệnh phải ở trong nhà suốt cả một mùa khi có loài côn trùng gây ám ảnh sợ (ví dụ: ong) đang hoạt động .

Ám ảnh sợ máu vết thương mặc dù ít gặp hơn các ám ảnh sợ chuyên biệt khác nhưng lại rất được chú ý vì thường gây ngất xỉu. Gần đây bệnh SIDA là chủ đề phổ biến của chủ đề ám ảnh sợ bệnh.

Ám ảnh sợ chuyên biệt thường bắt đầu ở tuổi trẻ em hoặc thanh niên, nữ nhiều hơn nam, có thể kéo dài hàng chục năm nếu không được điều trị .

3.2. Nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán

Theo ICD -10, chẩn đoán ám ảnh sợ chuyên biệt cần được dựa vào tất cả những tiêu chuẩn sau :

- Các triệu chứng tâm lý hoặc thần kinh thực vật phải là những biểu hiện nguyên phát của lo âu và không phải là thứ phát sau các triệu chứng khác như hoang tưởng hoặc ý nghĩ ám ảnh gây ra .

- Lo âu phải giới hạn vào hoặc chỉ xảy ra khi có sự hiện diện của các sự vật hoặc tình huống gây ám ảnh sợ và

- Né tránh tình huống gây ám ảnh sợ bất cứ khi nào có thể được .

3.3. Điều trị

- Điều trị ám ảnh sợ chuyên biệt bằng cách cho người bệnh tiếp cận với sự thật hoặc tình huống gây ám ảnh sợ có kết quả tốt (như sợ mèo, sợ đi máy bay...)

- Đối với ám ảnh sợ máu, vết thương, điều trị trước tiên là cho bệnh nhân nằm nghỉ vì bệnh nhân ít khi bị ngất xỉu ở tư thế này ngay cả khi tim đập chậm và cần được theo dõi mạch, huyết áp. Sau đó việc cho người bệnh tiếp cận dần dần để không gây tim đập chậm là phương pháp điều trị tốt nhất đối với bệnh nhân bị ám ảnh sợ máu, vết thương.

III.CÁC RỐI LOẠN LO ÂU KHÁC (F41)

Các biểu hiện của lo âu là những triệu chứng của các rối loạn này và không khu trú vào bất kỳ hoàn cảnh hoặc tình huống xung đặc biệt nào. Các triệu chứng trầm cảm và ám ảnh, và ngay cả các yếu tố lo âu ám ảnh sợ cũng có thể có nhưng là thứ phát hoặc ít nghiêm trọng.

1. Rối loạn hoảng sợ

1.1. Lâm sàng

- Còn gọi là lo âu kịch phát từng cơn. Đặc điểm chủ yếu của rối loạn này là những cơn lo âu dữ dội (hoảng sợ) tái đi tái lại nhưng không giới hạn vào bất kỳ tình thế hoặc hoàn cảnh đặc biệt nào nên thường không đoán trước được.

- Cơn hoảng sợ thường xuất hiện đột ngột kèm theo tim đập nhanh, hồi hộp, khó thở, đau ngực vã mồ hôi choáng váng và các triệu chứng khác như: trầm cảm, giải thể nhân cách và tri giác sai thực tại. Người bệnh còn có cảm giác sợ chết, sợ bị mất tự chủ, sợ bị mất trí...

- Các cơn thường chỉ kéo dài từ 20-30 phút và ít khi quá 1 giờ, trung bình xảy ra vài lần mỗi tuần nhưng có thể nhiều hơn hoặc ít hơn.

- Khi cơn hoảng sợ xuất hiện, người bệnh cảm thấy sợ hãi mỗi lúc một tăng kèm theo các triệu chứng thần kinh thực vật, làm cho bệnh nhân tìm cách rời khỏi nơi đang ở một cách vội vã để tìm sự giúp đỡ. Nếu cơn xảy ra trong một tình thế đặc biệt như trên xe buýt hoặc trong đám đông thì về sau bệnh nhân sẽ tránh né các tình thế này.

- Các cơn hoảng sợ thường gây ra sự lo âu dai dẳng về một cơn khác sẽ xảy ra và do không đoán trước được nên người bệnh thường lo sợ khi ở một mình hoặc đến các nơi công cộng (ám ảnh sợ khoảng trống).

- Rối loạn hoảng sợ gặp ở phái nữ nhiều hơn phái nam (nhất là khi có kèm theo ám ảnh sợ khoảng trống) thường bắt đầu giữa 15-25 tuổi. Trường hợp cơn hoảng sợ bắt đầu sau 40 tuổi thì có thể là do trầm cảm hoặc nguyên nhân thực thể.

1.2. Nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán

Trong chẩn đoán này, khi một cơn hoảng sợ xảy ra trong một hoàn cảnh gây ám ảnh sợ đã được xác định, nó được coi là sự thể hiện mức độ nặng của ám ảnh sợ và phải được ưu tiên chẩn đoán. Rối loạn hoảng sợ chỉ là chẩn đoán chính khi không có bất kỳ một ám ảnh sợ nào trong F40.

Để chẩn đoán chắc chắn cần có nhiều cơn rõ rệt xảy ra trong khoảng thời gian độ 1 tháng :

- Trong những hoàn cảnh không có sự nguy hiểm khách quan.
- Không giới hạn vào những tình thế đã biết hoặc có thể đoán trước

Được.

- Tương đối ít có các triệu chứng lo âu giữa các cơn(mặc dù sự lo âu về một cơn sắp tới là hay gặp).

1.3. Điều trị

- Điều trị tâm lý: Cần tạo quan hệ tốt với người bệnh và giải thích cho họ hiểu được các triệu chứng trong cơn hoảng sợ không phải là triệu chứng của các bệnh thực thể và đây không phải là căn bệnh nguy hiểm để bệnh nhân an tâm, tin tưởng vào sự điều trị .

- Điều trị bằng thuốc: Là phương pháp điều trị chính của rối loạn hoảng sợ . Các thuốc chống trầm cảm đã được xác nhận là làm giảm rõ rệt tần số và độ nặng của các cơn hoảng sợ. Các nghiên cứu cũng cho thấy các thuốc chống trầm cảm tác dụng trên hệ Noradrenergic có hiệu quả trong điều trị rối loạn hoảng sợ hơn là các thuốc có tác dụng trên sự tái thu nhận Serotonin.

Thuốc thường được dùng nhiều nhất là Imipramine (Tofranil) mặc dù có báo cáo cho rằng Désipramine cũng có hiệu quả và ít tác dụng phụ hơn. Ngoài ra một số tác giả còn dùng Phénelzine một thuốc chống trầm cảm loại IMAO.

Trong trường hợp người bệnh không đáp ứng hoặc không dung nạp với các thuốc trên thì có thể dùng Propanolol hoặc Alprazolam.

2. Rối loạn lo âu lan tỏa

2.1. Lâm sàng

- Đặc điểm cơ bản của rối loạn này là sự lo âu toàn thể và dai dẳng, nhưng không giới hạn vào hoặc nổi bật trong bất cứ tình huống đặc biệt nào.

- Người bệnh thường xuyên cảm thấy bất an, run rẩy, căng thẳng bắp thịt, vã mồ hôi, choáng váng, hồi hộp, chóng mặt, đầu óc trống rỗng, đánh trống ngực, khó chịu ở vùng thượng vị.. Họ thường lo sợ mình hoặc người thân của mình sắp bị bệnh, bị tai nạn hoặc gặp chuyện không may...

- Theo nhiều công trình nghiên cứu, rối loạn lo âu toàn thể chiếm từ 2-5% dân số chung, thường bắt đầu từ 20-30 tuổi gặp ở nữ 2 lần nhiều hơn nam. Thường chỉ có khoảng 1/3 bệnh nhân đến điều trị tâm thần, số còn lại điều trị tại các bác sĩ đa khoa, tim mạch...

Rối loạn này thường liên quan đến các sang chấn tâm lý trường diễn trong đời sống, tiến triển thay đổi nhưng thường có khuynh hướng dao động và trở thành mãn tính.

2.2. Nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán

Người bệnh phải có các triệu chứng tiên phát của lo âu hầu như mỗi ngày trong ít nhất nhiều tuần lễ liên tiếp và thường trong nhiều tháng. Các triệu chứng này phải liên quan đến:

- Lo sợ (lo lắng về sự bất hạnh trong tương lai, cảm giác bất an, khó tập trung tư tưởng. V.v.)

- Căng thẳng về vận động (hay cựa quậy, đau căng đầu, run, không thư giãn được.). Và tăng hoạt động thần kinh thực vật (choáng váng, vã mồ hôi, tim đập nhanh hoặc thở nhanh, khó chịu ở vùng thượng vị, chóng mặt, khô miệng..vv.)

- Ở trẻ em, thường xuyên cần đến sự trấn an và các than phiền cơ thể có thể nổi bật.

Sự xuất hiện tạm thời (trong ít ngày liên tiếp) của các triệu chứng khác, đặc biệt là trầm cảm, thì không loại trừ rối loạn lo âu toàn thể như là chẩn đoán chính, nhưng bệnh cảnh không được đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn của cơn trầm cảm (F32), rối loạn ám ảnh sợ (F40), rối loạn hoảng sợ hoặc rối loạn ám ảnh cưỡng bức (F42).

2.3. Điều trị

- Điều trị tâm lý: bằng liệu pháp tâm lý nâng đỡ và nhận thức nhằm trấn an người bệnh trước những lo sợ không có cơ sở, khuyến khích họ đương đầu với những tình huống gây lo âu và tạo điều kiện cho họ có thể thảo luận những vấn đề của mình với thầy thuốc.

Trong trường hợp có hoàn cảnh xung đột hoặc chấn thương tâm lý thì người bệnh với sự giúp đỡ của gia đình, có thể thay đổi môi trường sống. Điều này có thể làm giảm các triệu chứng, giúp cho người bệnh làm việc có hiệu quả và quan hệ tốt hơn với mọi người chung quanh.

- Điều trị bằng thuốc: Việc cho các thuốc chống lo âu hiếm khi thực hiện ngay ở lần khám đầu tiên và do tính chất mãn tính của rối loạn khí sắc này, một kế hoạch điều trị cần được cân nhắc kỹ.

Các thuốc chống lo âu thuộc họ Benzodiazepines có hiệu quả trong việc làm giảm triệu chứng lo âu toàn thể ở nhiều bệnh nhân. Tuy vậy, do tác dụng êm dịu của thuốc một số bệnh nhân bị giảm sự tỉnh táo và dễ bị các tai nạn trong lúc lái xe hoặc sử dụng máy móc. Ngoài ra, sự quen thuốc và nghiện thuốc có thể xảy ra.

Buspirone (Buspar) một thuốc chống lo âu không thuộc họ Benzodiazepines có thể được dùng cho những bệnh nhân này. Mặc dù chậm có tác dụng, nó không có tác dụng êm dịu, không có tác dụng tương tác với rượu và không gây nghiện.

Ngoài ra các thuốc ngăn chặn beta như propranolol cũng đã được dùng để điều trị các triệu chứng ngoại biên của lo âu và các thuốc kháng histamines cũng được dùng ở các bệnh nhân có nguy cơ cao về lạm dụng Benzodiazepines.

3. Rối loạn ám ảnh - cưỡng bức

3.1. Lâm sàng

- Đặc điểm cơ bản của rối loạn ám ảnh cưỡng bức là sự xuất hiện lặp đi lặp của những ý nghĩ ám ảnh hoặc hành vi cưỡng bức. Các triệu chứng này rất khó chịu đối với người bệnh,

ảnh hưởng đến các sinh hoạt thường ngày, và các hoạt động xã hội, nghề nghiệp cũng như quan hệ với những người chung quanh. Mặc dù người bệnh nhận thức được sự vô lý của các ý nghĩ và hành vi này, cố gắng tìm mọi cách để chống lại nhưng không có kết quả.

- Người bệnh có thể chỉ có ý nghĩ ám ảnh hoặc hành vi cưỡng bức nhưng thường nhất là có cả hai. Mặc dù hành vi cưỡng bức là những hành vi định hình, lặp đi lặp lại nhằm làm giảm bớt sự lo âu đi kèm với ám ảnh nhưng không phải lúc nào cũng có kết quả mà có khi lại càng làm tăng thêm sự lo âu.

- Người ta nhận thấy có mối quan hệ chặt chẽ giữa các triệu chứng ám ảnh và trầm cảm khoảng 2/3 bệnh nhân có rối loạn ám ảnh cưỡng bức bị trầm cảm thứ phát, ngược lại bệnh nhân bị rối loạn trầm cảm tái phát cũng hay có các ý nghĩ ám ảnh trong các giai đoạn trầm cảm. Trong các trường hợp này, các triệu chứng trầm cảm và ám ảnh thường tăng giảm song song với nhau.

- Rối loạn ám ảnh cưỡng bức là một hội chứng tương đối hiếm gặp chỉ chiếm tỷ lệ khoảng 0,05% dân số chung và 1% số bệnh nhân được khám và điều trị về tâm thần. Tuy nhiên theo những nghiên cứu gần đây, các tỷ lệ này có thể cao hơn.

- Rối loạn ám ảnh cưỡng bức thường bắt đầu từ 15-25 tuổi và gặp như nhau ở cả 2 giới. Những bệnh nhân này thường có trí tuệ trên mức trung bình và khoảng 1/3 có trình độ ít nhất là đại học.

- Rối loạn ám ảnh cưỡng bức thường gặp nhất là ám ảnh bị lây bệnh kèm theo sự rửa tay nhiều lần đến mức làm trầy xước cả da tay.

Loại thứ hai cũng hay gặp là ám ảnh nghi ngờ kèm theo một sự cưỡng bức về kiểm tra. Ví dụ người bệnh mỗi khi rời khỏi nhà sợ quên khoá cửa hoặc tắt bếp ga và phải trở về nhà rất nhiều lần để kiểm tra. Những bệnh nhân này cũng hay có ám ảnh nghi ngờ chính mình và họ thường cảm thấy có lỗi do đã phạm một sai lầm nào đó.

Một loại khác ít gặp hơn là các ý nghĩ ám ảnh mà không có hành vi cưỡng chế. Ví dụ một người mẹ đau khổ vì sợ sẽ không kiềm chế nổi xung đột muốn giết đứa con mình yêu quý, một người khác không xua đuổi được những ý nghĩ tục tĩu hoặc có tính chất xúc phạm...

Loại sau cùng là chậm chạp ám ảnh trong đó người bệnh thực hiện rất chậm các sinh hoạt thường ngày như mất hàng giờ để ăn sáng hoặc cạo râu...

3.2. Nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán

Theo ICD-10, để chẩn đoán chắc chắn, các ý nghĩ ám ảnh hoặc hành vi cưỡng chế hoặc cả hai phải hiện diện hằng ngày trong ít nhất hai tuần lễ liên tiếp, gây khổ sở cho người bệnh hoặc ảnh hưởng đến các sinh hoạt thường ngày. Các triệu chứng ám ảnh phải có những đặc điểm sau đây:

- Người bệnh thừa nhận đó là những ý nghĩ hoặc xung động của chính mình.
- Có ít nhất một ý nghĩ hoặc một hành vi đang được người bệnh tiếp tục chống lại, mặc dù không có kết quả (có thể kèm theo các triệu chứng khác mà người bệnh không chống lại nữa).
- Ý nghĩ ám ảnh hoặc hành vi cưỡng bức không mang lại một sự thích thú nào cho người bệnh (sự giảm căng thẳng hoặc lo âu không được coi như là một sự thích thú).
- Các ý nghĩ, biểu tượng hoặc xung động phải lặp đi lặp lại và gây khó chịu.

3.3 .Điều trị

- Các liệu pháp tâm lý: trong đó có liệu pháp tâm lý nâng đỡ có kết quả trong điều trị rối loạn ám ảnh cưỡng bức giúp người bệnh có thể tiếp tục làm việc và thích ứng với xã hội.

Chỉ khi nào có các nghi thức ám ảnh hoặc lo âu nặng nề thì mới cần nhập viện và sự tách khỏi các sang chấn từ môi trường bên ngoài sẽ làm giảm bớt các triệu chứng.

Ngoài ra tâm lý liệu pháp còn phải chú ý đến gia đình người bệnh cung cấp cho họ sự nâng đỡ về tâm lý, an ủi, giải thích và hướng dẫn cho họ cách cư xử với người bệnh nhằm làm giảm bớt các xung đột gia đình do rối loạn gây ra.

- Điều trị thuốc: Theo một số tác giả là phương pháp điều trị hàng đầu, đối với rối loạn ám ảnh cưỡng bức. Thuốc hay dùng là Anafranil.

IV. CÁC RỐI LOẠN CÓ LIÊN QUAN ĐẾN STRESS

1. *Khái niệm*

- Mục này khác với các mục khác là nó bao gồm các rối loạn có thể xác định không chỉ dựa trên nền tảng triệu chứng học và sự tiến triển mà còn trên cơ sở một hay hai ảnh hưởng gây bệnh như một sự kiện trong đời sống gây stress đặc biệt gây ra một phản ứng stress cấp diễn, hoặc một thay đổi đáng kể trong đời sống dẫn đến những hoàn cảnh khó chịu liên tục, kết quả là rối loạn sự thích ứng.

- Các stress tâm lý xã hội ít trầm trọng hơn “ Các sự kiện đời sống” có thể thúc đẩy sự khởi đầu bệnh hoặc góp phần vào thể hiện một phạm vi rất rộng các rối loạn được xếp loại ở nơi khác trong phần này, nhưng tầm quan trọng về bệnh nguyên của chúng không phải luôn rõ ràng và trong mỗi trường hợp sẽ thấy là nó phụ thuộc vào tính dễ bị tổn thương là đặc ứng của cá thể.

- Các rối loạn được đưa vào mục này được cho là luôn phát sinh do hậu quả trực tiếp của stress trầm trọng cấp diễn hay sang chấn liên tục. Sự kiện gây stress hoặc các hoàn cảnh khó chịu liên tục là nhân tố căn nguyên đầu tiên gối lên nhau, và rối loạn ấy sẽ không xảy ra nếu không có sự tác động mạnh của nó. Các phản ứng với stress trầm trọng và các rối loạn sự thích ứng có thể xảy ra ở tất cả các nhóm tuổi.

Như vậy những rối loạn này có thể được coi là những đáp ứng không thích nghi với những stress trầm trọng hoặc liên tục, do chúng làm cản trở cơ chế đối phó hữu hiệu và vì vậy dẫn đến các vấn đề về thực hiện chức năng xã hội.

2. *Phản ứng stress cấp*

2.1. Lâm sàng

- Một rối loạn nhất thời rất trầm trọng, phát triển ở một cá nhân không có bất kỳ rối loạn tâm thần rõ rệt nào khác đáp ứng lại một thể chất stress và/hoặc tâm thần đặc biệt và thông thường mất đi trong vài giờ hoặc vài ngày. Tác nhân gây stress có thể là một nhận cảm sang chấn quá mạnh bao gồm sự đe dọa nghiêm trọng an toàn và toàn vẹn thể chất của bệnh nhân và những người thân yêu(ví dụ tai họa thiên nhiên, tai nạn, hành hung tội ác, hãm hiếp) hay một thay đổi bất ngờ, khác thường đe dọa địa vị xã hội và/hoặc mạng lưới quan hệ xã hội của cá nhân. Nguy cơ phát triển của rối loạn này tăng lên kèm theo sự kiệt sức của cơ thể.

- Tính dễ bị tổn thương và khả năng đối phó của cá nhân đóng một vai trò trong sự xảy ra và mức độ trầm trọng của phản ứng stress cấp, bởi vì có bằng chứng là không phải tất cả mọi người chịu stress đặc biệt đều phát triển thành rối loạn. - Các triệu chứng biểu hiện rất thay đổi nhưng chúng bao gồm một cách điển hình một trạng thái “sững sờ” ban đầu, với sự

thu hẹp trường ý thức và sự chú ý, không có khả năng hiểu được các tác nhân kích thích và rối loạn định hướng.

- Tiếp theo triệu chứng trên có thể rút lui ra xa khỏi hoàn cảnh xung quanh (phạm vi của sống sờ phân ly), hoặc kích động và hoạt động quá mức (phản ứng rút chạy hoặc bỏ trốn).

- Thường có các triệu chứng thần kinh tự trị của lo âu hoảng sợ (mạch nhanh, ra mồ hôi, đỏ mặt).

- Các triệu chứng thường xuất hiện trong nhiều phút khi có tác động của kích thích hay sự kiện gây stress, và biến mất trong vòng 2-3 ngày (thường trong nhiều giờ). Giai đoạn này có thể có quên từng phần hoặc quên hoàn toàn (xem bài quên phân ly).

2.2. Các nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán

Phải có mối liên quan về thời gian trực tiếp và rõ ràng giữa tác động của nhân tố gây stress đặc biệt và sự khởi đầu của các triệu chứng, thông thường trong vài phút nếu không ngay tức khắc. Thêm vào đó có các triệu chứng sau:

- Thể hiện một bệnh cảnh hay thay đổi và pha trộn, cùng với trạng thái "sững sờ" ban đầu có thể thấy trầm cảm, lo âu, giận dữ, thất vọng, hoạt động quá mức và rút lui nhưng không một loại triệu chứng nào chiếm ưu thế lâu.

- Tan biến nhanh (nhiều nhất trong vài giờ) trong những trường hợp có thể rút khỏi môi trường sang chấn, trong các trường hợp stress còn tiếp tục hoặc không thể thay đổi do bản chất của nó, các triệu chứng bắt đầu giảm sau 24-48 giờ và còn có thể sau 3 ngày.

3. Rối loạn stress sau sang chấn

3.1. Bệnh nguyên

3.1.1. Do chịu đựng một sang chấn tâm thần

Có 3 tình huống có thể xảy ra:

- Một sang chấn tâm thần duy nhất, mạnh, không lường trước được. Sang chấn này có liên quan tới một tình huống đe dọa sự tồn tại và tính toàn vẹn của cơ thể như một thảm họa, một trận đánh, một sự tấn công mà bệnh nhân đã trải qua một cách dữ dội, nguy hiểm, ít nhiều gây rối loạn ý thức.

- Các sang chấn vật lý và tâm thần lặp lại, vượt quá ngưỡng chịu đựng của bệnh nhân như các hoạt động quân sự kéo dài, các tình huống căng thẳng cực điểm như tù đầy tra tấn. Có thể có giai đoạn tiềm tàng kéo dài nhiều tháng từ khi có sang chấn đến khi xuất hiện các triệu chứng.

- Một chấn thương cơ thể có thể dẫn tới rối loạn này.

3.1.2. Do nhân cách của bệnh nhân

- Tính không ổn định của sự cân bằng tâm lý có thể tạo ra một trạng thái "tâm căn tiềm tàng", là nhân tố thuận lợi của rối loạn stress sau sang chấn.

- Chiều hướng phản ứng của bệnh nhân với sang chấn và sự cộng hưởng cảm xúc được thay đổi theo nhân cách, theo trạng thái sẵn sàng tự vệ, theo tính dễ bị tổn thương vv..

- Các nhân tố dễ bị tổn thương có thể có vai trò trong tâm căn thời chiến như suy kiệt cơ thể, xung đột tâm lý, cảm giác tội lỗi liên quan đến cái chết của đồng đội.

3.1.3. Do các phản ứng có liên quan của người thân và xã hội

Có thể là nhân tố thuận lợi cho cấu trúc rối loạn stress sau sang chấn như vai trò của người vợ (chồng) rất quan trọng đối với phản ứng cảm xúc của người bệnh, thái độ của người thầy thuốc có thể làm thay đổi tiến triển của bệnh..

3.2. Lâm sàng

3.2.1. Các hội chứng sau sang chấn đặc trưng

Chủ yếu là trạng thái hoảng sợ.

- Kích động cảm xúc:

+ Cơn run rẩy, cơn khóc.

+ Cảm xúc hỗn loạn, tấn công.

+ Nhạy cảm với các kích thích thị giác, xúc giác, đặc biệt là thính giác.

- Phong toả các chức năng sinh thể:

+ Có thể mệt mỏi và sưng sờ (có thể ngứa).

+ Thường là vô cảm kèm theo suy nhược.

+ Mất hứng thú cảm xúc và tình dục.

- Xu hướng lặp lại các triệu chứng:

+ Người bệnh thường nhớ lại và nghiền ngẫm sang chấn một cách cố ý thức.

+ Các cơn giận dữ, các hành vi tự vệ hoặc tấn công.

+ Các ác mộng về những nhận cảm của sang chấn. Xu hướng tái diễn này có thể kéo dài vài năm.

3.2.2. Các hội chứng sang chấn không đặc trưng

- Tăng tuần tự và đồng thời. Phụ thuộc vào nhân cách, môi trường và sang chấn.

- Phức hợp lâm sàng bao gồm:

+ Các rối loạn tâm thần khác nhau (ngghi bệnh, tâm căn suy nhược..) có thể có.

+ Rối loạn phân ly sau sang chấn.

+ Trầm cảm (thường gặp trong rối loạn tâm căn sống sót): cảm giác tội lỗi, suy giảm giá trị bản thân. .vv..

+ Sợ ám ảnh phù hợp với các tình huống gây sang chấn.

3.2.3. Tiến triển lâu dài dẫn đến một sự thay đổi nhân cách với các hiện tượng

- Quay về thái độ phụ thuộc, bị động, trẻ con, với những yêu sách về tài chính và cảm xúc.

- Tập trung chú ý vào hình dạng cơ thể.

3.3. Nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán

- Nói chung rối loạn này không được chẩn đoán trừ khi có bằng chứng là nó xảy ra trong vòng 6 tháng do một sự kiện sang chấn đặc biệt trầm trọng.

- Một chẩn đoán “có khả năng” vẫn có thể được nếu sự trì hoãn giữa sự kiện sang chấn và khởi đầu của bệnh dài hơn 6 tháng, miễn là các biểu hiện lâm sàng điển hình và không nhận thấy có các rối loạn khác thay thế chấp nhận được (ví dụ như rối loạn lo âu hoặc ám ảnh nghi thức...).

- Thêm vào bằng chứng có sang chấn, phải có hồi ức bắt buộc và lặp lại hoặc tái diễn lại sự kiện trong óc, trong mơ mộng ban ngày hay giấc mơ. Cảm xúc thờ ơ rõ rệt, tê liệt cảm xúc và né tránh các kích thích làm hồi tưởng sang chấn.

- Các rối loạn thần kinh tự trị, rối loạn khí sắc, và những bất thường về hành vi tất cả góp phần vào chẩn đoán nhưng không quan trọng.

3.4. Điều trị

- Trong dự phòng, vai trò của người thầy thuốc là chủ yếu: gây được lòng tin của bệnh nhân làm cho họ yên lòng, giải thích hợp lý, điều trị triệu chứng, tránh nhập viện không cần thiết và kéo dài. Điều trị kết hợp chặt chẽ và liên tục các liệu pháp.

- Trong rối loạn tâm căn thời chiến, kết quả điều trị tốt sau một giấc ngủ nhân tạo hoặc gây ngủ nhẹ, thôi miên.

- Lo âu cấp: Dùng các thuốc giải lo âu.

- Dùng các thuốc chống trầm cảm trong các trường hợp trầm cảm, hay có hoảng sợ kết hợp.

