

TÂM THẦN HỌC 2.0

TÀI LIỆU SƯU TẦM – TỔNG HỢP – DỊCH

[Giới thiệu](#) [Information](#) [Mục lục](#)



BÁCH KHOA Y HỌC 2010

Biên soạn ebook : **Lê Đình Sáng**

ĐẠI HỌC Y KHOA HÀ NỘI

Trang web : www.ykhoaviet.tk

Email : Lesangmd@gmail.com, bachkhoayhoc@gmail.com

Điện thoại : 0973.910.357

THÔNG TIN

THÔNG BÁO VỀ VIỆC XUẤT BẢN BÁCH KHOA Y HỌC 2010 :

Theo yêu cầu và nguyện vọng của nhiều bạn đọc, khác với Bách Khoa Y Học các phiên bản trước, bên cạnh việc cập nhật các bài viết mới và các chuyên khoa mới, cũng như thay đổi cách thức trình bày, Bách Khoa Y Học 2010 được chia ra làm nhiều cuốn nhỏ, mỗi cuốn bao gồm một chủ đề của Y Học, như thế sẽ giúp bạn đọc tiết kiệm được thời gian tra cứu thông tin khi cần. Tác giả xin chân thành cảm ơn tất cả những ý kiến đóng góp phê bình của quý độc giả trong thời gian qua. Tất cả các cuốn sách của bộ sách Bách Khoa Y Học 2010 bạn đọc có thể tìm thấy và tải về từ trang web www.ykhoaviet.tk được Lê Đình Sáng xây dựng và phát triển.

ỦNG HỘ :

Tác giả xin chân thành cảm ơn mọi sự ủng hộ về mặt tài chính để giúp cho Bách Khoa Y Học được phát triển tốt hơn và ngày càng hữu ích hơn.

Mọi tấm lòng ủng hộ cho việc xây dựng một website dành cho việc phổ biến tài liệu học tập và giảng dạy Y Khoa của các cá nhân và Doanh nghiệp xin gửi về :

Tên ngân hàng : NGÂN HÀNG ĐẦU TƯ VÀ PHÁT TRIỂN VIỆT NAM

Tên tài khoản ngân hàng : Lê Đình Sáng

Số tài khoản : 5111-00000-84877

CẢNH BÁO :

TÀI LIỆU NÀY CHỈ MANG TÍNH CHẤT THAM KHẢO nhằm mục đích nâng cao hiểu biết về Y khoa. Tuyệt đối không được tự ý áp dụng các thông tin trong ebook này để chẩn đoán và tự điều trị bệnh, nhất là với những người không thuộc ngành Y . Tác giả ebook này không chịu bất cứ trách nhiệm gì liên quan đến việc sử dụng thông tin trong cuốn sách để áp dụng vào thực tiễn của bạn đọc. Đây là tài liệu sưu tầm từ nhiều tác giả khác nhau, nhiều cuốn sách khác nhau, chưa được kiểm chứng , vì thế mọi thông tin trong cuốn sách này đều chỉ mang tính chất tương đối . Cuốn sách này được phân phát miễn phí với mục đích sử dụng phi thương mại, bất cứ hành vi nào liên quan đến việc mua bán, trao đổi, chỉnh sửa, in ấn cuốn sách này vào bất cứ thời điểm nào đều là bất hợp lệ . Nội dung cuốn ebook này có thể được thay đổi và bổ sung bất cứ lúc nào mà không cần thông báo trước.

GIỚI THIỆU

Bộ sách này được Lê Sáng sưu tầm , biên dịch và tổng hợp với mục đích cung cấp một nguồn tài liệu tham khảo hữu ích cho các bạn sinh viên y khoa, và tất cả những ai có nhu cầu tìm hiểu, nghiên cứu, tra cứu , tham khảo thông tin y học.

Với tiêu chí là bộ sách mở , được xây dựng dựa trên nguồn tài liệu của cộng đồng , không mang mục đích vụ lợi, không gắn với mục đích thương mại hóa dưới bất kỳ hình thức nào , nên trước khi sử dụng bộ sách này bạn phải đồng ý với những điều kiện sau . Nếu không đồng ý , bạn không nên tiếp tục sử dụng sách :

Bộ sách này được cung cấp đến tay bạn , hoàn toàn dựa trên tinh thần tự nguyện của bạn. Không có bất kỳ sự thương lượng, mua chuộc, mời gọi hay liên kết nào giữa bạn và tác giả bộ sách này.

Mục đích của bộ sách để phục vụ công tác học tập cho các bạn sinh viên Y khoa là chính, ngoài ra nếu bạn là những đối tượng đang làm việc trong ngành Y cũng có thể sử dụng bộ sách như là tài liệu tham khảo thêm .

Mọi thông tin trong bộ sách đều chỉ có tính chính xác tương đối, thông tin chưa được kiểm chứng bởi bất cứ cơ quan Pháp luật, Nhà xuất bản hay bất cứ cơ quan có trách nhiệm liên quan nào . Vì vậy, hãy luôn cẩn trọng trước khi bạn chấp nhận một thông tin nào đó được cung cấp trong bộ sách này.

Tất cả các thông tin trong bộ sách này được sưu tầm, tuyển chọn, phiên dịch và sắp xếp theo trình tự nhất định . Mỗi bài viết dù ngắn hay dài, dù hay dù dở cũng đều là công sức của chính tác giả bài viết đó. **Lê Đình Sáng** chỉ là người sưu tầm và phiên dịch, nói một cách khác, người giúp chuyển tải những thông tin mà các tác giả bài viết đã cung cấp, đến tay các bạn .

Bộ sách này là tài liệu sưu tầm và dịch bởi một sinh viên Y khoa chứ không phải là một giáo sư – tiến sĩ hay một chuyên gia Y học dày dặn kinh nghiệm, do đó có thể có rất nhiều lỗi và khiếm khuyết không lường trước , chủ quan hay khách quan, các tài liệu bố trí có thể chưa hợp lý , nên bên cạnh việc thận trọng trước khi thu nhận thông tin , bạn cũng cần đọc kỹ phần mục lục bộ sách và phần hướng dẫn sử dụng bộ sách để sử dụng bộ sách này một cách thuận tiện nhất.

Tác giả bộ sách điện tử này không chịu bất cứ trách nhiệm nào liên quan đến việc sử dụng sai mục đích , gây hậu quả không tốt về sức khỏe, vật chất, uy tín ...của bạn và bệnh nhân của bạn .

Không có chuyên môn , không phải là nhân viên y tế , bạn không được phép tự sử dụng những thông tin có trong bộ sách này để chẩn đoán và điều trị. Từ trước tới nay, các thầy thuốc ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN chứ không phải là ĐIỀU TRỊ BỆNH. Mỗi người bệnh là một thực thể độc lập hoàn toàn khác nhau, do đó việc bê nguyên xi tất cả mọi thông tin trong bộ sách này vào thực tiễn sẽ là một sai lầm lớn . Tác giả sẽ không chịu bất cứ trách nhiệm gì do sự bất cẩn này gây ra.

Vì là bộ sách cộng đồng, tạo ra vì mục đích cộng đồng, do cộng đồng , bộ sách này có phát triển được hay không một phần rất lớn, không chỉ dựa vào sức lực, sự kiên trì của người tạo ra bộ sách này , thì những đóng góp, xây dựng, góp ý, bổ sung, hiệu chỉnh của người đọc chính là động lực to lớn để bộ sách này được phát triển. Vì một mục tiêu trở thành một bộ sách tham khảo y khoa tổng hợp phù hợp với nhu cầu và tình hình thực tiễn trong lĩnh vực y tế nói riêng và trong cuộc sống nói chung . Tác giả bộ sách mong mỗi ở bạn đọc những lời đóng góp chân

thành mang tính xây dựng, những tài liệu quý mà bạn muốn san sẻ cho cộng đồng , vì một tương lai tốt đẹp hơn. Đó là tất cả niềm mong mỏi mà khi bắt đầu xây dựng bộ sách này , tôi vẫn kiên trì theo đuổi .

Nội dung bộ sách này, có thể chỉ đúng trong một thời điểm nhất định trong quá khứ và hiện tại hoặc trong tương lai gần. Trong thời đại cách mạng khoa học công nghệ tiến nhanh như vũ bão như hiện nay, không ai biết trước được liệu những kiến thức mà bạn có được có thể áp dụng vào tương lai hay không . Để trả lời câu hỏi này, chỉ có chính bản thân bạn , phải luôn luôn không ngừng-TỰ MÌNH-cập nhật thông tin mới nhất trong mọi lĩnh vực của đời sống, trong đó có lĩnh vực y khoa. Không ai có thể, tất nhiên bộ sách này không thể, làm điều đó thay bạn.

Nghiêm cấm sử dụng bộ sách này dưới bất kỳ mục đích xấu nào, không được phép thương mại hóa sản phẩm này dưới bất cứ danh nghĩa nào. Tác giả bộ sách này không phải là tác giả bài viết của bộ sách , nhưng đã mất rất nhiều công sức, thời gian, và tiền bạc để tạo ra nó, vì lợi ích chung của cộng đồng. Bạn phải chịu hoàn toàn trách nhiệm với bất kỳ việc sử dụng sai mục đích và không tuân thủ nội dung bộ sách này nêu ra.

Mọi lý thuyết đều chỉ là màu xám, một cuốn sách hay vạn cuốn sách cũng chỉ là lý thuyết, chỉ có thực tế cuộc sống mới là cuốn sách hoàn hảo nhất, ở đó bạn không phải là độc giả mà là diễn viên chính. Và Bách Khoa Y Học cũng chỉ là một hạt thóc nhỏ, việc sử dụng nó để xào nấu hay nhân giống là hoàn toàn tùy thuộc vào bạn đọc. Và người tạo ra hạt thóc này sẽ vui mừng và được truyền thêm động lực để tiếp tục cố gắng nếu biết rằng chính nhờ bạn mà biết bao người không còn phải xếp hàng để chờ cứu trợ.

Mọi đóng góp liên quan đến bộ sách xin gửi về cho tác giả theo địa chỉ trên. Rất mong nhận được phản hồi từ các bạn độc giả để các phiên bản sau được tốt hơn.

Kính chúc bạn đọc, gia quyến và toàn thể người Việt Nam luôn được sống trong khỏe mạnh, cuộc sống ngày càng ấm no hạnh phúc.

Đô Lương, Nghệ An. Tháng 8/2010



ABOUT

ebook editor: Le Dinh Sang
Hanoi Medical University
Website: www.ykhoaviet.tk
Email: Lesangmd@gmail.com, bachkhoayhoc@gmail.com
Tel: 0973.910.357

NOTICE OF MEDICAL ENCYCLOPEDIA PUBLICATION 2010:

As the request and desire of many readers, in addition to updating the new articles and new specialties, as well as changes in presentation, Medical Encyclopedia 2010 is divided into many small ebooks, each ebook includes a subject of medicine, as this may help readers save time looking up informations as needed. The author would like to thank all the critical comments of you all in the recent past. All the books of the Medical Encyclopedia 2010 can be found and downloaded from the site www.ykhoaviet.tk ,by Le Dinh Sang construction and development.

DONATE

The author would like to thank all the financially support to help the Medical Encyclopedia are developing better and more-and-more useful.

All broken hearted support for building a website for the dissemination of learning materials and teaching Medicine of individuals and enterprises should be sent to:

Bank name: BANK FOR INVESTMENT AND DEVELOPMENT OF VIETNAM

Bank Account Name: Le Dinh Sang

Account Number: 5111-00000-84877

DISCLAIMER :

The information provided on My ebooks is intended for your general knowledge only. It is not a substitute for professional medical advice or treatment for specific medical conditions. You should not use this information to diagnose or treat a health problem or disease without consulting with a qualified health professional. Please contact your health care provider with any questions or concerns you may have regarding your condition.

Medical Encyclopedia 2010 and any support from Lê Đình Sáng are provided 'AS IS' and without warranty, express or implied. Lê Sáng specifically disclaims any implied warranties of merchantability and fitness for a particular purpose. In no event will be liable for any damages, including but not limited to any lost or any damages, whether resulting from impaired or lost

money, health or honour or any other cause, or for any other claim by the reader. Use it at Your risks !

FOR NON-COMMERCIAL USER ONLY .

YOU ARE **RESTRICTED** TO adapt, reproduce, modify, translate, publish, create derivative works from, distribute, and display such materials throughout the world in any media now known or hereafter developed with or without acknowledgment to you in Author's ebooks.

FOREWORD

These ebooks are Le Dinh Sang's collection, compilation and synthesis with the aim of providing a useful source of reference-material to medical students, and all who wish to learn, research, investigate to medical information.

Just a set of open-knowledge, based on community resources, non-profit purposes, not associated with commercial purposes under any kind, so before you use this books you must agree to the following conditions. If you disagree, you should not continue to use the book:

This book is to provide to you, completely based on your volunteer spirit. Without any negotiation, bribery, invite or link between you and the author of this book.

The main purpose of these books are support for studying for medical students, in addition to others if you are working in health sector can also use the book as a reference.

All information in the book are only relative accuracy, the information is not verified by any law agency, publisher or any other agency concerned. So always be careful before you accept a certain information be provided in these books.

All information in this book are collected, selected, translated and arranged in a certain order. Each article whether short or long, or whether or unfinished work are also the author of that article. Lê Đình Sáng was only a collector in other words, a person to help convey the information that the authors have provided, to your hand. Remember the author of the articles, if as in this book is clearly the release of this information you must specify the author of articles or units that publish articles.

This book is the material collected and translated by a medical student rather than a professor – Doctor experienced, so there may be many errors and defects unpredictable, subjective or not offices, documents can be arranged not reasonable, so besides careful before reading information, you should also read carefully the contents of the material and the policy, manual for use of this book .

The author of this e-book does not bear any responsibility regarding the use of improper purposes, get bad results in health, wealth, prestige ... of you and your patients.

7. Not a professional, not a health worker, you are not allowed to use the information contained in this book for diagnosis and treatment. Ever, the physician treating patients rather than treatment. Each person is an independent entity and completely different, so applying all information in this book into practice will be a big mistake. The author will not bear any responsibility to this negligence caused.

8. As is the community material, these books could be developed or not are not only based on their strength and perseverance of the author of this book , the contribution, suggestions, additional adjustment of the reader is great motivation for this book keep developed. Because a goal of becoming a medical reference books in accordance with general requirements and the practical situation in the health sector in particular and life.

9. The contents of this book, may only correct in a certain time in the past and the present or in the near future. In this era of scientific and technological revolution as sweeping as fast now, no one knew before is whether the knowledge that you have obtained can be applied in future or not. To answer this question, only yourself, have to always update-YOURSELF-for latest information in all areas of life, including the medical field. No one can, of course this book can not, do it for you.

10. Strictly forbidden to use this book in any bad purpose, not be allowed to commercialize this product under any mean and any time by any media . The author of this book is not the “inventor” of the book-articles, but has made a lot of effort, time, and money to create it, for the advanced of the community. You must take full responsibility for any misuse purposes and does not comply with the contents of this book yet.

11. **All theories are just gray**, a thousand books or a book are only **theory**, the only facts of life are the most perfect book, in which you are not an audience but are the main actor. This Book just a small grain, using it to cook or fry breeding is completely depend on you. And the person who created this grain will begin more excited and motivated to keep trying if you know that thanks that so many people no longer have to queue to wait for relief.

12. All comments related to the books should be sent to the me at the address above. We hope to receive feedbacks from you to make the later version better.

13. We wish you, your family and Vietnamese people has always been healthy, happy and have a prosperous life.



MỤC LỤC

PHẦN 1. BỆNH HỌC TÂM THẦN

1. ĐẠI CƯƠNG VỀ TÂM THẦN HỌC
2. KHÁI NIỆM CƠ BẢN VỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN
3. KHÁI NIỆM VỀ NHÂN CÁCH
4. CÁC DẠNG RỐI LOẠN TÂM THẦN
 - I. CÁC RỐI LOẠN ÁM ẢNH SỢ
 - II. RỐI LOẠN SỰ THÍCH ỨNG
 - III. RỐI LOẠN HOẢNG SỢ
 - IV. RỐI LOẠN DẠNG CƠ THỂ
 - V. RỐI LOẠN PHÂN LY
5. CÁC CHẤT DẪN TRUYỀN THẦN KINH
6. TRẦM CẢM
7. RỐI LOẠN CẢM GIÁC - TRI GIÁC
8. CÁC RỐI LOẠN KHÍ SẮC
9. RỐI LOẠN Ý THỨC
10. RỐI LOẠN CHÚ Ý
11. RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý
12. RỐI LOẠN CẢM XÚC
13. RỐI LOẠN HÀNH VI
14. RỐI LOẠN TƯ DUY
15. RỐI LOẠN TRÍ NHỚ
16. RỐI LOẠN TRÍ TUỆ
17. RỐI LOẠN GIẤC NGỦ
18. RỐI LOẠN ĂN UỐNG
19. RỐI LOẠN TÂM THẦN CẤP - MẠN
20. RỐI LOẠN TÂM THẦN ÁM ẢNH
21. RỐI LOẠN LO ÂU
22. RỐI LOẠN HOẠT ĐỘNG
23. RỐI LOẠN CẢM XÚC LƯỠNG CỰC

24. MÊ SẢNG
25. CÁC RỐI LOẠN DO DÙNG CHẤT MA TÚY
26. CÁC RỐI LOẠN DO SỬ DỤNG RƯỢU
27. NGHIỆN RƯỢU MẠN TÍNH
28. LOẠN THẦN DO RƯỢU
29. CHẬM PHÁT TRIỂN TÂM THẦN
30. STRESS VÀ CÁC RỐI LOẠN LIÊN QUAN ĐẾN STRESS
31. TỰ SÁT
32. TÂM THẦN PHÂN LIỆT
33. THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM BECK
34. CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN THỰC TỐN
35. BỆNH ALZHEIMER
36. ĐỘNG KINH
37. SỨC KHỎE TÂM THẦN PHỤ NỮ
38. CÁC RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC Ở NAM GIỚI
39. CÁC RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC Ở NỮ GIỚI

PHẦN 2. ĐIỀU TRỊ TÂM THẦN

40. THUỐC VÀ ĐƠN ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH CƠ BẢN
 - I - THUỐC AN THẦN:
 - II - THUỐC CHỐNG TRẦM CẢM:
 - III - THUỐC BÌNH THẦN:
 - IV- THUỐC CHỈNH SẮC:
 - TRẦM CẢM
 - MẤT NGỦ
 - ĐAU ĐẦU DO RL ĐỘNG MẠCH
 - ĐAU ĐẦU MIGRAN
 - ĐÁI DÀM Ở TRẺ EM
 - HỘI CHỨNG CAI RƯỢU
 - SẢNG RƯỢU
 - CAI MA TÚY
 - TỪ CHỐI ĂN
 - KÍCH ĐỘNG
 - TỰ SÁT
41. CÁC THUỐC SỬ DỤNG TRONG THỰC HÀNH TÂM THẦN HỌC
42. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TÂM THẦN
43. TRỊ LIỆU ĐIỆN ẢNH
44. RỐI LOẠN TRẦM CẢM TÁI DIỄN
45. CÁC THUỐC CHỐNG TRẦM CẢM
46. CÁC THUỐC AN THẦN KINH MỚI
47. ĐIỀU TRỊ SA SÚT TRÍ TUỆ
48. CÁC LIỆU PHÁP TÂM LÝ
49. ĐIỀU TRỊ BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT TẠI CỘNG ĐỒNG
50. LIỆU PHÁP ÂM NHẠC ĐIỀU TRỊ TÂM THẦN
51. TÂM LÝ LIỆU PHÁP

52. THIỀN TỰ CHỮA BỆNH

53. TÀI LIỆU TRA CỨU

PHẦN NỘI DUNG



PHẦN 1. BỆNH HỌC TÂM THẦN

1. ĐẠI CƯƠNG VỀ TÂM THẦN HỌC

I. MỤC TIÊU VÀ ĐỐI TƯỢNG CỦA TÂM THẦN HỌC

- Sức khỏe cho mọi người là mục tiêu lớn, mục tiêu chiến lược của tổ chức y tế thế giới (WHO), của nhiều quốc gia phát triển và của cả ngành y tế nước ta; và cũng là thước đo chung của mọi xã hội văn minh, nhân bản.