- Áp dụng liệu pháp tập tính..

V. CÁC RỐI LOẠN PHÂN LY

Rối loạn phân ly (hoặc chuyển di) là một nhóm các hội chứng tâm thần đặc trưng bởi sự rối loạn xảy ra đột ngột và tạm thời trong các chức năng vốn được kết hợp với nhau thành một thể thống nhất bình thường giữa trí nhớ quá khứ, ý thức về đặc tính cá nhân với những cảm giác trực tiếp, và sự kiểm soát hành vi vận động của cơ thể làm cho một phần nào đó của các chức năng này bị mất đi.

Các rối loạn này trước đây được xếp vào các thể khác nhau của “Hysteria chuyển dạng” nhưng theo khuynh hướng chung hiện nay nên tránh dùng thuật ngữ “hysteria” càng nhiều càng tốt vì nó có nhiều ý nghĩa rất thay đổi.

- Các rối loạn phân ly được mô tả ở đây được xem là có căn nguyên tâm lý nghĩa là có sự liên hệ rõ rệt về thời gian với các chấn thương tâm lý.

- Từ “chuyển dạng” được dùng rộng rãi cho một số các rối loạn này và có nghĩa là cảm xúc khó chịu gây ra bởi các vấn đề xung đột mà bệnh nhân không giải quyết được sẽ chuyển thành các triệu chứng.

- Các trạng thái phân ly thường được khởi đầu và kết thúc đột ngột. Chúng có khuynh hướng phục hồi sau ít tuần hoặc ít tháng, đặc biệt nếu sự khởi đầu có liên quan đến một sự kiện sang chấn trong đời sống.

- Các trạng thái mãn tính hơn, đặc biệt là liệt và mất cảm giác có thể xuất hiện (đôi khi chậm hơn) nếu kết hợp với những vấn đề hoặc khó khăn trong quan hệ với người khác không giải quyết được. Các trạng thái phân ly đã kéo dài trên 1-2 năm trước khi đến khám tâm thần thường đề kháng với sự điều trị.

Các nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán: Để chẩn đoán quyết định phải có những điểm sau:

- Các biểu hiện lâm sàng biệt định cho các rối loạn cá nhân trong F44.

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

- Bằng chứng có căn nguyên tâm lý- dưới dạng kết hợp rõ rệt về thời gian với sự kiện gây sang chấn và những vấn đề hoặc các mối quan hệ bị rối loạn. Bằng chứng thuyết phục về nguyên nhân tâm lý có thể khó nhận thấy, mặc dù rất đáng nghi. Khi có các rối loạn đã biết

của hệ thần kinh trung ương hay ngoại vi. Việc chẩn đoán rối loạn phân ly phải rất thận trọng. Khi không có bằng chứng nguyên nhân tâm lý, chẩn đoán phải xem như tạm thời, và đòi hỏi phải tiếp tục xem xét cả hai khía cạnh cơ thể và tâm lý.

Theo ICD-10 rối loạn phân ly gồm có các loại chính sau :

1. Quên phân ly

1.1. Lâm sàng

- Đặc điểm cơ bản của rối loạn này là quên và thường là quên những sự kiện quan trọng của bản thân xảy ra gần đây mà không do rối loạn tâm thần thực thể và vượt quá một sự quên thông thường hoặc do mệt mỏi.

- Đây là thể hay gặp nhất của rối loạn phân ly, thường gặp trong thời kỳ chiến tranh và trong lúc có thiên tai. Rối loạn thường xảy ra ở thiếu niên và thanh niên và gặp ở nữ nhiều hơn.

- Rối loạn thường bắt đầu đột ngột và bệnh nhân thường biết mình bị mất trí nhớ. Một số bệnh nhân cảm thấy bức mình vì mất nhớ nhưng một số khác lại tỏ ra không quan tâm hoặc thờ ơ.

Quên có thể xảy ra dưới một trong các thể sau :

- Quên khu trú: là thể hay gặp nhất, đặc trưng bởi sự mất trí nhớ về những sự việc xảy ra trong một khoảng thời gian ngắn từ vài giờ đến vài ngày.

- Quên toàn thể: là mất trí nhớ trong toàn bộ thời gian.

- Quên chọn lọc: (còn gọi là quên có hệ thống) là không nhớ được một số sự việc (chứ không phải tất cả) trong một khoảng thời gian ngắn.

- Quên liên tục: đặc trưng bởi sự quên từng sự việc liên tiếp khi nó xảy ra mặc dù bệnh nhân nhận biết đầy đủ những gì đang xảy ra chung quanh vào lúc đó.

1.2. Nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán

Để chẩn đoán xác định cần có :

- Quên, một phần hoặc toàn thể những sự kiện mới xảy ra có tính chất gây stress (các sự kiện này chỉ được biết rõ khi có người khác cung cấp thông tin).

- Không có rối loạn tâm thần thực thể, nhiễm độc hoặc mệt mỏi quá mức.

1.3. Điều trị

Việc sử dụng các Barbiturate có tác dụng tức thời và ngắn như Thiopental và Sodium Amobarbital (Amytal) tiêm tĩnh mạch có thể giúp bệnh nhân phục hồi trí nhớ của mình.

Ám thị trong giấc ngủ thôi miên có thể dùng chủ yếu để thư giãn người bệnh, giúp họ nhớ lại những gì đã quên. Người bệnh sẽ được đưa vào trạng thái ngủ gà (Somnolence), ở thời điểm đó sự ức chế tâm thần được giảm đi, những gì bị dồn nén sẽ xuất hiện lại trong ý thức và được nhớ lại. Một khi trí nhớ đã phục hồi, tâm lý liệu pháp thường được dùng để giúp bệnh nhân đương đầu với các cảm xúc đi kèm.

2. Con bỏ đi phân ly

2.1. Lâm sàng

- Là con bỏ đi xảy ra đột ngột, thường bắt đầu từ nhà hoặc nơi làm việc. Trong cơn, người bệnh không nhớ gì về bản thân lẫn cuộc sống trước kia của mình và có thể có một ý

thức bản thân (identity) hoàn toàn mới. Họ không có hành vi kỳ dị, thường trầm lặng, biết tự chăm sóc nên không gây sự chú ý của người khác.

- Con thường kéo dài từ nhiều giờ đến nhiều ngày, ít khi kéo dài hàng tháng. Khác với quên phân ly, người bệnh không biết là mình đã quên mọi thứ. Chỉ khi nào người bệnh đột ngột trở lại với ý thức bản thân ban đầu thì họ mới nhớ lại khoảng thời gian trước khi xảy ra cơn nhưng vẫn không nhớ những gì đã xảy ra trong cơn.

- Rối loạn này ít gặp và cũng như quên phân ly thường xảy ra trong thời chiến tranh, sau một thiên tai hoặc một sang chấn tâm lý cá nhân với xung đột nặng nề.

2.2. Nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán

Để chẩn đoán xác định, cần có:

- Các đặc điểm của quên phân ly.
- Sự ra đi đột ngột, có vẻ như để đến một nơi nào đó, ngoài phạm vi đi lại thường ngày (phải biết điều này để xác định cơn bỏ nhà ra đi là một chuyến đi xa hay là đi lang thang).

- Người bệnh vẫn còn biết tự chăm sóc (ăn uống, tắm rửa...) và còn biết cách quan hệ với người lạ (mua vé tàu xe, đỗ xăng, hỏi đường đi, gọi thức ăn).

2.3. Điều trị

Chỉ cần chăm sóc và điều trị nâng đỡ người bệnh. Nếu cơn bỏ nhà ra đi kéo dài thì liệu pháp tâm lý có thể tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân nhớ lại ý thức bản thân của mình: các kỹ thuật như thôi miên hoặc phóng vấn dưới Amytal cũng có thể đem lại kết quả tốt.

3. *Sững sờ phân ly*

3.1. Lâm sàng

- Có các biểu hiện của sững sờ nhưng qua khám xét không tìm thấy nguyên nhân cơ thể. Thêm vào đó, như trong các rối loạn phân ly khác, người bệnh có tiền sử về sang chấn tâm lý.

- Sững sờ được chẩn đoán dựa trên sự giảm sút nặng nề hoặc mất các cử động tự ý, mất các đáp ứng bình thường với các kích thích bên ngoài như ánh sáng, tiếng động, sờ mó. Người bệnh nằm hoặc ngồi gờn như bất động trong những khoảng thời gian dài. Họ hầu như hoàn toàn không nói và không có các cử động dù là tự phát hoặc có mục đích. Mặc dù có thể có một mức độ nào đó về rối loạn ý thức nhưng dựa trên trương lực cơ, tư thế, hổ hập và đôi khi các cử động mờ mắt hoặc phối hợp mắt thì rõ ràng là bệnh nhân không phải đang ngủ hôn mê.

3.2. Nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán

Để chẩn đoán chắc chắn cần có:

- Sững sờ như đã mô tả ở trên.
- Không có rối loạn cơ thể hoặc tâm thần khác có thể giải thích được sững sờ.
- Có bằng chứng về sang chấn tâm lý trong thời gian gần đây.

4. *Các rối loạn lên đồng và bị xâm nhập*

Trong các rối loạn này có sự mất tạm thời cả ý thức bản thân lẫn sự nhận biết đầy đủ về môi trường chung quanh: Trong một số trường hợp người bệnh hành động như đang bị điều khiển bởi một nhân cách khác, một thần linh hoặc một “sức mạnh” nào đó. Sự chú ý và

nhận biết có thể giới hạn hoặc tập trung vào một hoặc hai khía cạnh của môi trường gần gũi và người bệnh có những hành vi, điều bộ, lời nói hạn chế, lặp đi lặp lại.

Chi bao gồm ở đây những trạng thái lên đồng không tự ý và không được mong muốn, xâm nhập vào trong các sinh hoạt thường ngày và xảy ra ngoài các tình huống được chấp nhận trong bối cảnh tôn giáo hoặc văn hoá của người bệnh.

Không bao gồm ở đây các trạng thái lên đồng xảy ra trong tiến triển của một bệnh Tâm thần phân liệt hoặc một bệnh loạn thần cấp có các ảo giác hoặc hoang tưởng hoặc xảy ra ở rối loạn đa nhân cách. Cũng không được dùng chẩn đoán này khi trạng thái lên đồng kết hợp chặt chẽ với một rối loạn cơ thể (như động kinh thùy thái dương hoặc chấn thương đầu) hoặc với một tình trạng ngộ độc các chất kích thích tâm thần.

5. Các rối loạn vận động phân ly

Bao gồm các cử động bất thường, rối loạn dáng đi, yếu và liệt. Run và các biểu hiện giống múa giật cũng có thể gặp. Các triệu chứng này thường gia tăng khi người bệnh chú ý đến chúng.

Các rối loạn về phối hợp (thất điều) cũng có thể gặp, nhất là ở hai chân, làm cho người bệnh có dáng đi kỳ dị hoặc không tự đứng được (Astasia-abasia). Trong những ca này, người bệnh hiếm khi bị té, và nếu bị té cũng không bị chấn thương.

Liệt và yếu cũng là rối loạn vận động hay gặp, liên quan đến một chi, hai chi hoặc cả tứ chi mặc dù sự phân bố các cơ bị ảnh hưởng không phù hợp với dẫn truyền thần kinh. Khám thấy các phản xạ bình thường, không có run giật sợi cơ (fasciculation) hay teo cơ (trừ khi liệt kéo dài đã lâu) và điện cơ bình thường.

Các nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán: chẩn đoán phải rất thận trọng khi có các rối loạn cơ thể của hệ thần kinh, hoặc trên một bệnh nhân trước đây thích ứng tốt, có mối quan hệ gia đình và xã hội bình thường.

Để chẩn đoán quyết định :

- Không có bằng chứng về rối loạn cơ thể và phải biết đầy đủ về hoàn cảnh xã hội, tâm lý và các mối quan hệ cá nhân cho phép chứng minh một cách thuyết phục lý do làm xuất hiện các rối loạn ấy. Vẫn phải đặt chẩn đoán có thể hoặc tạm thời nếu có một nghi ngờ nào đó về một rối loạn cơ thể thực sự hoặc có thể có, hoặc nếu không thể hiểu rõ tại sao rối loạn ấy phát triển.

6. Co giật phân ly

Co giật phân ly (giả động kinh) có thể bắt chước cơn co giật động kinh rất giống về mặt cử động. Nhưng hiếm khi có cắn lưỡi, chấn thương do ngã hoặc tiện tiểu không tự chủ. Người bệnh không có rối loạn ý thức nhưng có thể có trạng thái sững sờ hoặc lên đồng.

7. Tê và mất giác quan phân ly

Thường hay gặp nhất là ở các chi và có thể liên quan đến tất cả các loại cảm giác. Diễn hình nhất là mất cảm giác kiểu bít tất ở tay hoặc chân.

8. Các rối loạn phân ly khác

- Hội chứng Ganser Là một rối loạn phức tạp được mô tả bởi Ganser: đặc trưng bởi các câu trả lời phỏng chừng. Hội chứng này có thể kèm theo các biểu hiện phân ly khác như quên, cơn bỏ nhà ra đi, rối loạn tri giác và rối loạn chuyển dạng.

- Rối loạn đa nhân cách: Đặc điểm của rối loạn này là sự tồn tại của hai hoặc nhiều hơn hai nhân cách khác nhau trong cùng một người. Mỗi nhân cách sẽ nổi bật trong từng khoảng thời gian, chi phối toàn bộ hành vi tác phong và thái độ của người bệnh.

VI. CÁC RỐI LOẠN DẠNG CƠ THỂ (F45)

Đặc điểm chính của các rối loạn này là sự than phiền dai dẳng về các triệu chứng cơ thể chủ quan nhưng qua khám xét nhiều lần vẫn không tìm thấy bệnh lý thực thể hoặc nguyên nhân nào khác. Người bệnh thường xuyên đòi hỏi được khám bệnh mặc dù các kết quả khám nghiệm đều âm tính và đã được giải thích nhiều lần bởi các thầy thuốc. Họ thường không muốn thảo luận về căn nguyên tâm lý của các rối loạn này mặc dù có sự liên hệ chặt chẽ giữa chúng với các sang chấn, khó khăn hoặc xung đột trong cuộc sống.

Trong các rối loạn này, người bệnh thường có hành vi nhằm lôi cuốn sự chú ý (attention seeking behavior) nhất là khi họ đã thất bại vì không thuyết phục được các thầy thuốc tin rằng bệnh của họ có tính chất thực thể và họ cần được khám xét thêm.

1. Rối loạn cơ thể hóa

Các nét chính của rối loạn này là các triệu chứng cơ thể nhiều loại, tái diễn, luôn thay đổi, chúng thường xuất hiện nhiều năm trước khi bệnh nhân đến thầy thuốc tâm thần. Hầu hết bệnh nhân có một lịch sử tiếp xúc lâu dài và phức tạp ở các dịch vụ y tế ban đầu và chuyên khoa. Các triệu chứng có thể quy vào một bộ phận hay một hệ thống nào đó của cơ thể, những triệu chứng phổ biến nhất như các cảm giác ở dạ dày ruột (đau, ói, ợ, nôn buồn nôn, v.v..) và cảm giác da khác thường (ngứa, chấy bông, tê cóng, đau đốn v.v..). Các phản nản về tình dục và kinh nguyệt cũng phổ biến.

- Trầm cảm và lo âu rõ rệt thường có, tiến triển mãn tính và dao động, và thường kết hợp với sự gián đoạn lâu dài các hành vi xã hội, tác phong giữa người và người, và tác phong gia đình. Rối loạn phổ biến ở nữ nhiều hơn ở nam, và thường bắt đầu ở tuổi thanh niên.

Các nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán:

Một chẩn đoán quyết định đòi hỏi có tất cả các tiêu chuẩn sau:

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

- Dai dẳng từ chối lời khuyên hoặc lời trấn an của nhiều bác sĩ do không cất nhắc được các triệu chứng về mặt cơ thể.

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

2. Rối loạn nghi bệnh

2.1. Lâm sàng

Đặc điểm chủ yếu của rối loạn này là sự bận tâm dai dẳng về khả năng mắc một hay nhiều bệnh cơ thể nặng và đang tiến triển. Người bệnh thường xuyên phản nản về cơ thể hoặc hình dạng bên ngoài của mình mặc dù họ không có một bệnh thực thể nào.

2.2. Nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán

Để chẩn đoán xác định cần cả 2 điều kiện sau:

- Tin tưởng dai dẳng vào sự hiện diện của ít nhất một bệnh cơ thể nặng bên dưới một hay các triệu chứng hiện có (mặc dù sự khám xét nhiều lần vẫn không tìm thấy bệnh thực thể) hoặc một sự bận tâm dai dẳng về một sự dị dạng hoặc biến hình.

- Dai dẳng từ chối chấp nhận lời khuyên hoặc trấn an của nhiều bác sĩ khác nhau là không có bệnh thực thể hoặc bất thường nào bên dưới các triệu chứng.

Bao gồm: Rối loạn dị dạng cơ thể, ám ảnh sợ dị hình (không hoang tưởng), bệnh tâm căn nghi bệnh, hội chứng nghi bệnh, ám ảnh sợ bệnh.

3. Rối loạn hoạt động thần kinh thực vật dạng cơ thể

Để chẩn đoán xác định, cần tất cả các điều kiện sau:

- Các triệu chứng gia tăng hoạt động của hệ thần kinh thực vật như hồi hộp, ra mồ hôi, run đơ mặt... dai dẳng và gây khó chịu.

- Thêm các triệu chứng chủ quan liên quan đến một cơ quan hay hệ thống chuyên biệt.

- Bận tâm hoặc đau khổ về khả năng bị một rối loạn nặng (nhưng thường không xác định rõ) của một cơ quan hoặc hệ thống và không đáp ứng với sự giải thích hoặc trấn an nhiều lần bởi các thầy thuốc.

- Không có bằng chứng rối loạn rõ rệt về mặt cấu trúc hoặc chức năng của một hệ thống hay cơ quan đã được nêu.

4. Rối loạn đau dạng cơ thể

Rối loạn này trước kia gọi là rối loạn đau căn nguyên tâm lý hoặc đau vô căn. Biểu hiện chính là sự đau đớn trầm trọng và kéo dài mà không thể giải thích được bằng một quá trình sinh lý hoặc một rối loạn thực thể.

Nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán chẩn đoán :

Theo DSM- IV để chẩn đoán chắc chắn, cần dựa vào tất cả các tiêu chuẩn sau:

- Đau ở một hoặc nhiều vị trí là trọng tâm nổi bật của biểu hiện lâm sàng và đủ nặng để được chú ý về mặt lâm sàng.

- Đau gây nên sự khó chịu đáng kể về lâm sàng hoặc ảnh hưởng đến hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc các lãnh vực quan trọng khác.

- Các yếu tố tâm lý được coi là có vai trò quan trọng trong việc khởi đầu, mức độ nặng, sự tăng bệnh hoặc duy trì đau.

- Triệu chứng hoặc thiếu sót không phải cố ý tạo ra (như trong rối loạn giả tạo hoặc giả bệnh).

- Đau không phải do rối loạn khí sắc, rối loạn lo âu hoặc rối loạn tâm thần gây ra và không đáp ứng tiêu chuẩn của đau do giao hợp.

VII. SUY NHƯỢC THẦN KINH VÀ HỘI CHỨNG GIẢI THỂ NHÂN CÁCH - TRI GIÁC SAI THỰC TẠI

1. Suy nhược thần kinh

1.1. Lâm sàng

Có những thay đổi đáng kể có liên quan đến nền văn hóa trong biểu hiện của rối loạn này với hai thể chính thường pha trộn với nhau :

- Trong thể thứ nhất, người bệnh thường than phiền về sự mệt mỏi gia tăng sau một cố gắng trí óc, thường kèm theo sự giảm năng suất nghề nghiệp hoặc hiệu quả trong công việc hàng ngày. Sự dễ mệt mỏi trí óc thường được mô tả như sự xâm nhập khó chịu của các liên

tương hoặc hồi ức làm cho người bệnh bị phân tán tư tưởng , không tập trung được và hoạt động tư duy thường kém hiệu quả.

- Trong thể thứ hai, các cảm giác yếu sức và suy kiệt cơ thể dù chỉ sau một gắng sức tối thiểu, kèm theo sự đau nhức cơ bắp và không thư giãn được.

Trong cả hai thể, người bệnh cũng thường có cảm giác khó chịu như choáng váng, đau căng đầu, và cảm giác không ổn định lan tỏa. Ngoài ra, người bệnh còn lo lắng về sự giảm cảm giác khoan khoái cơ thể lẫn tâm thần, dễ bực tức, mất hứng thú kèm theo mức độ nhẹ về lo âu trầm cảm. Giác ngủ thường bị rối loạn ở giai đoạn đầu và giai đoạn giữa nhưng ngủ nhiều cũng có thể gặp.

1.2. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định cần những điều kiện sau :

- Hoặc là các than phiền dai dẳng và khó chịu về mệt mỏi gia tăng sau một cố gắng trí óc hoặc là các than phiền dai dẳng và khó chịu về sự yếu sức và suy kiệt cơ thể sau một gắng sức nhỏ.

- Ít nhất hai trong các hiện tượng sau :

+ Đau nhức cơ bắp

+ Mất khả năng thư giãn

+ Đau căng đầu

+ Ăn khó tiêu

+ Rối loạn giấc ngủ

+ Dễ bực tức

+ Choáng váng (chóng mặt)

- Mọi triệu chứng thần kinh thực vật và trầm cảm hiện diện là không đủ dai dẳng và nặng nề để đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn của bất kỳ rối loạn đặc hiệu nào khác.

2. Hội chứng giải thể nhân cách - tri giác sai thực tại

2.1 Lâm sàng

Trong hội chứng này, người bệnh than phiền có một biến đổi trong hoạt động tâm thần, cơ thể hoặc môi trường xung quanh, tất cả trở nên xa lạ, không có thật hoặc “ tự động hóa”. Người bệnh có thể cảm thấy các ý nghĩ, cử động, hành vi của chính mình không còn thật sự là của mình nữa, thân thể mình không còn sự sống, bị tách ra hoặc bất thường...Tuy vậy, người bệnh vẫn còn gắn bó với thực tại nhận biết tất cả chỉ là cảm giác.

2.2. Chẩn đoán xác định

Để chẩn đoán xác định, phải có triệu chứng đầu hoặc triệu chứng thứ hai hoặc cả hai, cộng với triệu chứng thứ 3 và triệu chứng thứ 4

- Có các triệu chứng giải thể nhân cách: người bệnh nhận thấy cảm giác xa lạ không còn là của mình nữa.

- Có các triệu chứng tri giác sai thực tại: Đồ vật, người dường như xa lạ, không có thực, nhân tạo, không có sự sống.....

- Sự sáng suốt vẫn còn: người bệnh nhận biết sự thay đổi xảy ra trong chính bản thân mình chứ không bị áp đặt ..

- Người bệnh hoàn toàn tỉnh táo và không bị lú lẫn do nhiễm độc hoặc động kinh.

2.3. Điều trị: còn nhiều khó khăn

3. Các rối loạn tâm căn không biệt định khác

Bao gồm các rối loạn hỗn hợp hành vi, lòng tin, và cảm xúc có nguyên nhân và đơn thể bệnh không xác định và đặc biệt hay có ở một số nền văn hóa ví dụ hội chứng Koro (lo âu và sợ dương vật sẽ co vào bụng và gây chết), và hội chứng Latah (hành vi đáp ứng bất chước và tự động). Bao gồm cả bệnh tâm căn nghề nghiệp như co thắt khi viết, suy nhược tâm thần.

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Mô tả các loại rối loạn ám ảnh sợ ?
2. Mô tả lâm sàng cơn hoảng sợ
3. Đặc điểm lâm sàng của rối loạn lo âu lan toả
4. Mô tả lâm sàng rối loạn ám ảnh cưỡng bức.
5. Đặc điểm lâm sàng của phản ứng stress cấp
6. Nguyên nhân và biểu hiện lâm sàng của Rối loạn stress sau sang chấn
7. Các biểu hiện lâm sàng của các rối loạn phân ly
8. Kể ra các loại rối loạn dạng cơ thể

TỰ SÁT

Mục tiêu học tập

1. Phát hiện được bệnh nhân có ý tưởng toan tự sát.
2. Kể ra được các hình thức và nguyên nhân tự sát thông thường.
3. Xử trí và phòng ngừa bệnh nhân tự sát.

I. DỊCH TỄ HỌC TỰ SÁT

Tự sát là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở độ tuổi thanh thiếu niên, theo thống kê trong 90% trường hợp tự sát bệnh nhân đều có rối loạn tâm thần, tự sát còn có liên quan đến nhiều yếu tố khác nhau, tỷ lệ tự sát gia tăng trong thời kỳ khủng hoảng kinh tế, tùy theo tác động của tín ngưỡng, văn hoá, tỷ lệ tự sát cao ở người độc thân ...

Các con số thống kê cho thấy ở Pháp hàng năm có 12.000 người chết vì tự sát, chiếm 0,2% dân số. Ở Hungary là 0,4%; Đức, Thụy sĩ, Áo, Đan Mạch là 0,3%; Nhật, Bỉ là 0,15-0,2%; ở Hoa Kỳ tự sát là nguyên nhân hàng đầu ở lứa tuổi 15-24 và chiếm hàng thứ tám ở người trưởng thành.

Về mặt lâm sàng các hành vi tự kết liễu đời sống của bệnh nhân nhưng chưa gây tử vong thì được gọi là hành vi toan tự sát.

II. NGUYÊN NHÂN TỰ SÁT

Tự sát là một hành vi tự huỷ hoại cuộc sống của mình, có nhiều nguyên nhân khác nhau, sau đây là những nguyên nhân thường gặp:

1. Tự sát do phản ứng

Do bệnh nhân phản ứng lại những sang chấn tâm lý làm bệnh nhân thất vọng, đau khổ quá mức, nhất là những bệnh nhân có nhân cách kịch tính không chịu đựng được bất toại, có người tự sát để tỏ lòng chung thủy hoặc để chứng minh là mình vô tội do bị nghi oan ...

2. Tự sát do trầm cảm nặng

Thường gặp trong các bệnh loạn thần hưng trầm cảm, loạn thần phản ứng, rối loạn phân liệt cảm xúc ...

3. Tự sát do hoang tưởng ảo giác chi phối

Do bệnh nhân có hoang tưởng tự buộc tội, hoang tưởng tự ti, ảo thanh ra lệnh bắt bệnh nhân tự sát.

4. Do đe dọa tự sát

Có nhiều trường hợp ban đầu bệnh nhân chỉ đe dọa tự sát nhưng về sau dẫn đến hành vi tự sát thật sự.

5. Do bệnh cơ thể nặng

Thường gặp ở những bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính như đái tháo đường, bại liệt, ung thư, AIDS (đặc biệt bệnh nhân nhiễm HIV có tỷ lệ tự sát 60 lần cao hơn người bình thường), ngoài ra còn rất hay gặp ở những bệnh nhân nghiện rượu.

III. CÁC HÌNH THỨC TỰ SÁT

1. Các hình thức tự sát thông thường

Nước ta là một nước nông nghiệp, 80% dân số là nông dân, vì vậy hình thức toan tự sát thông thường nhất là tự độc bằng các loại thuốc bảo vệ thực vật, còn gọi là thuốc trừ sâu hay thuốc rầy là những loại thuốc có gốc phot pho hữu cơ, tiếp theo là do uống quá liều có chủ ý các loại thuốc an thần, chống trầm cảm, thuốc sốt rét.... các hình thức thông thường khác là nhảy sông, thắt cổ, tự thiêu, ngày nay còn có nhảy lầu. Tự sát bằng hoả khí (súng) ở nước ta rất hiếm gặp do pháp luật không cho phép người dân sở hữu súng đạn, trái lại đây là một hình thức tự sát hết sức nguy hiểm ở nhiều nước phương tây, có bệnh nhân dùng súng bắn chết nhiều người rồi mới quay súng tự sát.

2. Các hình thức tương đương với tự sát

Ngoài những hình thức tự sát kể trên người ta còn xếp các loại hành vi sau đây như là những hình thức tương đương với tự sát vì hậu quả của chúng có thể dẫn đến tử vong, đó là các trường hợp không chịu ăn uống, nghiện độc chất nặng, từ chối sự chăm sóc của những bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính, các rối loạn hành vi nặng như phóng nhanh vượt ẩu, đua xe máy gây tai nạn ... các rối loạn tâm lý quá mức cũng có thể gây ra những hành vi tự huỷ hoại cơ thể.

3. Đặc điểm lâm sàng

Các hành vi toan tự sát được chia thành 3 loại:

3.1. Xung động tự sát

Là những hành vi toan tự sát xuất hiện đột ngột như nhảy lầu, treo cổ, cắn lưỡi, lao đầu vào ô tô, tàu hoả ... hình thức toan tự sát này thường gặp trong những trường hợp trầm cảm nặng với triệu chứng lo âu nặng nề, hoặc do tác dụng giải ức chế của thuốc chống trầm cảm khi mới điều trị, ngoài ra còn gặp ở bệnh nhân tâm thần phân liệt, loạn thần hưng trầm cảm hoặc do hoang tưởng ảo giác chi phối... nếu bệnh nhân toan tự sát do lú lẫn thì phải tìm căn nguyên thực thể.

3.2. Tự sát có chủ ý

Đây là loại hành vi toan tự sát khó phát hiện nhất, bệnh nhân chuẩn bị việc tự sát của mình một cách cẩn thận, đầy đủ mọi chi tiết để đạt được kết quả, ví dụ sau khi viết di chúc, giải quyết mọi công việc còn lại rồi tự sát bằng cách mở khí đốt trong phòng đóng kín cửa... những bệnh nhân loại này thường cho rằng cái chết là biện pháp cuối cùng và tốt nhất để chấm dứt sự đau khổ của mình, gặp ở những bệnh nhân suy luận bệnh lý, loạn thần mạn tính...

3.3. Tự sát do dự

Bệnh nhân toan tự sát với hành vi nửa chừng như kêu cứu hoặc báo trước cho thầy thuốc, loại tự sát này thường gặp ở những người cảm xúc không ổn định, giàu cảm xúc, lo âu do thất vọng, nhân cách bệnh ...

IV. PHƯƠNG PHÁP XỬ TRÍ

1. Phương pháp theo dõi bệnh nhân toan tự sát

Điều quan trọng nhất là phải phát hiện sớm ý tưởng toan tự sát của bệnh nhân, đặc biệt ở những bệnh nhân có những bệnh lý như đã nói ở phần nguyên nhân.

Khi đã phát hiện được ý tưởng toan tự sát thì tốt nhất là cho bệnh nhân vào viện và đặt bệnh nhân dưới sự theo dõi sát của nhân viên y tế (hộ lý cấp 1), phòng bệnh phải thoáng, dễ quan sát, không nên cho bệnh nhân ở phòng riêng, trong phòng không để bất cứ đồ vật gì mà

bệnh nhân có thể dùng để tự sát như dao, dây, vật nhọn...tuy nhiên do bệnh nhân có nhiều cách tự sát mà ta khó ngăn chặn được như cắn lưỡi, đập đầu vào tường nhà, gục đầu vào cốc nước, dùng áo quần để thắt cổ... cho nên việc theo dõi là quan trọng nhất, ngoài nhân viên y tế ra, ta cần giải thích rõ nguy cơ tự sát của bệnh nhân cho người nhà rõ và yêu cầu họ tham gia quản lý bệnh nhân, đây là một lực lượng quan trọng vì nhiều khi nhân viên y tế không theo dõi được bệnh nhân suốt ngày đêm.

Cần lưu ý là có lúc bệnh nhân giả vờ vui vẻ, yêu đời trở lại để đánh lừa gia đình và thầy thuốc, nhằm lúc mất cảnh giác để thực hiện hành vi toan tự sát.

2. Tâm lý liệu pháp

Nói chung tâm lý liệu pháp là một phương pháp điều trị cần được áp dụng ngay cho tất cả các bệnh nhân có ý tưởng toan tự sát, nó càng trở nên quan trọng trong những trường hợp tự sát có căn nguyên tâm lý, do phản ứng ... liệu pháp thường dùng là liệu pháp tâm lý cá nhân, sau khi xác định được nguyên nhân tâm lý, người thầy thuốc phải có thái độ thông cảm, phải giải thích hợp lý, động viên, nâng đỡ bệnh nhân về mặt tâm lý nhằm giúp bệnh nhân thoát ra khỏi bế tắc, giúp cho bệnh nhân một giải pháp cho tương lai... trong quá trình nằm viện bệnh nhân phải luôn được quan tâm, được đối xử như là một người bệnh, tránh thái độ khinh bỉ xem bệnh nhân như là một người tiêu cực, thiếu ý chí chiến đấu, bỏ trốn thực tại.

3. Hoá liệu pháp

Tùy theo nguyên nhân mà ta có hướng điều trị thích hợp.

3.1. Tự sát do trầm cảm

Ta dùng thuốc chống trầm cảm như các thuốc 3 vòng như Amitriptyline, Anafranil... hoặc các thuốc chống trầm cảm ức chế tái hấp thu serotonin như Prozac, Effexor... tuy nhiên tác dụng làm tăng khí sắc của các thuốc chống trầm cảm xuất hiện chậm (khoảng 14 ngày) cho nên vẫn phải theo dõi sát bệnh nhân, liều lượng cần phải thăm dò từ thấp đến cao, đề phòng bệnh nhân đầu thuốc, dồn lại uống một lần để tự sát rất nguy hiểm nhất là đối với các thuốc chống trầm cảm 3 vòng, các thuốc chống trầm cảm ức chế tái hấp thu serotonin ít nguy hiểm khi uống quá liều.

Đối với một số thuốc chống trầm cảm loại kích thích như Imipramine, nó có thể hoạt hoá ý tưởng toan tự sát thành hành vi tự sát, các thuốc chống trầm cảm khác trong giai đoạn đầu mới điều trị cũng có tác dụng này cho nên cần phải cảnh giác khi bắt đầu điều trị bệnh nhân bằng các thuốc chống trầm cảm.

3.2. Tự sát do hoang tưởng, ảo giác chi phối

Thường gặp ở những bệnh nhân bị loạn thần (tâm thần phân liệt, loạn thần hưng trầm cảm, loạn thần phản ứng...) để loại trừ nguyên nhân ta dùng các thuốc an thần kinh như Aminazin, Haloperidol, Risperdal... tuy nhiên trong thời gian đầu khi các triệu chứng hoang tưởng, ảo giác chưa thuyên giảm thì việc theo dõi sát bệnh nhân vẫn là rất cần thiết.

3.3. Choáng điện

Hay còn gọi là liệu pháp gây co giật bằng điện đây là phương pháp điều trị có hiệu quả nhất, tác dụng nhanh nhất cho tất cả các trường hợp bệnh nhân có ý tưởng toan tự sát. Vì vậy trong điều trị lúc nào nói đến tự sát thì phải liên tưởng ngay đến choáng điện, chỉ không choáng điện cho bệnh nhân khi không có sự đồng ý của gia đình hoặc do chống chỉ định.

Một liệu trình choáng gồm có 8 lần, thực hiện cách nhật, tiếp theo choáng củng cố trong vòng 2 tuần, một tuần hai lần. Tuy choáng điện là phương pháp điều trị có hiệu quả nhưng vẫn tùy theo nguyên nhân mà kết hợp với các liệu pháp khác một cách thích hợp.

4. Tư vấn cho gia đình bệnh nhân

Mọi thành viên trong gia đình cần phải biết rõ nguy cơ tự sát của bệnh nhân, tuyệt đối không được xem thường, cho đó là lời đe dọa suông, có nhiều trường hợp do kinh thường, chủ quan của gia đình làm bệnh nhân tử vong một cách đáng tiếc.

Thầy thuốc phải giải thích rõ nguyên nhân và những hình thức mà bệnh nhân có thể dùng để tự sát, phương pháp điều trị sẽ áp dụng. Quan trọng nhất là hướng dẫn gia đình cách theo dõi quản lý bệnh nhân thật chặt chẽ, không để bệnh nhân thực hiện hành vi tự sát, hướng dẫn người nhà có cách tiếp xúc tâm lý với bệnh nhân phù hợp, biết được các tác dụng phụ của thuốc và cách chăm sóc bệnh nhân về mặt cơ thể. Hướng dẫn gia đình cách theo dõi bệnh nhân sau khi ra viện, tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân trở lại cuộc sống thường ngày nhưng vẫn phải cảnh giác nguy cơ tự sát trở lại.

5. Quản lý và phục hồi chức năng tại cộng đồng

Công tác quản lý bệnh nhân tại cộng đồng là một công tác tuy không cấp thiết nhưng rất quan trọng để phòng ngừa tái phát cũng như giúp bệnh nhân tái thích với cộng đồng, trở lại công việc thường nhật của mình. Các chức năng này do cán bộ y tế cơ sở đảm nhiệm, nếu bệnh nhân bị Tâm thần phân liệt thì phải quản lý cấp số điều trị ngoại trú lâu dài theo quy định của ngành, theo dõi các triệu chứng hoang tưởng ảo giác có khả năng chi phối hành vi toan tự sát của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân tự sát do những nguyên nhân khác thì ta tùy vào từng bệnh lý một để có những biện pháp thích hợp.

Đối với những bệnh nhân tự sát do phản ứng thì liệu pháp tâm lý cần phải tiếp tục sử dụng với sự hỗ trợ của gia đình và cộng đồng, nhằm giúp cho bệnh nhân thoát khỏi tác động của sang chấn, giải quyết hết hậu quả tâm lý, mặc cảm của bệnh nhân, tránh những định kiến không tốt đối với người bệnh, duy trì sự tiếp xúc với bệnh nhân để can thiệp kịp thời nếu có ý tưởng hoặc hành vi toan tự sát xuất hiện trở lại.

Trường hợp tự sát do trầm cảm, thường là do các bệnh lý nội sinh thì sau khi ra viện ta vẫn phải tiếp tục điều trị bằng thuốc chống trầm cảm với một liệu trình trung bình là 6 tháng, ngoài hoá liệu pháp ra ta phải kết hợp với nhiều loại liệu pháp khác nhau nhằm mục đích phục hồi chức năng cho bệnh nhân như: tâm lý liệu pháp, lao động, vui chơi giải trí... mọi hoạt động này đều rất cần sự hỗ trợ của gia đình và cộng đồng.

Nói chung nếu chúng ta tổ chức được những trung tâm điều trị ban ngày cho bệnh nhân tâm thần ngoại trú chưa ổn định hẳn thì các công tác này sẽ thuận lợi hơn vì bệnh nhân sẽ sinh hoạt tập trung, có sự theo dõi, hướng dẫn của cán bộ y tế và các liệu pháp phục hồi chức năng sẽ dễ triển khai hơn là bệnh nhân sinh hoạt riêng lẻ tại gia đình.

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Trình bày các nguyên nhân gây tự sát.
2. Mô tả các hình thức toan tự sát thông thường
3. Xử trí bệnh nhân có ý tưởng toan tự sát

KÍCH ĐỘNG

Mục tiêu học tập

1. Định nghĩa được kích động.
2. Biết được nguyên nhân kích động.
3. Xử trí được bệnh nhân kích động.

I. ĐỊNH NGHĨA

Kích động tâm thần vận động là những hoạt động quá mức, lộn xộn, vượt quá mức chịu đựng của người chung quanh, thường có tính chất phá hoại, nguy hiểm, do bệnh lý tâm thần gây ra. Ta phải phân biệt những hoạt động quá mức trong một số lễ hội, xét trong một bối cảnh văn hoá nhất định thì không được xem là kích động.

II. NGUYÊN NHÂN KÍCH ĐỘNG

Kích động có thể do những nguyên nhân sau:

1. Lú lẫn

Kích động lộn xộn do bệnh nhân bị rối loạn năng lực định hướng.

2. Lo âu

Có thể gây ra những cơn kích động dữ dội do bệnh nhân bị căng thẳng quá mức, nhưng không gây nguy hiểm, đánh người.

3. Sa sút trí tuệ

Do bị sa sút trí tuệ làm bệnh nhân mất tự chủ, bệnh nhân hay bỏ đi lang thang, có những cơn kích động có thể đánh người nhưng không gây nguy hiểm lắm.

4. Rối loạn cảm xúc

Cả hai hội chứng hưng cảm lẫn trầm cảm đều có thể gây kích động.

- Trầm cảm thường ít gây ra kích động, cường độ không mạnh, kích động có liên quan đến mức độ lo âu, có khi do tác dụng giải ức chế của thuốc chống trầm cảm.

- Hưng cảm: rất hay gây kích động, bệnh nhân hoa tay múa chân, nói hỏ lớn, la hét, ít ngủ, không cảm thấy mệt mỏi, khoái cảm, nhưng ít khi đánh người, kích động không đáp ứng với các thuốc giải lo âu mà chỉ đáp ứng với các thuốc an thần kinh.

5. Do căn nguyên tâm lý

Kích động do bệnh nhân phản ứng lại các sang chấn tâm lý, trong những trường hợp này bệnh nhân không mất tự chủ, còn thích nghi tốt với thực tế, đáp ứng tốt với các thuốc giải lo âu. Trong kích động hysterie thường mang màu sắc cảm xúc, điệu bộ và kèm theo nhiều triệu chứng cơ năng đa dạng.

6. Hoang tưởng

Thường gặp trong các trường hợp loạn thần cấp, kích động liên quan đến nội dung hoang tưởng, tùy vào nội dung mà kích động có tính chất nguy hiểm hay không. Trong tâm

thần phân liệt, kích động xuất hiện đột ngột, khó lường trước, kích động không liên quan đến ngôn ngữ hoặc cảm xúc, nó thể hiện tính thiếu hoà hợp trong các hoạt động tâm thần của tâm thần phân liệt. Trong rối loạn hoang tưởng dai dẳng, bệnh nhân ít kích động, nếu có thì do nội dung của hoang tưởng chi phối.

7. Do rối loạn tính cách

Tính cách là một bộ phận của nhân cách, do rối loạn tính cách, chẳng hạn như trong trường hợp nhân cách bệnh bùng nổ thì bệnh nhân thường có xu hướng nổ ra những cơn bạo động khi yêu cầu của bệnh nhân không được thoả mãn.

8. Bệnh thực thể

Thường gặp trong các bệnh u não, xơ mạch não, kích động thường kèm theo rối loạn ý thức kiểu mê sảng, lú lẫn, căng trương lực. Ngoài ra kích động còn do các bệnh nhiễm trùng, nhiễm độc như do viêm não - màng não, thương hàn, sốt rét, nhiễm độc rượu, ma tuý...

III. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Tên lâm sàng kích động thường xuất hiện dưới hai hình thức, đó là cơn kích động và trạng thái kích động, mỗi nguyên nhân kích động cũng có những đặc thù riêng.

1. Cơn kích động

Cơn kích động có thời gian kéo dài ngắn, có thể xuất hiện trên nền tảng của bất kỳ một bệnh lý nào, nó ít liên quan đến các quá trình nội phát mà chủ yếu do các phản ứng tâm lý, ta có thể hiểu được nguyên nhân của cơn kích động. Cơn kích động thường xuất hiện ở những người dễ bị kích thích, không làm chủ được bản thân như do sa sút trí tuệ, chậm phát triển trí tuệ, biến đổi nhân cách do động kinh. Cơn kích động có thể xuất hiện dưới dạng kích động giận dữ, kích động lo âu, cơn rối loạn vận động phân ly, cơn tăng thờ ...

2. Trạng thái kích động

Là tình trạng kích động tương đối dài, do bệnh lý tâm thần gây ra, thường gặp trong các bệnh loạn thần nội phát, gồm các loại sau:

- Kích động hưng cảm: ngoài trạng thái kích động, tư duy và cảm xúc của bệnh nhân đều hưng phấn.
- Kích động do hoang tưởng ảo giác chi phối: cường độ kích động tùy thuộc thay đổi theo nội dung và mức độ trầm trọng của hoang tưởng, ảo giác.
- Kích động do tâm thần phân liệt: kích động có tính chất xung động, không lường trước được, thường do hoang tưởng, ảo giác chi phối.
- Kích động căng trương lực: kích động đột ngột, vô nghĩa và định hình, các động tác cứ lặp đi lặp lại không nhằm một mục đích nào cả.

Ngoài ra trạng thái kích động còn gặp trong các bệnh loạn thần thực thể hoặc do nhiễm độc (hay gặp là do rượu), bệnh nhân kích động trong trạng thái lú lẫn.

IV. XỬ TRÍ

Xử trí kích động phải tùy theo từng nguyên nhân một, cho nên trước hết ta phải khám kỹ, hỏi bệnh sử một cách chi tiết để xác định nguyên nhân, sau đó mới có thái độ xử trí thích hợp.

1. Tâm lý liệu pháp

Là phương pháp điều trị thích hợp cho kích động có căn nguyên tâm lý, trước hết phải cho bệnh nhân vào viện, nếu ta thấy bệnh nhân không nguy hiểm thì coi trối, tiếp xúc một

cách từ tốn, trấn an bệnh nhân, giải thích và giúp cho bệnh nhân thoát ra khỏi hoàn cảnh sang chấn, thông thường khi được vào viện và với sự hiện diện của thầy thuốc cũng đã góp phần giúp cho bệnh nhân cảm thấy yên tâm và bình tĩnh hơn. Nếu bệnh nhân quá kích động ta phải sử dụng hoá liệu pháp ngay để cắt cơn kích động, cho bệnh nhân vào phòng cách ly nếu xét thấy bệnh nhân có khả năng gây nguy hiểm cho người khác.

2. Hoá liệu pháp

- Nếu có thể được, trước khi xử trí bằng thuốc ta phải khám kỹ nội khoa và thần kinh để loại trừ chống chỉ định. Thuốc được sử dụng là các thuốc an thần kinh, thuốc bình thần, sự chọn lựa loại thuốc cũng như liều lượng là tùy vào từng trường hợp một. Nguyên tắc chung là dùng thuốc đi từ liều thấp đến cao. Bao giờ cắt được cơn kích động thì dùng liều duy trì, khi bệnh nhân hết kích động, hợp tác điều trị thì ta chuyển sang thuốc uống với liều thích hợp. Sau đây là những bước xử trí cơ bản:

- Đối với những trường hợp kích động có căn nguyên tâm lý, cường độ vừa phải, ta dùng thuốc bình thần với liều lượng sau:

Diazepam 5mg x 2-6 viên/ngày

Nếu bệnh nhân không chịu uống, hoặc liều uống không cắt được cơn ngay ta dùng thuốc tiêm.

Diazepam 10mg x 1 ống TB.

- Đối với kích động mạnh do loạn thần: ta dùng thuốc an thần kinh kết hợp với thuốc bình thần.

Giờ 1:

Aminazin 25mg x 2-3 ống TB

Diazepam 10mg x 1 ống TB

Giờ 2-3: nếu bệnh nhân không hết kích động thì tiêm bắp cho bệnh nhân một liều như trên đến khi bệnh nhân ngủ yên.

Nếu bệnh nhân quá kích động ta có thể sử dụng

Haloperidol 5mg x 2-4 ống/ngày.

Khi bệnh nhân hết kích động ta chuyển sang đường uống với liều lượng thích hợp. Trong quá trình điều trị ta phải lưu ý đến các tác dụng phụ do thuốc an thần kinh gây ra.

3. Choáng điện

Choáng điện là một liệu pháp điều trị bệnh tâm thần bằng cách cho một dòng điện chạy qua não bệnh nhân với một cường độ nhỏ nhất và trong một thời gian ngắn nhất đủ để gây ra một cơn co giật kiểu động kinh cơn lớn, sau cơn bệnh hồi phục dần, choáng điện có nhiều chỉ định khác nhau, trong đó kích động là một chỉ định hay được sử dụng. Choáng điện là một liệu pháp chỉ được thực hiện ở môi trường chuyên khoa, cụ thể được chỉ định cho những trường hợp kích động sau:

- Kích động trầm cảm có ý tưởng hoặc hành vi toan tự sát.
- Kích động căng trương lực.
- Kích động mạnh không đáp ứng với các thuốc an thần kinh.
- Bệnh nhân kích động có chống chỉ định đối với thuốc an thần kinh.

4. Cách quản lý bệnh nhân kích động tại bệnh phòng

Tốt nhất trong cơn kích động ta phải quản lý bệnh nhân ở phòng cách ly, phòng cách ly phải được thiết kế làm sao khỏi bị khuất tầm nhìn của nhân viên, nghĩa là nhân viên luôn quan sát được bệnh nhân để kịp thời can thiệp khi bệnh nhân có những hành vi nguy hiểm. Phòng cách ly phải ở khu vực yên tĩnh, tránh hiện tượng kích động dây chuyền, bệnh nhân phòng này kích động làm bệnh nhân ở những phòng khác kích động theo. Khu vực này hạn chế người nhà ra vào, không cho bệnh nhân cũng như những người tò mò vào xem. Phòng cách ly phải thoáng mát, bảo đảm ánh sáng, không bí bưng để tránh cho bệnh nhân có cảm giác bị giam giữ, có phòng vệ sinh riêng, thời gian quản lý bệnh nhân ở phòng cách ly càng ngắn càng tốt, trong trường hợp bệnh nhân quá kích động ta có thể cố định bệnh nhân tại giường bằng dây to bản nhưng không được cố định không quá 24 giờ, có nhiều trường hợp bệnh nhân càng kích động do phản ứng lại chuyện bị đưa vào phòng cách ly, khi cho bệnh nhân ra ngoài thì lại hết kích động.

5. Cách vận chuyển bệnh nhân kích động

Vận chuyển bệnh nhân tâm thần phải được thực hiện bằng xe chuyên dùng có cán bộ chuyên khoa hộ tống để kịp xử trí mọi diễn tiến trên đường vận chuyển. Trong điều kiện hiện nay ta không thể yêu cầu đầy đủ phương tiện mà người thầy thuốc tại tuyến trước phải biết xử trí sơ bộ, giải quyết các vấn đề cơ thể cho bệnh nhân vì cần phải chú ý rằng bệnh nhân kích động thường không ngủ, không ăn uống nhiều ngày làm cơ thể suy kiệt, do kích động nên thường có nhiều vết xây xước ngoài da, về mặt tâm thần bệnh nhân phải được xử trí bằng các thuốc an thần kinh như trong phác đồ đã nói ở trên, khi bệnh nhân ngủ yên ta cho bệnh nhân lên xe cứu thương thông thường hoặc một phương tiện chuyên chở cơ giới nào đó để chuyển bệnh nhân lên tuyến chuyên khoa, khi chuyển bệnh nhân đi cần có y tá và bác sĩ đi kèm với đầy đủ hồ sơ bệnh án và một cơ số thuốc an thần kinh cũng như các thuốc cấp cứu cần thiết khác để sử dụng khi cần thiết trên đường vận chuyển bệnh nhân, nếu bệnh nhân quá kích động ta có thể cố định bệnh nhân vào cang

V. PHÒNG TÁI PHÁT.

Phòng tái phát những cơn kích động chủ yếu là phòng tái phát những bệnh lý gây kích động.

TÂM THẦN PHÂN LIỆT

Mục tiêu học tập

1. Mô tả được đặc điểm lâm sàng của tâm thần phân liệt.
2. Phát hiện được các triệu chứng của tâm thần phân liệt.
3. Chẩn đoán được bệnh và thể bệnh.
4. Điều trị được bệnh tâm thần phân liệt trong các giai đoạn của bệnh.
5. Biết cách quản lý bệnh nhân tâm thần phân liệt tại cộng đồng.

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Cho đến ngày nay chưa có một định nghĩa dứt khoát nào để khởi gậy ra bàn cãi về bệnh này. Vì vậy, điều bắt buộc phải thừa nhận đây là một khái niệm hơn là một bệnh chính thức và khái niệm này vẫn còn được tiếp tục bàn. Sự quan sát lâm sàng cho thấy tính không thuần nhất về mọi phương diện: triệu chứng, tuổi, di truyền, cách tiến triển, tiên lượng, đáp ứng điều trị ở một bệnh nhân được xếp vào bệnh này. Đây là một bệnh loạn thần nặng tiến triển từ từ, có khuynh hướng mãn tính, căn nguyên hiện nay chưa rõ ràng, làm cho người bệnh dần dần tách khỏi cuộc sống bên ngoài, thu dần vào thế giới bên trong, làm cho tình cảm trở nên khô lạnh dần, khả năng làm việc, học tập ngày một giảm sút, có những hành vi ý nghĩ dị kỳ khó hiểu.

Phân liệt được thể hiện với các đặc tính sau:

- Triệu chứng học:
- + Hoang tưởng không có hệ thống
- + Các rối loạn về nhân cách: phân ly (thiếu hoà hợp), tự kỷ.
- Tiến triển: Tiến triển kéo dài và có nguy cơ tiến đến sự giảm sút toàn bộ nhân cách.
- Bệnh xảy ra ở lứa tuổi từ 15 - 35.

2. Khái niệm

Theo định nghĩa trên người ta nhận thấy đây là một bệnh "mạn tính và là một bệnh đáng sợ nhất trong các bệnh tâm thần". Các triệu chứng rối loạn nặng nề nhân cách mà chính người bệnh bị cắt xén dần trong thế giới những người đang sống bằng cách làm mất hẳn ở người bệnh cái khả năng cơ bản để có thể giao tiếp với những người xung quanh.

Quan niệm hiện tại về tâm thần phân liệt rất mới, bệnh này dần dần được tách ra khỏi tất cả các bệnh tâm thần trong thế kỷ trước. Sự hiện hữu trước những người rối loạn có thể được xem như thuộc tâm thần phân liệt còn đang bàn cãi bởi nhiều tác giả.

Từ 1857, một tác giả Pháp Morel đã nêu ra với danh từ "sa sút sớm" để chỉ các trường hợp những thanh niên có hư hại trí tuệ tiến triển nhanh. Nhưng chính ở Đức mới thật sự có quan niệm hiện đại về tâm thần phân liệt. Như Kahlbaum năm 1863 đã viết về bệnh mà học trò của ông là Hecker đã gọi nó vào năm 1871 là "bệnh thanh xuân". Cũng như sa sút sớm của Morel, bệnh thanh xuân đến sau tuổi dậy thì và biểu hiện bằng một sự ngừng phát triển trí

tuệ dẫn đến sa sút. Năm 1874, Kahlbaum luôn luôn mô tả "căng trương lực", trong đó các rối loạn vận động là hàng đầu nhưng được phối hợp thêm với các rối loạn khí sắc và hoang tưởng.