- Không thể chia cắt sức khỏe thể chất với sức khỏe tâm thần xã hội và ngày càng phải khẳng định vai trò quan trọng của sức khỏe tâm thần trong một nỗ lực chung để nâng cao chất lượng sống cho mọi người trong một xã hội phát triển.

- Chính vì vậy, đối tượng của tâm thần học ngày nay không chỉ đóng khung trong khuôn khổ bốn bức tường của bệnh viện - chỉ tập trung vào những người bệnh tâm thần nặng như người bệnh tâm thần phân liệt, rối loạn cảm xúc lưỡng cực, sa sút trí tuệ,... thuộc phạm vi tâm thần học truyền thống. Mà tâm thần học hiện đại đang phải bươn trải để phấn đấu vì sức khỏe toàn diện cả thể chất và tâm thần - vì sự thoải mái cho tất cả mọi người sống trong cộng đồng.

II. KHÁI NIỆM VỀ SỨC KHOẺ TÂM THẦN

Trong khi sức khỏe về thể chất đã được dần từng bước xã hội đặt đúng vào vị trí của nó, thì sức khỏe tâm thần còn phải bần bĩ phấn đấu để thay đổi dần nhận thức vẫn còn nhiều lệch lạc, nhiều mặc cảm. Vậy sức khỏe tâm thần là gì?

Sức khỏe tâm thần không chỉ là một trạng thái không có rối loạn hay dị tật về tâm thần, mà còn là một trạng thái tâm thần hoàn toàn thoải mái, muốn có một trạng thái tâm thần hoàn toàn thoải mái thì cần phải có chất lượng nuôi sống tốt, có được sự cân bằng và hoà hợp giữa các cá nhân, môi trường xung quanh và môi trường xã hội (Nguyễn Việt - 1999). Như vậy, thực chất sức khỏe tâm thần ở cộng đồng là:

1. Một cuộc sống thật sự thoải mái.
2. Đạt được niềm tin vào giá trị bản thân, vào phẩm chất và giá trị của người khác.
3. Có khả năng ứng xử bằng cảm xúc, hành vi hợp lý trước mọi tình huống.
4. Có khả năng tạo dựng, duy trì và phát triển thoả đáng các mối quan hệ.
5. Có khả năng tự hàn gắn để duy trì cân bằng khi có các sự cố gây mất thăng bằng, căng thẳng (stress).

(R.Jenkins; A.Culloch & C. Parker - Tổ chức y tế thế giới. Geneva - 1998)

Vậy là chăm sóc bảo vệ sức khoẻ tâm thần cho mọi người là một mục tiêu rất cụ thể, mang tính xã hội, nhưng cũng rất cao, rất lý tưởng và phải phấn đấu liên tục để tiến dần từng bước, cuối cùng đạt được mục tiêu “Nâng cao chất lượng cuộc sống” của con người Việt Nam.

III. NỘI DUNG CỦA TÂM THẦN HỌC

A. Tâm thần học truyền thống:

1. Tâm thần học đại cương:

- Lịch sử phát triển tâm thần học.
- Triệu chứng học, hội chứng học.
- Mối liên quan giữa tâm thần học và các môn khoa học khác.
- Phân loại các bệnh, các rối loạn tâm thần.
- Bệnh nguyên, bệnh sinh của một số bệnh và các rối loạn tâm thần.
- Tâm thần học xuyên văn hoá.

2. Bệnh học tâm thần:

- Loạn thần thực tổn (rối loạn tâm thần liên quan các bệnh nội tiết, chấn thương, thoái triển não: Alzheimer, Pick,...).
- Loạn thần nội sinh (tâm thần phân liệt, động kinh, rối loạn cảm xúc,...)
- Các rối loạn tâm thần liên quan đến stress (tâm căn, rối loạn cơ thể tâm sinh, trạng thái phản ứng).
- Các rối loạn tâm thần do cấu tạo thể chất bất thường và sự phát triển tâm thần bệnh lý (nhân cách bệnh, chậm phát triển tâm thần,...).
- Các rối loạn tập tính hành vi ở thanh thiếu niên (hành vi bạo lực, xâm phạm, rối loạn sự học tập,...).
- Rối loạn ăn uống.
- Loạn chức năng tình dục không thực tổn.
- Các rối loạn lo âu, ám ảnh sợ.

- Các rối loạn phân định giới tính.

- Lạm dụng và nghiện chất (Lạm dụng rượu, nghiện rượu, loạn thần do rượu, lạm dụng ma túy, nghiện ma túy, thuốc lá, ...).

3. Các phương pháp điều trị và phục hồi chức năng tâm lý xã hội.

- Liệu pháp sinh học (Dược lý tâm thần, liệu pháp sốc điện, ...).

- Liệu pháp tâm lý (Liệu pháp tâm lý trực tiếp, gián tiếp, liệu pháp nhận thức, liệu pháp hành vi, ...).

- Liệu pháp lao động, phục hồi chức năng tâm lý xã hội.

- Âm nhạc liệu pháp.

4. Quản lý hệ thống dịch vụ chăm sóc và tư vấn sức khỏe tâm thần cộng đồng.

5. Giám định y pháp tâm thần.

B. Tâm thần học hiện đại.

1. Tâm thần học truyền thống.

2. Tâm thần học cộng đồng.

- Vệ sinh phòng bệnh và các rối loạn tâm thần.

- Tâm thần học xã hội (Nghiên cứu ảnh hưởng của môi trường, đặc biệt môi trường tâm lý xã hội và sức khỏe tâm thần).

- Giáo dục sức khỏe tâm thần cho gia đình, nhà trường và cộng đồng.

- Phục hồi chức năng tâm lý xã hội.

- Các hình thái hoạt động rèn luyện thể chất, thẩm mỹ.

- Các kỹ năng ứng xử, giao tiếp.

-

IV. PHÂN LOẠI CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN THEO BẢNG PHÂN LOẠI BỆNH QUỐC TẾ 10 (ICD-10)

- Trước đây khi chưa có phân loại quốc tế về các bệnh và các rối loạn liên quan đến sức khỏe tâm thần, các trường phái tâm thần học khác nhau đều có những bảng phân loại riêng không

giống nhau, đã gây khó khăn cho sự thống nhất mang tính chất quốc gia và quốc tế trong phạm vi nhận thức và thực hành chẩn đoán tâm thần học.

- Từ khi có bảng phân loại quốc tế 9 (1978) và 10 (1987,1992) và tập chẩn đoán thống kê các rối loạn tâm thần DSM.III của Hội tâm thần học Hoa Kỳ (1980) và DSM.IV (1994) về các bệnh và các rối loạn bệnh tật. Trên 300 rối loạn tâm thần và hành vi trong 100 mục bệnh và rối loạn đã được sắp xếp một cách hệ thống và hợp lý. Trong 10 chương phần F của bảng phân loại bệnh lần 10 (ICD.10) (Viện Sức Khỏe Tâm Thần đã biên dịch và phổ biến ứng dụng trong cả nước từ 1992). Các rối loạn tâm thần và hành vi đã được mô tả kỹ lưỡng về lâm sàng để nhận dạng và các nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán hợp lý, nhất quán đã giúp cho các nhà tâm thần học trong nước có cùng một ngôn ngữ tâm thần học để giảng dạy, cập nhật thông tin, giao lưu và hoà nhập thúc đẩy sự phát triển.

- Dựa trên bảng phân loại các rối loạn tâm thần và hành vi đủ để chẩn đoán xác định và phân loại, làm cho chúng ta dễ dàng hiểu được vì sao ở Hoa Kỳ người ta đã công bố trên 30% dân số có rối loạn tâm thần tính theo tỷ số mắc trong năm (Prevalence of one year) và 48% dân số có rối loạn này hay rối loạn khác tính theo tỷ số mắc phải trong cả đời (Prevalence of life) - Kessler & cộng sự - 1995. Còn theo Sumich H.J; Andrew G; Hunt C.J - 1995, có tới 25-30% người dân australia có rối loạn tâm thần này hay rối loạn khác trong năm; còn ở Pháp và Anh chỉ riêng trầm cảm trong dân chúng nguy cơ mới mắc trong đời 15-25% (Incidence of life).

Và vì vậy ở nước ta, kết quả nghiên cứu gần đây của Nguyễn Đăng Dung và cộng sự Bệnh viện tâm thần trung ương là có căn cứ. Tỷ lệ người mắc rối loạn tâm thần này hay rối loạn tâm thần khác là xấp xỉ 15-20%.

V. NGUYÊN NHÂN CỦA CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN

Các nguyên nhân chủ yếu thường được nêu ra bao gồm:

1. Các nguyên nhân thực tổn.

- Chấn thương sọ não.
- Nhiễm khuẩn thần kinh (Viêm não, giang mai thần kinh, ...)
- Nhiễm độc thần kinh (Nghiện các chất, nhiễm độc nghề nghiệp...).
- Các bệnh mạch máu não.
- Các tổn thương não khác (U não, teo não, xơ rải rác, ...)
- Các bệnh cơ thể ảnh hưởng đến hoạt động của não.

2. Các nguyên nhân tâm lý.

Chủ yếu các stress tâm lý - xã hội tác động vào các nhân cách có đặc điểm riêng, gây ra:

- Các rối loạn tâm căn.
- Các rối loạn liên quan đến stress.
- Các rối loạn dạng cơ thể.

3. Các nguyên nhân cấu tạo thể chất bất thường và phát triển tâm thần bệnh lý.

- Chậm phát triển tâm thần.
- Nhân cách bệnh.

4. Các nguyên nhân chưa rõ ràng (hay các nguyên nhân nội sinh).

Do có sự kết hợp phức tạp của nhiều nguyên nhân khác nhau (di truyền, chuyển hoá, miễn dịch, cấu tạo thể chất, ...) nên khó xác định nguyên nhân chủ yếu. Các rối loạn tâm thần thường gọi là nội sinh như:

- Bệnh tâm thần phân liệt.
- Rối loạn cảm xúc lưỡng cực.
- Động kinh nguyên phát.

Các rối loạn tâm thần nội sinh nói trên không may lại là những rối loạn tâm thần nặng và thường gặp. Do nguyên nhân chưa xác định rõ ràng nên công tác dự phòng và điều trị gặp nhiều khó khăn, rối loạn thường kéo dài và tái phát. Chương trình phòng chống các rối loạn tâm thần nội sinh phải lâu dài, cần phân biệt các giai đoạn khác nhau của rối loạn, mỗi giai đoạn cần kết hợp nhiều biện pháp thích hợp.

Các nguyên nhân tâm lý xã hội (Stress) có vẻ cụ thể hơn, dễ thấy hơn. Tuy nhiên, cơ chế gây bệnh của các stress tâm lý không giản đơn như các stress vật lý trên cơ thể. Vì stress tâm lý đập vào một nhân cách và phương thức phản ứng của nhân cách đối với stress rất đa dạng và phức tạp. Chính vì thế mà ICD-10 không gọi là rối loạn do stress mà dè dặt gọi là rối loạn liên quan đến stress.

Như vậy trong lâm sàng, xác định nguyên nhân của một rối loạn tâm thần phải hết sức thận trọng vì có xác định đúng nguyên nhân thì mới hy vọng điều trị có kết quả.

VI. CÁC NGUY CƠ VỀ SỨC KHOẺ TÂM THẦN HIỆN NAY

Ở nước ta trong khoảng hơn chục năm trở lại đây, nền kinh tế đã có những chuyển biến mang tính chất bước ngoặt. Từ nền kinh tế tập trung quan liêu bao cấp chuyển nhanh sang nền kinh tế thị trường nhiều thành phần. Đi đôi với những mặt tích cực thúc đẩy tốc độ tăng trưởng của các chỉ số thu nhập quốc nội, ổn định tốt hơn đời sống nhân dân, giữ gìn được an ninh chính trị xã hội là điều kiện để hoà nhập với các nước trong khu vực, ... Cũng đã xuất hiện một số mặt tiêu cực như nạn tham nhũng, cạnh tranh không lành mạnh, quá trình đô thị hoá, sự tăng dân số cơ học tập trung ở các thành phố lớn, mở rộng giao lưu quốc tế khó kiểm soát, sự phân hoá giai cấp giàu nghèo, thất nghiệp là những nhân tố môi trường ảnh hưởng lớn đến sức khoẻ tâm thần xã hội, đã làm nảy sinh và gia tăng một số bệnh lý và những rối loạn như:

A. Các rối loạn hành vi của thanh thiếu niên (TTN): (Conductive Disorders of Adolescence).

- Rối loạn hành vi được xếp ở mục F.91 bảng phân loại quốc tế 10 (ICD-10) đó là những hành vi xâm phạm, bạo lực, gây thương tích, đâm chém, càn quấy, ... do những nguyên cơ không tương xứng ... Khi những hành vi trên tái diễn, lặp đi lặp lại kéo dài ở TTN thì chúng thoả mãn để xếp vào mục rối loạn tập tính (hành vi).

- Rối loạn hành vi của TTN có chiều hướng gia tăng trong những năm gần đây, thể hiện ở tội phạm do TTN gây ra tăng, theo số liệu của Sở công an Hà Nội năm 1987 trong tổng số 7824 người bị bắt vì phạm tội, TTN dưới 18 tuổi có 801 người chiếm 10,2%. Gần đây, hiện tượng bạo lực, chống đối người thi hành công vụ, nói năng thô tục nơi công cộng, trộm cắp, cướp giật, cưỡng dâm, đua xe máy trên đường phố đông đúc, trốn học, cờ bạc, rạch mặt trẻ em, ... luôn được các hệ thống thông tin đại chúng cảnh báo, đã gây cho xã hội nhiều lo lắng, gây tổn thất cho sức khoẻ, sự thoải mái của cộng đồng.

- Theo nghiên cứu của ngành tâm thần học Việt nam 1990, rối loạn hành vi TTN 10-17 tuổi là 3,7%; ở thành thị cao hơn ở nông thôn, trẻ trai nhiều hơn trẻ gái. Còn theo tài liệu nghiên cứu của Hoàng Cẩm Tú và cộng sự 1997, số trẻ em có rối loạn hành vi ở một phường dân cư Hà Nội là 6-10%.

- Không nên quá ngạc nhiên về các con số công bố trên của các nhà tâm thần học Việt Nam. Ở một số nước láng giềng như Trung Quốc, rối loạn hành vi ở TTN Bắc Kinh là 8,3%; Hàn Quốc là 14,1%; Nhật Bản 3,9%; còn ở các nước đã có nền kinh tế thị trường phát triển như các nước Âu, Mỹ là 10-23% (Theo Krufinski và cộng sự 1977; Helzer 1988). Phạm trọng tội trong TTN Mỹ dưới 18 tuổi chiếm 22%; còn tội xâm phạm tài sản công dân có tới 38,7% là TTN dưới 18 tuổi (Lewis D.O - 1981).

- Khi phân tích nguồn gốc rối loạn hành vi TTN ngoài vai trò sinh học, nhiều nhà tâm thần, tâm lý và giáo dục học rất chú ý đến rối loạn hành vi do tập nhiễm (Theori de l'apprentissage) chịu ảnh hưởng môi trường sinh trưởng của trẻ em (Gia đình, trường học và xã hội), theo cơ chế:

- + Bắt chước hành vi xâm phạm và ngược đãi của người lớn (Cha mẹ, anh chị, thầy cô giáo, ...) đánh đập lẫn nhau, ngược đãi trẻ em.
- + Ảnh hưởng phim ảnh bạo lực và sách báo bạo dâm.
- + Do ảnh hưởng của nhóm trẻ em xấu theo quy luật liên kết, hoặc loại trừ nhóm hoặc theo cơ chế bị ám thị bởi trẻ lớn đã phạm pháp có hành vi ranh mãnh.
- + Do phản ứng bất toại (frustration) với những bậc cha mẹ, trước căng thẳng trong cơ chế cạnh tranh nhiều rủi ro của cơ chế thị trường.

B. Tự sát (suicide).

- Là một cấp cứu trong Y học và cũng là một cấp cứu rất đặc thù trong tâm thần học.
- Hàng năm trên thế giới có hàng trăm nghìn người chết do tự sát, có nhiều nước chết do tự sát còn nhiều hơn chết do tai nạn giao thông (Jenkins R và cộng sự. OMS. Geneva-1998).
- Ở nước ta chưa có công trình nào nghiên cứu chuyên biệt về dịch tễ tự sát và toan tự sát, nhưng tỷ lệ những trường hợp ngộ độc do tự sát bằng thuốc trừ sâu và các hoá chất dạng phospho hữu cơ dùng trong nông nghiệp, công nghiệp có chiều hướng gia tăng, lại gặp nhiều từ 15-30 tuổi và là nguyên nhân tử vong cao thứ hai sau tai nạn giao thông (Cao Văn Tuấn, 1997), còn Nguyễn Hữu Kỳ nghiên cứu 415 trường hợp toan tự sát (Tự sát không thành-parasuicide) đến cấp cứu ở bệnh viện đa khoa TW Thừa Thiên - Huế 1996 nhận thấy 13,2% là thanh thiếu niên.
- Tìm hiểu nguyên nhân tự sát, nhiều tác giả trong nước và ngoài nước nhận thấy như sau:
 - + Sự gia tăng tiềm ẩn các rối loạn tâm thần chưa phát hiện được sớm, kịp thời như trầm cảm (depression), lo âu (anxiety), hoảng loạn (panic disorder), nghiện ma túy, rối loạn hành vi,... mà các rối loạn này dễ phát sinh trong những điều kiện kinh tế thị trường mở cửa thiếu kiểm tra, nhất quán với nhận định của Robins 1986, Klerman 1989.
 - + Nhân tố tâm lý xã hội không thuận lợi (stress):
 - a. Thất bại, đổ bể trong làm ăn, cạnh tranh thua lỗ.
 - b. Mâu thuẫn kéo dài giữa các thành viên trong gia đình không giải quyết được.
 - c. Cấu trúc gia đình bị đảo lộn: ly thân, ly hôn, các thành viên trong gia đình thiếu gắn bó, không có điểm nương tựa, người thân cha hoặc mẹ nghiện rượu.
 - d. Cô đơn ở những người cao tuổi. Giống với nhận định của các nghiên cứu

Holinger & Offer - 1982; Weissman - 1989.

e. Do không được quản lý tốt các phương tiện dễ dàng gây tự sát như hoá chất trừ sâu diệt cỏ ở nước ta, súng ống bán tự do ở Hoa Kỳ (Blumenthal - 1988).

C. Lạm dụng chất (Substance abuse):

- Lạm dụng chất trong đó có lạm dụng rượu và đặc biệt nghiện ma túy đã trở thành hiểm hoạ của nhân loại và cũng là nguồn gốc chính của các cuộc bạo lực cục bộ và quốc tế đang có xu hướng gia tăng ở cả các nước đang phát triển và cả các nước phát triển, trong đó có nước ta.

- Trong cơ chế thị trường ngày nay, nghiện ma túy ở nước ta cũng như một số nước khác trong khu vực có một số đặc điểm nguy hại hơn như sau:

+ Đại bộ phận nghiện ma túy là những người trẻ tuổi từ 16-35 chiếm 70-80% (Khác với trước đây là những người già cao tuổi).

+ Nghiện các chất ma túy nặng hơn, nguy hại hơn chủ yếu là heroin là chất bán tổng hợp dạng thuốc phiện có thời gian bán huỷ ngắn, gây hội chứng cai nặng nề khó đoạn tuyệt. Còn trước đây, nghiện ma túy chủ yếu là hút thuốc phiện, nhựa của quả cây anh túc.