Kraepeline, trong tác phẩm chủ yếu của mình ông cho rằng tâm thần học hiện đại là sự thừa kế trực tiếp sẽ hợp nhất các mô tả khác nhau này và trong lần xuất bản thứ 6 "tác phẩm" của ông năm 1899. Đã gộp lại dưới danh từ "sa sút sớm" bệnh thanh xuân. Căng trương lực sa sút paranoid và các thể ảo giác của paranoid.

Sa sút sớm của Kraepeline thừa nhận 2 tiêu chuẩn chính: triệu chứng học được đánh dấu bởi sự tan rã các chức năng trí tuệ, các rối loạn cảm xúc, hành vi ngôn ngữ, tư duy và tiến triển nặng dần đến sự sa sút trầm trọng sau cùng.

Eugen Bleuler (1857 - 1939), năm 1911 đề nghị thay danh từ "sa sút sớm" bằng danh từ "tâm thần phân liệt một từ bắt nguồn dựa theo danh từ của Hy Lạp "schlzein" tách ra hoặc chia ra) và "phên" tinh thần, linh hồn) Bleuler muốn đặt một dấu cộng thêm cho sự quan trọng của sự chia cắt các chức năng tâm thần cũng như trên sự tiến triển sa sút. Ông cũng nhấn mạnh đến điều mà tâm thần phân liệt không tạo nên bởi một bản chất hoàn toàn dứt khoát mà nó là một tổng hợp các rối loạn tâm thần. "Tôi đặt tên sự sa sút sớm là tâm thần phân liệt bởi vì, như tôi muốn chứng minh sự chia cắt các chức năng tâm thần nhiều loại là một trong những tính chất rất quan trọng của nó. Để cho thuận lợi tôi dùng danh từ ở số ít mặc dù một nhóm gần như rất nhiều bệnh".

Ở Pháp, một lập luận tương tự cũng được thực hiện tiếp theo Chasline, ông là người đặt sự thiếu hoà hợp vào nguồn gốc các biểu hiện lâm sàng của tâm thần phân liệt, chính sự thiếu hoà hợp này Bleuler trước kia mô tả là sự phân ly. Chaslin làm rõ ràng sự "thiếu hoà hợp" này qua những cử chỉ thể hiện của bệnh nhân nhất là về phương diện hành vi.

Tiếp theo sau, quan niệm tâm thần phân liệt phải tiến triển ít nhiều phân hoá theo trường phái. Ở Đức, bỏ qua những loại mô tả bệnh, nhưng Kraepelme lại thừa nhận như paraphrénie, nó phải được quy vào bao gồm gần tất cả các hoang tưởng mãn tính trong đó có những hoang tưởng có hệ thống trong tâm thần phân liệt.

Các trường phái nói tiếng Anh nhất là Hoa Kỳ đã cho ra những công trình hiện đại nhất liên quan đến lâm sàng của tâm thần phân liệt kể từ những năm 50. Tính độc đáo của các cố gắng này rất thích hợp với triết lý đã chủ đạo biên soạn ra DSM III và DSM IIR, DSM IV, ICD-10 với một định nghĩa hoàn toàn triệu chứng học của loạn thần tâm thần phân liệt. Quan niệm về tâm thần phân liệt ở đây đã được mở rộng bằng tất cả những nghiên cứu về tiến triển, về nguyên nhân hoặc tâm thần bệnh lý, tất cả những điều này tiếp tục theo sát những công trình của các trường phái châu Âu.

Hiện nay các hướng nghiên cứu rất nhiều. Nhưng gần như tất cả những điều chắc chắn nổi lên từ những nghiên cứu dịch tễ học.

Tâm thần phân liệt là "một bệnh" thường xảy ra. Đa số các công trình đều nói lên tỷ lệ bệnh mới phát hiện và tỷ lệ toàn bộ nằm trong số những bệnh nhân đã được điều trị. Số mới chiếm tối thiểu 20%. Những nghiên cứu khác nhau về tỷ lệ toàn bộ đã thực hiện giữa năm 1960 và 1985 cho những tỷ lệ thay đổi (giữa 0,6 và 8,3%). Để hạn chế nhiều khía cạnh đặc biệt của những nghiên cứu này, NIMH đã phát động tại 5 thành phố ở Hoa Kỳ chương trình ECA (Epidemiologic Catchement Area), tỷ lệ toàn bộ trong 6 tháng của lâm thần phân liệt và rối loạn dạng phân liệt nằm giữa 0,6 và 1,2%; tỷ lệ toàn bộ đối với đời sống là giữa 1 và 1,9%. Ở Pháp tỷ lệ cũng khoảng 0,5% dân số. Ở Việt nam các con số thống kê cho thấy tỷ lệ bị bệnh trong nhân dân là 0,63% (Hà Tây), 0,77% (Vĩnh Phúc), 0,65% (Đà Nẵng), 0,20% (Thái Nguyên), 0,41% (Phường Trường An - TP Huế)

Ngoài khỏi bệnh sớm giữa 15 và 30 tuổi, dường như hiện nay người ta đã nhận thấy rằng các thể nam giới sớm hơn và nghiêm trọng hơn các thể nữ giới.

Tâm thần phân liệt là "một bệnh" toàn cầu, nguy cơ mắc bệnh thay đổi rất ít từ nước này qua nước khác, kết quả này không chắc chắn lắm đối với giá trị của vai trò quyết định của các điều kiện văn hoá.

II. NGUYÊN NHÂN

Việc giải quyết điều bí ẩn về nguồn gốc phát sinh "bệnh" tâm thần phân liệt, chắc chắn không còn nghi ngờ gì nữa, đây là một trong những thách thức khoa học của cuối thế kỷ 20 và đầu thế kỷ 21 này. "Bệnh" tâm thần phân liệt cho đến ngày nay cũng chưa có những biểu hiện rõ ràng lắm. Chính vì vậy mà nhiều tác giả cho đây là tập hợp của nhiều bệnh khác nhau. Do đó phải dự đoán căn nguyên bệnh như một tập hợp của nhiều yếu tố.

1. Yếu tố nhiễm trùng

Ở châu Âu và Hoa Kỳ nhiều nhóm lớn bệnh nhân lâm thần phân liệt được nghiên cứu năm và nơi sinh đẻ. Các nghiên cứu này đã tìm thấy một số lớn bệnh nhân sinh vào tháng giêng, hai và ba. Về số lượng mặc dù còn khiêm tốn (10%) nhưng về mặt thống kê rất có ý nghĩa. Mặc dù những công trình này còn chưa giải thích được và chứng minh được cho sự can thiệp của các yếu tố môi trường, ở trong tử cung hoặc sau khi mới sinh, trong nguồn gốc phát sinh của một số thể của tâm thần phân liệt. Giả thuyết về một sự nhiễm trùng do siêu vi hiện nay được đa số các tác giả lưu ý tới khi hiện tượng này tăng dần trong những năm mùa đông khắc nghiệt nhất. Cuối cùng, các bệnh nhân tâm thần phân liệt được sinh trong mùa đông ít có những tiền sử gia đình hơn những bệnh nhân tâm thần phân liệt khác.

2. Yếu tố tâm lý

Nhiều bệnh nhân tâm thần phân liệt phát bệnh sau một xung đột về gia đình, xã hội vv . . . Làm cho một số tác giả đặt giả thuyết đây có phải là một bệnh do tâm lý không ?

3. Yếu tố di truyền

Tâm thần phân liệt có phải là một bệnh di truyền không? Sự tồn tại một quy tụ gia đình của các trường hợp tâm thần phân liệt được các tác giả trước kia đã biết đến, ngày nay đã hình thành và dường như căn bản nếu như chưa phải hoàn toàn khẳng định là vấn đề yếu tố di truyền với sự phát triển hiện nay của những kỹ thuật về sinh học phân tử cho phép hy vọng rằng người ta có thể nêu bật lên một hoặc nhiều gen có tính nhạy cảm với tâm thần phân liệt.

Các kết quả và lý thuyết đang còn đối nghịch nhau, nhưng chúng ta lưu ý sự tồn tại các luận chứng bao hàm sự luân phiên các thể nhiễm sắc 5 và 11 cũng như vùng autosome bệnh giả của nhiễm sắc thể X. Một sự không thuần nhất về di truyền như thế là không nên bỏ qua.

4. Các yếu tố sinh học

Nhiều giả thuyết đã được bàn đến:

Tâm thần phân liệt có phải là một bệnh hoá sinh học không? Lý thuyết dopaminergique đã có từ hơn 30 năm khi Carlsson và Lindqvist đã chứng minh rằng các thuốc an thần kinh phong toả các thụ thể dopaminergiques sau khớp thần kinh. Khả năng chống loạn thần của các thuốc an thần kinh rõ ràng tương quan với khả năng của chúng là sự phong toả trong ống nghiệm các thụ thể dopaminergique D2. Nếu giả thuyết về một sự tăng dopaminergique từ lâu đã có giá trị thì đa số các tác giả ngày nay đã đồng ý với nhau sự cần thiết nêu lại lý thuyết này. Các hệ thống dopaminergiques của não như vậy tỏ ra rất phức tạp. Nhiều loại thụ thể, mỗi loại có một phân bố giải phẫu và những cơ chế lắp nối trong tế bào riêng biệt, các thụ thể đã được làm rõ ra hai loại nhỏ của thụ thể D2 với một gen duy nhất trên thể nhiễm sắc 11 (11q22 - 23). Thụ thể D1 mà gen mới được tách dòng ở trên thể nhiễm sắc 5 (5q31-34); sau

cùng một thụ thể dopaminergique thứ 3 (D3) mà sự hiện hữu vừa được chứng minh do trung gian của sự tách dòng từ gene của nó. Sự nối ghép các chức năng của các thụ thể D1, D2 đều được thực hiện trong đa số những mô hình thực nghiệm và thụ thể D3 phần lớn trong cấu trúc viền chắc chắn sẽ cần trong một tương lai (giả thuyết tăng vị trí tiếp nhận (thụ thể dopaminergiques)).

Sự định khu giải phẫu của bệnh có thể thực hiện được không ? Tâm thần phân liệt có thể được ví như một bệnh của não mà sự định khu của rối loạn và các cơ chế thay cho những triệu chứng còn chưa ai biết được. Những nghiên cứu giải phẫu bệnh học sau khi chết và những kỹ thuật mới về ghi hình ảnh não mang đến những cơ sở của lời đáp mà nhiều tác giả đã thử chấp nhận để đề nghị một quan niệm chặt chẽ của bệnh.

Nếu có thương tổn, chắc chắn nó không có giới hạn, nghĩa là người ta không thể tìm ra một nhân, một vùng vỏ não hoặc một đường dẫn truyền đặc biệt. Cần phải dự kiến một sự tổn thương rộng lớn hơn, ở mức độ tổng hợp những vùng vỏ não và dưới vỏ được liên kết về giải phẫu và thần kinh hoá học. Một hệ thống như vậy có thể bao gồm những nhân não trung gian và hệ viền quanh não thất (nhất là nhân amygdale), sự hình thành hồi hải mã và vỏ não trán trước. Các triệu chứng suy giảm là kết quả một sự loạn năng trán trước, một phần liên quan bởi sự hoạt động của dopaminergique vỏ não, trong khi ấy các triệu chứng dương tính có nguồn gốc hệ viền liên quan với sự tăng hoạt động của hệ thống dopaminergique hệ viền, nó có thể là thứ phát làm mất cơ chế bình thường của sự phản hồi (feed-back) vỏ não.

Sự nói rộng của não thất mặc dù có ý nghĩa lâm sàng không chắc chắn, nhưng hướng tới sự hiện hữu một bệnh lý quanh não thất. Nhiều nghiên cứu mới đây đã cho thấy nhiều dị thường về hình thái học, thần kinh hoá học và tế bào học khu trú ở những vùng thái dương - hệ viền, nhất là ở hải mã (hippocampus). Vỏ não trán trước, đã áp dụng trong việc xử lý thông tin đã được nêu lên bởi các trắc nghiệm thần kinh, tâm lý, những trắc nghiệm này đã chứng tỏ rằng có sự thay đổi ở người bệnh tâm thần phân liệt. Những nghiên cứu về lưu lượng máu não cho thấy sự giảm năng vùng trán thường rất đậm nét khi thực hiện một số nhiệm vụ về nhận thức. Sự nói rộng não thất và giảm năng vùng trán dường như có liên quan với nhau.

Thường người ta chấp nhận đây có thể là một tổn thương cũ không tiến triển và được nêu rõ đặc tính bằng sự thu hẹp một cách tinh vi của khối lượng não. Sự thu hẹp này đến trước rất rõ nét sự khởi đầu lâm sàng của bệnh và thường có những thể với liên lượng xấu. Vấn đề còn lại bây giờ là giải thích tại sao một tổn thương cũ không tiến triển có thể dẫn đến một bệnh thường bắt đầu từ tuổi thanh thiếu niên. Quá trình thành thực chức năng não bộ như vậy là xác định: sự khởi điểm lâm sàng có thể phản ánh thời điểm mà những vùng não trước đây bị tổn thương bước vào hoạt động.

III. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CHUNG

Triệu chứng học về tâm thần phân liệt bao gồm:

- Hoang tưởng loại đặc thù được gọi là hoang tưởng paranoid.
- Những dấu hiệu "âm tính" tương ứng với một sự nghèo dần về cuộc sống trí tuệ và cảm xúc.
- Các rối loạn nhân cách (các dấu hiệu "cắt rời") phù hợp với tâm thần phân liệt:
 - + Mất tính thống nhất của nhân cách: thể hiện sự phân ly (dissociation).
 - + Rối loạn sự liên hệ với thế giới: biểu hiện bằng sự tự kỷ (autism).

Nhiều tác giả đã phân loại các triệu chứng tâm thần phân liệt thành các triệu chứng dương tính và âm tính, nhưng không có sự nhất trí trên sự phân bố của các triệu chứng trong hai loại này.

1. Các rối loạn nhân cách (hoặc các dấu hiệu "cắt rời"):

1.1. Sự phân ly

Đây là biểu hiện mất sự thống nhất và tính toàn vẹn của nhân cách:

- Những tình cảm không thích ứng với các thể hiện (ví dụ những thất bại hoặc tang tóc được nêu lên với sự sáng khoái, những tai biến cá nhân đã được trải qua trong sự thờ ơ lãnh đạm).

- Tư duy bị tràn ngập bởi những ý tưởng rời rạc.
- Sự hành động đều không ăn khớp với lời nói.
- Các hành vi tiếp theo nhau đều không liên tục hoặc trái ngược nhau.

Khi sự phân ly này trở nên quá rõ ràng, nó dẫn đến:

- Không hoà hợp, tức là sự kết hợp của ý tưởng và các cảm xúc trở nên xung khắc hoặc đưa đến sự rời rạc.

- Hoặc đến một cảm tưởng chia cắt làm mất tính thống nhất của nhân cách.

Sự phân ly này được thấy rõ trong:

1.1.1. Chức năng trí tuệ

- Sự không liên tục của luồng tư duy.
- Sự tan rã các liên kết đưa đến:
 - + Tư duy lạc đề không có ý chính.
 - + Cách phát biểu lẫn lộn và ít hiểu được. Đôi khi rời rạc mất sự kết hợp và nghèo nàn về quan niệm.

- Triệu chứng có một giá trị chẩn đoán là mất tính liên tục ngoài ý muốn trong ý phát biểu có tính chất đặc biệt của bệnh tâm thần phân liệt:

- + Ngừng ngắt ngứ trong khi nói (vài giây) không có lý do.
- + Bệnh nhân ý thức được (đây không phải là những cơn vắng ý thức).
- + Nhưng đối với những cơn này bệnh nhân rất hồ hững.

Những rối loạn về chức năng trí tuệ này không liên quan đến tổn thương những khả năng của trí nhớ và trí tuệ, nhưng không có thể sử dụng những khả năng này.

1.1.2. Đối với tình cảm

Sự phân ly làm cho người ta nhận thấy rằng sự kết hợp liên tục hoặc đồng thời những phản ứng tình cảm trái ngược nhau hoặc nghịch lý.

Cảm xúc thường mờ nhạt:

- Sự lạnh nhạt trong tiếp xúc.
- Một sự hồ hững thờ ơ.
- Không nhạy cảm trước những phản ứng của người khác nhưng sự không nhạy cảm này không cản trở những thể hiện mạnh mẽ đột xuất về cảm xúc.

Những phản ứng cảm xúc thường là :

- Không thích hợp.
- Nghịch lý .

- Không thể thấy trước được.

Người ta thường thấy tính hai chiều, đây là một biểu hiện căn bản của đời sống tình cảm của người bệnh tâm thần phân liệt:

Các biểu hiện này đưa đến cùng có một lúc hai tình cảm đối nghịch nhau, mà trong đó tình cảm này phải loại bỏ tình cảm kia.

Từ đó những sự lẫn lộn có thể có giữa sự trù mên và sự chống đối, tình thương và thù hận, tất cả được thể hiện bởi những thái độ và những vấn đề trái ngược nhau; ví dụ cùng một câu có thể gồm "tôi thương yêu nó" và "tôi ghét nó".

1.1.3. Các hành vi thay đổi về số lượng cũng như phẩm chất

Sự giảm hoạt động.

- Nó là một trong những dấu hiệu đầu tiên.
- Các sáng kiến bị giảm, bệnh nhân thiếu sự tự chủ, thiếu năng lực.
- Những thành tích về học tập và nghề nghiệp bị giảm sút rất sớm.
- Mỗi loại hành động hoặc các quyết định trong đời sống hàng ngày đều bị cản trở do tính hai chiều đã ảnh hưởng mọi hành vi của người bệnh.

Hành vi tâm thần vận động thiếu hoà hợp:

- Tính cầu kỳ sớm, thái độ bất chước và trịnh trọng giả tạo.
- Cười mỉm không có lý do, không thích ứng với hoàn cảnh và có vẻ kỳ dị.
- Trạng thái phù định hoặc những phản ứng chống đối.
- Những cơn xung động không thể thấy trước được.

1.1.4. Trạng thái căng trương lực

- Rất hiếm có nhưng rất đặc biệt.
- Đó là một sự giảm hoạt động dẫn đến sự sững sờ biểu hiện:
 - + Chứng lặng thinh và sự bất động, duy trì những tư thế bất buộc.
 - + Hoặc tăng trương lực chống đối ngăn trở mọi chuyển động.
 - + Trên nền tảng trạng thái sững sờ, nhiều giai đoạn xung động như cơn xung động bằng lời nói hoặc vận động.

1.1.5. Những rối loạn về hành vi

Bản chất và mức độ thay đổi, các hành động nguy hiểm hoặc khác thường hoặc lạ lùng.

1.2. Sự tự kỷ:

- Do tính chất bệnh lý đưa đến người bệnh tự thu mình lại, sự tự thu mình này thể hiện bởi sự thoát khỏi thực tế và sự ưu thế của đời sống nội tâm.

Sau sự phân ly, đây là cực thứ hai của sự hình thành tâm thần phân liệt.

Sự rút lui vào tự kỷ được trực tiếp nhận thấy:

- Trong dáng vẻ bên ngoài người bệnh có thái độ cách xa, xa vời, cái nhìn xa xăm về một nơi nào đó.
- Trong sự rút lui khỏi xã hội, bệnh nhân thích sự đơn độc hơn là tiếp xúc với người khác.

Tư duy tự kỷ:

Tư duy của những bệnh nhân này kín đáo, theo một biểu lượng hoàn toàn cá nhân.

Bản chất của tư duy tự kỷ:

- Không logique.
- + Vì sự tách rời khỏi sự tư duy tập hợp.
- + Bất chấp mọi nguyên tắc logique cơ bản.
- Sai với thực tế:
- + Lơ là hoặc loại bỏ những sự việc khách quan.
- + Xây dựng những hệ thống mù mờ gần đến hoang tưởng.

Không phụ thuộc vào nguyên tắc của thực tế, tư duy của người bệnh tự cấu tạo dựa theo một mô hình thần bí.

- Trong một chừng mực nào đó, mô hình này đã minh họa tất cả sức mạnh của các ý tưởng.

Nó đưa đến phải dùng những từ bịa ra đối với thực tế.

Khuynh hướng tâm thần này đôi lúc làm cho người bệnh tâm thần phân liệt tạo ra ngôn ngữ mới:

- Với những từ mới không được liệt kê trong ngôn ngữ (bịa ngôn ngữ).
- Hoặc những từ đã có, nhưng nghĩa đã được đổi khác với sự chấp nhận hiển nhiên của người bệnh (loạn ngôn: paralogisme).

Tư duy tự kỷ được tập trung vào hoang tưởng mà chúng tôi sẽ diễn tả sau: hoang tưởng tạo thành trung tâm, của sự quan tâm trước tiên đối với người bệnh, làm đổi hướng toàn bộ mọi sự quan tâm đối với thực tế bên ngoài, hoang tưởng điều mà người bệnh truyền đạt chia sẻ rất ít. Chính với đặc tính không truyền đạt được này của hoang tưởng tâm thần phân liệt, người ta gọi là hoang tưởng tự kỷ.

2. Hoang tưởng

Hoang tưởng thường dai dẳng nhưng không phải luôn luôn rõ rệt.

2.1. Các chủ đề

Tất cả những chủ đề mà chúng tôi đã nêu trong bài "rối loạn tư duy" có thể tìm thấy trong hoang tưởng của tâm thần phân liệt. Nhưng một vài chủ đề đặc biệt thường có và rất đặc trưng như:

Giải thể nhân cách, liên quan đến ý thức về bản thân:

- Cảm giác về những thay đổi thân thể.
- + Một số bệnh nhân thấy những nét trên mặt họ có thay đổi và nói rằng không thể nhận ra mình trong gương nữa .
- + Những cảm giác về thay đổi này tiến tới những cảm nhận về sự thay đổi các bộ phận nội tạng.

Những rối loạn về bản sắc (sự đồng nhất).

- Các bệnh nhân tự hỏi về nguồn gốc chính của họ và tự hỏi có phải cha mẹ họ có đúng thật là cha mẹ họ không ?

- Họ nghi ngờ về bản sắc tình dục của họ.
- Họ có cảm tưởng rằng tính tình của họ đã thay đổi.

Sự lo âu

- Đặc biệt mãnh liệt, ít nhạy cảm đáp ứng với những dấu hiệu động viên an ủi.
- Sự cảm nhận cuộc sống sâu sắc trong bản thân họ dẫn đến cảm giác bị tiêu diệt dần và bị cắt vụn ra.

Cảm giác xa lạ: người bệnh nhận thấy thế giới bị phân hoá, bị giả tạo, xa lạ, thường thường với một tình cảm thù địch đối với môi trường xung quanh.

2.2. Các cơ chế

Tất cả những cơ chế hoang tưởng có thể có liên quan đến: sự giải thích, trực giác, sự tưởng tượng vv...

Quan trọng nhất là những cơ chế đưa đến sự cuồng tín bị đặt dưới sức ép của những lực từ bên ngoài:

- Ảo giác tâm lý giác quan:
 - + Nhất là về thính giác: tiếng nói, lời bình luận các hành động.
 - + Và các cảm giác cơ thể: như loạn cảm giác bản thân.
- Các ảo giác tâm thần.
 - + Những cảm giác về các ý tưởng ngoại lai xâm nhập vào tâm trí người bệnh.
 - + Những hành vi buộc phải làm.
 - + Những hiện tượng tâm thần tự động.
 - + Tư duy bị đánh cắp.
 - + Cuộc sống riêng tư thậm kín bị đoán biết.

3. Các triệu chứng "âm tính"

- Hàng loạt các biểu hiện xuất hiện như sự suy giảm các chức năng tâm thần.
- Không chắc chắn rằng các biểu hiện này tương ứng với một sự suy giảm thực tế vì như chúng ta đã thấy trong phần tự kỷ, những bệnh nhân tâm thần phân liệt không thể hiện những điều mà họ cảm thấy.

Các dấu hiệu âm tính bao gồm:

3.1. Chức năng trí tuệ

- Giảm hiệu suất trí tuệ (khó khăn về học tập, về cuộc sống nghề nghiệp).
- Giảm khả năng chú ý.
- Nghèo nàn quá trình tư duy.
- Dòng tư duy chậm chạp.

3.2. Cuộc sống tình cảm

- Cảm xúc thờ ơ.
- Hoặc quá nghèo nàn cảm xúc.
- Lạnh nhạt trong giao tiếp.

- Nghèo nàn các biểu lộ điệu bộ.
- Thiếu sáng kiến và hứng thú.
- Vẻ mặt cứng đờ.
- Mất các phản ứng đối với những lời kêu gọi tình cảm.

3.3. Hành vi tác phong

- Mất nhiệt tình.
- Lơ là tắm rửa và vệ sinh.
- Mất hoạt động.
- Rút lui khỏi xã hội.

IV. TIẾN TRIỂN VÀ TIÊN LƯỢNG

Nói chung bệnh tâm thần phân liệt khởi đầu vào thời kỳ cuối của tuổi trưởng thành, ít hơn, có thể sớm hoặc muộn hơn.

Sự tiến triển thông thường là kéo dài, nhưng không phải là một quy luật.

Cách thức khi khởi đầu rất đa dạng và đôi khi dễ gây lầm lẫn, nhưng sau một thời gian nào đó của sự tiến triển những bệnh cảnh trở nên đặc biệt hơn.

Tuy thế, các thuốc an thần kinh đã thay đổi bước tiến triển của bệnh và đôi lúc có những bệnh cảnh rõ nét hơn khi khởi đầu vì chưa được điều trị so với thời gian tiếp theo sau.

1. Tiến triển của tâm thần phân liệt

Có thể là cấp tính hoặc từ từ (hoặc lẫn lộn cả hai thể thức với những xung động cấp tính trên một nền tảng tiến triển tăng dần).

1.1. Khởi đầu cấp tính

Điều cơ bản là một trạng thái hoang tưởng cấp

Ít hơn, thường là một tình trạng rối loạn khí sắc

- Trạng thái hoang tưởng cấp: Phát sinh trong vài ngày, người bệnh đau đầu, mất ngủ, lo âu và có thể có trạng thái rối loạn ý thức, mất năng lực định hướng về thời gian, không gian, về hoàn cảnh chung quanh, nói năng rời rạc khó hiểu.

Chúng tôi đã mô tả ở bài hoang tưởng. Đây là một bệnh cảnh cơn hoang tưởng

Chúng tôi cũng đã thấy phải đặt vấn đề liên lượng đối với những cơn này và còn đáng lo ngại hơn đối với sự tiến triển ít cấp tính của tâm thần phân liệt.

- Rối loạn khí sắc: những rối loạn khí sắc gợi lại những rối loạn của loạn thần hưng trầm cảm, nhưng có vài nét khác khiến cho người ta gọi là những rối loạn không điển hình.

Có thể là trầm cảm không điển hình:

- Mất hứng thú, suy giảm tâm thần vận động nhưng sự tiếp xúc dửng dưng hơn là trầm cảm :

Bệnh nhân xuất hiện ủ rũ và mệt mỏi ít hơn là co lại và xa cách .