+ Nghiện ma túy ngày nay mạo hiểm hơn, đôi khi hỗn hợp về phương thức (Hút, hít, tiêm chích, ...) cũng như việc kết hợp nhiều loại ma túy (Heroin, seduxen, amphetamin, cocain, LSD.25, ...).

+ Trước đây, nghiện ma túy chỉ ở một số đồng bào vùng núi phía Bắc có trồng cây thuốc phiện hoặc ở thành phố lớn như Sài Gòn, Nha Trang (Do quân đội Mỹ đem vào), thì nay địa phận nghiện ma túy đã lan rộng đến các thành phố lớn khác, các vùng nông thôn, thị trấn trong cả nước mà trước đây được coi hầu như không có người nghiện ma túy.

+ Vì tiêm chích bằng kim tiêm chung nên nguy cơ lây nhiễm HIV rất cao, có những nơi 70 - 80% người nghiện ma túy nhiễm HIV, viêm gan B, C...

- Chính vì tính chất phức tạp của nghiện ma túy về sức khoẻ tâm thần xã hội, nhân ngày quốc tế phòng chống lạm dụng ma túy và buôn bán ma túy trái phép năm nay, ông Pino Arlacchi, giám đốc điều hành chương trình chống lạm dụng ma túy đã kêu gọi cộng đồng nhân loại hãy cùng hợp lực đẩy mạnh các hoạt động nhằm loại bỏ mối đe doạ của hiểm hoạ ma túy đến trật tự và sự phồn vinh, yên ổn của cộng đồng.

Vì ma túy và bạo lực là bạn đồng hành của nhau từ góc độ người sử dụng đến khâu sản xuất.

- Chính từ lời kêu gọi này chứng minh tính khẩn cấp của mục bệnh học tâm thần, đặc biệt nghiện học ghi mã F.1 bảng phân loại quốc tế 10, đã ảnh hưởng đến sức khoẻ tâm thần - xã hội

và sự thoải mái của cộng đồng đến chừng mực nào, thậm chí ảnh hưởng đến sự an ninh và an toàn chính trị- xã hội.

D. Trầm cảm (Depression):

- Trầm cảm có mối liên quan rất phức tạp với các yếu tố sinh học và còn chịu tác động rất mạnh và trực tiếp của điều kiện kinh tế-xã hội, tâm lý không thuận lợi.

- Trong những năm gần đây đầy ắp các y văn thế giới cảnh báo về sự phổ biến của trầm cảm trong nhân loại khoảng từ 3-5% tức khoảng 200 triệu người trên trái đất đã lâm vào tình trạng rối loạn bệnh lý này, nghiên cứu thể nghiệm của ngành tâm thần học Việt Nam tại một phường và một xã thuộc đồng bằng Bắc Bộ cũng là 2-5%.

- Còn nếu nhận thức được rối loạn trầm cảm theo khái niệm tinh tế hơn bao hàm trong đó cả trầm cảm dạng cơ thể, trầm cảm che đậy, trầm cảm tương đương thì số người mắc chứng này (lifetime incidence) là từ 15-25% dân số (Santorius N.A và Jablenski A.S - 1984; Andrew G và Sumich H.J & cộng sự -1985).

- Trầm cảm các loại cả về nội sinh và trầm cảm phản ứng (Post Traumatic Stress Disorder - PTSD) với những yếu tố môi trường không thuận lợi, nhất là sự cố của cuộc sống kinh tế- xã hội như hiện nay. Tỷ lệ dẫn đến tự sát rất cao 20-30%.

- Chính vì lẽ đó, nhiều quốc gia trong đó có Australia đã phải có chương trình của nhà nước phòng chống các rối loạn trầm cảm.

VII. KẾT LUẬN

1. Rối loạn hành vi, tự sát, nghiện chất và trầm cảm chỉ là 4 trong hơn 300 mục đã được ghi nhận trong bảng phân loại quốc tế 10 (ICD-10) về các rối loạn tâm thần và hành vi. Có liên quan rất phức tạp với nhân tố tâm - sinh học về cơ chế bệnh sinh.

Nhưng nó cũng chịu ảnh hưởng trực tiếp của các nhân tố kinh tế - xã hội không thuận lợi của nền kinh tế thị trường. Nhiệm vụ của ngành Tâm thần nói riêng và ngành Y nói chung là phải cảnh báo, phát hiện và tìm ra những giải pháp ngăn chặn dự phòng và chữa trị hợp lý nếu lấy con người với chất lượng sống cao làm mục tiêu chiến lược.

2. Chỉ cộng dồn 4 nguy cơ rối loạn: rối loạn hành vi, tự sát, nghiện chất và trầm cảm thì chỉ số nguy cơ số người có rối loạn tâm thần này hay rối loạn tâm thần khác (người có vấn đề về sức khỏe tâm thần) là rất cao trên dưới 20%. Nhiều nước còn công bố nguy cơ này trên 30%. Chính vì vậy, Vụ sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất của Tổ chức y tế thế giới 1998 đã có các khuyến cáo chính phủ và các nhà hoạch định có chính sách ủng hộ các quốc gia vì sức khỏe tâm thần.

3. Sự tác động nhân quả qua lại giữa sức khỏe tâm thần và các vấn đề kinh tế - xã hội không thuận lợi đã chứng minh mối liên quan gắn kết giữa khoa học - y học - xã hội học. Với cách nhìn tổng quan như vậy, sự nghiệp sức khỏe chỉ có thể thực hiện được khi công tác y tế phải được xã hội hoá cao, phải được các nhà quản lý, các nhà hoạt động kinh tế, và mọi công dân coi sức khỏe, chất lượng cuộc sống là mục tiêu của chính mình. Mặt khác ngành y tế chỉ có thể thực hiện mục tiêu sức khỏe cho mọi người thành đạt khi có những hiểu biết đầy đủ về môi trường ảnh hưởng đến sức khỏe con người không những chỉ là môi trường sinh học mà cả môi trường xã hội.

2. KHÁI NIỆM CƠ BẢN VỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN

1. SỨC KHỎE TÂM THẦN LÀ GÌ?

Sức khỏe tâm thần là trạng thái không những không có rối loạn hay dị tật tâm thần mà còn là một trạng thái tâm thần hoàn toàn thoải mái. Muốn có một trạng thái tâm thần hoàn toàn thoải mái cần phải nâng cao chất lượng cuộc sống và sự cân bằng hài hoà các mối quan hệ trong môi trường xã hội.

2. THẾ NÀO LÀ BỆNH TÂM THẦN?

Bệnh tâm thần là những bệnh do hoạt động não bộ bị rối loạn gây nên những biến đổi bất thường về lời nói, ý tưởng, tư duy, hành vi, tác phong, tình cảm, cảm giác v.v...

Bệnh tâm thần bao gồm nhiều rối loạn tâm thần. Công nghiệp càng phát triển, sự tập trung dân cư vào các thành phố càng đông, môi trường càng căng thẳng thì rối loạn tâm thần ngày càng tăng.

Bệnh tâm thần thường làm giảm sút khả năng lao động, học tập, làm đảo lộn sinh hoạt trong gia đình, gây căng thẳng cho các thành viên trong gia đình, tổn thất kinh tế, tình cảm của gia đình. Rối loạn tâm thần nếu không được điều trị kịp thời có thể dẫn đến mạn tính, người bệnh trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội. Phát hiện sớm và chữa bệnh kịp thời là trách nhiệm của cộng đồng, xã hội.

3. NHỮNG NGUYÊN NHÂN NÀO GÂY NÊN BỆNH TÂM THẦN?

a. Các nguyên nhân thực tổn

- Chấn thương sọ não
- Nhiễm trùng thần kinh (viêm não, giang mai thần kinh...)

- Nhiễm độc thần kinh (nghiện rượu, ma túy, nhiễm độc nghề nghiệp...)
- Các bệnh mạch máu não, các tổn thương não khác (u não, teo não, xơ rải rác, tai biến mạch máu não...)
- Các bệnh nội tiết, cơ thể có ảnh hưởng đến hoạt động của não.

b. Các nguyên nhân tâm lý

- Căng thẳng tâm lý, Stress, gia đình, xã hội.
- Rối loạn hành vi ở thanh thiếu niên do giáo dục không đúng, môi trường xã hội không thuận lợi.
- Quá trình đô thị hoá nhanh, thảm hoạ v.v...

c. Các nguyên nhân cấu tạo thể chất nhân cách bất thường.

- Chậm phát triển tâm thần
- Nhân cách bệnh.

d. Các nguyên nhân chưa rõ ràng

Do có sự kết hợp phức tạp của nhiều nguyên nhân khác nhau (di truyền, chuyển hoá, miễn dịch, cấu tạo thể chất...) nên khó xác định nguyên nhân chủ yếu

3. KHÁI NIỆM VỀ NHÂN CÁCH

I. ĐỊNH NGHĨA NHÂN CÁCH VÀ THÀNH PHẦN CẤU TẠO

1. Định nghĩa:

Có bao nhiêu học thuyết tâm lý có bấy nhiêu định nghĩa về nhân cách (thuyết phân tâm học của Freud). Những thuyết Freud mới ở Châu Âu, Châu Mỹ, tâm lý học chủng tộc, thuyết hành vi, thuyết tập nhiễm (học tập...). Tuy nhiên mọi học thuyết đều nhất trí với nhau về một số khái niệm, cho dù chúng được giải thích khác nhau.

1. *Khái niệm tổng thể gồm toàn bộ các yếu tố của tâm lý:* Nhân cách là toàn bộ những đặc điểm tâm lý của từng cá nhân, do điều kiện sinh học và xã hội tạo ra, tổng hợp lại làm cho cá nhân ấy

có một hiện tượng tâm lý, một dáng dấp tâm lý không giống cá nhân khác, nhân cách còn gọi là bản ngã cá tính.

2. *Nhân cách có tính hằng định*, nhờ đó nhân cách tiến triển với tuổi tác, tùy theo sự trải nghiệm nhưng chậm chạp và vừa phải.

3. *Nhân cách tương ứng với cấu tạo cảm xúc hơn là cấu tạo trí tuệ*, vì cảm xúc quyết định hơn cả các hành vi và các phản ứng. Tuy nhiên có sự tham gia của trí tuệ.

4. *Nhân cách có cấu trúc*: khái niệm về cấu trúc được đánh giá khác nhau, theo nghĩa hẹp có nghĩa là từng yếu tố chỉ có giá trị so với các yếu tố khác, nhìn theo xu hướng tập hợp, có thể coi các yếu tố chồng lên nhau nhưng vẫn độc lập.

5. *Nhân cách có tính động*: các yếu tố cấu thành chịu những lực từ bên ngoài hay từ bên trong và các yếu tố đó tương tác với nhau do những kích thích.

6. *Nhân cách có sự thay đổi cơ chế hoạt động hữu hiệu*: Chịu sự căng thẳng và giảm căng thẳng tùy theo cơ chế trao đổi năng lượng. Các căng thẳng có thể được giải thích khác nhau: động cơ, thúc đẩy xung năng, chí hướng.

7. *Nhân cách gồm các yếu tố có nguồn gốc và bản chất khác nhau*: tâm sinh lý, bản năng, cảm xúc, nhận thức... mà vai trò được đánh giá khác nhau tùy theo từng học thuyết.

8. *Nhân cách gồm một phần ý thức và một phần vô thức*. Điều này không thuyết nào phủ nhận nhưng đánh giá tầm quan trọng của từng phần rất khác nhau.

9. *Với bản thân đối tượng*: hình ảnh của chính bản thân mình về những cảm xúc đã nhận cảm được trong đời sống và trong tư tưởng của đối tượng. Đối với bên ngoài (người khác) đó là những biểu hiện thể chất, những ứng xử, những sản phẩm mà chủ quan đối tượng tạo ra.

2. Các thành phần cấu tạo:

Theo Rubinstrin có 4 nhóm lớn:

- Xu hướng.
- Khí chất.
- Tính cách.
- Năng lực.

Mỗi nhóm lại chia ra thành những đặc điểm nhỏ.

C. Tương quan giữa các thành phần: 3 thành phần:

1. Quá trình tâm lý:

Là một hoạt động tâm lý cơ động phản ánh hiện thực trước mắt. Xuất hiện và mất đi trong một thời gian tương đối ngắn và nếu kéo dài thì sẽ chuyển sang một quá trình kế tiếp khác.

Muốn có một hình ảnh tâm lý nào, dù là một cảm giác, một ý nghĩ, một tình cảm trước hết phải có quá trình tâm lý. Quá trình tâm lý là một hoạt động tâm lý có khởi đầu, diễn biến và kết thúc nhằm biến những tác động bên ngoài thành hình ảnh tâm lý. Ví dụ: Muốn có hình ảnh về một quả cam, phải có những quá trình cảm giác như nhìn thấy da cam, ngửi thấy mùi cam thơm, nếm thấy vị cam ngọt lùì. Người bác sĩ muốn chẩn đoán một bệnh nhân sau khi thu thập các thông tin, thăm khám bệnh nhân cần phải có một quá trình tư duy để ra một chẩn đoán quyết định.

Quá trình tâm lý là nguồn gốc của đời sống tinh thần. Nó xuất hiện như là yếu tố điều chỉnh dần với hành vi của con người. Có quá trình tâm lý mới có trạng thái tâm lý, có kiến thức, bản lĩnh, có sự phong phú về kinh nghiệm sống.

2. Trạng thái tâm lý:

Là hiện tượng tâm lý tạm thời nhưng tương đối bền vững hơn quá trình tâm lý. Con người bao giờ cũng ở vào một trạng thái tâm lý nhất định, nói cách khác, bao giờ đời sống tâm lý cũng diễn ra trong một trạng thái nào đó như chú ý tập trung hay lơ đãng, phân tán, tích cực hoạt động hay mệt mỏi, ủ ê, thất lạc bồn chồn hay hồ hởi thoải mái, chần chừ do dự hay quyết tâm say sưa ...

Trạng thái tâm lý là đặc trưng của hoạt động tâm lý trong một khoảng thời gian nhất định tạo thành một cái nền khiến cho quá trình tâm lý và thuộc tính tâm lý (đặc điểm tâm lý) diễn biến hoặc biểu hiện ra một cách nhất định. Trạng thái tâm lý nảy sinh từ hoạt động của não, khi đã xuất hiện lại ảnh hưởng trở lại đến sức mạnh và nhịp độ của hoạt động phản ánh, có thể nâng cao hay hạ thấp các hoạt động tâm lý khác. Ví dụ: trạng thái căng thẳng có thể gây ra những lệch lạc trong cảm giác, tri giác, trí nhớ tư duy của đối tượng. Hoặc trạng thái phấn khởi, say sưa dễ làm cho người ta tự tin, lạc quan. Đồng thời trạng thái tâm lý luôn luôn chịu ảnh hưởng của hoạt động tâm lý khác.

Trạng thái tâm lý nếu luôn luôn diễn lại, lâu ngày có thể trở thành nét tâm lý điển hình của một cá nhân.

3. Đặc điểm tâm lý (thuộc tính tâm lý cá nhân):

- Là những nét tâm lý đặc biệt bền vững hình thành từ các quá trình tâm lý và trạng thái tâm lý, có cả yếu tố bẩm sinh hậu phát kết hợp liên quan chặt chẽ. Những quá trình và trạng thái tâm lý

thường xuyên lặp lại trong những điều kiện sống và hoạt động nhất định của con người thì trở thành đặc điểm tâm lý bền vững của nhân cách, gọi là thuộc tính tâm lý cá nhân.

- Các thuộc tính tâm lý cá nhân không trực tiếp phản ánh các tác động bên ngoài như kiểu các quá trình và trạng thái tâm lý, mà là kết quả của sự thống nhất và khái quát các quá trình và trạng thái tâm lý. Xuất hiện trên cơ sở các quá trình và trạng thái tâm lý, các thuộc tính tâm lý cá nhân (đặc điểm tâm lý) đến lượt nó lại có ảnh hưởng sâu sắc đối với các quá trình và trạng thái tâm lý.

- Khi đã hình thành nhân cách thì mỗi quá trình tâm lý, mỗi trạng thái tâm lý đều có những nét đặc thù khiến cho một người này khác biệt với những người khác. Đặc điểm tâm lý tuy cũng biến đổi nhưng bền vững hơn quá trình và trạng thái tâm lý.

- Khi hoàn cảnh sống, điều kiện xã hội, môi trường rèn luyện của con người biến đổi, cả khi thể chất biến đổi (từ trẻ thơ đến lúc tuổi già) thì thuộc tính tâm lý cũng biến đổi theo.

- Sự phân biệt các quá trình, trạng thái, đặc điểm chỉ là một sự tách biệt để phân tích khoa học. Trong thực tế thì quá trình, trạng thái và đặc điểm luôn luôn quyện vào nhau, chi phối lẫn nhau, thể hiện đời sống tâm lý toàn vẹn của một con người.

a) *Sự tương quan giữa các thành phần:*

- Quá trình tâm lý rất biến động.
- Trạng thái tâm lý ít biến động hơn và kéo dài hơn.
- Đặc điểm tâm lý thì bền vững.

b) *Tác động qua lại:*

- Trạng thái tâm lý làm nền cho quá trình tâm lý.
- Đặc điểm tâm lý là do quá trình lặp đi lặp lại của quá trình tâm lý.

c) *Tầm quan trọng:*

Nhân cách đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán nhiều rối loạn và bệnh tâm thần vì thế cần phải nắm đặc điểm nhân cách của từng bệnh nhân.

II. PHÂN TÍCH CÁC THÀNH PHẦN CỦA NHÂN CÁCH

1. Xu hướng:

- Xu hướng là ý định hướng tới mục tiêu nào đó có ý nghĩa đối với đời sống cá nhân đó. Là sự hoạt động của cá nhân đó để đạt được mục đích trong thời gian tương đối dài trong cả cuộc

đời. Xu hướng có đặc tính biểu hiện qua hành động, được hình thành trong quá trình sống do điều kiện khoa học, văn hoá xã hội quyết định.

- Xu hướng bao gồm nhiều thành phần:

- + Niềm tin và thế giới quan.
- + Nhu cầu và động cơ hoạt động.
- + Hứng thú, khuynh hướng, sở thích.
- + Lý tưởng

a. *Niềm tin và thế giới quan:*

- Niềm tin: là quan điểm, nhận thức của cá nhân về tự nhiên và xã hội mà cá nhân đó đã thấm nhuần sâu sắc, cá nhân coi đó là chân lý duy nhất không có gì đáng nghi ngờ nữa.

- Thế giới quan cá nhân là hệ thống các quan điểm, nguyên tắc của cá nhân trong xem xét và giải quyết những vấn đề của hiện thực và của bản thân.

Thế giới quan cá nhân là sự phản ánh tồn tại xã hội. Sự phản ánh này được thực hiện trực tiếp trong điều kiện sống và trong các mối quan hệ muôn màu muôn vẻ của cá nhân trong quá trình sống và hoạt động. Vì vậy thế giới quan cá nhân chịu sự chi phối trực tiếp của thế giới quan xã hội.

Ảnh hưởng của hoàn cảnh sống, của quan hệ gia đình và xã hội tác động trực tiếp đến sự hình thành và phát triển thế giới quan và lý tưởng của cá nhân. Thông qua điều kiện sống của gia đình, qua việc xem xét thái độ, cử chỉ của những người thân và qua sự giao tiếp với những người xung quanh... Mỗi cá nhân tiếp thu và phê phán các sự kiện xảy ra trong gia đình và ngoài xã hội. Tất cả những điều kiện đó đều ghi lại ấn tượng sâu sắc trong mỗi cá nhân và dần dần hình thành ở họ những biểu tượng, những mẫu người lý tưởng, cũng như những quy chuẩn đạo đức, những quan điểm và lẽ sống của cá nhân đối với mọi người và đối với bản thân.

Trong sự tác động của xã hội đối với việc hình thành thế giới quan và lý tưởng cá nhân, nhà trường có vai trò rất quan trọng. Bởi vì nhà trường cung cấp một hệ thống kiến thức về qui luật của tự nhiên và của xã hội, tạo điều kiện cơ bản cho mỗi cá nhân hình thành nên những quan điểm và xác định lý tưởng của mình.

Ảnh hưởng của xã hội, tác động của giáo dục có vai trò rất quan trọng, nhưng yếu tố quyết định sự hình thành và phát triển thế giới quan của cá nhân là sự hoạt động rèn luyện của mỗi cá nhân. Bởi vì việc hình thành thế giới quan và lý tưởng cá nhân không phải chỉ là sự tiếp thu kiến thức ở nhà trường, tiếp thu kinh nghiệm của người khác mà điều cơ bản là phải biến được

những kiến thức đó thành quan điểm, thành niềm tin của cá nhân. Đây là một quá trình rèn luyện, thể nghiệm bản thân lâu dài, phức tạp.

b. Nhu cầu và động cơ hoạt động:

- Nhu cầu là sự cần thiết, sự đòi hỏi mà con người thấy cần phải có, và cần được thoả mãn để tiếp tục phát triển sự sống. Con người cũng có nhu cầu tự nhiên như động vật (bản năng sinh dục, tự vệ, ăn uống) đưa 14 nhu cầu của con người, nhưng khác nhau ở nội dung và phương thức thoả mãn, ở người còn có nhu cầu cao cấp: như nghệ thuật...

- Động cơ hoạt động: nhu cầu được phản ánh trong chủ quan bằng nguyện vọng, xu thế, còn một nhân tố nữa để thúc đẩy hoạt động đó là động cơ:

. Động cơ đơn giản: là những động cơ được thực hiện trong thời gian ngắn.

. Động cơ phức tạp: là động cơ có nhiều mục đích, nhiều hành vi và phải thực hiện trong nhiều năm. Hành vi bề ngoài có vẻ giống nhau nhưng động cơ khác nhau. Ví dụ: học đàn: vì yêu văn nghệ, vì người yếu, vì tự ái ...

c. Khuynh hướng, sở thích, hứng thú:

- Hứng thú là biểu hiện của xu hướng và nhận thức với sự vật và hiện tượng thực tế thường xuyên: hướng ý thức vào đối tượng hứng thú và ít nhiều có hoạt động theo xu hướng đó.

Đặc điểm của hứng thú là làm cho hoạt động được tích cực, làm việc có sáng tạo, hứng thú kèm theo cảm xúc dễ chịu làm việc không thấy mệt mỏi, làm hăng say và hấp dẫn người khác.

- Khuynh hướng: là biểu hiện của xu hướng trong hoạt động có liên quan chặt chẽ với hứng thú. Có thể có hứng thú nhưng chưa chắc đã có khuynh hướng, nhưng có khuynh hướng thì tất có hứng thú.

- Sở thích: là biểu hiện của xu hướng dưới hình thức nhận xét chủ quan thường có màu sắc thẩm mỹ. Có sở thích về mặt vật chất, tâm thần thường liên quan đến khuynh hướng, hứng thú.

d. Lý tưởng cá nhân:

- Là nét đặc trưng nhất trong tâm lý cá nhân, là mục tiêu của cuộc sống được phản ánh vào đầu óc con người dưới hình thức một hình ảnh mẫu mực và hoàn chỉnh, có tác dụng lôi cuốn mạnh mẽ toàn bộ cuộc sống của cá nhân trong một thời gian dài để vươn tới mục tiêu đó.

- Là biểu hiện của xu hướng về mặt mục tiêu cao đẹp mà con người muốn vươn tới: "Lý tưởng là cái vì nó người ta sống và dưới ánh sáng của nó người ta hiểu được cuộc đời".

- Đặc điểm của lý tưởng là biểu hiện cao nhất của xu hướng vì nó mà người ta vươn tới mà huy động năng lực mạnh nhất của tâm thần.
- Là nhân tố tích cực nhất quyết định phương hướng hoạt động.

2. Khí chất:

2.1. *Định nghĩa*: Khí chất là một thuộc tính tâm lý cá nhân rất phức tạp, nó là hình thức biểu hiện của mọi hoạt động tâm lý của con người. Nếu hiện tượng tâm lý ở mỗi người đều phải thông qua đặc điểm riêng của người đó thì khí chất bộc lộ rõ nét nhất những sắc thái của cá nhân, khiến cho sự khác biệt giữa người này với người kia càng nổi bật luôn.

Khí chất là một thuộc tính tâm lý gắn liền với kiểu hoạt động thần kinh tương đối bền vững của cá nhân. Khí chất là động lực của toàn bộ hành vi cá nhân, là đặc trưng chung nhất về cường độ, tốc độ, nhịp độ hoạt động tâm lý của con người.

2.2. *Phân loại*:

Theo Hypocrat ở người có 4 loại khí chất mà sau này người ta chuyển ra 4 loại tương đương:

- Loại máu nóng? - Loại hăng hái (hoạt).
- Loại chất nhờn? - Loại bình thản (trầm).
- Loại mật vàng? - Loại nóng nảy .
- Loại mật đen? - Loại ưu tư (yếu).

Theo quan điểm của Paplov: Khí chất là đặc trưng chung nhất của hành vi con người, đặc trưng này biểu hiện những thuộc tính của hoạt động thần kinh. Cho nên cơ sở sinh lý của khí chất chính là kiểu hoạt động thần kinh cao cấp của con người.

Bằng phương pháp phản xạ có điều kiện Paplov đã khám phá những quy luật của hoạt động thần kinh cao cấp và những thuộc tính cơ bản của quá trình thần kinh. Những thuộc tính cơ bản đó là:

a) *Cường độ của quá trình thần kinh cơ bản là hưng phấn và ức chế*. Cường độ của quá trình thần kinh là chỉ số năng lực làm việc của các tế bào thần kinh và của hệ thần kinh nói chung. Hệ thần kinh mạnh chịu đựng được rất nhiều tác động trong một thời gian dài, còn hệ thần kinh yếu trong những điều kiện đó sẽ bị "nứt vỡ".

b) *Sự cân bằng của quá trình thần kinh*. Tính cân bằng là sự cân đối nhất định giữa các quá trình hưng phấn và ức chế. Những quá trình này có thể cân bằng nhưng cũng có thể không cân bằng. Một quá trình này có thể mạnh hơn quá trình kia.

c) *Tính linh hoạt của quá trình thần kinh*. Tính linh hoạt là mức độ nhanh chóng khi chuyển từ một quá trình này sang một quá trình khác để bảo đảm thích ứng với những biến đổi mạnh và đột ngột của hoàn cảnh.

Sự kết hợp của những thuộc tính này hình thành nên những kiểu riêng biệt của hệ thần kinh:

Loại.....Cường độ.....Thăng bằng.....Linh hoạt

Ưu tư.....Yếu

Nóng nảy.....Mạnh.....Không thăng bằng

Bình thản.....Mạnh.....Thăng bằng.....Không linh hoạt

Hăng hái.....Mạnh.....Thăng bằng.....Linh hoạt

4 loại hình thần kinh trên có cả ở động vật cao cấp. ở người còn có tín hiệu thứ 2.

Dựa vào đó Paplov chia 3 loại:

. Hệ tín hiệu I > II: nghệ sĩ.

. Hệ tín hiệu I = II: trung gian.

. Hệ tín hiệu I < II: lý trí.

Theo Paplov những đặc trưng của các kiểu, loại thần kinh trên đây là cơ sở sinh lý của khí chất, quy định khí chất của con người. Nhưng ông không quan niệm những kiểu này hoàn toàn bẩm sinh là bất biến. Ông cho rằng trong việc hình thành các kiểu thần kinh, những yếu tố bẩm sinh có rất ít mà yếu tố quan trọng là quá trình sinh hoạt của cá nhân trong gia đình, ở trường học, trong quan hệ xã hội và sự hoạt động, rèn luyện của cá nhân.

d) *Phân tích các loại khí chất*:

- Cường độ: Paplov có 2 quá trình hưng phấn, ức chế.

+ Cường độ mạnh: cả 2 quá trình hưng phấn và ức chế đều mạnh.

+ Hưng phấn mạnh: người tích cực, ổn định, tập trung các quá trình tâm lý.

+ Ức chế mạnh: tính kiên trì, tự kiềm chế (cảm xúc hứng thú).

- Thăng bằng: làm việc có kế hoạch, có năng suất, cảm xúc ổn định, tác phong bình tĩnh, khoan thai.

- Mất thăng bằng: làm việc năng suất thất thường, tác phong dễ mất bình tĩnh, tự ái.

- Tính linh hoạt: dễ thích ứng với môi trường.
- Không linh hoạt: khó chuyển từ trạng thái tâm lý này sang trạng thái tâm lý khác.

*** Loại hình thần kinh:**

- Loại hăng hái: mạnh, thẳng băng, linh hoạt.
 - + Cảm xúc biểu lộ rõ rệt, nhạy cảm, lạc quan, dễ vui, dễ buồn, dễ quên.
 - + Tính cách tác phong: dễ tiếp xúc, dễ hời hợt, dễ cắt đứt mối liên hệ cũ.
 - + Hành vi: các nhiệm vụ trung bình có thể hoàn thành tốt.

Nếu loại này kết hợp với hứng thú đầy đủ đúng hướng sẽ hoàn thành tốt các nhiệm vụ trong sinh hoạt. Nếu không thì dễ trở nên phóng túng hao phí năng lượng.

- Loại bình thản: mạnh, thẳng băng, không linh hoạt.
 - + Khí sắc, cảm xúc: nét mặt đơn điệu (mặc dù bên trong có suy nghĩ sâu sắc).
 - + Tính cách, tác phong: chậm chạp, thiếu cương quyết.
 - + Hành vi: suy nghĩ chín chắn trước khi làm, khó chuyển sang việc khác.

Nếu kết hợp hưng phấn đầy đủ: suy nghĩ chín chắn, chậm, chắc. Nếu kết hợp trí tuệ kém phát triển, thiếu hứng thú sẽ trở nên lạnh lùng, bàng quan, cố chấp.

- Loại nóng nảy: mạnh, không thẳng băng.
 - + Cảm xúc rõ, mãnh liệt, nhiều khi bùng nổ nhưng chóng qua.
 - + Tính cách, tác phong: tích cực, nhiều nghị lực, cương quyết.
 - + Hành vi: say mê, có nhiều quyết định táo bạo, đột ngột.

Nếu kết hợp hứng thú trí tuệ đúng hướng thì quyết định nhanh chóng làm được việc lớn. Nếu kết hợp với hứng thú không đầy đủ, không có nghĩa thì bộp chộp, cáu kỉnh, liều lĩnh.

- Loại ưu tư:
 - + Cảm xúc: buồn, trầm, đơn điệu, dai dẳng, ít cởi mở, hay dao động.
 - + Chậm chạp, thiếu cương quyết, kém năng suất.

Nhìn chung đây là loại yếu, tiêu cực. Nhưng nếu biết hợp với tính kiên trì lao động thì sẽ có năng suất tốt do suy nghĩ sâu sắc, lường trước được khó khăn hậu quả.

- Loại nghệ sĩ:

+ Thiên về hoạt động bản năng, cảm xúc, nhạy cảm, dễ bị cảm xúc ám thị.

+ Tư duy hời hợt, yếu về tư duy trừu tượng, thiên về tư duy cụ thể hình tượng.

- Loại lý trí: Hệ II chiếm ưu thế: nặng nề hoạt động lý trí, hay suy nghĩ miên man xa rời thực tế, trừu tượng.

Cảm xúc ít biểu lộ thường đi vào chiều sâu.

Đặc điểm chung của khí chất:

- Có thể biến đổi theo các điều kiện của môi trường, xã hội, giáo dục.

- Mỗi loại khí chất đều có ưu khuyết riêng.

- Trong thực tế thường có loại khí chất phức hợp.

- Trong những điều kiện sinh hoạt khác nhau có thể có biểu hiện những nét khí chất khác nhau.

*** Vị trí của khí chất trong tâm thần học:**

- Là một trong 4 thành phần nhân cách nhưng không phải chiếm vị trí quyết định trọng yếu.

- Ngày nay người ta không tách riêng khí chất mà thường kết hợp, thường nhấn mạnh hơn trong các bệnh tâm căn, nhân cách bệnh.

3. Tính cách:

* Là sự kết hợp đặc biệt của những đặc tính tâm lý cơ bản biểu hiện thái độ của con người với thực tại qua tác phong và hành vi. Trong tính cách có một hệ thống thống nhất các thái độ với thực tại và phương thức quen thuộc đã biểu hiện các thái độ ấy.

* Liên quan: tính cách không tách rời 4 thành phần.

- Tính cách quyết định sự hình thành năng lực.

- Khí chất tô cho tính cách một đặc điểm riêng biệt, tính cách còn có tính xã hội được hình thành trong quá trình sống.

- Tính cách là sự thống nhất giữa các cá biệt.

- Tính cách bao gồm nhiều nét và có liên quan mật thiết với nhau, mỗi nét chỉ có ý nghĩa đầy đủ khi nó kết hợp với nét khác.

Ví dụ: ở người lớn: tính kiên trì + tự phê bình: tính cách tốt; ở trẻ em: tính kiên trì + chưa biết tự phê tính cách xấu (đòi hỏi).

* Phân loại: Những nét tính cách biểu hiện thái độ đối với xã hội, tập thể.

- + Tính tập thể đối lập với tính vị kỷ.
- + Tính nhân đạo đối lập với tính tàn bạo.
- + Tính cởi mở đối lập với tính trầm lặng.
- + Lòng yêu nước đối lập với vô trách nhiệm (tính trách nhiệm).

Biểu hiện thái độ đối với lao động:

- + Tính siêng năng đối lập với tính lười biếng.
- + Tính cẩn thận đối lập với tính cầu thả.
- + Tính sáng tạo đối lập với tính bảo thủ.
- + Tính tiết kiệm đối lập với tính lãng phí, bần thủ .

Các nét tính cách trên có liên quan với nhau, ví dụ tính siêng năng thường kết hợp tính cẩn thận ...

Theo thái độ đối với bản thân:

- + Tính khiêm tốn đối lập với tính tự phụ.
- + Tính tự phê bình đối lập với tính phóng túng.
- + Tính tự trọng đối lập với tính bừa bãi.

Theo những nét phẩm chất của ý trí.

- + Làm việc có mục đích đối lập với tính tản mạn.
- + Tính độc lập đối lập với dễ bị ám thị.
- + Tính quả quyết đối lập với tính dao động.
- + Tính kiên trì đối lập với bốc đồng (thích thì làm, chán thì bỏ).
- + Tính tự kiểm chế đối lập với bùng nổ.
- + Tính kỷ luật đối lập với tính càn quấy.

+ Tính dũng cảm đối lập với tính nhút nhát.

Tất cả những nét nêu trên có thể chia làm 2 nhóm:

I. Biểu hiện xu hướng nhân cách gồm 3 cách chia trên.

II. Biểu hiện phẩm chất ý trí gồm cách chia 4.

Nói đến tính cách, người ta thường chia theo cách thứ 4. Tuy nhiên nhóm I và II vẫn liên quan vì tính cách mạnh nhưng có xu hướng sai thì không có giá trị, còn I tăng mà II yếu thì tiêu cực.

4. Năng lực:

- Là những đặc điểm tâm lý biểu hiện những điều kiện của nhân cách cần thiết để hoàn thành một loại hoạt động nào đó. Một người có nhiều loại năng lực khác nhau. Sự hoàn thành một nhiệm vụ phức tạp đòi hỏi kết hợp nhiều năng lực.

- Năng lực thường chia làm 2 loại:

. Năng lực chung: là năng lực trong một phạm vi rộng: (quan sát sáng tạo)...

. Năng lực riêng: là năng lực trong một phạm vi hẹp: hoạt động đặc biệt gọi là năng khiếu (năng khiếu nhạc, toán...).

- Năng lực có 2 nhân tố xã hội và bẩm sinh:

. Nhân tố xã hội: Năng lực được hình thành và phát triển trong hoạt động ngày càng tinh vi của xã hội để thỏa mãn nhu cầu ngày càng tăng. Năng lực mang tính chất xã hội và lịch sử: do sự phân công lao động và chuyên môn hoá lao động.

. Nhân tố bẩm sinh: có ý nghĩa quan trọng đối với sự phát triển năng lực nhưng bẩm sinh chỉ là một trong những điều kiện để phát triển năng lực (yếu tố quyết định vẫn là xã hội).

** Liên quan giữa năng lực với các thành phần nhân cách:*

+ Sự phát triển năng lực phụ thuộc vào sự rèn luyện của cá nhân về kiến thức, kỹ năng, kỹ xảo.

Kiến thức là cái đã hiểu và ghi nhớ được.

Kỹ năng là những kiến thức đã được vận dụng vào thực tế.

Kỹ xảo là kỹ năng đã được củng cố vững chắc và trở nên tự động.

Nếu có năng lực thì rèn luyện kỹ năng, kỹ xảo trở nên nhanh chóng.

Năng lực là một đặc điểm tâm lý tương đối ổn định ở một cá nhân. Có khi chưa có kỹ năng, kỹ xảo nhưng năng lực đã được biểu hiện.

Liên quan năng lực và xu hướng.

Thường có liên quan chặt chẽ (cá biệt tách rời)

Xu hướng là điều kiện thúc đẩy năng lực nên xu hướng là dấu hiệu đang hình thành năng lực. Cần phân biệt xu hướng mạnh với xu hướng nhất thời. Xu hướng nhất thời thường chỉ để thoả mãn động cơ trong thời gian nào đó, sau đấy sẽ bỏ cuộc giữa đường.

5. Cách thức nghiên cứu nhân cách.

Nghiên cứu nhân cách rất phức tạp và khó, có nhiều phương pháp:

1. Nghiên cứu lịch sử phát triển của nhân cách từ bé đến hiện tại, hỏi trực tiếp và hỏi qua người thân: các thành phần của nhân cách.
2. Phương pháp thực nghiệm tự nhiên: tạo ra hoàn cảnh và theo dõi phản ứng của bệnh nhân. Phương pháp này theo dõi lâm sàng là quan trọng.
3. Phương pháp phân tích những sản phẩm hoạt động của bệnh nhân: nhật ký, thư từ, tranh vẽ, đề án tương lai.
4. Dùng các test tâm lý (test MMPI): Nghiệm pháp liên tưởng tự do, xếp hình khối Lin. Vẽ hình như ý, giải thích các bức tranh và tests chủ đề vô định. Nghiệm pháp test Roischach: cho giọt mực xanh đỏ lên tờ giấy rồi gấp 4 lại cho thành hình loang lổ: bảo bệnh nhân giải thích (hiện ở Việt Nam không áp dụng).

* Khi nghiên cứu nhân cách có điểm chú ý:

Nghiên cứu phản ứng của bệnh nhân khi làm các nghiệm pháp, khi nhận định nhân cách phải tổng hợp các phương pháp lại. Đặc biệt thái độ của bệnh nhân trong khi làm phản ứng rất quan trọng vấn đề kiến thức phải được chú ý (để áp dụng các phương pháp cho phù hợp).

4. CÁC DẠNG RỐI LOẠN TÂM THẦN

I. CÁC RỐI LOẠN ÁM ẢNH SỢ

1. Các biểu hiện triệu chứng:

- Bệnh nhân có thể né tránh hoặc hoạt động rất hạn chế do sợ.
- Họ có thể có nhiều khó khăn trong việc đi đến phòng khám của bác sĩ, đi mua sắm, đi thăm viếng người khác.
- Bệnh nhân đôi khi có các triệu chứng cơ thể (đánh trống ngực, thở nhanh, "hen phế quản"). Phỏng vấn sẽ làm lộ rõ các nỗi sợ hãi đặc hiệu.