Điệu bộ, nét mặt ít buồn, ít căng thẳng và đau đớn hơn là sự kín đáo và kỳ dị trong những biểu hiện của người bệnh.

Có thể là hưng cảm không điển hình: trước tiên là một trạng thái kích động tâm thần hơn là một trạng thái kích động khí sắc:

- Hoặc một sự khoái cảm và tiếp xúc như đùa chơi đều không có hoặc ở hàng thứ yếu.

- Với sự hoạt động tâm thần nhanh nhẹ và tăng động tác đặc biệt

- Với những ý tưởng chen chúc, xô đẩy lẫn nhau hơn là dựa theo một nền tảng rời rạc đến nỗi những ý tưởng ấy không diễn biến theo sự liên kết tuần tự hoặc theo sự gần nhau.

- Với sự kích động bao gồm những cử chỉ kỳ dị.

1.2. Khởi đầu âm ỉ

Nó có thể:

- Bao gồm triệu chứng của giả rối loạn tâm căn.

- Được thể hiện bởi sự rối loạn của các hành vi.

- Hoặc chỉ thể hiện bằng sự giảm hoặc /và thay đổi tính tình.

Sự khởi đầu rối loạn tâm căn giả:

- Bệnh cảnh lâm sàng gợi lên bệnh cảnh lâm sàng của rối loạn tâm căn, với những tính chất đặc biệt:

Các ám ảnh sợ hoài nghi vì lý do :

- Sự trấn an không có hiệu lực hoặc không tìm được cách .

- Những biện pháp để tránh không có hoặc chưa được hình thành .

- Hoặc những hoàn cảnh tạo sự ám ảnh sợ quá phức tạp không có sự liên hệ giữa chúng.

Những ú ám ảnh có nguồn gốc tâm thần được xác nhận bởi :

- + Không có sự đấu tranh lo âu.

- + Có chủ đề gần như hoang tưởng.

- + Sự kỳ lạ của những nghi thức cùng xuất hiện với các ám ảnh.

Các lo lắng nghi bệnh đặc biệt:

- + Liên quan ít đến sức khoẻ chính mình hơn là đối với hiện tượng bề ngoài và bản sắc của thân thể.

- + Hoặc những than vãn về thân thể không có giá trị quan hệ giữa các cá nhân

Những rối loạn về hành vi

Trước lúc đột khởi

- Những rối loạn này hướng dẫn trực tiếp:

- + Tính chất vô cơ của nó.

- + Sự kỳ dị trong sự thực hiện nó.

- + Hoặc ở mức độ thô bạo mà hành vi chứa đựng.

- Nhưng chính sự toan tính sát bề ngoài có vẻ tầm thường của người thanh niên có thể tô nổi lên thêm bệnh cảnh tâm thần phân liệt (và cần biết rằng đến tuổi này những sự tự sát gây nên do bệnh này là một trong những nguyên nhân đầu tiên về tử vong).

Bệnh tâm thần phân liệt còn có thể bị khởi bệnh trước những rối loạn kéo dài của những hành vi, đặc biệt là:

- Nghiện ma túy, ở đó cái nguy cơ là triệu chứng dựa vào chất độc (và như vậy xem hiệu quả là nguyên nhân).

- Chứng chán ăn do tâm thần.

+ Đặc biệt bởi lý do những rối loạn về hình ảnh của cơ thể

+ Hoặc từ sự kỳ lạ của những chế độ ăn uống

+ Nhưng nhất là do không có sự tăng hoạt động và bị thay thế bởi một sự giảm sút hoạt động.

Sự yếu kém của hoạt động và sự thay đổi tính tình :

Người bệnh lơ là dần những bổn phận mà anh ta phải làm hoặc dù có cố gắng mấy đi nữa cũng không thể thực hiện được.

Anh ta trở nên thờ hững với ý kiến của người khác, không tìm sự tiếp xúc với họ hoặc chống đối dễ dàng với mọi người xung quanh.

Tư duy càng ngày càng bóng gió tượng trưng

Phát triển sự tin tưởng vào những hiện tượng khác thường

Những người chung quanh nhận biết được những thay đổi này, người bệnh cũng cảm nhận những thay đổi trên.

Gia đình yêu cầu một lời khuyên sớm hơn của người thầy thuốc nhưng thường nhất là lý do để tìm một sự giải thích thuộc về cơ thể hơn là tâm thần đối với các rối loạn.

Như thế người thầy thuốc sẽ phải lưu ý đến sự lạnh nhạt trong tiếp xúc, sự kỳ dị trong biểu hiện và lời nói lạc đề.

Trước khi điều trị hoá học:

- Các triệu chứng phân ly và tự kỷ thường tiến triển đến một hội chứng suy giảm.

- Các thể hoang tưởng thường có mặt trong quá trình tiến triển từng cơn.

- Trong những trường hợp hiếm hơn, diễn biến của bệnh rất ít tiến triển.

Khi đã sử dụng các thuốc an thần kinh:

- Các thể tiến triển vẫn còn được nhận thấy.

- Nhưng các mức độ được thay đổi thuận lợi trong những thể nhẹ .

- Một hội chứng hoang tưởng và/hoặc ảo giác chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng.

- Và những rối loạn khí sắc.

Để hiểu được loại tiến triển này, cần phải nói thêm rằng, giữa các đợt kịch phát, bệnh nhân còn có các thể hiện tâm thần phân liệt, nếu không đây chỉ là những cơn hoang tưởng.

2. Tiên lượng

Tiên lượng thay đổi từng trường hợp. Hiện tại, số lượng bệnh nhân phải nhập viện trở lại là cần thiết sau 5 năm với tỷ lệ 10%, nói một cách khác những thể suy giảm thường gần như là ngoại lệ, trong lúc đó trước đây thể này nhập viện lại là tất nhiên.

Sự ước lượng dài ngày về tần suất điều trị lành bệnh, căn cứ vào sự phục hồi những khả năng thích ứng xã hội là 50%.

Về phương diện những chỉ định tiên lượng, người ta có thể nói rằng sự tiến triển càng trở nên thuận lợi khi mà phần lớn yếu tố sau đây có được:

- Khởi bệnh vào tuổi thực sự trưởng thành.
- Loại hoang tưởng.
- Sự xác định sớm việc điều trị an thần kinh.
- Sự tương trợ của gia đình và nơi ở.
- Nhân cách trước khi bị bệnh bình thường.
- Không có người trong gia đình bị tâm thần phân liệt.

V. CÁC THỂ BỆNH

Tâm thần phân liệt có 8 thể như sau :

1-Tâm thần phân liệt thể hoang tưởng (paranoid)

-Bệnh nhân phải có các biểu hiện đáp ứng đủ các tiêu chuẩn để đoán bệnh tâm thần phân liệt (ghi ở mục 6). Và nổi bật trong bệnh cảnh, người bệnh thường xuyên phân nân có người theo dõi, làm hại, đầu độc, đặc biệt nhận cảm rằng mình luôn bị một ai đó thử nghiệm, kiểm tra, hoặc ghen tuông / bị chi phối hoặc có dòng dõi cao sang... (các hoang tưởng).

-Kèm theo bệnh nhân nhìn thấy hoặc thường nghe thấy tiếng nói răn dạy của một người nào đó mà thực tế không hề có (ảo giác).

2-Tâm thần phân liệt thể thanh xuân

Được nhận biết khi :

-Bệnh nhân cũng đã có các biểu hiện đáp ứng các tiêu chuẩn để chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt (ghi ở mục 6)

-Trung tâm biểu hiện của bệnh cảnh hiện tại là kích động si dại, nói năng hỗn độn, rời rạc, lố lằng, tác phong vô trách nhiệm và không lường trước được Biến đổi cảm xúc nổi bật.

-Bệnh thường khởi phát sớm ở tuổi trẻ 15-25 tuổi. Có nhân cách tiền bệnh lý như nhút nhát và cô độc. Để chẩn đoán đáng tin cậy phải cần thời gian hai hay ba tháng theo dõi liên tục để bảo đảm là các tác phong đặc trưng mô tả ở trên vẫn còn duy trì.

3-Tâm thần phân liệt thể căng trương lực

Được nhận biết bởi :

-Bệnh nhân có các biểu hiện đáp ứng đủ các tiêu chuẩn để chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt (được ghi ở mục 4)

-Trong bệnh cảnh nổi bật là :

+ Giảm vận động đến sững sờ, không nói.

+ Hoặc kích động lặp đi lặp lại xen kẽ với bất động sững sờ.

+ Hoặc người bệnh có thể giữ ở một tư thế bị áp đặt, bất thường, kỳ dị trong thời gian hàng giờ, hàng ngày.

+ Không làm theo hoặc chống lại mọi chỉ bảo của thầy thuốc và người thân.

+ Nhắc lại lời nói hoặc cử chỉ của người khác.

4-Tâm thần phân liệt thể không biệt định

Được nhận biết bởi :

- Bệnh nhân đã có những biểu hiện đáp ứng đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt (ghi ở mục 6).

- Nhưng trong bệnh cảnh không biểu lộ các triệu chứng thoả mãn các tiêu chuẩn để xếp vào thể hoang tưởng, hoặc thể thanh xuân hoặc thể căng trương lực ở trên.

5-Tâm thần phân liệt thể trầm cảm sau phân liệt

Được nhận biết bởi :

- Bệnh nhân đã có những biểu hiện đáp ứng những tiêu chuẩn để chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt (ghi ở mục 6) .

- Hiện tại vẫn còn những biểu hiện đặc trưng của bệnh tâm thần phân liệt và kèm theo phần nào buồn chán, bi quan, giảm thích thú, thiếu lực như là hậu quả của bệnh (trầm cảm). Hiếm khi chúng nặng hoặc mở rộng đến mức đáp ứng được các tiêu chuẩn của một giai đoạn trầm cảm nặng(F32.2và F32.3).

6-Tâm thần phân liệt thể di chứng

Được nhận biết bởi :

- Bệnh nhân đã có những triệu chứng đáp ứng đủ các tiêu chuẩn để chẩn đoán là bệnh tâm thần phân liệt (được ghi ở mục IV) trong quá khứ. Nhưng hiện tại có biểu hiện bị động, giảm hoạt động, ăn nói không còn hoạt bát, xúc cảm cùn mòn, lười biếng kể cả chăm sóc cá nhân, không quan tâm đến xung quanh.

7-Tâm thần phân liệt thể đơn thuần

Được nhận dạng bởi :

-Khởi phát bệnh từ từ với những biểu hiện cảm xúc khô cứng, lạnh lùng, sống thu mình, lang thang, cách ly xã hội, không có biểu hiện quan tâm thích thú, lười biếng, kỳ dị, ăn không ngồi rồi, sống không mục đích.

-Trong khi đó các biểu hiện nhận cảm hoang tưởng và ảo giác mờ nhạt.

8. Tâm thần phân liệt cảm xúc

Nhận biết thể này khi :

-Có biểu hiện của rối loạn phân liệt và rối loạn cảm xúc (có thể là hưng cảm, hoặc trầm cảm, hoặc hỗn hợp cả hai) đồng thời cũng xuất hiện ngang nhau trong một giai đoạn bệnh.

- Giai đoạn buồn chán trong rối loạn cảm xúc không phải là giai đoạn trầm cảm sau phân liệt.

VI. CHẨN ĐOÁN

Mặc dù không xác định được các triệu chứng đặc trưng của bệnh một cách chặt chẽ, nhằm mục đích thực tiễn, cần chia các triệu chứng nói trên thành từng nhóm có phần quan trọng đặc biệt đối với chẩn đoán. Theo phân loại chẩn đoán quốc tế lần thứ 10 (ICD-10) có 09 nhóm triệu chứng sau:

1. Tư duy vang thành tiếng, tư duy bị áp đặt hay bị đánh cắp và 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 hoặc có những liên quan với ý nghĩ, hành vi hay cảm giác đặc biệt .

3. Các ảo thanh bình luận thường xuyên về hành vi của bệnh nhân hay thảo luận với nhau về bệnh nhân hoặc các loại ảo thanh khác xuất hiện từ một bộ phận nào đó của cơ thể.

4. Các loại hoang tưởng dai dẳng khác không thích hợp về mặt văn hoá và hoàn toàn không thể có được như tính đồng nhất về tôn giáo hay chính trị hoặc những khả năng về quyền lực siêu nhân (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 ý tưởng quá đáng 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 hoặc bịa ngôn ngữ.

7. Tác phong căng trương lực như kích động, giữ nguyên dáng hay phủ định không nói/sững sờ...

8. Các triệu chứng âm tính như vô cảm, ngôn ngữ nghèo nàn, cảm xúc cùn mòn hay không thích hợp thường đưa đến cách ly xã hội giảm sút hiệu suất lao động; 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 cá nhân biểu hiện như mất thích thú, thiếu mục đích, lười biếng, mãi mê suy nghĩ cá nhân và cách ly xã hội.

Các nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán:

- Phải có ít nhất một triệu chứng rất rõ (nếu ít rõ thường phải hai triệu chứng hay nhiều hơn) thuộc vào một trong các nhóm được liệt kê từ 1 đến 4 ở trên hoặc có ít nhất là hai trong nhóm triệu chứng liệt kê từ 5 đến 9.

- Các triệu chứng nêu ở điểm 1 phải tồn tại rõ ràng trong phần lớn khoảng thời gian một tháng hay lâu hơn. Nếu thời gian ít hơn một tháng thì phải chẩn đoán như một rối loạn loạn thần cấp giống phân liệt (F23.2).

- Không chẩn đoán tâm thần phân liệt khi đã có các triệu chứng hưng cảm hay trầm cảm điển hình. Trừ các triệu chứng phân liệt xuất hiện trước các rối loạn cảm xúc.

- Không chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt khi đã có những bệnh não rõ rệt, bệnh nhân nghiện và cai ma tuý, nghiện rượu, chấn thương sọ não, chậm phát triển tâm thần, hoặc có những rối loạn loạn thần là hậu quả của các bệnh nhiễm trùng, nhiễm độc hoặc bệnh cơ thể nặng.

- Không chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt khi bệnh bắt đầu ở tuổi trên 40, bởi vì ở tuổi này, có nhiều rối loạn của các bệnh cơ thể như tim mạch, nội tiết...

VII. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Có 5 loại rối loạn tâm thần cần chẩn đoán phân biệt với bệnh tâm thần phân liệt.

1. Chẩn đoán phân biệt bệnh tâm thần phân liệt với phản ứng trước các sang chấn tâm lý (stress)

Các stress về tâm lý có thể đóng vai trò là một nhân tố thúc đẩy sự xuất hiện của một bệnh nội sinh tiềm tàng (tâm thần phân liệt). Song các sang chấn tâm lý cũng có thể là căn nguyên chủ yếu gây bệnh và để chẩn đoán các rối loạn dạng phản ứng này, cần phải căn cứ vào các đặc điểm lâm sàng cơ bản sau :

- Bệnh xuất hiện sau một sang chấn tâm thần mạnh, đột ngột, có ý nghĩa thông tin sâu sắc, vượt quá sức chịu đựng của bệnh nhân. Hoặc cũng có thể bệnh xuất hiện sau một số sang chấn không mạnh lắm song kế tiếp nhau liên tục.

- Nội dung các triệu chứng (nhất là các hoang tưởng, ảo giác ...) có liên quan trực tiếp và phản ánh sâu sắc nội dung của các sang chấn tâm lý.

- Trong tiền sử đã có những lần phản ứng nhẹ trước các sang chấn hoặc có nhiều nhân tố thuận lợi (nhân cách, cơ thể, môi trường ...) thúc đẩy bệnh phát sinh.

- Điều trị đúng (liệu pháp tâm lý) bệnh khỏi nhanh và khỏi hoàn toàn không để lại di chứng tâm thần.

Mặt khác, mỗi một trạng thái phản ứng bệnh lý còn có những sắc thái lâm sàng riêng biệt để làm chẩn đoán xác định. Ví dụ, các rối loạn stress sau sang chấn còn có các triệu chứng lâm sàng đặc trưng như :

Sự tái diễn những giai đoạn sang chấn bằng các " hồi ức sang chấn".

Cảm giác "tê cóng" và cùn mòn cảm xúc (mất thích thú, tách khỏi mọi người và môi trường xung quanh...)

Né tránh các hoạt động và hoàn cảnh gợi lại sang chấn.

Các rối loạn thần kinh tự trị, rối loạn khí sắc, lo âu, hoảng sợ, trầm cảm, rối loạn hành vi... xuất hiện vài tuần đến 6 tháng sau sang chấn.

2. Phân biệt bệnh tâm thần phân liệt với các rối loạn cảm xúc nội sinh

Trong bệnh tâm thần phân liệt cũng có thể có các rối loạn cảm xúc. Các hội chứng này dù là hưng cảm hay trầm cảm song nhiều khi khá rõ rệt trong bệnh cảnh lâm sàng và tồn tại như là những rối loạn tâm thần cơ bản trong tiến triển của bệnh. Do vậy việc chẩn đoán phân biệt bệnh tâm thần phân liệt và các rối loạn cảm xúc nội sinh nhiều khi rất khó và phải căn cứ vào các đặc trưng sau đây (của các rối loạn cảm xúc)

- Các rối loạn cảm xúc xuất hiện một cách tự phát, từng thời kỳ chiếm ưu thế rõ rệt trong bệnh cảnh lâm sàng.

- Thời gian tồn tại các hội chứng cảm xúc có thể kéo dài, song vẫn có giới hạn rõ rệt (3 đến 6 tháng) đó gọi là các cơn, các giai đoạn.

- Các rối loạn cảm xúc phải xuất hiện trước các triệu chứng loạn thần khác.

- Các triệu chứng loạn thần (hoang tưởng, ảo giác...) là thứ phát và có nội dung phù hợp với khí sắc nền tảng của quá trình bệnh lý.

- Khi cảm xúc ổn định thì các triệu chứng loạn thần cũng thuyên giảm hoặc mất đi.

- Không đưa đến các dị tật tâm thần mặc dù bị tái phát nhiều lần. Giữa các chu kỳ trạng thái hoạt động tâm thần gần như trở lại bình thường. Thời kỳ thoái triển này có thể từ vài tháng đến vài năm.

- Trong tiền sử đã có những cơn rối loạn cảm xúc hoặc rối loạn khí sắc rõ rệt.

Các rối loạn cảm xúc thường gặp là :

+ Hưng cảm có các triệu chứng loạn thần :

Là một thể nặng của hưng cảm; biểu hiện khí sắc hưng phấn, sự tăng tốc và tăng lượng của các hoạt động cơ thể và tâm thần ... Các hoang tưởng, ảo giác ... nhuộm màu sắc cảm xúc : ý tưởng tự cao, khuếch đại.

+ Giai đoạn trầm cảm nặng có các triệu chứng loạn thần :

Các triệu chứng loạn thần cùng mang màu sắc cảm xúc như :

- Các hoang tưởng thường bao gồm các ý tưởng bị tội thấp hèn, hoặc những tai hoạ sắp xảy ra cho bản thân và gia đình, những trách nhiệm bệnh nhân phải gánh chịu.

- Các ảo thanh hoặc ảo khứu thường là các tiếng nói kết tội, phi báng bệnh nhân, các mùi rác mục, thối rữa...

Các triệu chứng này tồn tại ít nhất 2 tuần trở lên.

3. Phân biệt tâm thần phân liệt với loạn thần thực thể

- Những trường hợp mà căn nguyên của loạn thần là hậu quả của các bệnh nội khoa, nội tiết, nhiễm khuẩn, nhiễm độc, chấn thương và các quá trình tổn thương thực thể khác ở trong cũng như ngoài não. Việc thăm khám cơ thể toàn diện cả về lâm sàng và cận lâm sàng sẽ giúp phát hiện sớm, điều trị kịp thời các bệnh lý chính nằm bên dưới, tránh được các biến chứng của bệnh cơ thể tử vong. Về mặt lâm sàng tâm thần, các biểu hiện sau đây là các gợi ý chẩn đoán loạn thần thực thể :

- Bệnh cảnh loạn thần xuất hiện nhất thời, liên quan trực tiếp và phụ thuộc vào tiến triển các triệu chứng của bệnh chính.

- Khi bệnh chính khỏi thì loạn thần cũng mất đi .

- Nếu là loạn thần cấp thì có thường có các biểu hiện rối loạn ý thức (đi từ u ám đến bán hôn mê, hôn mê; mê sảng lúc lỉn ...). Có thể có hội chứng kích động giống động kinh, hội chứng ảo giác cấp ...

- Có thể có các hội chứng bịa chuyện, Korsakop nhất thời, cảm xúc không ổn định (dễ khóc lóc, dễ bùng nổ thô bạo), hội chứng tâm thần thực tồn ... nếu bệnh lý kéo dài.

- Tùy từng bệnh lý cơ thể mà triệu chứng lâm sàng có thể tiến triển theo những quy luật riêng biệt, có các triệu chứng cơ thể kèm theo và nhất là các triệu chứng cận lâm sàng nhiều khi rất có giá trị cho chẩn đoán sớm (công thức máu, máu lắng, chụp X quang phổi, Xquang sọ não, huyết thanh chẩn đoán giang mai, điện não đồ ...)

- Đôi khi ngưỡng dung nạp các thuốc an thần kinh thấp trong khi các triệu chứng phụ nhất là các triệu chứng ngoại tháp, lúc lỉn ... lại xuất hiện sớm và nặng ... cũng là sự gợi ý đến một căn nguyên thực tồn nằm bên dưới các triệu chứng loạn thần.

4. Phân biệt bệnh tâm thần phân liệt với các trạng thái nhiễm độc chất ma túy hay đang cai chất ma túy

Những người nghiện chất ma túy nhất là nghiện thuốc phiện hay các chất dạng thuốc phiện; nghiện rượu ... cũng có thể bị các rối loạn tâm thần, nhiều khi là những trạng thái loạn thần rõ rệt cần phải được phân biệt với bệnh TTPL. Các triệu chứng đặc trưng cần lưu ý đến rối loạn tâm thần do rượu hoặc ma túy là :

- Có một tiền sử (nhiều khi khá dài) sử dụng rượu hay chất ma túy.

- Có các biểu hiện của hội chứng nghiện chất (3/6 tiêu chuẩn chẩn đoán của bảng phân loại quốc tế ICD.10)

- Có biểu hiện hội chứng cai (tùy thuộc vào từng loại chất và liều dùng trước khi cai)

- Xét nghiệm có chất ma túy trong máu, nước tiểu.

- Các triệu chứng loạn thần xuất hiện trong hoặc ngay sau khi sử dụng chất ma túy, thay đổi tùy theo chất ma túy và nhân cách người bệnh. Thường là các ảo giác sinh động, hiện tượng nhận nhầm, kích động tâm thần vận động hoặc sợ hãi mãnh liệt, ngơ ngác, sững sờ... Các triệu chứng này xuất hiện nhất thời, không hệ thống, mất đi trong vòng vài ngày đến vài tháng.

- Còn có thể gặp hội chứng quên thực tồn, biến đổi nhân cách dưới dạng vô cảm, mất sáng kiến, có xu hướng không tự săn sóc bản thân, hay nghi kỵ, ghen tuông, mất khả năng tự kiểm chế, có các hành vi thô bạo, bùng nổ (nhất là do rượu ...)

5. Phân biệt bệnh tâm thần phân liệt với các rối loạn có các triệu chứng của rối loạn tâm thần dạng phân liệt trong chương F2.1-ICD.10

Với rối loạn loại phân liệt :

- Không có các triệu chứng đặc trưng rõ rệt của bệnh TTPL (ảo thanh ra lệnh, ảo thanh phát ra từ các cơ quan nội tạng của bệnh nhân, tri giác hoang tưởng, tâm thần tự động hoang tưởng bị chi phối, bị kiểm tra...)

- Có các rối loạn cảm xúc, tác phong, tư duy mang tính thiếu hoà hợp, các rối loạn ám ảnh, nghi bệnh, loạn cảm giác bản thể, ảo tưởng, giải thể nhân cách ... Tiến triển mãn tính từ 2 năm trở lên.

Rối loạn loạn thần cấp với các triệu chứng của TTPL.

- Có các trường hợp đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán của bệnh TTPL ... Nhưng bệnh khởi đầu cấp diễn (trong vòng 2 tuần), có các yếu tố stress kết hợp. Các triệu chứng của TTPL chỉ tồn tại dưới 1 tháng và bệnh thường khởi hoàn toàn trong vòng 2-3 tháng.

Rối loạn loạn thần cấp giống tâm thần phân liệt.

- Khởi đầu cấp diễn (2 tuần hay ngắn hơn)

- Các triệu chứng đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh TTPL nhưng xuất hiện và tồn tại dưới một tháng.

VIII. ĐIỀU TRỊ

Dựa rất nhiều vào điều trị sinh học và tâm lý học.

1. Điều trị sinh học

Dựa trên các thuốc an thần kinh:

- Do 3 tác dụng chống loạn thần:

+ Yên dịu sự kích động và lo âu.

+ Giảm những ảo giác và hoang tưởng.

+ Giải ức chế trên sự cùn mòn cảm xúc và sự khép kín của người bệnh.

- Tùy theo sản phẩm, người ta giữ ưu tiên:

+ Tác dụng làm yên dịu.

+ Hoặc tác dụng giải ức chế.

+ Hoặc tác dụng nhiều mặt.

- Nhưng tác dụng còn tùy thuộc vào:

+ Liều lượng được dùng.

- + Thời gian điều trị.
- + Và thời kỳ diễn biến của bệnh.

Các phương pháp điều trị khác với những chỉ định rất rõ ràng có thể được dùng:

- Liệu pháp sốc điện (ECT), nếu người bệnh không phù hợp các thuốc an thần kinh, đặc biệt:

- + Trong một giai đoạn căng trương lực.
- + Hoặc trong một vài giai đoạn trầm cảm không điển hình.
- Lithium, với tính cách phòng ngừa trong các bệnh tâm thần phân liệt loạn khí sắc.
- Các thuốc chống lo âu trong thời gian của các thể di chứng.

1.1. Điều trị tấn công

Ở bệnh viện, bởi vì cần phải có một sự chăm sóc theo dõi hàng ngày về tình trạng tâm thần và cơ thể:

- Để thay đổi liều lượng dựa trên kết quả điều trị.
- Để điều chỉnh hoặc phòng ngừa nhiều tác dụng không mong muốn.

Kết hợp thường xuyên nhất:

- Tác dụng của một thuốc an thần kinh yên dịu, loại chlorpromazine.
- Và một sản phẩm đa tác dụng loại halopéridol.

Đường dùng:

- Không phân biệt đường uống hay đường tiêm bắp.
- Trước hết theo sự hợp tác của bệnh nhân.

Liều lượng: nhanh chóng tăng dần, để có được một thăng bằng trong nhiều tuần:

Với các liều từ 10 - 20mg halopéridol, Risperdal...

Từ 100 - 600mg chlorpromazine.

Các chất điều chỉnh những dấu hiệu ngoại tháp đều không được dùng một cách có hệ thống, mà chỉ dùng riêng cho những trường hợp cần thiết.

Trong những trường hợp có những biểu hiện suy giảm trầm trọng, người ta có thể dùng nhiều chất khác thuộc loại giải ức chế.