2. Các nét đặc trưng để chẩn đoán:

Nỗi sợ hãi mạnh mẽ nhưng vô lý về các vị trí hay sự kiện đặc biệt. Bệnh nhân thường né tránh tất cả các tình huống này.

Các tình huống gây sợ hãi thường gặp là:

- Sợ ở nhà một mình.
- Sợ các vị trí mở.
- Sợ nói trước công chúng.
- Sợ đám đông hoặc nơi công cộng.
- Sợ đi du lịch trong xe buýt, ô tô con, tàu điện hoặc trên máy bay.
- Sợ các sự kiện xã hội.
- Bệnh nhân có thể không dám rời khỏi nhà một mình do sợ hãi.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Nếu các cơn lo sợ chiếm ưu thế, xem Rối loạn hoảng sợ.
- Nếu khí sắc giảm, buồn rầu nổi bật, xem Trầm cảm.
- Nhiều hướng dẫn quản lý có thể có hiệu quả đối với các ám ảnh sợ đặc hiệu (ví dụ: sợ nước, sợ chỗ cao).

4. Các hướng dẫn quản lý:

Thông tin cơ bản cho bệnh nhân và gia đình:

- Âm ảnh có thể điều trị được.
- Việc tránh né các tình huống gây sợ sẽ càng làm cho sợ hãi tăng lên.
- Tiến hành một hệ thống các bước đi đặc biệt có thể giúp bệnh nhân vượt qua nỗi sợ hãi.

5. Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình:

- Khuyến khích bệnh nhân thực hành phương pháp thở có kiểm soát để giảm các triệu chứng cơ thể của sợ.
- Yêu cầu bệnh nhân làm một bảng liệt kê tất cả các tình huống đã làm cho họ sợ hãi và tránh né mặc dù người khác không như vậy.
- Thảo luận cách đấu tranh với các nỗi sợ hãi đã được cường điệu này (ví dụ: bệnh nhân tự nhủ rằng "Tôi đang có cảm giác hơi sợ một chút vì có một đám đông lớn. Cảm giác này sẽ qua đi trong vài phút").
- Đặt kế hoạch với các bước tiến hành để giúp bệnh nhân có thể đương đầu và làm quen với các tình huống gây sợ:
 - Định ra bước đi đầu tiên đến với tình huống gây sợ (ví dụ: đi bộ một đoạn ngắn ra khỏi nhà với một thành viên trong gia đình).
 - Bước đi ban đầu này cần được thực hành một giờ mỗi ngày đến khi bệnh nhân không còn sợ hãi nữa.
 - Nếu tình huống gây sợ vẫn còn gây lo âu, bệnh nhân cần tiến hành thở một cách chậm rãi và thư giãn, tự nhủ rằng sợ hãi sẽ qua đi trong khoảng 30 phút. Bệnh nhân không nên rời khỏi tình huống gây sợ cho đến khi sự sợ hãi lắng dịu đi.
 - Tiến thêm một bước khó khăn hơn một chút và lặp lại điều đó (ví dụ: ra khỏi nhà với thời gian lâu hơn).
 - Không uống rượu hay thuốc chống lo âu trong thời gian ít nhất 4 giờ trước khi thực hiện các bước này.
- Bệnh nhân nên tránh uống rượu hoặc các thuốc bình thản để đối phó với các tình huống gây sợ.

6. Thuốc:

- Sử dụng các phương pháp tư vấn như trên, nhiều bệnh nhân sẽ không cần phải dùng thuốc. Tuy nhiên, nếu có trầm cảm có thể dùng thuốc chống trầm cảm (ví dụ: Imipramin 5 - 150 mg trong 10 ngày).

- Với các bệnh nhân và các triệu chứng ít và không xảy ra thường xuyên..., đôi khi có thể giải quyết được bằng các thuốc chống lo âu (ví dụ: Benzodiazepine).

- Để điều trị rối loạn lo sợ thực hiện (ví dụ: sợ nói trước công chúng) thuốc chẹn β có thể làm giảm các triệu chứng cơ thể.

7. Khám chuyên khoa:

Xem xét khám chuyên khoa nếu lo sợ đã gây rối loạn khả năng hoạt động thông thường cả bệnh nhân (ví dụ: bệnh nhân không thể đi lại ra khỏi nhà) tồn tại dai dẳng. Việc điều trị bằng liệu pháp hành vi nếu có, có thể có hiệu quả cho các bệnh nhân mà các trị liệu trên không có tiến bộ.

II. RỐI LOẠN SỰ THÍCH ỨNG

1. Các biểu hiện triệu chứng:

- Bệnh nhân cảm thấy không thể đương đầu với mọi việc.

- Có thể có những triệu chứng cơ thể liên quan đến stress như mất ngủ, đau đầu, đau bụng, hoặc đau ngực, hồi hộp.

2. Các đặc trưng để chẩn đoán:

- Phản ứng cấp tính đối với những sự kiện gây chấn thương hoặc gây stress mới xảy ra.

- Đau khổ nặng nề do một sự kiện mới xảy ra, hoặc bệnh nhân luôn bận tâm đến sự kiện đó.

- Các triệu chứng khởi đầu có thể có dạng cơ thể.

- Các triệu chứng bao gồm: cảm xúc trầm hoặc buồn, lo âu, lo lắng, cảm thấy không thể đương đầu với mọi việc. Phản ứng cấp tính có thể kéo dài vài ngày tới vài tuần.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Nếu có các triệu chứng rối loạn phân ly (ví dụ: sự xuất hiện đột ngột các triệu chứng dạng cơ thể bất thường hoặc kịch tính).

Các triệu chứng cấp tính có thể tồn tại hoặc phát triển theo thời gian. Nếu những triệu chứng chính tồn tại hơn 1 tháng, cần phải xem xét đến những chẩn đoán khác:

- Nếu các triệu chứng trầm cảm kéo dài, xem Trầm cảm.
- Nếu các triệu chứng lo âu kéo dài, xem Lo âu lan tỏa.
- Nếu các triệu chứng dạng cơ thể kéo dài, xem các Rối loạn dạng cơ thể.
- Nếu các triệu chứng do mất một người thân, xem Rối loạn dạng tang tóc.

4. Hướng dẫn quản lý bệnh nhân:

Thông tin cơ bản cho bệnh nhân và gia đình:

- Những sự kiện gây stress thường có những ảnh hưởng về thể chất và tinh thần.
- Các triệu chứng liên quan đến stress thường chỉ kéo dài vài ngày hoặc vài tuần.

5. Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình:

- Khuyến khích bệnh nhân thực hiện được ý nghĩ riêng biệt của sự kiện gây stress.

Tổng kết và củng cố những bước có lợi mà bệnh nhân đã thực hiện để giải quyết stress:

- Xác định các bước bệnh nhân cần thực hiện để thay đổi những tình huống gây stress.
- Một thời gian nghỉ ngơi ngắn và sự giảm bớt căng thẳng có thể giúp bệnh nhân.
- Khuyến khích bệnh nhân trở lại các hoạt động thường ngày của mình trong vòng vài tuần.

6. Thuốc:

Hầu hết các phản ứng stress cấp tính sẽ được giải quyết không cần sử dụng thuốc. Tuy nhiên, nếu các triệu chứng lo âu nặng xuất hiện, cần sử dụng thuốc giải lo âu (ví dụ: nhóm Benzodiazepine như Lorazepam 0,5 - 1 mg x 3 lần/ngày). Nếu bệnh nhân mất ngủ nặng, có thể dùng thuốc ngủ.

7. Khám chuyên khoa:

Nếu các triệu chứng kéo dài hơn một tháng, cần xem xét để đưa ra một chẩn đoán chính xác hơn (xem phần Chẩn đoán phân biệt). Làm theo sự tư vấn của bác sĩ chuyên khoa để chẩn đoán.

III. RỐI LOẠN HOẢNG SỢ

1. Các biểu hiện triệu chứng:

Bệnh nhân có thể có một hoặc nhiều triệu chứng về cơ thể (ví dụ: đau ngực, chóng mặt, thở nhanh). Các biểu hiện hơn nữa để có một bệnh cảnh điển hình được mô tả bên dưới.

2. Các nét đặc trưng để chẩn đoán:

- Các cơn lo sợ không giải thích được bắt đầu đột ngột, phát triển nhanh chóng và có thể kéo dài chỉ trong vòng một vài phút.
- Các cơn thường xuất hiện với các triệu chứng cơ thể như tim đập nhanh, đau ngực, các cảm giác nghẹt thở, co thắt ở dạ dày, chóng mặt, cảm giác không thực hoặc lo sợ có thảm họa cho cá nhân mình (mất khả năng tự chủ hay bị điên loạn, các cơn nhồi máu cơ tim, chết đột ngột). Một cơn thường dẫn đến nỗi sợ hãi bị một cơn khác và dẫn đến tránh né những nơi mà cơn đã xuất hiện. Bệnh nhân có thể tránh tập thể dục hay các hoạt động khác có thể gây các cảm giác cơ thể tương tự như thấy trong cơn hoảng sợ.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Nhiều bệnh nội khoa có thể gây ra các triệu chứng tương tự các cơn hoảng sợ (loạn nhịp tim, thiếu máu não, bệnh mạch vành, nhiễm độc giáp trạng). Cần tiến hành tìm hiểu bệnh sử và khám xét cơ thể đầy đủ để loại trừ các bệnh lý này.
- Nếu cơn chỉ xuất hiện trong những tình huống gây sợ đặc biệt, xem Rối loạn ám ảnh sợ.
- Nếu khí sắc trầm buồn, xem Trầm cảm.

4. Các hướng dẫn quản lý:

Thông tin cơ bản cho bệnh nhân và gia đình:

- Rối loạn hoảng sợ là phổ biến và có thể điều trị được.
- Lo âu thường gây ra các nhận cảm sợ hãi về cơ thể: đau ngực, chóng mặt, thở nhanh. Đó không phải là các dấu hiệu của một bệnh lý cơ thể: chúng sẽ đi qua khi lo âu đã được chế ngự.
- Lo âu còn gây ra những ý nghĩ: sợ chết, cảm nhận thấy sắp bị điên loạn hoặc mất tự chủ. Các ý nghĩ này cũng qua đi khi lo âu đã được kiểm soát.
- Các biểu hiện lo âu về cơ thể và tâm thần có tác động củng cố lẫn nhau. Việc bệnh nhân chú ý vào các triệu chứng cơ thể sẽ càng làm tăng cường lo sợ.

- Một bệnh nhân cách ly hay tránh né các hoàn cảnh mà cơn hoảng sợ đã xuất hiện sẽ chỉ càng làm tăng thêm nỗi lo âu sợ hãi của mình.

5. Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình:

- Khuyến bệnh nhân thực hiện các bước sau đây khi một cơn hoảng sợ xuất hiện:

- Ngồi tại chỗ cho đến khi cơn hoảng sợ qua đi.
 - Tập trung vào việc chế ngự lo âu song không cần quan tâm đến các triệu chứng về mặt cơ thể.
 - Tiến hành thở chậm, thư giãn, thở quá sâu hay quá nhanh (tăng thông khí) có thể gây ra một số triệu chứng cơ thể của cơn hoảng sợ. Việc kiểm soát nhịp thở sẽ làm giảm các triệu chứng về cơ thể này.
 - Tự nhủ rằng đó là một cơn hoảng sợ; các cảm giác và ý nghĩ sợ hãi sẽ qua đi nhanh chóng.
- Xác định những nỗi lo đã bị khuếch đại và xuất hiện trong cơn hoảng sợ (ví dụ: bệnh nhân sợ rằng mình đang bị nhồi máu cơ tim).
- Thảo luận cách đương đầu với các nỗi lo trong cơn hoảng sợ đó (ví dụ: bệnh nhân phải tự nhủ rằng "Tôi không bị nhồi máu cơ tim. Đó là một cơn hoảng sợ và cơn sẽ qua đi trong vài phút").

6. Thuốc:

- Nhiều bệnh nhân tốt lên sau khi được tư vấn như trên và không cần phải dùng thuốc.
- Nếu cơn hoảng sợ xảy ra thường xuyên và nặng; hoặc nếu bệnh nhân có trầm cảm rõ rệt, có thể điều trị bằng thuốc chống trầm cảm (ví dụ: Imipramin 25mg uống buổi tối tăng dần đến liều 100 - 150 mg uống tối trong 2 tuần). Với các bệnh nhân cơn xảy ra không thường xuyên và các triệu chứng nhẹ, có thể điều trị bằng thuốc chống lo âu trong một giai đoạn ngắn (ví dụ: Lorazepam 0,5 - 1,0 mg cho 3 lần/ngày).

7. Khám chuyên khoa:

- Xem xét khám chuyên khoa nếu cơn hoảng sợ nặng, tiếp diễn sau các đợt trị liệu nêu trên.
- Chuyển sang trị liệu nhận thức, hành vi, nếu có, có thể có hiệu quả với các bệnh nhân không có tiến bộ với các trị liệu trên.
- Hoảng sợ thường gây ra các triệu chứng về mặt cơ thể. Tránh việc khám xét không cần thiết.

IV. RỐI LOẠN DẠNG CƠ THỂ

1. Các biểu hiện triệu chứng:

Có thể xuất hiện bất cứ triệu chứng nào. Các triệu chứng có thể thay đổi nhiều tùy theo nền văn hóa. Có thể có một hoặc nhiều triệu chứng và các triệu chứng có thể thay đổi theo thời gian.

2. Các đặc trưng để chẩn đoán:

- Nhiều triệu chứng cơ thể khác nhau không thể giải thích được (cần hỏi bệnh sử chi tiết và thăm khám tỉ mỉ để xác định điều này).
- Đi khám thường xuyên mặc dù các xét nghiệm đều âm tính.
- Một số bệnh nhân lúc đầu có thể quan tâm làm việc giảm nhẹ các triệu chứng cơ thể. Số khác lại lo bị mắc một bệnh cơ thể và không tin rằng mình không hề bị bệnh (rối loạn nghi bệnh).
- Có thể hay gặp các triệu chứng trầm cảm và lo âu.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Tìm kiếm ma túy để giảm nhẹ cơn đau cũng có thể là một dấu hiệu của rối loạn do sử dụng ma túy, xem Rối loạn do sử dụng ma túy.
- Nếu cảm xúc trầm buồn nổi trội, xem Trầm cảm.
- Nếu có những niềm tin bất thường về các triệu chứng (ví dụ: tin rằng các cơ quan đang bị mục nát), xem Rối loạn thần cấp.
- Nếu triệu chứng lo âu nổi trội, xem Rối loạn hoảng sợ và Rối loạn lo âu lan tỏa.

4. Chỉ dẫn quản lý:

Thông tin cơ bản cho bệnh nhân và gia đình:

- Stress thường gây ra các triệu chứng cơ thể.
- Tập trung vào việc kiểm soát các triệu chứng, không tập trung vào việc phát hiện nguyên nhân của chúng.

5. Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình:

- Cần nhận thức rằng các triệu chứng của bệnh nhân là có thật. Họ không nói dối hoặc bịa ra.

- Hỏi bệnh nhân cái gì gây ra triệu chứng đó? Nỗi lo sợ của họ là gì?
- An ủi bệnh nhân một cách hợp lý (ví dụ: đau bụng không có nghĩa là bị ung thư). Khuyến bệnh nhân không nên quá chú ý vào những lo lắng bệnh tật.
- Thảo luận về những stress tình cảm liên quan đến sự xuất hiện của triệu chứng.
- Các phương pháp thư giãn có thể làm giảm nhẹ các triệu chứng liên quan đến sự căng thẳng (đau đầu, đau cổ, hoặc đau lưng).
- Khuyến khích bệnh nhân tập luyện và tham gia các hoạt động mà họ thích, không cần chờ đến khi các triệu chứng mất hết mới trở lại hoạt động ngày thường.
- Đối với những bệnh nhân bị triệu chứng dai dẳng hơn cần khám bệnh đều đặn.

6. Thuốc:

- Tránh xét nghiệm chẩn đoán không cần thiết hoặc kê một loại thuốc mới mỗi khi có một triệu chứng mới xuất hiện.
- Thuốc chống trầm cảm (ví dụ: Amitriptyline 50 - 100 mg/ngày) có thể có ích trong nhiều trường hợp (ví dụ: đau đầu, khó chịu ở vùng bụng, đau ngực không điển hình).

7. Khám chuyên khoa:

- Tránh chuyển bệnh nhân đến các thầy thuốc chuyên khoa. Bệnh nhân được quản lý tốt nhất ở trong các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu.
- Bệnh nhân có thể khó chịu khi được chuyển sang thầy thuốc tâm thần và có thể tìm sự tư vấn về y tế ở nơi khác.

V. RỐI LOẠN PHÂN LY

1. Các biểu hiện triệu chứng:

Bệnh nhân biểu hiện những tư thế hoặc những triệu chứng cơ thể có màu sắc kịch tính như co giật, quên, mất cảm giác, rối loạn thị lực, liệt, rối loạn định hướng, vong ngôn.

2. Các đặc trưng để chẩn đoán:

Các triệu chứng cơ thể có đặc điểm:

- Biểu hiện khác thường trong cách biểu lộ.
- Không phù hợp với bất cứ một bệnh nhân nào.
- Khởi phát thường đột ngột và liên quan tới các stress tâm lý hoặc những hoàn cảnh khó khăn của từng cá nhân.

Trong những trường hợp cấp tính, các triệu chứng có thể:

- Rất kịch tính và khác thường trong biểu lộ.
- Thay đổi thường xuyên.
- Liên quan đến sự quan tâm của người khác.

Trong những trường hợp mạn tính, bệnh nhân có vẻ bình thường khi kể về các triệu chứng trầm trọng.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Khám cẩn thận để phát hiện những bệnh thực tổn có thể gây ra các triệu chứng đó.
- Cần có một bệnh sử chi tiết và khám thực thể (bao gồm cả khám thần kinh) cẩn thận. Những triệu chứng sớm của các bệnh thần kinh (ví dụ: xơ cứng rải rác) có thể giống các triệu chứng của rối loạn chuyển di.
- Nếu có các triệu chứng cơ thể khác không thể giải thích được, xem phần Rối loạn dạng cơ thể.
- Nếu xuất hiện các triệu chứng trầm cảm, xem phần Trầm cảm.

4. Hướng dẫn quản lý:

Thông tin cơ bản cho bệnh nhân và gia đình:

- Các triệu chứng cơ thể hoặc thần kinh thường không có nguyên nhân thực thể rõ ràng. Các triệu chứng có thể do stress gây ra.
- Các triệu chứng thường khởi nhanh (từ vài tiếng đến vài tuần) và không để lại di chứng.

5. Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình:

- Khuyến khích bệnh nhân tìm hiểu về những stress hoặc những khó khăn gần đây (mặc dù có thể không cần bệnh nhân tìm được sự liên hệ giữa stress và các triệu chứng hiện tại).
- Giúp bệnh nhân củng cố các tiến triển tốt. Cố gắng không làm củng cố các triệu chứng.

- Khuyến bệnh nhân nghỉ ngơi một thời gian ngắn và cố làm giảm nhẹ stress, sau đó trở lại các hoạt động thường ngày.
- Khuyến bệnh nhân không nên nghỉ ngơi quá lâu hoặc rút lui khỏi các hoạt động thường ngày.

6. Thuốc:

- Tránh sử dụng thuốc giải lo âu hoặc thuốc an dịu.
- Trong các trường hợp bệnh kéo dài và có triệu chứng trầm cảm kèm theo, các thuốc chống trầm cảm có thể có ích (ví dụ: Amitriptyline 25 - 50 mg mỗi tối tăng dần đến 100 - 150 mg mỗi tối sau 10 ngày).

7. Khám chuyên khoa:

Cần xem xét việc tham khảo ý kiến chuyên khoa:

- Nếu các triệu chứng tồn tại hơn 6 tháng.
- Để phòng ngừa hoặc điều trị những biến chứng cơ thể của các triệu rối loạn phân ly (ví dụ: co cứng cơ).

5. CÁC CHẤT DẪN TRUYỀN THẦN KINH

I. KHÁI NIỆM

1. Chất dẫn truyền thần kinh:

- * Các chất được coi là chất dẫn truyền thần kinh nhất thiết phải đạt các tiêu chuẩn:
- Là chất được tổng hợp trong các neuron.
- Là chất từ neuron tiền synapse, sẽ được giải phóng vào khe synapse khi có sự khử cực.

- Khi được đưa vào cơ thể như một loại thuốc, chúng sẽ bắt chước tác dụng của chất dẫn truyền thần kinh nội sinh.
 - Có một cơ chế cho sự chuyển thải bay lên làm mất hoạt tính của chất dẫn truyền đó tại các neuron và khe synapse.
 - Sự dẫn truyền các xung đột thần kinh bao gồm sự giải phóng một chất dẫn truyền từ 1 neuron và sự gắn kết phân tử chất dẫn truyền đó vào receptor các neuron khác.
- * Quá trình dẫn truyền hoá học này đã bị tác động bởi hầu hết các thuốc được sử dụng trong tâm thần:
- Tất cả các thuốc chống loạn thần (ngoại trừ Clozapine) đều phát huy tác dụng bằng việc ức chế các receptor D_2 của Dopamine.
 - Tất cả các thuốc chống trầm cảm đều có tác dụng làm tăng cường số lượng serotonin, norepine (hoặc cả 2 loại) ở khe synapse.
 - Tất cả các thuốc giải lo âu đều có tác dụng làm tăng cường số lượng serotonin, norepine (hoặc cả 2 loại) trên các receptor GABA.

2. Các chất điều biến và hormon thần kinh:

"Chất dẫn truyền thần kinh" là thuật ngữ được sử dụng phổ biến khi đề cập đến các tín hiệu hoá học xảy ra giữa các neuron. Tuy nhiên "chất điều biến thần kinh" và "hormon thần kinh" cũng được sử dụng trong một số trường hợp để nhấn mạnh một số đặc tính đặc biệt:

- Tác dụng của các chất điều biến thần kinh: Điều chỉnh đáp ứng của neuron đối với các chất dẫn truyền thần kinh. Tác dụng điều biến này có thể kéo dài hơn sự hiện diện của chất dẫn truyền thần kinh đó. Nghĩa là các chất điều biến thần kinh ít liên quan trực tiếp đến ức chế hay hoạt hoá neuron.
- Chất hormon thần kinh: Là chất được giải phóng vào máu thay vì vào khoang ngoài neuron trong não. Một khi đã vào máu chúng có thể đi vào khoang ngoài neuron gây tác dụng trên neuron.

3. Luật Dale - Feldberg:

Theo luật này một neuron chỉ tiết ra chính một chất dẫn truyền thần kinh trong mọi quá trình, xung đột. Hiện nay người ta thấy rằng trong một neuron cùng tồn tại nhiều chất dẫn truyền. Phổ biến nhất là từng cặp chất peptide. Một số neuron có thể có nhiều chất dẫn truyền thần kinh cùng tồn tại trong một sợi trục thần kinh. Tuy nhiên luật Dale - Feldberg vẫn đúng: trong các neuron có nhiều chất dẫn truyền thì chính xác các chất dẫn truyền đó được giải phóng

trong mọi quá trình xung đột của nó. Điều quan trọng là phải chăng số lượng chất dẫn truyền được giải phóng sẽ điều hoà hoạt động dẫn truyền hay còn có các yếu tố, cơ chế nào khác nữa?.

4. Phân loại chất dẫn truyền thần kinh:

Có 3 dạng chính của chất dẫn truyền thần kinh trong não là:

- Các Amine sinh học (biogenic amine): Là những chất được biết đến trước tiên. Loại này chỉ có ở vài phần trăm các neuron.
- Các Acide amine (amino acide): Tồn tại ở 70% các neuron, song khó phân biệt các acide amine ở hầu hết các loại protein với chính acide amine có tác dụng là chất dẫn truyền thần kinh.
- Các peptide: Số lượng các peptide xong nhiều xong chỉ rất ít các peptide đạt đủ 4 tiêu chuẩn của 1 chất dẫn truyền thần kinh.

II. CÁC AMINE SINH HỌC

Có 6 chất Amine - sinh học là:

1. Dopamin
 2. Epinephrine
 3. Norepinephrine
- (3 chất này cũng được tổng hợp bởi 1 tiền chất là tyrosine và được gọi là nhóm catecholamine).
4. Serotonine
 5. Acetylcholine
 6. Histamine.

Các enzyme cần thiết cho sự tổng hợp các amine sinh học lại được tổng hợp ở thân tế bào thần kinh sau đó đưa xuống các sợi trục. Như vậy thực chất việc tạo ra các chất dẫn truyền thần kinh này là ở tại nơi sẽ giải phóng ra chúng và trữ lượng các amine sinh học luôn được đền bù nhanh chóng (các peptide thần kinh lại được tổng hợp ở thân tế bào sau đó mới được vận chuyển xuống các mặt đoạt sợi trục).

1. Dopamine:

a. *Các hệ thống dopaminergic của hệ thần kinh trung ương:*

Có 3 hệ thống dopaminergic quan trọng nhất trong các hoạt động tâm thần là: Hệ thống nhân đen thể vân, hệ thống trung não hồi viền và hệ thống u phễu.

- Hệ thống nhân đen thể vân (Nigrostriatal tract) phóng chiếu từ các tế bào ở nhân đen (substantia nigra) đến thùy vân (putamen striatum). Khi các receptor dopamine ở các mặt đoạn của hệ thống này bị khoá bởi các thuốc chống loạn thần cổ điển sẽ gây ra tác dụng phụ giống parkinson. Trong bệnh parkinson hệ nhân đen thể vân bị thoái hoá gây ra các triệu chứng về vận động. Người ta thấy có 1 mối liên quan rõ rệt giữa bệnh parkinson và trầm cảm. Hệ thống nhân đen thể vân có thể còn liên quan đến việc kiểm soát cảm xúc.

- Hệ thống trung não hồi viền, trung với vỏ não: Phóng chiếu từ các thân tế bào ở vùng trần trung não (ventral tegmental area - VTA) nằm sát ngay gần nhân đen, để tới gần hết các vùng vỏ não thùy trái và hệ viền. Hệ thống này có thể liên quan đến hệ quả điều trị của thuốc chống loạn thần.

- Hệ thống u - phễu: Thân tế bào nằm ở vùng các hạt nhân (arcuate nucleus) và khu vực xung quanh não thất ở dưới đồi, phóng chiếu đến vùng phễu và thùy trước tuyến yên. Các bệnh nhân dùng thuốc chống loạn thần có thể bị bài tiết prolactin, vì các receptor dopamine trong hệ thống này sẽ bị khoá làm tăng ức chế tác dụng của dopamine.

b. Synapse hệ dopaminergic:

Mặt đoạn sợi trục hệ dopaminergic là nơi tổng hợp ra dopamine từ acid amin tiền chất tyrosine. Quá trình tổng hợp này có vai trò của Tyrosine hydroxylase với sự điều hoà của các protein kinases và protein phosphatases. Một khi dopamine được tổng hợp, chúng sẽ được đưa vào các túi dự trữ trong synapse và sau đó được giải phóng ra khe synapse khi có sự khử cực màng tế bào mặt đoạn sợi trục thần kinh. Tại synapse, dopamine sẽ đi theo 2 con đường chính: thứ nhất dopamine sẽ được tái hấp thu trở lại neuron trước synapse và sau được giải phóng tiếp sau đó. Thứ hai, dopamine sẽ bị chuyển hoá. Có 2 men tham gia vào quá trình chuyển hoá này là monoamine oxidase (MAO) ở trong neuron và catechol - o - methyl transferase (COMT) ở khe synapse. Khi dopamine bị chuyển hoá bởi COMT ở ngoài tế bào, các sản phẩm chuyển hoá này sẽ được tái hấp thu trở lại và neuron và được chuyển hoá tiếp bởi MAO. (Có 2 loại MAO là MAOA và MAOB - MAOB là men chuyển hoá chọn lọc dopamine). Chất chuyển hoá đầu tiên của Dopamine là Homovanilic acid (HVA), người ta có thể nghiên cứu nồng độ HVA trong dịch não tủy, trong máu hay nước tiểu để đánh giá hoạt động dopamine trong hệ thống thần kinh trung ương.

c. Các receptor hệ dopaminergic:

Có 5 loại Receptor dopamine và có thể chia làm 2 nhóm. Nhóm 1 gồm các receptor D₁ và D₅, có tác dụng kích thích việc tạo ra AMP vòng. Receptor D₅ có ái lực với Dopamine mạnh hơn

receptor D₁. Nhóm 2 gồm các receptor D₂, D₃ và D₄. D₂ có tác động ức chế tạo ra AMP vòng (D₃ và D₄ cũng có tác dụng tương tự). D₂ được phân bố tập trung ở nucleus accumbens và một số vùng khác nữa. Receptor D₄ được thấy tập trung ở vùng vỏ não thùy trán. Trước kia người ta cho rằng tác dụng của thuốc chống loạn thần liên quan chủ yếu với ái lực gắn kết của các receptor D₂.

Ngày nay người ta đang nghiên cứu phải chăng chất đối kháng đặc hiệu receptor D₃ và D₄ sẽ có tác dụng chống loạn thần tốt hơn.

d. Dopamine và các thuốc:

Các thuốc chống loạn thần có hiệu quả nhờ sự phong toả các receptor dopamine, đặc biệt receptor D₂. Do vậy việc sử dụng các chất đối kháng receptor D₂ kéo dài sẽ dẫn đến việc thay đổi số lượng các receptor dopamine, dẫn đến triệu chứng loạn động muộn. Các chất khác tác động đến hệ dopaminergic là Amphetamin và Cocaine. Amphetamin luôn giải phóng dopamine còn cocaine phong toả sự tái hấp thụ dopamine, nghĩa là làm tăng số lượng dopamine tại khe synapse. Hệ dopaminergic đặc biệt có liên quan với cái được gọi là hệ thống tưởng thưởng của não (reward system). Điều này có thể cắt nghĩa khuynh hướng gây nghiện của cocaine.

2. Norepinephrine và Epinephrine (về thuật ngữ còn được gọi là hệ noradrenergic và hệ adrenergic).

a. *Hệ thống noradrenergic trung ương*: Thân tế bào noradrenergic (và tập trung) tập trung chủ yếu ở locus ceruleus ở cầu não. Sợi trục các neuron này phóng chiếu qua bó não trước giữa tới vỏ não, hệ viền, đồi thị và dưới đồi.

b. *Synapse hệ noradrenergic và adrenergic*: Cũng như dopamine 2 chất cũng được tổng hợp từ tyrosine với sự tác động của tyrosine hydroxylase.

Khi noradrenergic hoặc Epinephrine được tạo thành, chúng sẽ được đưa vào các túi dự trữ trong synapse để sau đó được giải phóng vào khe synapse khi có sự khử cực. Giống như Dopamine chúng bị khử hoạt tính theo 2 cách: tái hấp thu trở lại vào neuron trước synapse và chuyển hoá bởi MAO và COMT. MAOA chuyển hoá ưu thế với Norepinephrine và Epinephrine (cũng như với serotonin).

c. Các receptor hệ noradrenergic và adrenergic:

Có 2 nhóm receptor là a- adrenergic và b- adrenergic receptor. Các tiến bộ của sinh học phân tử đã phân ra các nhóm nhỏ hơn: 3 loại a₁- receptor, (a_{1a}, a_{1b}, a_{1c}), 3 loại a₂- receptor (a_{2a}, a_{2b}, a_{2c}), và 3 loại b- receptor (b₁, b₂, b₃). Các a₁- receptor dường như có liên quan đến hệ thống đảo ngược phosphoinositol, a₂- receptor có lẽ ức chế việc tạo ra AMP vòng. b- receptor hoạt hoá việc tạo AMP vòng.

d. Norepinephrine và các thuốc:

- Các thuốc chống trầm cảm cổ điển có liên quan nhất với Norepinephrine (các thuốc chống trầm cảm 3 vòng và chất ức chế men MAO). Các thuốc chống trầm cảm 3 vòng ngăn chặn sự tái hấp thu Norepinephrine và (serotonin). Như vậy tác động tức thời của thuốc chống trầm cảm 3 vòng và MAOIs là làm tăng nồng độ Norepinephrine và (serotonin) tại khe synapse. Các thuốc chống trầm cảm thường cần 2 đến 4 tuần mới đạt được hiệu quả điều trị, có nghĩa là do tác động tức thời của thuốc. Tuy nhiên các tác động tức thời đó có lẽ đã dẫn đến thay đổi số lượng receptor b- adrenergic sau synapse từ đó làm cải thiện triệu chứng lâm sàng.

- Hệ thống a- adrenergic còn liên quan đến việc gây ra các tác dụng phụ trong điều trị. Việc phong toả các receptor a- adrenergic thường gây ra buồn ngủ và hạ huyết áp tư thế. Các receptor a₂- adrenergic thường được phân bố ở neuron tiền synapse và sự hoạt hoá các receptor này sẽ làm giảm sản xuất và giải phóng Norepinephrine.

- Các chất đối vận b- adrenergic như propranolon cũng thường được sử dụng trong tâm thần. Các receptor b- adrenergic được phân bố ở neuron sau synapse. Việc ức chế hoạt tính của các receptor này sẽ làm giảm AMP vòng ở neuron sau synapse. Các đối vận b- adrenergic sẽ được sử dụng để điều trị các ám ảnh sợ xã hội, trạng thái bồn chồn bất an và run do litlums.

3. Serotonin:

a. *Hệ thống Serotonergic trung ương:* Vị trí chủ yếu của các tế bào Serotonergic là ở phía trên cầu não và não giữa, đặc biệt là nhân Raphe, vùng postrema, vùng interpeduncular. Các neuron này phóng chiếu đến các hạch đáy não, hệ thống viền và vỏ não.

b. *Synapse hệ serotonergic:* Giống như các catecholamin, serotonine được tổng hợp ở mặt đoạn các sợi trục thần kinh từ acid amine tiền chất là tryptophan. Men cơ bản tham gia chuyển hoá serotonine là MAO, đặc biệt là MAOA. Sản phẩm chuyển hoá đầu tiên là 5 - hydroxy - indoleacetic acid (5 - HIAA)

c. *Các receptor hệ serotonergic:* Có 4 loại receptor serotonergic đã được nhận biết là 5- HT₁, 5- HT₂, 5- HT₃, 5- HT₄. Riêng 5- HT₁ lại có 4 loại nhỏ (5- HT_{1a}, 5- HT_{1b}, 5- HT_{1c} và 5- HT_{1d}).

d. Serotamin và các thuốc:

- Mối liên quan cổ điển giữa Serotonin và các thuốc hướng thần là với các thuốc chống trầm cảm 3 vòng và MAOI. Các thuốc chống trầm cảm 3 vòng và MAOI đã phong toả sự tái hấp thu và chuyển hoá serotonin do vậy làm tăng nồng độ serotonin ở các khe synapse.

- Proxetime là thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin đầu tiên và có hiệu quả trong điều trị trầm cảm. Các thuốc khác thuộc loại này là Proxetime và Sertraline. Tất cả các thuốc này đều rất ít tác dụng phụ so với thuốc chống trầm cảm 3 vòng và MAOI.

- Serotonin còn liên quan đến cơ chế của ít nhất là 2 chất gây nghiện mạnh là lysergic acid diethylamide (LSD) và 3, 4 methylenedioxymeth - amphetamine (MDMA) còn gọi là chất ecstasy. Hệ thống Serotonin có vai trò chính trong tác dụng của LSD xong cơ chế tác động thì vẫn chưa được biết rõ. MDMA có tác động như một chất phong tỏa tái hấp thu Serotonin và làm tăng giải phóng serotonin tại các neuron serotonergic.

4. Acetylcholine:

a. *Hệ thống cholinergic trung ương*: Gồm một số nhóm các neuron từ các hạt nhân cơ bản Meynert phóng chiếu tới vỏ não và hệ viền. Còn có các neuron từ tổ chức lưới phóng chiếu tới vỏ não, hệ viền, dưới đồi và đồi thị. Các bệnh nhân sa sút trí tuệ alzheimer dường như có sự thoái hoá đặc biệt các neuron ở hạt nhân cơ bản meyrert.

b. *Synapse hệ cholinergic*: Acetylcholine được tổng hợp ở các mặt đoạn sợi trục neuron từ choline với sự tác động của men choline - acetyltransfers. Acetylcholine bị chuyển hoá trong khe synapse bởi acetylcholinesterase. Chất choline được giải phóng ra sẽ lại được tái hấp thu trở lại neuron trước synapse để tái tạo lại phân tử acetylcholine mới.

c. *Các receptor hệ cholinergic*: Có 2 dạng receptor cholinergic chủ yếu là muscarine và nicotinic. Có 4 loại receptor muscarine đã được biết đến có tác dụng khác nhau trên AMP vòng, GMP vòng và hoạt tính kênh ion kali. Các receptor muscarine có chất đối kháng là atropine. Các receptor nicotinic thực chất cũng gồm 4 loại nhỏ.

d. *Acetylcholin và các thuốc*: Các thuốc kháng cholinergic được sử dụng phổ biến nhất trong tâm thần là để điều trị các vận động bất thường do các thuốc chống loạn thần cổ điển gây ra. Hiệu quả này tùy thuộc và sự cân bằng giữa hoạt tính acetylcholin và hoạt tính dopamine tại các hạch đáy não. Sự phong tỏa các receptor muscarinic là tác động dược động học chung của nhiều thuốc hướng thần. Điều đó dẫn đến các tác dụng phụ thường gặp là: nhìn mờ, khô miệng, táo bón, bí đái... sự phong tỏa quá mức các receptor cholinergic trung ương có thể gây lú lẫn, mê sảng.

Các thuốc làm tăng hoạt tính cholinergic (ví dụ: tacrine) được thấy có tác dụng điều trị sa sút trí tuệ.

5. Histamine:

Các neuron giải phóng ra histamine nằm ở vùng dưới đồi thị và phóng chiếu lên vỏ não, hệ viền và đồi thị. Các receptor histamine gồm 3 loại H1, H2, H3, phong tỏa receptor H1 là cơ chế tác

động của các thuốc chống dị ứng và là một phần cơ chế tác dụng của một số thuốc hướng thần như: buồn ngủ, tăng cân, giảm huyết áp...

6. Các acide amine:

- Acid amine có tác dụng hoạt hoá chính là glutamate (ngoài ra aspartate và homocysteate cũng có thể tác dụng tương tự) là các acid amine dicarboxylic.

- Acid amine có tác dụng ức chế chính là GABA (ngoài ra glycine cũng là chất đang được quan tâm nghiên cứu) là các acid amine monocarboxylic.

1. *Glutamate*:

* Glutamate được tổng hợp từ một số tiền chất trong các mạch đoạn trong neuron tiền synapse. Khi được giải phóng vào khe synapse, glutamate lại được tái hấp thu trở lại vào neuron tiền synapse và vào các tế bào thần kinh liên. Glutamate là chất trung gian thần kinh cơ bản với vỏ não, đồi thị, các tế bào tháp, và phóng chiếu thể vân vỏ não. Glutamate còn là chất dẫn truyền thần kinh chính tại hải mã. Có 5 loại receptor glutamate đã được biết đến là:

- N - methy - D - aspartate (NMDA - receptor).