1.2. Điều trị củng cố

Việc sử dụng 1 loại sản phẩm duy nhất là tốt hơn, bởi vì dưới sự đa điều trị, người ta không biết được trong trường hợp kháng thuốc, loại nào đã gây nên nó.

Nhưng sự dung nạp của một sự điều trị củng cố là điều bảo đảm tốt nhất để theo dõi. Liều lượng như vậy phải đúng để không dẫn đến những hiệu lực hướng thần kinh hoặc hướng tâm thần trái ngược nhau (người ta không nên chú ý quá cái điều mà người ta có thể thu được trong một số trường hợp để muốn loại bỏ một số triệu chứng).

Sự điều trị an thần kinh không được ngưng lại trong thời gian bệnh. Nó chỉ có thể ngừng hẳn trong trường hợp có sự lành bệnh rõ ràng và kéo dài, nếu không, người ta tạo cho bệnh nhân một sự tái bệnh thường là cấp tính.

Người ta sử dụng các an thần kinh có tác dụng kéo dài:

Tiêm bắp từ 2 - 4 tuần: Piportil 75 - 150mg, Modecate 50 - 150mg, Haldol decanoas 100 - 300mg, Fluanxol retard 20 - 80mg.

Phải kéo dài 2 năm điều trị sau sự rối loạn cấp tính.

2. Điều trị tâm lý

Đáp ứng 2 nguyên tắc:

- Thiết lập một chiến lược liên tục để chăm lo săn sóc, nghĩa là chiến lược này phải được thực hiện song song và/hoặc tiếp theo sự điều trị sinh học bởi cùng một người thầy thuốc hoặc cùng một nhóm.

- Thay đổi những sự kích thích dựa theo ảnh hưởng mà chúng có được trên người bệnh, cũng như về một sự tăng thêm săn sóc khi một khuyết điểm có thể làm rõ nét sự co cụm lại hoặc sự lo âu.

Phải tuân theo một điều kiện: mọi thầy thuốc phải thoát ra khỏi một quan niệm cứng nhắc. Về một quá trình tiến triển của bệnh tâm thần phân liệt, để có thể tránh 2 điều trở ngại trái ngược nhau:

- Từ chối sự theo dõi người bệnh.

- Hoặc có thành kiến xấu về tương lai của nó.

Kết hợp trong thực hành nhiều phương pháp tương tự:

- Sự liên lạc cá nhân với người bệnh, loại bán trực tiếp.

- Tác động ở mức gia đình bằng cách thông báo cho gia đình biết rõ những biện pháp áp dụng và bằng cách ngăn không cho gia đình sai lầm.

- Đóng góp vào những hoạt động của nhóm như những cuộc họp chung giữa những người săn sóc và người được săn sóc, những cuộc đi chơi giải trí, những buổi liệu pháp lao động.

- Sắp xếp dần dần việc trở lại đời sống hoạt động như nằm viện ban ngày hoặc với chế độ về ban đêm, một thời gian ở gia đình hoặc một tổ chức trung gian khác.

Đôi khi tập trung vào một kỹ thuật:

- Liệu pháp gia đình.

- Liệu pháp tác phong.

- Liệu pháp nhóm.

3. Liệu pháp tái thích ứng xã hội

Liệu pháp tái thích ứng xã hội giúp cho người bệnh trở lại cuộc sống bình thường tại cộng đồng. Phục hồi lại những thói quen trong sinh hoạt, khôi phục khả năng lao động của người bệnh. Đối với người bệnh tâm thần phân liệt mạn tính liệu pháp này càng đặc biệt quan trọng vì những người bệnh này do tính chất của bệnh làm cho họ ngày càng có xu hướng thu mình, xa lánh những người xung quanh và thu vào cuộc sống nội tâm. Liệu pháp này giúp cho người bệnh sau khi ra viện có thể thích nghi ngay với cuộc sống thường ngày.

Có nhiều hình thức tổ chức liệu pháp tái thích ứng xã hội như: Tổ chức sinh hoạt giải trí, cung cấp những điều kiện cần thiết cho sinh hoạt người bệnh như người bình thường. Tổ chức lao động . V.v...

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Những đặc điểm lâm sàng cơ bản của tâm thần phân liệt là gì ?
2. Những triệu chứng nào là đặc trưng cho tâm thần phân liệt ?
3. Các tiêu chuẩn chẩn đoán tâm thần phân liệt?
4. Đặc điểm lâm sàng của các thể tâm thần phân liệt
5. Các phương pháp điều trị tâm thần phân liệt?
6. Công tác quản lý, điều trị và phục hồi chức năng cho bệnh nhân tâm thần phân liệt tại cộng đồng

RỐI LOẠN TÂM THẦN THỰC TỔN

Mục tiêu học tập

1. Định nghĩa được loạn thần thực tổn.
2. Kể các bệnh lý thực thể thường gây loạn thần và mô tả được các đặc điểm lâm sàng.
3. Biết được nguyên tắc điều trị.

I. ĐỊNH NGHĨA

Hiện nay thuật ngữ loạn thần thực tổn được sử dụng để bao gồm cả tổn thương thực thể tại não (nguyên phát) và tổn thương thực thể ngoài não (thứ phát).

Để dễ dàng phân biệt về mặt lâm sàng thì những tổn thương ngoài não có ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của não người ta gọi là loạn thần triệu chứng, còn những tổn thương trong não gây ra rối loạn tâm thần thì gọi là loạn thần thực tổn

Vấn đề loạn thần thực tổn là một vấn đề hết sức quan trọng và phổ biến trong lâm sàng, bởi vậy đòi hỏi mỗi một người thầy thuốc cần phải có một kiến thức cơ bản về bệnh lý loạn thần thực tổn để:

- Thấy được mối liên quan giữa bệnh cơ thể và rối loạn tâm thần.
- Hiểu được bệnh tâm thần cũng bắt nguồn từ những biến đổi bên trong của cơ thể.
- Cho chúng ta biết được những rối loạn tâm thần nào thường gặp trong loạn thần thực thể để có hướng chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Loạn thần thực tổn là một vấn đề hết sức rộng lớn, được bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD 10) phân thành những chẩn đoán sau :

- Các tổn thương não gây mất trí từ từ.
- Các hội chứng quên thực tổn do rượu và các chất gây nghiện.
- Sảng không do rượu và các chất tác động tâm thần khác.
- Các rối loạn tâm thần do tổn thương não và rối loạn chức năng não do bệnh cơ thể .
- Rối loạn hành vi, nhân cách do tổn thương não, và các rối loạn tâm thần không biệt định.

Trong phạm vi trong bài giảng này chúng tôi mô tả những rối loạn tâm thần do tổn thương não và ngoài não mang những đặc tính chung thường gặp mà không đi sâu mô tả từng tổn thương có tính đặc thù riêng của từng nguyên nhân từng vị trí tổn thương cụ thể của não.

Ở nước ta theo kết quả thống kê tại một số địa phương, hội chứng sau chấn động não được ghi nhận như sau: 0,64% (Hà Tây), 1% (Vĩnh Phúc), 0,32% (Đà Nẵng), 0,9% (Thái Nguyên)

II. NGUYÊN NHÂN

1. Các bệnh nguyên phát tại não

- U não, viêm não, áp xe não, tai biến mạch máu não.
- Teo não, xơ não, chấn thương sọ não...

2. Các bệnh không nhiễm khuẩn

- Loét dạ dày tá tràng.
- Teo gan cấp, thoái hoá gan não (bệnh Wilson).
- Tăng u rê huyết.
- Suy tim, nhồi máu cơ tim.
- Loạn dưỡng do thiếu ăn.
- Thiếu vitamin PP, thiếu iốt...

3. Các bệnh nhiễm khuẩn

- Viêm nội tâm mạc bán cấp (bệnh Osler).
- Bệnh cúm, thương hàn, viêm phổi, lao phổi.
- Viêm gan, sốt rét ác tính nhiễm trùng hậu sản...

4. Các bệnh nội tiết

- Basedow (cường giáp).
- Phù niêm (suy giáp).
- Bướu cổ (do thiếu iốt).
- Tê-tani (suy cận giáp).
- Cushing, Addison
- Đái đường.

5. Các bệnh nhiễm độc

- Nhiễm độc rượu, ma túy, thuốc ngủ, các độc chất...
- Phốtpho hữu cơ, ACTH, Cortison, Quinin, ôxyt cacbon, hợp chất chì trong công nghiệp...

III. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

1. Loạn thần thực thể cấp

1.1. Đặc điểm chung

- Là rối loạn tâm thần cấp diễn, xuất hiện đồng thời với những tổn thương não hoặc các rối loạn chuyển hoá, thể dịch do nhiễm trùng, nhiễm độc cấp. (trừ nhiễm độc cấp do rượu, ma túy).

1.2. Lâm sàng

Được thể hiện bằng những dấu hiệu đặc trưng.

- Rối loạn ý thức nặng cấp, thường là mê sảng, lú lẫn hoàng hôn...

- Kích động đột ngột giống động kinh.
- Các rối loạn tâm thần khác cũng cấp diễn như ảo giác cấp, hoang tưởng cấp... với nội dung đa dạng.
- Tình trạng rối loạn ý thức và rối loạn các hoạt động tâm thần khác dao động trong ngày, thường nặng lên về chiều và đêm.
- Thời gian thì phần lớn mất đi nhanh, đa số trong vòng 1 đến 4 tuần.

2. Loạn thần thực tổn kéo dài

2.1. Đặc điểm chung

- Các triệu chứng rối loạn tâm thần thường liên quan trực tiếp đến tổn thương thực thể.
- Tiến triển của những rối loạn tâm thần liên quan đến sự tiến triển của bệnh cơ thể.
- Trên lâm sàng cũng như trong tiền sử không có các rối loạn tâm thần nội sinh hoặc stress cấp.
- Thời gian tiến triển thường vài tuần đến vài tháng, tùy thuộc vào tiến triển bệnh cơ thể.

2.2. Các thể lâm sàng thường gặp

2.2.1. Thể ảo giác thực tổn

- Có đầy đủ tiêu chuẩn trong phần đặc điểm chung của LT thực tổn kéo dài.
- Trên lâm sàng bệnh nhân không có rối loạn ý thức.
- Bệnh cảnh lâm sàng nổi bật là ảo giác kéo dài, dai dẳng với nội dung đa dạng.
- Có thể xuất hiện hoang tưởng nhưng không chiếm ưu thế và hoang tưởng cũng chỉ được hình thành trên nền tảng của ảo giác.
- Các rối loạn tâm thần khác như cảm xúc, tư duy, hành vi tác phong không bị rối loạn nặng nề và chiếm ưu thế trong bệnh cảnh.

2.2.2. Rối loạn căng trương lực thực tổn

- Có bằng chứng rõ ràng về thương tổn thực thể ở não hoặc bệnh cơ thể đủ khả năng gây loạn thần.
- Lâm sàng nổi bật tình trạng sững sờ bán bất động hoặc bất động. Có thể có dấu hiệu định hình như dấu uốn sấp, gôi không khí, giữ nguyên tư thế, trương lực cơ tăng. Có thể xen kẽ kích động với những động tác định hình đơn điệu.
- Trên lâm sàng có thể xen kẽ tình trạng kích động và bất động căng trương lực.
- Bệnh nhân phủ định khó tiếp xúc, khó hợp tác.
- Ý thức có thể rối loạn với nhiều mức độ khác nhau, như u ám ngủ gà, lú lẫn, mê sảng...
- Trong thể căng trương lực thực thể này cần phải được phân biệt để loại trừ các bệnh lý căng trương lực trong bệnh tâm thần phân liệt và sững sờ phân ly.

2.2.3. Rối loạn hoang tưởng thực tổn

- Phải đáp ứng đầy đủ đặc điểm chung của loạn thần thực tổn kéo dài.
- Bệnh cảnh lâm sàng nổi bật là hoang tưởng các loại, kéo dài dai dẳng.
- Có thể xen kẽ xuất hiện ảo giác, căng trương lực....

- Không rối loạn ý thức.

Đối với thể hoang tưởng thực tổn cần phân biệt với :

- Rối loạn loạn thần cấp giống phân liệt.
- Rối loạn hoang tưởng dai dẳng.
- Tâm thần phân liệt.
- Loạn thần do rượu và các chất ma túy.

2.2.4. Rối loạn cảm xúc thực tổn

- Có bằng chứng về bệnh thực thể và đáp ứng đủ tiêu chuẩn tiêu chuẩn của loạn thần thực tổn kéo dài.

- Bệnh cảnh lâm sàng nổi bật là rối loạn khí sắc với các hội chứng hưng cảm, trầm cảm, loạn cảm.

- Những rối loạn khí sắc có thể riêng biệt, có thể hỗn hợp và thường không diễn hình với các mức độ nặng nhẹ khác nhau.

2.2.5. Rối loạn lo âu thực tổn

- Bệnh cảnh có nhiều triệu chứng lo âu lan toả, hoảng sợ.

2.2.6. Rối loạn phân ly thực tổn

- Trên lâm sàng đáp ứng đầy đủ 2 tiêu chuẩn của một rối loạn tâm thần thực tổn và tiêu chuẩn của một rối loạn phân ly. Nghĩa là trên cơ sở của một tổn thương thực thể được xác định, bệnh cảnh có thể là cấp tính, có thể là mãn tính, xuất hiện kèm theo yếu tố tâm lý (stress cấp hoặc mãn). Đột ngột xuất hiện những rối loạn đơn độc, những rối loạn này có phần giống nhau, nhưng có phần khác các triệu chứng tổn thương thực thể.

- Các triệu chứng đơn độc cấp diễn này nếu sử dụng liệu pháp điều trị bằng tâm lý thì sự đáp ứng điều trị đáng kể.

Nhưng các triệu chứng thuộc về tổn thương thực thể không có kết quả.

- Trong quá trình theo dõi và điều trị khi phát hiện thêm trên bệnh nhân có những triệu chứng nghi ngờ khác với những tổn thương thực thể gây ra thì điều cần thiết phải áp dụng liệu pháp tâm lý nhằm loại bỏ đi những triệu chứng cơ năng để có thể làm giảm bớt tính phức tạp của tình trạng bệnh lý.

2.2.7. Rối loạn cảm xúc không ổn định (suy nhược) thực tổn

- Bệnh cảnh lâm sàng được biểu hiện bằng một bệnh cơ thể rõ ràng. Kèm theo là những rối loạn đặc trưng của một hội chứng suy nhược.

- Biểu hiện bằng tình trạng biến đổi cảm xúc, cảm xúc không ổn định, lo âu, suy nhược mệt mỏi, đau đầu rối loạn giấc ngủ, rối loạn cảm giác bản thể, rối loạn thần kinh thực vật, giảm nhớ, khó tập trung, hay lãng quên... Tóm lại là kèm theo với bệnh thực thể là hội chứng suy nhược thần kinh.

2.2.8. Rối loạn nhận thức nhẹ

- Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là sự giảm sút dần các hoạt động nhận thức, tư duy giảm sút, khó khăn trong học tập, khó tập trung, trí nhớ giảm,

Ngoài các thể lâm sàng thường gặp như mô tả ở trên các rối loạn tâm thần khác không đặc thù cho các thể thì được xếp vào mục không biệt định.

IV. CHẨN ĐOÁN

Do các rối loạn tâm thần thực tồn đa dạng nên mỗi bệnh lý đều có những tiêu chuẩn chẩn đoán riêng theo bảng phân loại bệnh quốc tế lần 10 (ICD 10). Nói chung trước một bệnh cảnh rối loạn tâm thần, các triệu chứng xuất hiện sau một bệnh não hay của một bộ phận cơ thể nào đó, không phát hiện sang chấn tâm lý đủ để gây loạn thần, các triệu chứng không đặc trưng cho tâm thần phân liệt hoặc một bệnh lý loạn thần nội sinh nào khác thì ta chẩn đoán là rối loạn tâm thần thực tồn với những nguyên tắc sau:

- Bằng chứng có bệnh não gây tổn thương hoặc loạn chức năng của não. Hoặc có một bệnh cơ thể kết hợp.
- Có mối quan hệ về thời gian (trong vòng vài tháng) giữa sự phát triển của các rối loạn tâm thần và bệnh cơ thể
- Khi bệnh lý thực thể thuyên giảm thì các rối loạn tâm thần cũng thuyên giảm theo
- Không có bằng chứng của một bệnh lý tâm thần do stress hoặc trong tiền sử gia đình có bệnh lý tâm thần nội phát.

V. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- Chủ yếu là điều trị bệnh cơ thể và điều trị tại các chuyên khoa thuộc phạm vi bệnh của mình.

- Khoa tâm thần nhận điều trị những trường hợp :

- + Kích động dữ dội.
- + Rối loạn ý thức nặng (mê sảng, lú lẫn).
- + Có ý tưởng hoặc hành vi tự sát.
- + Rối loạn hành vi tác phong nặng.

Song phải có sự kết hợp chặt chẽ với chuyên khoa bạn.

- Đồng thời một lúc vừa điều trị các rối loạn tâm thần vừa điều trị các bệnh cơ thể.

- Thuốc an thần có khi phải dùng liều cao bởi vậy cần thiết phải tuân thủ các chống chỉ định trong những trường hợp dùng an thần kinh.

Phải thường xuyên theo dõi và kiểm tra chức năng gan, thận, máu trước lúc sử dụng an thần kinh.

V. PHÒNG BỆNH

Phòng bệnh loạn thần thực tồn chủ yếu là phòng các bệnh cơ thể vì vậy chủ yếu là phải sinh hoạt điều độ, tuân thủ phép vệ sinh trong lao động, dinh dưỡng, luyện tập thể dục thể thao, cải thiện môi trường sống, loại trừ các sang chấn tâm lý, rèn luyện nhân cách, tăng cường sức đề kháng tâm thần. Nếu bị bệnh cơ thể phải đi khám và điều trị ngay, nếu có các rối loạn tâm thần thì cần được khám chuyên khoa để điều trị kịp thời.

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Loạn thần thực tồn là gì?

2. Các nguyên nhân thường gây ra loạn thần thực tổn
3. Các đặc điểm lâm sàng của loạn thần thực tổn.
3. Nguyên tắc điều trị loạn thần thực tổn.

NGHIỆN MA TÚY

Mục tiêu học tập

1. Hiểu được thế nào là nghiện ma túy.
2. Nêu được các triệu chứng lâm sàng của hội chứng cai theo ICD10.
3. Biết cách điều trị cắt cơn nghiện.
4. Áp dụng được các biện pháp phòng ngừa tái nghiện.

I. ĐẠI CƯƠNG

Nghiện ma túy là một vấn đề sức khỏe cộng đồng ngày càng trở nên quan trọng do ngày càng có nhiều chất ma túy tổng hợp, số lượng người nghiện ngày càng tăng, đặc biệt ở độ tuổi thanh thiếu niên. Nghiện ma túy ảnh hưởng xấu đến tương lai của một thế hệ, gây ra nhiều thiệt hại kinh tế xã hội to lớn do tổn tiền mua ma túy, mất sức lao động, người nghiện mắc phải nhiều bệnh lý nguy hiểm, đặc biệt là nhiễm HIV/AIDS. Mặc dù chính quyền của tất cả các nước trên thế giới có những biện pháp rất cứng rắn nhưng việc buôn ma túy là những thương vụ mang lại siêu lợi nhuận vì thế việc ngăn chặn gặp rất nhiều khó khăn. Ma túy là một thuật ngữ chỉ chung các độc chất gây nghiện, trong các tài liệu gần đây thuật ngữ lạm dụng độc chất hoặc lệ thuộc độc chất thường được sử dụng hơn.

II. LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN CÁC CHẤT MA TÚY

Cách đây 3.500 năm người Trung Quốc đã sử dụng thuốc phiện như là một dược phẩm

Trong kinh thánh cũng đã nhắc đến rượu và say rượu.

Thổ dân Nam Mỹ đã biết hút thuốc lá và nhai lá côca trước khi người Tây Ban Nha phát hiện ra châu Mỹ

1806 sản xuất được Morphin

Đầu thế kỷ XX sản xuất được Heroin, trong thế kỷ này thuốc lá cũng được sản xuất đại trà và cũng đã trở thành một nền công nghiệp quan trọng ở nhiều nước.

1810 Benjamin Rush là người thầy thuốc đầu tiên cho rằng nghiện rượu là một loại bệnh lý

1860 phân lập được cocain từ lá côca và đến 1885 cocain được bán phổ biến ở Hồng Kông và châu Âu

1887 tổng hợp được Amphetamin

1893 ở Mỹ và châu Âu các phong trào chống ma túy, rượu... xuất hiện.

1900 côcaïn trong nước ngọt Coca Cola được thay thế bằng cafein

1920 ở Mỹ, tu chính hiến pháp lần thứ 18 bắt đầu quy định cấm rượu

1921 ở Mỹ đã có 14 tiểu bang cấm thuốc lá.

1923 thầy thuốc không được kê đơn các chất ma túy sai chỉ định

1935 người ta mới phát hiện tính chất kích thích của Amphetamin và được dùng để điều trị chứng ngủ rũ

1960 tổng hợp được LSD (Lysergic Acid Diethylamide)

III. ĐỊNH NGHĨA LỆ THUỘC ĐỘC CHẤT

Lệ thuộc độc chất hay lạm dụng độc chất là những hiện tượng về hành vi, nhận thức, sinh lý xuất hiện sau khi bệnh nhân sử dụng độc chất nhiều lần, đặc biệt làm người nghiện thêm muốn sử dụng lại chất đó, rất khó tự kiềm chế mặc dù biết rõ hậu quả độc hại, ngày càng phải tăng liều. Khi ngưng thuốc thì xuất hiện hội chứng cai. Người nghiện ngày không thể lao động bình thường được

IV. PHÂN LOẠI CÁC CHẤT MA TÚY

<i>Loại ma túy</i>	<i>Các chất thường dùng</i>
Rượu	Bia, rượu vang, rượu anh đào, whisky, vodka, gin
Amphetamin và các chất liên quan	Amphetamin, dextroamphetamin, metamphetamin, methylphenidate, thuốc gây chán ăn
Cafein	Cà phê, trà, nước giải khát, thuốc giảm đau, thuốc cảm, chất kích thích, thuốc gây chán ăn
Cannabis	Marijuana, Hashish, delta-9- tetrahydrocannabinol (THC)
Cocain	Lá côca, cocain hydrochloride, cocain alkaloid (crack)
Chất gây ảo giác	LSD, psylocybin, dimethyltryptamine, mescaline
Các chất dễ hít	Aliphatic, chất thơm, các dẫn xuất halogen của hydrocacbon (xăng dầu, keo dán, chất tẩy sơn, các hợp chất bay hơi)
Nicotin	Thuốc lá và các sản phẩm thuốc lá khác
Opiod	Heroin, morphin, methadone, codein, hydromorphone, oxycodone, meperidine, fentanyl, pentazocine, buprenorphine
Phencyclidine và các chất tương tự	Phencyclidine, ketamine
Thuốc an thần, gây ngủ, giải lo âu	BZDs, barbiturat, và các thuốc ngủ không barbiturat
Các chất khác	Các steroid đồng hóa, nitrit, nitơ oxit, digitalis

V. DƯỢC ĐỘNG HỌC CỦA CÁC CHẤT MA TÚY

1. Các hình thức đưa ma túy vào cơ thể

- Hút, ngửi, hít.
- Tiêm: tiêm dưới da, tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch.
- Ăn, ngậm dưới lưỡi

2. Hấp thu

- Các opiat khuếch tán nhanh qua niêm mạc ống tiêu hóa, niêm mạc mũi, niêm mạc phổi, hấp thu nhanh khi tiêm dưới da, tiêm bắp. Có tác dụng ngay khi tiêm tĩnh mạch.

- Khi sử dụng các opiat bằng đường tiêm thường có tác dụng nhanh hơn khi ngửi hoặc hút. Nếu uống, liều phải gấp 2 - 3 lần liều tiêm mới có tác dụng dược lý.

3. Sự phân phối các opiat trong cơ thể

- Gắn với protein huyết tương nhưng mức độ gắn với protein khác nhau phụ thuộc vào các chất opiat khác nhau. Các opiat thường tập trung với nồng độ cao tại não, gan, phổi, lách, tim.

- Mức độ hòa tan trong lipid: mức độ hòa tan của các opiat khác nhau.

Ví dụ : Morphine ít tan trong lipid nên khuếch tán chậm.

Heroin hòa tan mạnh trong lipid nên khuếch tán nhanh và có tác dụng lên thần kinh trung ương nhanh hơn Morphine.

Nồng độ của các opiat trong dịch não tủy và trong huyết tương cũng khác nhau, thường nồng độ trong dịch não tủy bao giờ cũng cao hơn trong máu.

- Liên kết với tế bào thần kinh trung ương: các opiat khác nhau thì sự liên kết với tế bào thần kinh trung ương cũng khác nhau.

Ví dụ : Morphine liên kết với tế bào thần kinh não kém hơn Fentanyl.

Methadon liên kết đồng hóa trị bền vững với thần kinh trung ương bởi vậy nó có tác dụng dai dẳng và có nguy cơ tích lũy, nó có khả năng gắn 90-95% với tế bào thần kinh và thời gian bán hủy dài từ 24-36 giờ .

- Các opiat, đặc biệt morphine thấm qua được hàng rào rau thai tuy nhiên nồng độ của nó giữa mẹ và con có sự khác biệt.

Ví dụ: Nồng độ morphine trong máu mẹ lớn hơn 2 lần trong thai nhi. Ngược lại, nồng độ morphine trong não thai nhi lại lớn hơn 3 lần trong não mẹ.

Bởi vậy đối với mẹ nghiện các opiat thường có những tai biến cho thai nhi như đẻ non, thai suy dinh dưỡng hoặc là sau khi sinh ra xuất hiện hội chứng cai trên đứa trẻ.

4. Chuyển hóa và thải trừ

3.1. Chuyển hóa

- Các opiat đều được chuyển hóa ở gan và giải độc ở đó ngoại trừ Methadon.

Ví dụ: Morphine bị glucose liên hợp với chức phenol để cho Morphine-6 glucuronid. Chất này có tác dụng giảm đau 4-- 45 lần hơn chất mẹ.

Nhiều opiat bị thủy phân hoặc bị oxy hóa ở gan xảy ra tại microsom gan qua phản ứng khử.

3.2. Thải trừ

Các chất chuyển hóa được thải trừ ra khỏi cơ thể bằng các đường sau.

- Qua nước tiểu: trong 24 giờ đầu thải trừ 80-90%.

- Các chất được chuyển hóa ở gan thành Glucuro-hợp được đào thải qua mật, thủy phân ở ruột non, một phần được hấp thu trở lại theo chu kỳ gan-ruột, nên thường gây nên hiện tượng tích lũy thuốc dài ngày hơn trong cơ thể.

- Thải qua đường mồ hôi, qua sữa mẹ, nước bọt.

- Một phần khác thải trừ theo phân ra ngoài.

VI. NGUYÊN NHÂN NGHIỆN MA TÚY

Nghiện ma túy thường là kết quả hội tụ của 3 yếu tố:

1. Sản phẩm ma túy

Do lợi nhuận cao việc buôn bán chất ma túy phi pháp khó kiểm soát được do đó người nghiện dễ dàng tìm được chất ma túy, nhất là ở các thành phố lớn.