- α - amino - 3 - hydroxy - 5 methyl - 4 - isoxazole propionic acid (AMPA. Receptor).

- Kainate receptor.

- 1 - 2 amino - 4 - phosphonobutyrate (AP4 receptor).

- Trans - 1 - aminocyclopentane - 1 - 3 dicarboxylic acid (ACPD - receptor) các trạng thái kích thích do nhiễm độc (excitotoxicity) được cho là do sự kích thích quá mức các receptor glutamate. Điều đó dẫn đến sự tập trung quá mức và kéo dài ion canxi trong các tế bào thần kinh và làm hoạt hoá các enzyme, đặc biệt là men proteases làm phá huỷ neuron.

* Các nghiên cứu cơ bản cho thấy rằng dopamine và glutamate có tác dụng đối ngược nhau. Glutamate có thể liên quan tới bệnh sinh của bệnh parkinson. Glutamate ở vùng hải mã cho cơ chế hoá thần kinh của sự hoạt động và trí nhớ.

2. *GABA (γ - aminobutyric acid)*:

- GABA được tổng hợp từ glutamate bởi men glutamate decarboxylase (GAD) và sự tham gia của pyridoxine (vitamin B₆). Khi được giải phóng vào khe synapse GABA sẽ được tái hấp thu trở lại neuron tiền synapse và các tế bào thần kinh đệm liên kề để sau đó được chuyển hoá tiếp bởi men mitochondrial - associated GABA transaminase (GABA - T). GABA là chất dẫn truyền

thần kinh chủ yếu ở các neuron và có vai trò tác động ức chế ngược. GABA thường cùng tồn tại với các chất dẫn truyền peptide (ví dụ somatostatin, neuropeptide - Y (NPY)...).

- Các receptor hệ GABA gồm 2 loại GABA_a và GABA_b. Receptor GABA là vị trí gắn kết của GABA và benp diafepine. Benp diafepine làm tăng ái lực của receptor GABA với GABA. Hệ thống GABAergic có một vai trò quan trọng trong bệnh sinh của rối loạn lo âu. Nhiều thuốc chống co giật cũng có hiệu lực trên hệ GABA.

III. CÁC PEPTIDE

Trong não người có khoảng 300 chất dẫn truyền thần kinh peptide. Đó là các protein có ít hơn 100 acid amine. Các peptide được tổng hợp ở thân tế bào thần kinh và lúc đầu thường là một dạng dày hơn gọi là các hormon tiền chất (preprohormones). Sau đó chúng được biến đổi thêm trong quá trình đi đến các mặt đoạn sợi trục để dự trữ các túi trong synapse và giải phóng ra các khe synapse. Hoạt tính của các peptide được xác định bởi hoạt tính của các men peptidase. Thêm nữa là các cơ chế điều hoà với các chất dẫn truyền thần kinh khác. Các peptide dẫn truyền thần kinh có thời gian tác động làm bền hơn các amine sinh học và các acide amine. Các peptide có thể đóng vai trò như một chất điều biến thần kinh ở một số synapse. Các receptor peptide tương tự receptor các amine sinh học. Hầu hết các chất dẫn truyền thần kinh peptide đều tồn tại cùng với các chất dẫn truyền thần kinh khác.

Ví dụ:

- Acetylcholine - vasoactive intestinal peptide.
- Dopamine - cholecystokinin, Neurotensine.
- GABA - somatostatine, cholecystokinin.
- Norepinephrine - somatostatin, Enkephalin, Neuropeptide - Y, Neurotensine.

6. TRẦM CẢM

I. TỔNG QUAN VỀ TRẦM CẢM

Trầm cảm là hiện tượng ức chế của các quá trình hoạt động tâm thần với bệnh cảnh lâm sàng gồm các triệu chứng thường gặp như: nét mặt buồn rầu, ủ rũ, mau mệt mỏi, không muốn làm việc, mất hoặc giảm mọi quan tâm thích thú ngay cả những đam mê thích thú cũ, giảm tập

trung chú ý, mất hoặc giảm tự tin, tự đánh giá thấp mình. Quá trình suy nghĩ chậm chạp, ý tưởng nghèo nàn, tự cho mình có tội, bi quan về tương lai. Một số trường hợp trầm cảm nặng, bệnh nhân có thể có ý nghĩ hoặc hành vi tự sát. Trong trầm cảm thường có các triệu chứng của cơ thể như mất ngủ (thường là mất ngủ cuối giấc, thức dậy sớm), hồi hộp, đánh trống ngực, mạch nhanh, đau mỗi xương cơ khớp, sút cân, giảm hoạt động tình dục. Bệnh nhân thường có hội chứng lo âu và những cảm giác căng thẳng, bất an, sợ hãi...

Khoảng vài chục năm gần đây, số người bị rối loạn trầm cảm chiếm tỷ lệ cao trong nhân dân ở hầu hết các nước trên thế giới. Theo ước tính của Tổ chức Y Tế thế giới 5% dân số trên hành tinh của chúng ta có rối loạn trầm cảm rõ rệt. Ở nước ta đã có nhiều công trình nghiên cứu dịch tễ của trầm cảm, trong một nghiên cứu dịch tễ lâm sàng 10 rối loạn tâm thần thường gặp ở 8 vùng sinh thái do Trần Văn Cường và cs năm 2001 cho tỷ lệ trầm cảm là 2,8% dân số.

Người bệnh rối loạn trầm cảm sẽ dẫn đến gián đoạn học tập và khả năng lao động, rối loạn khả năng thích ứng, dần dần tách rời xã hội, chất lượng cuộc sống bị giảm sút sau mỗi giai đoạn là trầm cảm. Càng trở nên trầm trọng khi 20% số họ trở nên mạn tính. Người bệnh có nguy cơ tự sát cao khi bị trầm cảm tái diễn. Trầm cảm gia tăng còn thúc đẩy tỷ lệ lạm dụng rượu và ma túy, không chỉ gây ra những thiệt hại cho cá nhân, rối loạn trầm cảm còn ảnh hưởng lớn đến chất lượng sống của gia đình và xã hội.

Do tính phổ biến và mức độ nghiêm trọng các rối loạn trầm cảm nó đã trở thành một vấn đề lớn ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng một vấn đề thời sự đang được quan tâm nghiên cứu trên nhiều lĩnh vực đặc biệt là hình thái lâm sàng, chẩn đoán, điều trị và nguy cơ tái phát.

II. CÁC BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Giai đoạn trầm cảm điển hình (Major depressive period): Giai đoạn trầm cảm thường hình thành từ từ trong nhiều tuần với biểu hiện của hội chứng suy nhược và khí sắc ngày càng suy giảm sau đó xuất hiện đủ bộ 3 triệu chứng trầm cảm:

- Cảm xúc bị ức chế (Depressed affect): Là triệu chứng chủ yếu nhất biểu hiện bằng cảm xúc buồn rầu biểu hiện ở các mức độ khác nhau: chán nản, thất vọng, có trạng thái buồn chán nặng nề, sâu sắc, buồn không lối thoát dễ dẫn đến tự sát.
- Tư duy bị ức chế (Depressed thinking): Quá trình liên tưởng chậm chạp, hồi ức khó khăn, tư duy bị chìm đắm trong những chủ đề trầm cảm, bi quan, xấu hổ, tủi nhục, bất hạnh, nhiều trường hợp kết tinh thành hoang tưởng bị buộc tội hoặc tự buộc tội dễ dẫn đến tự sát.

. Bệnh nhân thường nói chậm chạp, trả lời câu hỏi khó khăn, nói nhỏ, thì thào từng tiếng một, đôi khi không nói hoàn toàn có khi rên rỉ, khóc lóc.

. Bệnh nhân rất dễ tự sát, ý tưởng tự sát dai dẳng và hành vi tự sát có thể xảy ra bất kỳ lúc nào, nhiều khi bệnh nhân giả vờ khỏi bệnh để về nhà tự sát, lừa thầy thuốc và người thân để thực hiện hành vi tự sát, cho nên phải theo dõi bệnh nhân thật sát sao để ngăn chặn hành vi tự sát.

- Hoạt động bị ức chế (Depressed activity):

Bệnh nhân ngồi im hoặc nằm im lìm hàng giờ, khom lưng, cúi đầu, nằm ép ở giường hàng ngày, hàng tháng, hoạt động bị ức chế hoặc những hành vi đơn điệu, đi lờ đờ, quanh quẩn trong phòng.

- Rối loạn tâm thần khác (Other mental disorders):

. Hoang tưởng, ảo giác xuất hiện nhiều hơn trong hưng cảm. Nội dung thường là bị tội, tự buộc tội, nghi bệnh.

. Ảo thanh nghe tiếng nói tố cáo tội lỗi của mình hay báo trước hình phạt, tiếng khóc tiếng than của đám ma.

. Khả năng chú ý giảm sút do bị ức chế.

- Những rối loạn khác (Other disorders):

. Nhiều rối loạn thần kinh thực vật, tim mạch như: trương lực mạch giảm, mạch chậm, giảm trương lực cơ, hồi hộp đánh trống ngực, cảm giác nghẹn thở, đổ mồ hôi trộm ... nên dễ bị chẩn đoán nhầm sang các bệnh tim mạch, hô hấp ...

. Rối loạn tiêu hoá thường xuyên, chán ăn buồn nôn, lưỡi trắng, táo bón, tiêu chảy, viêm loét dạ dày tá tràng... nên dễ nhầm với các bệnh tiêu hoá.

. Rối loạn tiết niệu như rối loạn tiểu tiện, khó đái, đái rất... dễ nhầm với các bệnh đường tiết niệu...

. Rối loạn nội tiết, sinh dục: Phụ nữ thường mất kinh, rối loạn kinh nguyệt, lãnh cảm; nam thường là liệt dương hoặc cường dương, mất hứng thú tình dục...

III. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

Dù ở mức độ nào điển hình, không điển hình, mức độ nặng, trung bình, hay nhẹ, chẩn đoán trầm cảm ở Việt Nam trong những năm gần đây đều được áp dụng các nguyên tắc chẩn đoán đã được mô tả trong ICD-10. Trong đó phải có các triệu chứng đặc trưng sau:

1. Khí sắc trầm.

2. Mất quan tâm thích thú.

3. Giảm năng lượng, dễ mệt mỏi dù chỉ sau một cố gắng nhỏ.

Và thường có những triệu chứng phổ biến khác là:

1. Giảm sút sự tập trung và chú ý.

2. Giảm sút tính tự trọng và lòng tự tin.

3. Có ý tưởng bị tội, không xứng đáng.

4. Nhìn vào tương lai ảm đạm, bi quan.

5. Ý tưởng và hành vi tự huỷ hoại cơ thể hoặc tự sát.

6. Rối loạn giấc ngủ.

7. Ăn ít ngon miệng.

- Khi trầm cảm nặng thường có triệu chứng "sinh học", trầm cảm đó là: sút cân (5% trọng lượng cơ thể trong vòng 4 tuần), giảm dục năng, ít ngủ, thức giấc sớm, sưng sờ.

- Tình trạng bệnh lý này thường kéo dài ít nhất 2 tuần.

- Ngoài ra trong lâm sàng ở Việt Nam còn sử dụng test BECK để hỗ trợ chẩn đoán và theo dõi trên lâm sàng và kết quả điều trị. Nếu điểm số test BECK từ 14 điểm trở lên thì có thể chẩn đoán là trầm cảm.

IV. NGUYÊN NHÂN

Có nhiều nguyên nhân gây ra trầm cảm, có thể tập trung vào 4 nhóm nguyên nhân chính sau đây:

- *Do sang chấn tâm lý*: Đây là nguyên nhân thường gặp gây trầm cảm. Sang chấn tâm lý hay còn gọi là stress có thể đến từ bên ngoài cơ thể như những mâu thuẫn trong gia đình, bạn bè, công việc... hoặc stress cũng có thể đến từ bên trong cơ thể như bị các bệnh nặng, nan y (HIV-AIDS, ung thư...). Tuy nhiên cần đánh giá đúng mức độ ảnh hưởng của những stress này khi chẩn đoán vì có thể một mình yếu tố stress ấy đã đủ gây ra trầm cảm (những stress nặng, cấp tính như người thân qua đời hay thiên tai thảm khốc... hoặc những stress không nặng nhưng kéo dài, trường diễn như sức ép công việc kéo dài, mệt mỏi trong quan hệ vợ chồng, gia đình, bệnh nặng kéo dài...); tuy nhiên cũng có những stress không đủ mức độ gây bệnh mà chỉ là một yếu tố góp thêm vào những nhân tố có sẵn (như stress trường diễn, dịp này chỉ là giọt nước làm tràn ly, hoặc là trên cơ sở một rối loạn tâm thần tiềm ẩn có trước, nay có dịp bùng phát). Chẩn

đoán đúng mức độ ảnh hưởng của những sang chấn tâm lý này sẽ rất có ích trong điều trị trầm cảm.

- *Do bệnh thực thể ở não:* Như chấn thương sọ não, viêm não, u não... Những rối loạn và tổn thương cấu trúc não này làm giảm ngưỡng chịu đựng stress của cơ thể, chỉ cần một stress nhỏ cũng có thể gây ra các rối loạn cảm xúc, đặc biệt là trầm cảm. Xác định được chính xác và điều trị triệt để nguyên nhân thì có thể điều trị khỏi trạng thái trầm cảm.

- *Do sử dụng các chất gây nghiện hoặc các chất tác động tâm thần:*

Như Heroin, Amphetamin (thuốc lắc), rượu, thuốc lá... Đặc điểm chung của các chất này là giai đoạn đầu thường gây kích thích, sảng khoái, hưng phấn nhưng sau đó thường rơi vào trạng thái trầm cảm, mệt mỏi, uể oải, giảm sút và ức chế các hoạt động tâm thần (giai đoạn ức chế). Như vậy cứ tưởng rằng khi buồn có thể giải sầu bằng rượu nhưng thực ra càng uống rượu vào lại càng buồn, càng trầm cảm thêm.

- *Nguyên nhân nội sinh:* Khi đã loại trừ tất cả các nguyên nhân trên. Do rối loạn hoạt động của các chất dẫn truyền thần kinh trong não như Serotonin, Noradrenalin... thường là dẫn đến trầm cảm nặng, có thể có ý tưởng và hành vi tự sát, kèm theo các rối loạn loạn thần như hoang tưởng bị tội, ảo thanh sai khiến tự sát... Loại trầm cảm này điều trị rất khó khăn và thường dễ tái phát.

V. ĐIỀU TRỊ

1- Nguyên tắc điều trị: Có 10 nguyên tắc sau:

1) Phải phát hiện được sớm, chính xác các trạng thái khác nhau của trầm cảm (kể cả trầm cảm nhẹ, trầm cảm che đậy).

2) Phải xác định được mức độ trầm cảm hiện có ở người bệnh (nhẹ, trung bình hay nặng).

3) Phải xác định rõ nguyên nhân trầm cảm: trầm cảm nội sinh, trầm cảm do căn nguyên tâm lý hay trầm cảm thực tổn (bệnh của não, nghiện chất).

- Trầm cảm nội sinh: Chủ yếu điều trị bằng thuốc chống trầm cảm, kết hợp thuốc giải lo âu, các thuốc hỗ trợ (như vitamin, thuốc bổ...) và liệu pháp tâm lý phối hợp. Cần chú ý theo dõi đề phòng khả năng tự sát ở bệnh nhân trầm cảm, đặc biệt trong 2 tuần đầu khi mà thuốc chống trầm cảm chưa kịp phát huy tác dụng.

- Trầm cảm do căn nguyên tâm lý: Chủ yếu điều trị bằng liệu pháp tâm lý (có rất nhiều phương pháp, trong đó mới nhất là liệu pháp nhận thức hành vi (The Cognitive Behavioural Therapy - CBT) trong đó giáo dục cho người bệnh hiểu rõ về trầm cảm, ý thức được những nguyên nhân cũng như cơ chế gây ra trầm cảm từ đó làm thay đổi hành vi của người bệnh để giúp họ dần

dần thoát ra khỏi trạng thái trầm cảm. Liệu pháp này không chỉ áp dụng trong điều trị trầm cảm mà còn được dùng đối với nhiều rối loạn tâm thần khác như Tâm thần phân liệt, cai nghiện ma túy, các rối loạn hành vi ở thanh thiếu niên...). Ngoài ra cũng cần động viên, an ủi người bệnh, nâng đỡ về mặt tâm thần cho họ, kết hợp thuốc chống trầm cảm, giải lo âu, và các thuốc hỗ trợ khác, nhất là bổ sung vitamin và chất khoáng, vì chính vitamin và những vi chất này có vai trò nâng đỡ cơ thể chống chịu với stress rất tốt.

- *Trầm cảm do bệnh thực tổn ở não*: Chủ yếu là điều trị triệt để nguyên nhân (như điều trị viêm não, mổ cắt u não, hút máu tụ trong sọ não...) kết hợp thuốc chống trầm cảm, giải lo âu và các thuốc hỗ trợ khác.

- Trầm cảm do sử dụng chất gây nghiện, các chất tác động tâm thần khác: Chủ yếu là phải điều trị cai nghiện, sau đó kết hợp thuốc chống trầm cảm, giải lo âu, thuốc hỗ trợ. (Đặc biệt trong điều trị loạn thần do rượu, sau giai đoạn cai nghiện là phải kết hợp điều trị chống trầm cảm, liệu pháp vitamin...).

4) Phải nhận rõ trầm cảm có kèm theo những rối loạn loạn thần khác hay không (hoang tưởng, ảo giác, căng trương lực...).

5) Chỉ định sớm các thuốc chống trầm cảm (Antidepressant) biết chọn lựa đúng nhóm thuốc, loại thuốc, liều lượng thích hợp với từng trạng thái bệnh, từng người bệnh.

6) Phải biết chỉ định kết hợp thích hợp các thuốc an thần kinh khi cần thiết tùy từng thể loại trầm cảm đặc biệt là khi có các triệu chứng loạn thần (hoang tưởng, ảo giác...).

7) Sốc điện (ECT) có thể được áp dụng trong các trường hợp trầm cảm nặng có ý tưởng hành vi tự sát và những trường hợp kháng thuốc.

8) Tránh sử dụng thuốc chống trầm cảm loại MAOIs vì nhiều biến chứng. Không nên sử dụng kết hợp loại này với các thuốc chống trầm cảm khác vì thường gây biến chứng nguy hiểm khi phối hợp thuốc này không đúng.

9) Đi đôi với sử dụng thuốc chống trầm cảm, trong thực hành tâm thần học, người ta còn sử dụng liệu pháp hành vi, liệu pháp nhận thức (như đã trình bày ở trên)...

10) Điều trị trầm cảm khi đạt được kết quả, phải được duy trì ít nhất 6 tháng có theo dõi để duy trì sự ổn định, chống tái phát.

2. Các thuốc chống trầm cảm:

A. TÁC DỤNG CỦA THUỐC CTC:

1. Tác dụng làm tăng khí sắc do đó có tác dụng chống trầm cảm - Antidepressants. Ngoài ra thuốc còn có tác dụng hoạt hoá tâm thần vận động (psychomotor activity).
2. Thuốc chống trầm cảm không gây được khoái cảm và kích thích, thuốc chỉ có tác dụng trên người bệnh trầm cảm mà không có tác dụng hoặc rất ít tác dụng trên người bình thường.
3. Một số thuốc chống trầm cảm còn có tác dụng giảm lo âu, hoảng sợ và chống ám ảnh.