2. Môi trường gia đình xã hội

- Nghiện các chất ma túy thường gặp ở người trẻ tuổi.

- Trong số những người nghiện ma túy thường bị trầm cảm hoặc có những sang chấn tâm lý trường diễn hay cấp diễn

Ví dụ như: Bất hòa với mọi người trong gia đình và xã hội, sống xa sự kiểm soát của cha mẹ, bố mẹ nghiện ngập, vợ chồng bất hòa, li dị, mồ côi cha hoặc mẹ, hoặc gia đình có người phạm pháp tù đầy, bị phá sản ..

- Tò mò bắt chước, bị lôi cuốn, muốn tìm cảm giác lạ ở thanh thiếu niên, khuynh hướng tụ tập thành băng nhóm. Thiếu sự giáo dục của gia đình và xã hội.

- Tìm kiếm một giá trị tinh thần mới, phủ định những giá trị đạo đức sẵn có

- Do không dám đương đầu với thực tế, người nghiện tìm đến thế giới của ma túy.

- Môi trường y tế thiếu sự kiểm soát, lạm dụng các thuốc gây nghiện trong y học.

3. Nhân cách người nghiện ma túy

Không có một loại nhân cách đặc hiệu của người nghiện. Tuy nhiên người nghiện là những người thường có những nét tính cách đặc biệt.

- Nhân cách dạng chống đối xã hội, phạm pháp.

- Nhân cách dạng phân liệt.

- Nhân cách bệnh suy nhược, không ổn định

- Biến đổi nhân cách do các bệnh cơ thể nặng kéo dài, các bệnh loạn thần mạn tính, động kinh tâm thần, di chứng chấn thương sọ não, tâm thần phân liệt, trầm cảm ...

Đó là những loại nhân cách khi có yếu tố thuận lợi người bệnh dễ sử dụng các chất ma túy do thiếu sự kiểm chế của bản thân.

VII. TÁC DỤNG CỦA MỘT SỐ CHẤT MA TÚY

1. *Canabis (Cần sa)*

Phương thức sử dụng : hút, ăn, uống.

Bộ phận sử dụng :

- Nhựa nguyên chất hút với bàn đèn.

- Lá, hoa, phơi khô hút như thuốc lá.

- Nhựa trộn mật ong làm bánh ăn.

Biểu hiện lâm sàng khi sử dụng

- Sáng khoái, giảm căng thẳng.

- Giảm kích thích giác quan.

- Gây ảo giác cao.

- Nếu dùng kéo dài gây giảm vận động, giảm hoạt động có ý chí, bỏ bê công việc.

- Lượng sử dụng tăng liều dần mới đáp ứng nhu cầu cơ thể. Nếu dùng kéo dài, khi ngưng thuốc sẽ xuất hiện hội chứng “cai”.

2. *LSD (Lysergic Acid Diethylamide)*

Phương thức dùng

- Uống dưới dạng thuốc đóng viên.

- Tiêm tĩnh

Biểu hiện lâm sàng: Sau khi sử dụng LSD tiêm tĩnh mạch sau 15 phút các biểu hiện sau sẽ xuất hiện: rối loạn thần kinh thực vật, tăng HA, nhịp tim nhanh, tăng trương lực cơ, tăng tiết nước bọt, vã mồ hôi, giãn đồng tử, đỏ mặt (rối loạn vận mạch), đau đầu, chóng mặt, buồn nôn...

Sau 30 phút xuất hiện tình trạng:

- Rối loạn năng lực định hướng thời gian không gian.
- Tăng cảm giác, loạn cảm giác bản thể, ảo tưởng, ảo giác thị giác, giải thể nhân cách.
- Rối loạn khí sắc thường là khoái cảm hoặc lo âu.
- Rối loạn hành vi thường hành vi xung động tấn công.
- Rối loạn tư duy: xuất hiện hoang tưởng với nội dung đa dạng khủng khiếp có thể dẫn đến tự sát.

Tình trạng rối loạn này kéo dài từ 2-5 giờ thậm chí kéo dài hơn.

Triệu chứng nhẹ nhàng hơn và thường gặp là trầm cảm.

3. Nghiện thuốc phiện và các dẫn chất thuốc phiện (Opiat)

Phương thức sử dụng

- Đối với thuốc phiện: uống, hút, ngửi, tiêm tĩnh mạch.
- Heroin tiêm tĩnh mạch, tiêm dưới da.
- Các chế phẩm Morphine: uống, tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch.

Tác dụng: ngay sau khi tiêm tĩnh mạch.

- Sáng khoái, mất cảm giác đau, vô cảm, buồn ngủ, nhịp tim chậm, HA giảm, co đồng tử hạ thân nhiệt, nếu quá liều lo âu, bồn chồn, chóng mặt, hôn mê, suy hô hấp.
- Các triệu chứng tại chỗ: nhiễm trùng chỗ tiêm, abscess chỗ tiêm.
- Triệu chứng toàn thân: Nhiễm trùng huyết, viêm màng trong tim, viêm gan, suy dinh dưỡng, mất kinh, giảm tình dục.

Tác dụng lâu dài: bệnh nhân có xu hướng muốn sử dụng lặp lại các opiat và với liều cao hơn, mới nhằm đáp ứng được đòi hỏi tâm sinh lý.

Nếu ngưng thuốc sẽ xuất hiện hội chứng cai sau 8-10 giờ.

VIII. BIỂU HIỆN CỦA HỘI CHỨNG CAI

Theo ICD-10 hội chứng cai được gọi là Trạng thái cai với mê sảng (F05)

Hội chứng cai thường xuất hiện sau khi ngưng thuốc kỳ cuối cùng từ 8-16h.

Hội chứng bao gồm 12 triệu chứng trình tự xuất hiện như sau :

- Thèm chất ma túy.
- Chảy nước mũi, hắt hơi
- Chảy nước mắt
- Đau cơ, chuột rút
- Đau quặn bụng
- Nôn, mửa
- Tiêu chảy
- Dẫn đồng tử
- Nổi da gà, rét run.
- Nhịp tim nhanh, hạ huyết áp
- Ngáp.
- Ngủ không yên

Triệu chứng cai thường xuất hiện trong ngày đầu nhập viện và giảm dần vào ngày thứ 3-4.

- Tần số những ngày đầu 4-10 con/ngày, nhiều nhất ngày 1 và thứ 2 giảm dần vào ngày 3-4.
- Thời gian kéo dài của một cơn từ 15-20 phút.
- Sút cân nhiều nhất vào ngày đầu trung bình 2,5kg/ngày, bắt đầu tăng cân vào ngày thứ 7.
- Các triệu chứng mất ngủ gặp đa số trường hợp và thường kéo dài 7-8 ngày

IX. MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP CẢI MA TÚY

Quan điểm: chúng ta cần có quan điểm coi người nghiện ma túy là bệnh nhân vừa là nạn nhân, không nên coi họ là phạm nhân.

1. Dùng Methadon

Methadon thực chất nó là một opiat song vì Methadon có cấu trúc đặc biệt là nhóm cetone và nhóm amine nên nó tạo một sự liên kết đồng hóa trị với protein bền vững. Bởi vậy tác dụng của Methadon dai dẳng có nguy cơ tích lũy kéo dài.

Uống một liều Methadon thì nó có tác dụng trong 74 - 96 giờ (thời gian bán hủy 24 - 36 giờ).

Thực chất cai được Heroine nhưng người bệnh lại phụ thuộc vào Methadon. Tuy vậy cơn nghiện Methadon, thường đến chậm và dịu dàng hơn Heroine.

2. Dùng chất đối kháng với opiat

Chất có tác dụng đối kháng với các opiat thường dùng là Naloxon, Naltrexon, chất này có tác dụng cạnh tranh với Receptor có ái lực với opiat.

Naltrexon uống có tác dụng bán hủy 4 giờ.

Khi vào gan Naltrexon được chuyển hóa thành 6 α Naltrexon và vẫn còn hoạt tính và có tác dụng như Naltrexon, song thời gian bán hủy lại dài hơn 12 giờ.

Bởi vậy khi uống 50mg Naltrexon nó sẽ có tác dụng trong vòng 24 giờ.

Tác dụng không mong muốn của Naltrexon nhẹ nhàng và chỉ thoáng qua, mất hoàn toàn 30 phút đến 1 giờ bằng các triệu chứng thường gặp là hạ thân nhiệt nhẹ, giảm tần số hô hấp, buồn nôn.

- Khi không sử dụng Naltrexon thì không xuất hiện hội chứng cai.

- Cách sử dụng :

Uống Naltrexon 25mg liều khởi đầu.

Nếu sau 1 giờ mà hội chứng cai không xuất hiện thì uống tiếp 25mg

Liều duy trì hằng ngày là 50mg/24giờ.

Cũng có thể sử dụng 3 lần/tuần (thứ 2 uống 100mg, thứ 4 uống 100mg, thứ 6 uống 150mg)

Liều sử dụng từ 3 tháng đến < 1 năm.

Khi uống Naltrexon nó làm mất sự sáng khoái do nghiện Heroine và một opiat khác.

Naltrexon có thể độc cho gan bởi vậy cần thường xuyên kiểm tra chức năng gan.

3. Điều trị cắt cơn nghiện bằng thuốc hướng thần

3.1. Các thuốc hướng thần thường dùng

- Các thuốc an thần kinh (Neuroleptiques).
- Thuốc bình thần (Tranquilisants).
- Thuốc chống trầm cảm (Antidépresseurs).
- Các thuốc có tác dụng tăng chuyển hóa não.

3.2. Chuẩn bị bệnh nhân và cơ sở điều trị

- Bệnh nhân vào được thay quần áo, kiểm tra toàn thân nhằm phát hiện và thu hồi các chất ma túy mà bệnh nhân cất giấu trong người hoặc trong tư trang.
- Thăm khám nội khoa, thần kinh, làm xét nghiệm HIV xét nghiệm nước tiểu tìm chất ma túy.
- Xác định chất gây nghiện và mức độ nghiện.
- Chuẩn bị bệnh phòng, thuốc men, trang thiết bị cấp cứu.

3.3. Phương pháp điều trị cụ thể

- Thường các thuốc hướng thần dùng liều cao 3-4 ngày đầu.
- Dùng thuốc phải căn cứ vào các triệu chứng, hội chứng nổi bật để chọn loại thuốc cho phù hợp.

Trường hợp bệnh nhân vật vã, bứt rứt khó chịu, không ngủ được, bồn chồn :

Ta dùng : + Tisercin 25mg 4 - 6 viên/ngày, hoặc
+ Aminazin 25mg 4 - 6 viên/24 giờ.

Trường hợp hưng phấn, kích động dữ dội.

Dùng : Haloperidol 1,5mg 4 - 6 viên/ngày.
Aminazin 25mg 4 - 10 viên/ngày.
Seduxen 5mg 2 - 4 viên/ngày.

Trường hợp trầm cảm nặng

Dùng các thuốc chống trầm cảm nhóm an dụn:

Amitriptyline ... 100 - 200mg/ngày.

Trường hợp lo âu kèm theo

Cho thêm Seduxen 5mg 4 - 6viên/ngày.

Đau nhức mọi cơ bắp

Cho thêm các thuốc giảm đau

Các triệu chứng khác của hội chứng cai nếu không nặng lắm thì không cần phải dùng thuốc tự nó sẽ mất trong vòng 4-5 ngày.

Thuốc trợ lực

- Dùng sinh tố B, C liều cao uống hoặc tiêm.
- Truyền dịch hồi phục nước điện giải.

Chế độ ăn uống

- Nên ăn thức ăn mềm, dễ tiêu, giàu chất đạm thường những ngày đầu nên dùng cháo thịt, xúp thịt, hoa quả và ăn nhiều lần trong ngày.

- Động viên, nâng đỡ người bệnh.

- Chuẩn bị tinh thần cho bệnh nhân ra viện sau 10-15 ngày. Trước khi ra viện cần thiết 1 lần nữa xét nghiệm lần cuối tìm chất ma túy trong nước tiểu nếu (-) thì cho xuất viện.

4. Liệu pháp tâm lý trong điều trị nghiện ma túy

4.1. Nguyên tắc và mục đích của liệu pháp tâm lý (LPTL)

- Nguyên tắc

+ Động viên thuyết phục người nghiện ma túy tự nguyện cai không cưỡng bức vì cưỡng bức kết quả sẽ không cao.

+ Liệu pháp tâm lý cần được sử dụng thường xuyên trong suốt quá trình điều trị tại cơ sở điều trị và tại gia đình cũng như ở cộng đồng.

+ Phối hợp nhiều liệu pháp khác nhau trên một cá thể và trong cùng một nhóm điều trị.

+ Huy động gia đình tham gia tích cực vào quá trình điều trị cho thành viên trong gia đình mình.

+ Người tiên hành làm LPTL cần phải có đức tính tốt, trung thực, có hiểu biết về LPTL, tôn trọng và thông cảm với người nghiện.

- Mục đích của liệu pháp trong điều trị nghiện ma túy

+ Xây dựng mối quan hệ tốt giữa thầy thuốc và người nghiện ma túy.

+ Thiết lập một chương trình điều trị tích cực và kiểm tra chặt chẽ.

+ Xây dựng nhóm điều trị trong đó các thành viên tự nguyện giúp đỡ nhau cùng cai nghiện.

+ Lôi cuốn gia đình vào công tác điều trị để gia đình thấy được trách nhiệm của mình trong công tác điều trị người nghiện.

+ Cung cố sự phục hồi thông qua những kích thích động viên bằng tâm lý.

+ Duy trì mối quan hệ thường xuyên trong suốt quá trình điều trị.

4.2. Các LPTL sử dụng trong điều trị nghiện ma túy

Đề LPTL được có kết quả, điều đầu tiên liệu pháp tâm lý gián tiếp phải được chuẩn bị chu đáo như cơ sở điều trị, môi trường tâm lý, gia đình xã hội... tạo cho họ cảm giác thoải mái, yên tâm cai nghiện.

- LPTL giải thích hợp lý

+ Thuyết phục người nghiện để họ hiểu rằng họ là người bị bệnh cần được điều trị.

+ Thuyết phục họ và gia đình về việc cần thiết phải tiến hành điều trị có hệ thống và có sự hợp tác từ phía gia đình

+ Giải thích người nghiện để họ xác định được con đường tốt nhất để phục hồi sức khỏe là phải cai nghiện.

Liệu pháp này có thể tiến hành cho từng cá nhân và cũng có thể tiến hành cho cả nhóm nó được duy trì lặp lại trong suốt quá trình điều trị.

Mỗi tuần được tiến hành 2-3 lần, mỗi lần từ 30 phút đến 1 giờ.

- Liệu pháp ám thị

+ Liệu pháp ám thị khi thức cũng như ám thị trong giấc ngủ, thời miên chỉ áp dụng cho những người hoàn toàn tự nguyện cai.

+ Để có kết quả cần phối hợp thêm các liệu pháp khác: thuốc an thần, châm cứu, bấm huyệt...

+ Liệu pháp có thể tiến hành trước lúc lên cơn, đón cơn hoặc sau khi lên cơn, thời gian tiến hành 30 phút đến 1 giờ.

- LPTL thư giãn luyện tập: Thông qua cơ chế tự ám thị và cơ chế Feed back giữa trương lực cơ và cảm xúc bao gồm các bài tập cơ bản:

+ Các bài tập thư giãn.

+ Các tư thế luyện tập Yoga, thở kiểu khí công.

Liệu pháp này luôn giúp cho người bệnh một trạng thái hoàn toàn thoải mái về tâm lý, tự điều khiển được ý nghĩ, hoạt động của cơ thể mình. Kiểm chế được tình trạng căng thẳng về tâm lý.

Phương pháp này được áp dụng dưới hình thức nhóm 6 - 12 người, cũng có thể cho từng cá nhân.

Được áp dụng vào cuối của từng đợt cai cũng như suốt trong quá trình điều trị tại cộng đồng.

Mỗi lần luyện tập thư giãn thời gian từ 30 - 45 phút tại nhóm hoặc tại nhà trong thời gian rảnh rỗi.

- Liệu pháp gia đình: Mục đích là thiết lập lại trạng thái cân bằng trong gia đình, lôi cuốn gia đình vào công tác cai ma túy. Cần giáo dục và huấn luyện họ:

- + Hiểu biết về tác hại của ma túy, quan tâm phục hồi chức năng cho người nghiện.
- + Có thái độ bao dung, thông cảm, thương yêu người nghiện.
- + Giải quyết tốt những xung đột nội bộ trong gia đình, từ đó nâng cao vai trò trách nhiệm của mỗi thành viên trong gia đình.
- + Cần chăm sóc giúp đỡ người nghiện không thô bạo, hắt hủi, xa lánh người nghiện.
- + Tạo điều kiện có công ăn việc làm.

5. Phục hồi chức năng tâm lý xã hội dựa vào cộng đồng

- Đối với điều trị cắt cơn nghiện ở các trung tâm cai nghiện chỉ là một phần rất nhỏ bé và ngắn ngủi so với cả một quá trình người nghiện. Việc từ bỏ sự khao khát thèm muốn của mình là một nỗ lực phải duy trì lâu dài.

- Nếu chúng ta không biết dựa vào gia đình, xã hội, cộng đồng thì việc phục hồi chức năng cho người nghiện sẽ bị thất bại.

- Tỷ lệ người tái nghiện trở lại cũng xấp xỉ con số ban đầu bởi vậy vai trò của gia đình, xã hội, cộng đồng là hết sức quan trọng.

5.1. Đối với cộng đồng

- Cần phải tuyên truyền phổ biến kiến thức về tác hại của ma túy đối với sức khỏe, kinh tế, xã hội và nhân phẩm con người. Từ đó họ có thái độ đúng trong việc tự giác cai nghiện.

- Cần phải tôn trọng nhân phẩm người nghiện, không khinh bỉ, xa lánh, thành kiến, cần thương yêu dung nạp họ vào trong cộng đồng.

- Tạo điều kiện cho người nghiện được tiếp tục học tập, làm việc bình thường.

- Sắp xếp tạo điều kiện cho người nghiện có việc làm, cho họ vay vốn để sản xuất, kinh doanh chăn nuôi ...

- Cần phải phát hiện sớm người nghiện hoặc người tái nghiện để kịp thời giúp đỡ họ.

- Tiến hành điều trị bắt buộc đối với những đối tượng nghiện ma túy có hành vi phạm pháp.

- Triệt phá các ổ tiêm chích ma túy, nghiêm trị bọn buôn bán tàng trữ chất ma túy.

5.2. Đối với cán bộ y tế

- Nâng cao kiến thức chuyên môn về điều trị cắt cơn nghiện và công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu ở cộng đồng đối với người nghiện ma túy.

- Phát hiện sớm người nghiện ma túy tiến hành điều trị cắt cơn tại cơ sở, trường hợp nặng gửi đến trung tâm cai nghiện.

- Gặp gỡ giải thích cho đối tượng nghiện ma túy và gia đình họ.

- Vận động cộng đồng có thái độ thông cảm, coi người nghiện là bệnh nhân cũng như nạn nhân của xã hội.

- Kịp thời báo cáo lên cấp trên để cần sự giúp đỡ tạo điều kiện để người nghiện được cai nghiện thuận lợi.

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Thế nào là nghiện ma túy.
2. Liệt kê các chất ma túy thông thường
2. Mô tả hội chứng cai.
3. Điều trị cắt cơn nghiện ma túy.
4. Công tác phòng ngừa tái nghiện.

LẠM DỤNG RƯỢU VÀ NGHIỆN RƯỢU

Mục tiêu học tập

1. Phân biệt được lạm dụng rượu và nghiện rượu
2. Biết được các tác hại do rượu gây ra
3. Chẩn đoán và điều trị được nghiện rượu

I. ĐỊNH NGHĨA

1. Lạm dụng rượu

- Theo ICD-10 thì gọi là sử dụng rượu có hại, theo DSM IV thì gọi là lạm dụng rượu. Lạm dụng rượu được quy định theo tiêu chuẩn chung về lạm dụng các độc chất. Lạm dụng độc chất là việc sử dụng thái quá một chất tác động đến tâm thần nào đó có hại cho sức khoẻ về mặt cơ thể cũng như tâm thần. Lạm dụng độc chất gây ra nhiều hậu quả xấu về mặt xã hội, không được người chung quanh chấp nhận và không phù hợp với môi trường văn hoá, các hậu quả xấu về mặt xã hội như bị bắt giữ, mất việc làm, mâu thuẫn vợ chồng ... không nặng đến nỗi để được chẩn đoán là rối loạn tâm thần.

2. Nghiện rượu

- Hay còn gọi là lệ thuộc rượu là toàn bộ những hành vi, nhận thức, và đáp ứng sinh lý của người sử dụng một hoặc nhiều chất tác động đến tâm thần nào đó làm cho bản thân người nghiện dần dần không làm được những công việc khác nữa. Đặc điểm cơ bản của nghiện là sự thèm muốn mãnh liệt có khi mang tính chất cưỡng bức phải uống rượu cho được. Sau khi cai nghiện nếu tái nghiện thì hội chứng nghiện lại xuất hiện rất nhanh hơn cả lần nghiện đầu tiên

II. NGUYÊN NHÂN.

Rượu là một thức uống có từ lâu đời và được sử dụng trong nhiều nền văn hoá, trong các lễ hội, dùng trong y khoa, uống rượu để “lấy sức”...nhưng uống lạm dụng rượu và nghiện rượu là những trạng thái bệnh lý có nhiều nguyên nhân khác nhau.

Do nguyên nhân nghiện rượu vẫn chưa xác định rõ, nhưng người ta nhận thấy có nhiều yếu tố gây nghiện rượu như do di truyền (nam giới nhiều hơn nữ giới, trên điện não của con những người nghiện có sóng alpha biên độ thấp), do tập tính (do bất chước hoặc bạn bè lôi kéo), do yếu tố sinh học, tâm lý... người ta nhận thấy bố mẹ nghiện rượu thì con cái có tỷ lệ uống rượu cao (khoảng 25%).

Nghiện rượu thường kết hợp với trầm cảm (ngay cả đối với vợ của người nghiện), hành vi phạm pháp, nhân cách chống xã hội của bản thân người nghiện cũng như ở người thân là nam giới..

Nghiên cứu ở những cặp sinh đôi cùng trứng cho thấy chúng có tỷ lệ cùng uống rượu cao hơn những cặp sinh đôi khác trứng. Con nuôi ít uống rượu hơn là con đẻ của những người nghiện.

Yếu tố văn hoá xã hội cũng rất quan trọng, trong những xã hội Hồi giáo thì việc uống rượu hoàn toàn bị cấm do lý do tín ngưỡng chứ không phải do lý do sức khoẻ. Các tác động tâm lý mạnh lên những người có yếu tố di truyền làm phát sinh nghiện rượu, yếu tố này thường tác động lên nam giới nhiều hơn “nam vô tử như kỳ vô phong”, “ vô tử bất thành

lễ”. Theo số liệu điều tra tại Phường Đức TP Huế tỷ lệ nghiện rượu và lạm dụng rượu trong cộng đồng là 3,21%, ở Hà Tây là 3,60%, ở Đà Nẵng là 5,59%.

III. TÁC DỤNG DƯỢC LÝ CỦA RƯỢU TRONG CƠ THỂ

Sau khi uống, ta thấy rượu xuất hiện trong máu và tùy theo nồng độ của rượu mà người uống có nhiều cảm giác khác nhau.

- 1-100mg/dl Cảm thấy thoải mái, êm dịu.
- 100-150mg/dl Mất phối hợp động tác và dễ bị kích thích.
- 150-200mg/dl Nói không rõ và thất điều.
- >250mg/dl Ngất hoặc hôn mê.

Ngoài ra ta còn nhận thấy ở những bệnh nhân nghiện rượu có

- MCV (Means corpuscule volume) cao đến 95%
- Cholesterol máu tăng cao
- Lactate dehydrogenase tăng.
- Thể tích hồng cầu giảm
- Tăng Acid uric.
- 75% Bệnh nhân nghiện rượu có men Gamma-glutamyl transferase tăng, đây là chỉ điểm cận lâm sàng để phát hiện bệnh nhân nghiện rượu sớm nhất
- SGOT và SGPT đều tăng.

IV. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Thật ra không có một hình ảnh điển hình của một bệnh nhân nghiện rượu về mặt lâm sàng, các hình thức uống rượu cũng như các triệu chứng đều khác nhau tùy từng trường hợp một. Trong giai đoạn đầu chúng ta khó phát hiện được bệnh nhân uống rượu vì người nào cũng phủ nhận việc uống nhiều rượu của mình hơn nữa các triệu chứng còn nghèo nàn, ta chỉ phát hiện được nhờ vào những thông tin của gia đình hoặc bạn bè, cơ quan. Đầu tiên là sự thay đổi về thói quen sinh hoạt hằng ngày, năng suất lao động giảm sút, lười biếng, chậm chạp hay vắng mặt tại cơ quan không có lý do, nhân cách thay đổi nhẹ, từ từ như dễ bị kích thích, nhiều cảm xúc.... Khi nghiện rượu tiến triển, một vài thay đổi về mặt cơ thể bắt đầu xuất hiện như nổi trứng cá đỏ ở mặt, mũi to và đỏ ở một vài bệnh nhân, hồng ban ở lòng bàn tay, gan lớn và thâm nhiễm mỡ đây là biểu hiện tổn thương ở gan đầu tiên của người nghiện rượu, hay bị nhiễm trùng đường hô hấp, ngất xỉu, hay bị tai nạn do điều khiển xe cộ không chính xác. Trong giai đoạn sau thì xuất hiện xơ gan, vàng da, bụng báng, teo tinh hoàn, vú to, mất việc, gia đình tan vỡ.

V. TÁC HẠI CỦA RƯỢU

1. Về mặt cơ thể

Rượu gây rất nhiều tác hại, tùy theo số lượng uống hằng ngày và thời gian uống mà rượu gây ra nhiều tác hại khác nhau, hầu hết các cơ quan trong cơ thể đều bị tác hại của rượu, rượu làm cho đường tiêu hoá bị ảnh hưởng trước tiên, gây viêm dạ dày, ỉa chảy, gây loét hoặc làm cho tổn thương loét có sẵn trở nên trầm trọng hơn do tác động của rượu lên niêm mạc dạ dày ruột, hầu hết người nghiện có gan bị thâm nhiễm mỡ, 10% người nghiện nặng bị xơ gan. Viêm tụy, đái tháo đường, bệnh cơ tim, giảm tiểu cầu, thiếu máu, bệnh cơ vân... là những tổn thương thường gặp, rượu còn gây bất thường bào thai gọi là hội chứng thai rượu, trẻ có vòng

đầu nhỏ, mặt bẹt, chỉ số thông minh thấp, rối loạn hành vi, hội chứng này gặp 1-2 /100.000 cuộc sinh... vì vậy các bà mẹ mang thai được khuyên là không nên uống rượu.

Đối với hệ thần kinh trung ương thì rượu tác động trực tiếp hoặc gián tiếp, viêm thần kinh ngoại vi do thiếu vitamin nhóm B (nhất là B1), làm tổn thương tiêu não gây loạn vận ngôn (khó phát âm) và thất điều (loạng choạng). Gây hội chứng Wernick với tam chứng: rung giật nhãn cầu - thất điều - lú lẫn, hội chứng này có thể điều trị khỏi bằng cách tiêm vitamin B1 liều cao, nếu không điều trị sau hội chứng Wernick thì sẽ xuất hiện hội chứng Kócxacóp. Rượu còn gây teo não, các não thất giãn rộng, các rãnh vỏ não rộng ra.

Uống càng nhiều rượu càng dễ bị ung thư miệng, lưỡi, yết hầu, thực quản, dạ dày, gan, tụy. Đối với đàn ông rượu gây bất lực, vô sinh do teo dịch hoàn. Nồng độ estrogen trong máu tăng cao làm xuất hiện nhiều triệu chứng nữ hoá như vú to, hình dạng hệ lông mu thay đổi.

Người nghiện rượu thường hay bị chấn thương do bị ngã, bị tai nạn giao thông.

1.1. Về mặt tâm thần

Hội chứng Kócxacóp do thiếu B1 với các triệu chứng viêm nhiều dây thần kinh, quên ngược chiều, bịa chuyện, hội chứng này do những tổn thương hoại tử ở thùy, đồi thị, và một số vùng ở thân não, khoảng 1/3 bệnh nhân có thể hồi phục được. Mất trí nhẹ do thiếu vitamin hoặc cũng có thể do tác động trực tiếp của rượu. Hoạt động trí năng giảm sút. Bị trầm cảm thứ phát (60%), do trầm cảm làm cho nguy cơ tự sát tăng cao, 2-4% bệnh nhân nghiện rượu tự sát, tự sát còn là hậu quả của những tác động về mặt tâm lý xã hội do rượu gây ra.

1.2. Về mặt gia đình và cộng đồng

Người nghiện rượu thường gây ra những hành vi có tính bạo lực trong gia đình, tạo không khí căng thẳng cho các thành viên làm cho nhiều người bị lo âu trầm cảm theo, tỷ lệ ly hôn do rượu cao, đối với xã hội thì người nghiện có năng suất lao động thấp, gây tai nạn cho người khác như tai nạn giao thông chẳng hạn, có những hành vi bạo hành ở các quán rượu, mất việc làm cho gia đình bị thiệt hại về mặt kinh tế, ngoài nghiện rượu ra bệnh nhân thường nghiện nhiều độc chất khác nữa. Nhiều bệnh nhân bị xử lý do phạm pháp, người nghiện rượu phải chịu trách nhiệm hành vi về những việc mình làm trong cơn say.

VI. CHẨN ĐOÁN THEO BẢNG PHÂN LOẠI BỆNH QUỐC TẾ (ICD-10)

1. *Lạm dụng rượu*

Là người sử dụng nhiều rượu đủ để gây hại cho cơ thể, bị người khác phê phán. Không có biểu hiện nghiện.

2. *Nghiện rượu*

Là toàn bộ những hiện tượng về tập tính, sinh lý, nhận thức của người sử dụng độc chất hướng tâm thần làm cho bệnh nhân dần dần không thể thực hiện được những công việc thường ngày của mình. Nét đặc trưng của nghiện là sự thèm muốn mãnh liệt làm bệnh nhân không cưỡng lại được. Bệnh nhân thường tái nghiện sau khi đã cai làm cho hội chứng lệ thuộc lại xuất hiện nhanh hơn so với lần nghiện đầu tiên. Nguyên tắc chẩn đoán:

- Thèm muốn mãnh liệt. Cảm thấy bắt buộc phải uống rượu.
- Không tự làm chủ được mình.
- Khi ngưng sử dụng có hội chứng cai xuất hiện.
- Phải tăng liều dần mới đạt được khoái cảm.
- Bỏ bê công việc hàng ngày và dùng nhiều thời gian để tìm kiếm và sử dụng chất gây nghiện.

- Tiếp tục sử dụng độc chất mặc dù đã có những hậu quả về mặt cơ thể.

VII. ĐIỀU TRỊ CẮT CON VÀ TÁI PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TẠI CỘNG ĐỒNG

Điều trị phải tùy theo những tổn thương do rượu gây ra cho bệnh nhân về cả các mặt cơ thể, tâm thần cũng như tái phục hồi chức năng. Động thái đầu tiên trong việc điều trị là cai rượu cho bệnh nhân, điều trị hội chứng cai. Nếu các triệu chứng ngộ độc rượu nặng nề, bệnh nhân bị suy hô hấp, hôn mê thì phải được điều trị ở môi trường hồi sức tích cực.

1. Hội chứng cai

Khi ngưng uống, bệnh nhân có cơn thèm rượu, run rẩy, toát mồ hôi, nôn, mửa, lo âu, trầm cảm, dễ bị kích thích, đau đầu mất ngủ, rối loạn thần kinh thực vật, mạch, huyết áp đều tăng đó là những biểu hiện lành tính nhất, thường xuất hiện sau khi ngưng uống từ 12-18 giờ và đạt đến đỉnh điểm từ 24-48 giờ, nếu không điều trị các biểu hiện cũng tự hết sau 5-7 ngày. Trường hợp nghiện rượu nặng lâu ngày mà ngưng uống đột ngột có thể lên cơn co giật do rượu xảy ra sau 7-38 giờ kể từ khi ngưng uống, co giật kiểu cơn lớn, có thể thưa hoặc dày nhưng hiếm khi xuất hiện trạng thái động kinh, 30% trường hợp dẫn đến sảng rượu. Aío giác do rượu bao gồm những ảo giác sinh động, ảo giác thính giác khó chịu xuất hiện 48 giờ sau khi ngưng uống rượu, kéo dài hơn 1 tuần, hiếm khi kéo dài thành mạn tính. Trong hội chứng cai biểu hiện quan trọng nhất là sảng do cai rượu hay còn gọi là sảng rượu là một trạng thái cấp cứu nhưng cũng ít gặp, tỷ lệ 5% bệnh nhân nghiện rượu nằm viện, 1/3 số này có lên cơn co giật, bệnh cảnh với những triệu chứng lú lẫn, mất định hướng, rối loạn tri giác, kích động, rối loạn nhịp thức ngủ, sốt nhẹ, rối loạn thần kinh thực vật, sảng rượu xuất hiện vào ngày thứ 2-3 sau khi ngừng uống và đạt đến đỉnh điểm vào ngày thứ 4-5. Trung bình các triệu chứng kéo dài khoảng 3 ngày nhưng cũng có khi hằng tuần, trước đây tỷ lệ tử vong của sảng rượu là 15% nhưng ngày nay nhờ điều trị tích cực tử vong ít khi xảy ra, để điều trị sảng rượu ta chủ yếu điều trị triệu chứng, bảo đảm dinh dưỡng cho bệnh nhân, dùng các thuốc bình thần nhóm Benzodiazepines, thuốc trấn kinh, vitamin B1 theo phác đồ sau:

2. Phác đồ điều trị sảng rượu:

- Librium (chlordiazepoxide)
 - + 50mg/4giờ trong ngày 1
 - + 50mg/6giờ trong ngày 2
 - + 25mg/4giờ trong ngày 3
 - + 25mg/6giờ trong ngày 4

Sau đó ta có thể ngưng thuốc (nếu bệnh nhân có tổn thương gan ta có thể dùng các thuốc nhóm benzodiazepines có thời gian bán hủy ngắn như lorazepam hoặc oxazepam).

- Vitamin B1: 50-100mg uống hoặc TB/ngày
- Axit folic 1mg /ngày (uống).
- Nếu có co giật ta dùng thuốc trấn kinh Phenytoin 100mg x 3 lần/ngày trong 5 ngày.
- Nếu có ảo giác: Haloperidol 2-5mg ngày 2 lần.

3. Tái phục hồi chức năng tại cộng đồng

Khi nào tái phục hồi chức năng cho bệnh nhân thành công thì mới coi việc cai rượu mới có kết quả. Phục hồi chức năng cho bệnh nhân có hai mục đích: (1) duy trì tình trạng cai rượu cho bệnh nhân. (2) điều trị và phục hồi cho các bệnh lý kết hợp để trả bệnh nhân trở lại cuộc sống bình thường. Thông thường 2/3 người nghiện rượu có những rối loạn tâm thần kèm theo

như trầm cảm và lo âu cần được điều trị. Nếu có thể được ta tổ chức cho bệnh nhân sinh hoạt tập thể gồm những người cai rượu để họ giúp đỡ nhau như kiểu hội những người nghiện rượu vô danh ở nhiều nơi trên thế giới. Liệu pháp nhóm và liệu pháp gia đình rất cần thiết để giúp cho bệnh nhân, gia đình không nên chịu theo bệnh nhân.

VIII. PHÒNG NGỪA TÁI NGHIỆN

Để ngừa tái nghiện ngoài việc tiếp tục các biện pháp đã sử dụng ở phần tái phục hồi về mặt hoá dược ta có thể sử dụng disulfiram (Antabuse) để ngừa uống rượu trở lại, disulfiram là một chất ức chế aldehyde dehydrogenase là một men cần để chuyển hoá rượu, khi men này bị ức chế thì khi uống vào aldehyde sẽ tích lũy lại đây là một chất độc gây ra nhiều triệu chứng khó chịu như nôn mửa, hồi hộp, hạ huyết áp điều nguy hiểm là có khi gây tử vong, liều disulfiram là 250mg/ngày, uống 1 lần. Ngoài ra người ta còn dùng lithium carbonate để làm tăng tác dụng khó chịu của rượu, liệu pháp tập tính để tạo ra những phản xạ điều kiện khó chịu khi cho bệnh nhân uống rượu cũng góp phần điều trị. Thông thường những bệnh nhân có cuộc sống gia đình ổn định, có công ăn việc làm vững chắc, có nhân cách vững mạnh, ít bị những sang chấn tâm lý, tiền sử gia đình không có người nghiện rượu thì có tiên lượng tốt. Mặc dù nhiều phương pháp điều trị được áp dụng nhưng có đến gần 1/2 bệnh nhân tái nghiện trong vòng 6 tháng sau khi ra viện mặc dù có nằm viện dài ngày đi nữa.

IX. CÔNG TÁC TUYÊN TRUYỀN GIÁO DỤC

Đề đối phó với nạn nghiện rượu một mình ngành y tế không thể mang lại hiệu quả nếu không có sự tham gia của toàn xã hội, nghiện rượu còn chịu ảnh hưởng của yếu tố văn hoá xã hội, vì vậy việc hợp tác với các ban ngành đoàn thể có liên quan như ngành thông tin văn hoá, Đoàn thanh niên, phụ nữ, trường học là rất cần thiết, không được quảng cáo những thức uống có rượu, không bán rượu cho trẻ em, nơi bán rượu bia phải có giấy phép như ở nhiều nước văn minh trên thế giới, hạn chế giờ bán, nghiêm trị những người lái xe uống rượu, tuyên truyền giáo dục người dân biết rõ tác hại của rượu về các mặt cơ thể tâm thần, đạo đức, kinh tế ... những kinh nghiệm ở nhiều nước dù ngành y tế có rất nhiều tiến bộ về mặt lâm sàng trong việc điều trị nghiện rượu nhưng kết quả cũng không mấy khả quan vì thế chỉ có một biện pháp tổng lực với sự tham gia của toàn xã hội qua công tác tuyên truyền giáo dục cộng đồng mới hy vọng chặn đứng được nạn nghiện rượu.

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Sự khác biệt giữa lạm dụng rượu và nghiện rượu
2. Các tác hại do rượu gây ra về các mặt cơ thể, tâm thần và xã hội
3. Nguyên tắc chẩn đoán nghiện rượu
4. Các phương pháp điều trị cắt cơn

CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG

Mục tiêu học tập

1. Hiểu được tầm quan trọng của chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng.
2. Biết được những bệnh lý tâm thần tại cộng đồng thường gặp.
3. Đánh giá được mức độ hồi phục bệnh nhân tâm thần tại cộng đồng.
4. Tổ chức điều trị, phục hồi chức năng cho bệnh nhân tâm thần tại cộng đồng.

I. TẦM QUAN TRỌNG

- Điều trị bệnh tâm thần, đặc biệt là những bệnh tâm thần tiến triển mạn tính tại các cơ sở điều trị nội trú chỉ là một giải pháp điều trị nhất thời của thời kỳ bệnh tiến triển cấp tính, nó chỉ chiếm một thời gian không đáng kể trong quá trình điều trị người bệnh.

- Người bệnh được điều trị và phục hồi chức năng tâm lý, xã hội chủ yếu là tại cộng đồng.

- Nếu tại cộng đồng chỉ biết sử dụng thuốc cho bệnh nhân uống đều đặn hàng ngày, vẫn chưa đủ bởi vì mục tiêu của chúng ta là điều trị bệnh và giúp cho người bệnh hòa nhập cộng đồng.

- Để đạt được mục tiêu trên, chúng ta cần phối hợp nhiều liệu pháp điều trị, phối hợp nhiều tổ chức trong xã hội, phối hợp cùng với gia đình và đặc biệt là sự hợp tác của người bệnh trong suốt quá trình điều trị, mới có thể đạt được mục tiêu đề ra.

II. DỊCH TỄ HỌC BỆNH TÂM THẦN

Với tốc độ phát triển nhanh chóng của nền khoa học và công nghệ trên thế giới. Với tình trạng đô thị hóa ngày càng cao, với nhịp độ làm việc ngày một khẩn trương, con người sử dụng công cụ lao động ngày một tinh vi. Cùng với tốc độ phát triển của xã hội thì bệnh tâm thần cũng phát triển và đa dạng hơn, phức tạp hơn.

Với con số điều tra gần đây cho ta thấy bệnh tâm thần ở các nước phát triển và đang phát triển có tỷ lệ cao:

Ở Mỹ có 30% dân số có rối loạn tâm thần (Kessler 1995) 20% dân số Úc có ít nhất 1 lần rối loạn tâm thần trong đời (Rob Moodie 1998) v.v.

Ở nước ta trong hơn 300 rối loạn tâm thần và hành vi theo bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD10). Có 10 rối loạn tâm thần thường gặp chiếm tỷ lệ 14,19% (Thái nguyên), theo điều tra dịch tễ tiến hành vào tháng 4/2002 tỷ lệ này ở Thừa Thiên Huế là 11,84%

III. MỘT SỐ BỆNH TÂM THẦN THƯỜNG GẶP TẠI CỘNG ĐỒNG

- Bệnh tâm thần phân liệt, với tỷ lệ trong khoảng 0.3-0.8%
- Động kinh tâm thần, tỷ lệ trong khoảng 0.3-0.5%
- Chậm phát triển trí tuệ, tỷ lệ trong khoảng 0.4-0.5%
- Loạn thần tuổi già, tỷ lệ trong khoảng 0.6%

- Rối loạn lo âu và RL tâm căn có liên quan đến stress, tỷ lệ 3.15-5.48%
- Rối loạn hành vi trẻ em và thanh thiếu niên, tỷ lệ 0.15-0.2%
- Trầm cảm, tỷ lệ 2.5%
- Nghiện rượu, lạm dụng rượu, tỷ lệ 4-4.5%
- Rối loạn tâm thần sau chấn thương, tỷ lệ 0.89%
- Nghiện ma túy, tỷ lệ 0.22-1.28%

IV. NHIỆM VỤ CỦA CÁC THÀNH VIÊN TRONG CỘNG ĐỒNG

1. Đối với các bộ y tế cơ sở

1.1. Thái độ tiếp xúc

1.1.1. Những điều nên làm

- Đối xử với bệnh nhân tâm thần như những người bình thường.
- Khi tiếp xúc nên tạo không khí thân mật.
- Nên lắng nghe ý kiến trình bày của bệnh nhân.
- Bạn nên nhớ rằng bệnh nhân tâm thần họ còn nhận thức được thái độ của họ và có tình cảm, sở thích riêng, chúng ta nên tôn trọng họ.

1.1.2. Những điều không nên làm

- Sợ, ghê tởm, khinh bỉ bệnh nhân nên không muốn tiếp xúc.
- Tức giận, ruồng bỏ họ vì sợ bệnh nhân làm phiền bạn.
- Lây bệnh nhân làm trò đùa, diễu cợt bệnh nhân.
- Không tin vào những điều bệnh nhân nói.

1.2. Nhiệm vụ của cán bộ y tế tại cộng đồng

Xác định được số người mắc bệnh tâm thần trong địa bàn mà bạn quản lý. Thông qua điều tra, thăm khám hoặc tiếp nhận từ tuyến trên chuyển về, lập hồ sơ quản lý điều trị ngoại trú.

1.2.1. Sơ cứu ban đầu người mắc bệnh tâm thần

Trường hợp kích động, có ý tưởng hay hành vi toan tự sát, căng trương lực không chịu ăn uống... Bạn cần yêu cầu sự giúp đỡ của người thân bệnh nhân, không chế xử trí ban đầu và chuyển bệnh nhân lên tuyến chuyên khoa điều trị.

1.2.2. Chuyển bệnh nhân đến cơ sở điều trị

Sau khi đã xác định bệnh nhân tâm thần, sơ cứu cần thiết, bạn nên chuyển bệnh nhân đến phòng khám càng sớm càng tốt, Nếu bạn có điều kiện thì nên cùng gia đình bệnh nhân và bệnh nhân đến phòng khám chuyên khoa.

Những trường hợp sau nên khuyên gia đình bệnh nhân đến khám chuyên khoa: kích động dữ dội, rối loạn hành vi nặng, trầm cảm có hành vi tự sát, căng trương lực ...

1.2.3. Theo dõi kiểm tra điều trị ngoại trú

- Kiểm tra việc uống thuốc theo y lệnh, uống hết thuốc hay tự ý giảm hoặc tăng liều.
- Theo dõi tiến triển bệnh như thế nào.
- Kiểm tra bệnh nhân có biểu hiện tác dụng phụ của thuốc an thần kinh hay không?

- Bệnh nhân bắt đầu làm việc, tiếp xúc, sinh hoạt trong gia đình, xã hội từ lúc nào ?
- Bệnh có thường xuyên đến bác sỹ khám bệnh hay không ?

1.2.4. Giáo dục sức khỏe tâm thần

- Tư vấn cho tất cả các thành viên trong gia đình về nguyên nhân, cách điều trị, dự phòng và tái thích ứng xã hội đối với bệnh nhân tâm thần là rất cần thiết .

- Nói cho họ biết về các thông tin bệnh tâm thần, những vấn đề vượt quá sự hiểu biết của bạn thì bạn cần hỏi thêm bác sỹ chuyên khoa.

- Bạn có thể gợi ý cho gia đình biết những tác dụng không mong muốn của thuốc an thần kinh để khi có thể xảy ra gia đình không hốt hoảng .

- Giáo dục bệnh nhân và gia đình tuân thủ điều trị.

- Đối với những bệnh nhân điều trị có kết quả, nó là cơ sở cho bạn tuyên truyền giáo dục cộng đồng tốt nhất .

2. Đối với cộng đồng xã hội và gia đình

Đặc điểm bệnh nhân tâm thần có khuynh hướng xa lánh dần xã hội, mất dần thói quen nghề nghiệp, tự ti mặc cảm, bởi vậy cộng đồng xã hội và gia đình cần phải giúp đỡ họ thoát khỏi tình trạng trên .

2.1. Đối với cộng đồng xã hội

Cần hiểu biết về bệnh tâm thần và tích cực tham gia vào việc chữa bệnh và phục hồi chức năng cho bệnh nhân .

Tạo điều kiện xây dựng cơ sở y tế, trang thiết bị, thuốc chữa bệnh, chế độ chăm sóc cả vật chất lẫn tinh thần cho bệnh nhân .

Phục hồi chức năng giao tiếp, tạo điều kiện cho bệnh nhân vui chơi giải trí như mọi người. Tôn trọng và lắng nghe ý kiến của bệnh nhân không nên tranh luận. Giúp đỡ họ khi họ gặp khó khăn .

Phục hồi chức năng lao động, tạo cho bệnh nhân có việc làm phù hợp với khả năng của họ. Mục tiêu là làm sao người bệnh cảm thấy mình vẫn là người có ích, không đặt cao chất lượng và năng suất lao động đối với bệnh nhân .

2.2. Đối với gia đình

Cần làm những việc giúp bệnh nhân :

- Gia đình cần có thái độ xem bệnh nhân như những thành viên khác, không phân biệt đối xử.

- Gia đình cần chấp nhận những hành vi kỳ dị của người bệnh, cần tỏ rõ tình thương đối với bệnh nhân, làm như vậy người bệnh mới có cảm giác mình được đảm bảo yêu thương.

Khuyến khích bệnh nhân làm một số công việc trong gia đình, hoặc tạo cho họ có việc làm mới phù hợp với khả năng của bệnh nhân. Không để cho bệnh nhân ngồi không.

Cần kiên trì giúp đỡ bệnh nhân, không bi quan chán nản.

Không nên cưỡng ép, giận dữ, nên dịu dàng hướng dẫn bệnh nhân trong xử sự giao tiếp

Không nên phê bình ngay khi bệnh nhân sai trái, tránh tranh cãi, lý lẽ, trừng phạt mà nên dịu dàng khuyên bảo từ từ .

Nếu bệnh nhân sa sút không tự phục vụ bản thân được thì gia đình nên đôn đốc, giúp đỡ bệnh nhân trong những công việc: ăn uống, vệ sinh cá nhân, mặc quần áo đi lại trong làng, ngoài phố, uống thuốc theo y lệnh ...

Định kỳ đến bác sỹ khám bệnh, điều chỉnh liều thuốc cho phù hợp tình trạng bệnh lý .

V. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ

Để giúp bạn và gia đình đánh giá việc làm của mình trong công tác phục hồi chức năng cho bệnh nhân tâm thần tại cộng đồng. Bạn hãy trả lời những câu hỏi sau đây:

- Người bệnh có sống tại nhà với bạn hay không ?
- Bệnh nhân có uống thuốc đều hay không?
- Bệnh nhân có định kì đến gặp bác sỹ khám bệnh hay không ?
- Bệnh nhân có chuyện trò với gia đình hay không ?
- Bệnh nhân có ăn cơm cùng gia đình không ?
- Bệnh nhân có giữ vệ sinh sạch sẽ gọn gàng hay không?
- Bệnh nhân có tham gia làm việc cùng gia đình hay cùng xã hội không?
- Bệnh nhân có chuyện trò giao tiếp với mọi người ?

Nếu những câu hỏi trên đều được trả lời có thì bạn đã làm tốt công việc của mình tại cộng đồng. Nếu nhiều câu hỏi trên được trả lời không thì coi như công việc của bạn cần phải cố gắng hơn hoặc bạn cần có sự giúp đỡ của các bác sỹ chuyên khoa.

CÂU HỎI ÔN TẬP

- 1 Trình bày tầm quan trọng của chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng.
2. Những bệnh lý tâm thần thường gặp tại cộng đồng là những bệnh lý gì?
3. Phương tiện để đánh giá các mức độ hồi phục của bệnh nhân tâm thần tại cộng đồng.
4. Để điều trị, phục hồi chức năng cho bệnh nhân tâm thần tại cộng đồng ta phải làm gì?.

Mục lục

STT	Tên bài giảng	Tác giả	Trang
1	Các rối loạn tư duy	BSCKII Nguyễn Hữu Cát	1
2	Các rối loạn cảm xúc	BSCKII Nguyễn Hữu Cát	7
3	Các rối loạn hoạt động có ý chí	BSCKII Nguyễn Hữu Cát	11
4	Các rối loạn trí tuệ	BSCKII Nguyễn Hữu Cát	17
5	Các rối loạn cảm giác và tri giác	Th.S Trần Như Minh Hằng	20
6	Trầm cảm	PGS.TS Nguyễn Hữu Kỳ	24
7	Các rối loạn liên quan đến stress và dạng cơ thể	PGS.TS Nguyễn Hữu Kỳ	36
8	Tự sát	BSCKII Nguyễn Hữu Cát	55
9	Kích động	BSCKII Nguyễn Hữu Cát	59
10	Tâm thần phân liệt	PGS.TS Nguyễn Hữu Kỳ	63
11	Rối loạn tâm thần thực tổn	Th.S Trần Như Minh Hằng	83
12	Nghiện ma túy	BSCKII Nguyễn Hữu Cát	89
13	Nghiện rượu	BSCKII Nguyễn Hữu Cát	99
14	Chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng	PGS.TS Nguyễn Hữu Kỳ	104

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Nguyễn Việt. Tâm Thần Học. Nhà xuất bản Y Học. Hà Nội 1981
2. Bloch Sidney, Singh Bruce. 2001. Cơ sở của Lâm Sàng Tâm Thần Học. (Sách dịch) NXB Y Học. Hà Nội.
3. Nguyễn Hữu Kỳ. 2004. Giáo trình Tâm Thần học. Trường Đại Học Y Khoa Huế.
4. Tổ Chức Tế Thế Giới. 1992. Phân Loại Bệnh Quốc Tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi. Viện Sức Khỏe Tâm Thần Trung Ương. Hà Nội

Tiếng Anh

5. American Psychiatric Association. 2000. Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders. R.R. Donnelley & Sons Company. Washington DC. USA
6. David A. Tomb. 1995. Psychiatry. Williams & Wilkins. USA
7. Harold I. Kaplan; Benjamin J. Sadock; Jack A. Grebb. 1994. Synopsis Psychiatry. Williams & Wilkins. USA
8. Benjamin J. Sadock. 2000. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins. USA

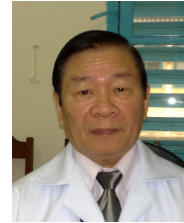
I. THÔNG TIN VỀ CÁC TÁC GIẢ THAM GIA BIÊN SOẠN GIÁO TRÌNH

01. PSG.TS. NGUYỄN HỮU KỶ

Sinh năm: 1944

Cơ quan công tác: Bộ môn Tâm Thần - Đại Học Y Dược Huế

Địa chỉ email liên hệ:



02. BSKII. NGUYỄN HỮU CÁT

Sinh năm 1954

Cơ quan công tác: Bộ môn Tâm Thần - Đại Học Y Dược Huế

Địa chỉ email liên hệ: catchau@dng.vnn.vn



03. ThS. TRẦN NHƯ MINH HẰNG

Sinh năm 1971

Cơ quan công tác: Bộ môn Tâm Thần - Đại Học Y Dược Huế

Địa chỉ email liên hệ: minhhangtran21@yahoo.com



II. PHẠM VI VÀ ĐỐI TƯỢNG SỬ DỤNG GIÁO TRÌNH

Giáo trình được dùng làm tài liệu học tập cho sinh viên y khoa các lớp Y5 (hệ 6 năm) và Y₂⁴ (hệ 4 năm).

Giáo trình làm tài liệu giảng dạy cho sinh viên Y5 học luân khoa cho hệ 6 năm, và là tài liệu giảng dạy cho Block 16 đối với sinh viên hệ 4 năm

Từ khoá: **Tâm thần học, triệu chứng, bệnh lý, điều trị**

Yêu cầu kiến thức của sinh viên trước khi học môn học này là đã hoàn thành chương trình năm thứ 4 đối với sinh viên hệ 6 năm, và đã học xong block 15 đối với sinh viên hệ 4 năm.

Giáo trình này chưa được xuất bản.