B. PHÂN LOẠI THUỐC CHỐNG TRẦM CẢM:

*** THUỐC CHỐNG TRẦM CẢM 3 VÒNG (Tricycle Antidepressants - TCA)**

1. Phân loại:

- Loại có tác dụng êm dịu, giải lo âu: Amitriptyline, Elavil, Laroxyl, Triptizol...
- Loại có tác dụng hoạt hoá, kích thích: Melipramin, Imipramin, Tofranil.
- Loại trung gian (Anafranil)

2. Cơ chế tác dụng:

- Ức chế tái hấp thu noradrenalin và cả serotonin (neuron trước synapse).
- Do đó làm tăng 2 amine đơn này ở khe synapse.
- Làm tăng hoạt tính gắn kết của hai chất này ở vị trí tiếp nhận ở neuron sau synapse. Dẫn đến tăng dẫn truyền thần kinh làm tăng khí sắc.

3. Chuyển hoá hấp thu:

- Hấp thu bằng đường uống nhanh và hoàn toàn sau 2-4 giờ đạt đến nồng độ tối đa trong máu.
- Có ái lực với các mô có lưu lượng tuần hoàn cao (não, tim, gan, thận) nên dễ gây tác dụng phụ tim mạch (rối loạn nhịp tim, block nhanh, đau ngực).
- Chuyển hoá chủ yếu ở gan, thải trừ chủ yếu qua đường nước tiểu.
- Thời gian bán huỷ trung bình 15-30 giờ tùy từng cá thể.
- Thời gian tác dụng rõ từ 7-14 ngày.

4. Tác dụng phụ: TCA có nhiều tác dụng phụ:

- Anticholinergic: khô miệng, bí tiểu, nhìn mờ, táo bón, giảm trí nhớ, làm trầm trọng thêm bệnh tăng nhãn áp góc đóng.

- Antihistaminic: buồn ngủ, tăng cân.
- Đối kháng alpha; adrenoceptor: giảm huyết áp tư thế đứng.
- Các tác dụng phụ về tim mạch: nhịp nhanh, loạn nhịp, chậm dẫn truyền, tử vong.
- Giảm chức năng tình dục, suy giảm nhận thức và các kỹ năng ứng xử tâm thần vận động, co giật.

5. *Chỉ định:*

- Các loại trầm cảm nặng (nội sinh, tâm sinh, thực tổn).
- Các rối loạn hoảng sợ, lo âu, nghi bệnh, ám ảnh, suy nhược trầm cảm.
- Chán ăn tâm thần, rối loạn giấc ngủ, đái dầm, cơn hoảng sợ ban đêm ở trẻ em.
- Chứng đau đầu Migraine, sau chấn thương sọ não.

6. *Liều lượng sử dụng:* Tùy cá thể phải chọn lựa cho phù hợp

- Amitriptylin 50 - 200 mg
- Imipramin 50 - 200 mg

* CÁC THUỐC CTC ỨC CHẾ MEN MONOAMINO OXYDASE (MAOIs)

Hiện nay ít dùng do có nhiều biến chứng nguy hiểm.

* CÁC THUỐC CTC ỨC CHẾ CHỌN LỰA SEROTONIN (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors - SSRIs)

1. *Phân loại SSRIs:*

Là loại chống trầm cảm mới (1984) gồm: Fluoxetine, Sertraline, Paroxetine...

2. *Cơ chế tác dụng:*

- Ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin ở khe synapse làm tăng sự dẫn truyền của serotonin gây tăng khí sắc.
- Ít tác dụng phụ, dung nạp tốt do đó bệnh nhân dễ chấp nhận điều trị hơn các thuốc CTC TCAs, an toàn khi quá liều.

3. *Chuyển hoá hấp thu:*

- Hấp thu tốt bằng đường uống, đạt nồng độ cao sau 4-8 giờ.

- Được chuyển hoá ở gan.
- Fluoxetine có thời gian bán huỷ dài 2-3 ngày, chất chuyển hoá vẫn còn hoạt tính 7-9 ngày, có thể trên 5 tuần nên khi chuyển sang thuốc khác cần chú ý tương tác nguy hiểm.
- Thuốc có tác dụng sau 1 tuần.
- Một số bệnh nhân không dung nạp.
- Fluoxetine và Paroxetine làm giảm chuyển hoá các thuốc hướng thần khác (nhất là TCAs ...) dễ làm tăng nồng độ của thuốc này trong huyết tương, ảnh hưởng men gan cytochrome P450 2D6.
- Fluoxetine có tác dụng chống lo âu dùng kéo dài có thể gây kích động.
- Thuốc bán huỷ dài (có khi tới 5 tuần) cho nên khi chuyển thuốc khác đặc biệt RMAOIs có thể biến chứng.

4. Các biến chứng:

- Buồn nôn/nôn
- Khô miệng
- Đau bụng
- Táo bón, tiêu chảy
- Nhức đầu, suy nhược
- Chóng mặt
- Mất ngủ, ngủ nhiều
- Toát mồ hôi
- Chán ăn
- Bồn chồn, kích động
- Run, co giật
- Rối loạn chức năng tình dục (giảm dục năng, mất cực khoái).

5. Chỉ định:

- Như đối với CTC 3 vòng, TCA: trầm cảm nặng.

- Rối loạn ám ảnh cưỡng bức (obsessive compulsive disorder).
- Chứng ăn nhiều (bulimia), béo phì (obesity).
- Rối loạn khí sắc chu kỳ.
- Rối loạn hoảng sợ.

6. Chống chỉ định:

- Dị ứng thuốc.
- Không phối hợp với MAOIs và RMAOIs.

7. Liều lượng sử dụng:

- Fluoxetine 10 mg, 20 mg liều bắt đầu là 20 mg/ngày sau đó tăng dần liều đến liều tối đa 80 mg/ngày.
- Paroxetine 10 mg, 20 mg liều bắt đầu là 20 mg/ngày tăng dần lên 10 mg trong 1 tuần, liều tối đa 50 mg/ngày.
- Sertraline 10 mg, 20 mg liều bắt đầu 20 mg/ngày tăng dần đến liều đạt được tối đa 200 mg/ngày trong thời gian 3 tuần.

* THUỐC CTC ỨC CHẾ CHỌN LỰA NORADRENALIN VÀ SEROTONIN (Serotonin - Noradrenaline Reuptake Inhibitor - SNRIs)

- Thuốc CTC SNRIs được phát hiện năm 1996.
- Biệt dược: Venlafaxine (Effexor).
- Có tác dụng ức chế tái hấp thu cả hai loại 5HT và NA tăng dẫn truyền thông tin sau synapse làm tăng khí sắc.
- Không ảnh hưởng tới bất kỳ hệ thống dẫn truyền thần kinh nào khác do đó dẫn đến ít tác dụng phụ.
- Chỉ định đối với các trạng thái trầm cảm kháng thuốc, trầm cảm kết hợp với lo âu.
- Liều lượng: 30 - 50 mg/ngày.
- Tác dụng phụ tùy từng người có thể buồn nôn, rối loạn giấc ngủ, gây tăng huyết áp, vã mồ hôi, run khi dùng liều cao.
- Không kết hợp với thuốc MAOIs.

1. Mirtazapine

- Biệt dược Mirtazapine là: Remeron
- Là chất đối kháng thụ thể alpha 2 adrenoceptor. Do ngăn chặn tự thụ thể (autoreceptor) alpha 2 hai hệ noradrenergic và serotonin ở đầu tận cùng trên synapse, nên nó làm tăng phóng thích NA và 5HT và tăng hoạt tính của noradrenaline và serotonin. Khả năng đối kháng thêm 5HT2 và 5HT3 làm giảm tác dụng phụ serotonergic (buồn nôn, nôn) và cải thiện chức năng tình dục và giấc ngủ.
- Tuy nhiên vẫn có tác dụng phụ tăng cân, tăng cảm giác ngon miệng, chóng mặt, nhức đầu, buồn ngủ.
- Chỉ định: trầm cảm các loại.
- Chống chỉ định:
 - + Mirtazapine tăng tác dụng ức chế thần kinh trung ương của rượu nên uống thuốc phải kiêng trà, rượu.
 - + Không kết hợp với CTC nhóm MAOIs
 - + Cần thận kê toa remeron với diazepam vì tăng tác dụng an thần.

2. Tianeptine

- Biệt dược Tianeptine: Stablon 12,5 mg (1993)
- Là thuốc chống trầm cảm mới có cơ chế tác dụng đặc biệt.
- Tăng tái hấp thu serotonin tại neuron trên synapse.
- Giống các thuốc chống trầm cảm hiệu quả, ức chế phóng thích noradrenaline, làm tăng dopamine ngoài tế bào vỏ não vùng trước trán.
- Tác dụng trên sự hấp thu serotonin, nó làm giảm sự kích thích HPA do sang chấn.
- Tác dụng:
 - Hiệu quả chống trầm cảm và chống lo âu, được chỉ định trong rối loạn trầm cảm lo âu hỗn hợp.
 - Được chỉ định trong trầm cảm sau cai rượu.
 - Thuốc có khả năng dung nạp tốt, hiệu quả nhanh, ít tác dụng phụ, ngăn ngừa tái phát.

- Tác dụng phụ:
- Nhức đầu
- Bồn chồn bất an
- Ít ngủ

3. Nefazodone

- Là thuốc có cơ chế tác dụng ức chế tái hấp thu 5HT tương đối yếu. Là chất đối kháng thụ thể 5HT₂ mạnh.
- Làm tăng dẫn truyền serotoninine thông qua thụ thể 5HT_{1A} hậu synapse.
- Tác dụng tăng khí sắc, chống trầm cảm, cải thiện giấc ngủ tốt.
- Ít tác dụng phụ như rối loạn tình dục (tác dụng phụ của TCAs, SSRIs).
- Tác dụng phụ như buồn nôn, nôn, nhức đầu.

C. HỘI CHỨNG SEROTONIN KHI SỬ DỤNG THUỐC CTC:

- Thường do CTC 3 vòng kết hợp MAOIs hoặc CTC 3 vòng kết hợp SSRIs.
- Biểu hiện triệu chứng:
- Lú lẫn
- Kích động, bồn chồn (agitation, restlessness)
- Kích thích hưng phấn (hypomaniac)
- Giật cơ (myoclonus)
- Vã mồ hôi
- Run rẩy
- Sốt cao.
- Cần chẩn đoán phân biệt với hội chứng ATK ác tính.

D. KHÔNG ĐÁP ỨNG VỚI THUỐC CHỐNG TRẦM CẢM

Khi sử dụng thuốc chống trầm cảm không đạt được kết quả, cần xem xét nguyên nhân sau:

1. Chẩn đoán trầm cảm có đúng hay không?
2. Có bỏ sót các triệu chứng loạn thần đi kèm theo hay không?
3. Chọn nhóm thuốc, loại thuốc, liều lượng có phù hợp hay không?
4. Thời gian điều trị đã đạt chưa?
5. Bệnh nhân có tuân thủ điều trị của bác sĩ hay không?
6. Các bệnh lý cơ thể, tâm thần kèm theo?
7. Có lạm dụng rượu hoặc ma túy hay không?

7. RỐI LOẠN CẢM GIÁC - TRI GIÁC

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 lẫm 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: 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, loại ảo giác này có tính chi 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 (ảo giác tâm thần giác quan):

- *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.

- *Ảo thị*: Rất đa dạng, có thể là những vật sáng hoặc thấy người, hoặc những 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.

- *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.

- *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.

- *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, dẫn 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 (ảo giác tâm thần):

- Là loại ảo giác mà bệnh nhân 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 F48.1 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”, bệnh nhân 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, bệnh nhân 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 bệnh nhân 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.

8. CÁC RỐI LOẠN KHÍ SẮC

I. KHÁI NIỆM

Rối loạn khí sắc là thuật ngữ dùng thay thế rối loạn cảm xúc.

- Cảm xúc là gì? là biểu hiện nhất thời, ngắn ngủi của trạng thái tình cảm: vui, buồn, giận, ghét, yêu thương...
- Khí sắc là một tâm trạng, một trạng thái tình cảm lâu dài, bền vững hơn.
- Sự biến đổi khí sắc kèm theo thay đổi mức độ hoạt động chung. Đa số các rối loạn đó có tính chất tái diễn và khởi phát thường có liên quan đến sự kiện hoàn cảnh gây stress (sang chấn tâm lý).

Rối loạn khí sắc là một lĩnh vực rộng lớn. Tỷ lệ bệnh tăng ngày một nhiều. Theo tài liệu thế giới hơn 4% dân số.

Rối loạn khí sắc hay tái phát, bệnh nhân thường được khám ở phòng khám đa khoa. Có thể được chẩn đoán là lo âu hoặc bệnh cơ thể.

- Giai đoạn hưng cảm: Trạng thái hưng cảm gồm tam chứng:

1. Khí sắc tăng.
2. Nhịp độ tư duy nhanh (hưng phấn trí tuệ).
3. Kích động tâm thần vận động (về ngôn ngữ và vận động).

1. Khí sắc tăng:

- Người bệnh có cảm giác sảng khoái, hoàn toàn khỏe mạnh. Cảm thấy rất thoải mái, mọi vật sáng rực, người tràn đầy nghị lực, sức khỏe hoàn hảo vô cùng. Quá khứ và tương lai đều được đánh giá với một sắc thái hoan hỷ, phấn khởi.

- Nhìn điệu bộ hành vi, nét mặt của họ, có thể phán đoán người bệnh tăng khí sắc: họ hầu như thường xuyên vui vẻ, cười đùa ầm ĩ về một lý do không đáng kể, giấu cợt, không để ý đến hoàn cảnh xung quanh. Họ múa may, điệu bộ, động tác nét mặt cởi mở, truyền cảm. Đang vui vẻ, người bệnh có thể trở nên giận dữ nhất thời do căn nguyên không đáng kể.

2. Nhịp độ tư duy nhanh (hưng phấn trí tuệ):

- Dòng tư duy và biểu tượng trôi rất nhanh, thay đổi mau lẹ. Tư duy nông cạn, liên tưởng nhanh rất dễ mất tập trung, tăng trí nhớ.

- Họ là những người có tài năng, thường tự đánh giá cao, có thể đạt tới mức độ hoang tưởng tự cao tự đại, chủ yếu tài ba, địa vị và khả năng. Lời nói có nhiều điều tưởng tượng hảo huyền, không bền vững; người ta có thể thuyết phục bệnh nhân từ bỏ một cách dễ dàng.

3. Kích động tâm thần vận động:

- Phù hợp với tăng khí sắc thường kết hợp với kích động ngôn ngữ và vận động. Người bệnh nói hầu như thao thao bất tuyệt, giọng nói trở nên khàn. Người bệnh luôn vận động, khó ngồi yên một chỗ, người bệnh can thiệp vào công việc của người khác nhưng làm không có hiệu quả, có khi dẫn đến tình trạng cãi cọ, xung đột liên miên, cũng như hành vi kiêu căng.

- Kích động có thể mang tính chất công kích giận dữ, tấn công hỗn độn, cuồng bạo, kèm theo các rối loạn khác:

. Chú ý giảm (kém tập trung).

. Tăng trí nhớ.

. Tăng tình dục.

. Ăn nhiều nhưng vẫn sút cân.

. Mạch nhanh, huyết áp tăng không đều.

. Phụ nữ rối loạn kinh nguyệt.

- Bệnh xuất hiện từng thời kỳ, ngoài thời kỳ bệnh, bệnh nhân biểu hiện bình thường.

- Một số trạng thái nhẹ gần như bình thường. Tỷ lệ nữ > hơn nam 2/1.

Tuổi phát bệnh 11 - 20 tuổi: 25%, 21 - 30 tuổi: 41%. Tuổi khác cũng có, thường gặp 15 - 30 tuổi.

II. CÁC BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Theo ICD10 - Rối loạn khí sắc chia ra:

- Giai đoạn hưng cảm F30
- Rối loạn cảm xúc lưỡng cực F31
- Giai đoạn trầm cảm F32
- Rối loạn trầm cảm tái diễn F33
- Các rối loạn khí sắc dai dẳng F34

1. Giai đoạn hưng cảm - F30.0:

Là trạng thái tăng khí sắc tương đối nặng làm cho bệnh nhân không thích ứng với hoàn cảnh xung quanh, sinh hoạt gia đình. Tăng năng lượng hoạt động tâm thần: Nói nhiều, giảm tập trung chú ý.

** Hưng cảm nhẹ - F30.0.*

- Tăng khí sắc nhẹ và dai dẳng kéo dài nhiều ngày.
- Tăng năng lượng và hoạt động cơ thể, tâm thần, thường có cảm giác thoải mái, có hiện tượng tăng tình dục và giảm nhu cầu ngủ, khả năng tập trung chú ý giảm.
- Không làm gián đoạn công việc hoặc trở ngại giao tiếp xã hội.

** Hưng cảm không có triệu chứng loạn thần - F30.1.*

- Khí sắc tăng cao không tương xứng với hoàn cảnh có thể từ vui vẻ vô tư đến kích động gần như không thể kiểm tra được.
- Tăng năng lượng gây hoạt động thái quá: nói nhanh, giảm nhu cầu ngủ. Mất khả năng kiềm chế bản thân. Giảm khả năng tập trung chú ý. Dễ trí nhớ, tự cao quá mức, ý tưởng khuếch đại hoặc quá lạc quan nên có hành động không thực tế: tiêu tiền quá mức, đam mê si tình, đua tếu, công kích, can thiệp vào công việc của người khác.

- Phải kéo dài ít nhất một tuần.

- Làm gián đoạn đến công việc hàng ngày.

** Hưng cảm có triệu chứng loạn thần - F30.2.*

- Hoang tưởng tự cao hay tôn giáo.

- Cấu kỉnh, ngờ vực, trở thành hoang tưởng bị hại.
- Tư duy phi tán.
- Kích động lố lằng, hung bạo và sao nhãng ăn uống, vệ sinh cá nhân.
- Đáp ứng tốt với thuốc an thần kinh, trở lại mức độ tương đối bình thường nhưng vẫn còn hoang tưởng hoặc ảo giác.

2. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực - F31:

- Là giai đoạn lặp đi lặp lại (ít nhất 2 lần), các mức độ khí sắc và hoạt động của bệnh nhân bị rối loạn đáng kể. Một số tăng khí sắc, tăng năng lượng số khác ngược lại hoặc xen kẽ.
- Bệnh phục hồi hoàn toàn giữa các giai đoạn.
- Tỷ lệ mắc bệnh ở 2 giới gần như bằng nhau.
- Các giai đoạn hưng cảm, trầm cảm thường xảy ra sau stress.
- Giai đoạn hưng cảm bắt đầu đột ngột, kéo dài từ 2 tuần đến 4,5 tháng trung bình 4 tháng. Trầm cảm kéo dài lâu hơn 6 tháng (hiếm hơn 1 năm).
- Giai đoạn đầu xảy ra ở bất cứ lứa tuổi nào.
- Thuật ngữ loạn thần hưng trầm cảm trước kia bao gồm cả bệnh nhân trầm cảm. Nay đồng nghĩa với rối loạn cảm xúc lưỡng cực.

Tuỳ theo giai đoạn bệnh hiện tại người ta phân chia thành:

- Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn hưng cảm nhẹ. F31.0.
 - . Đáp ứng F30.0. và;
 - . Một giai đoạn rối loạn cảm xúc trước đó: hưng cảm, trầm cảm, hỗn hợp.
- Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn hưng cảm không có triệu chứng loạn thần F31.1.
 - . Đáp ứng F30.1 và;
 - . Một giai đoạn trước đó.
- Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn hưng cảm có loạn thần F31.2
 - . Đáp ứng F30.2 và;

- . Một giai đoạn trước đó.
- Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn trầm cảm nhẹ hoặc vừa F31.3
- . Đủ tiêu chuẩn trầm cảm F32.0 hoặc F32.1.
- . Một giai đoạn trước.
- Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn trầm cảm nặng, không có triệu chứng loạn thần F31.4.
- . Đủ tiêu chuẩn F32.2 và;
- . Một giai đoạn trước.
- Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại trầm cảm nặng có triệu chứng loạn thần F31.5
- . Đủ tiêu chuẩn F32.3 và;
- . Một giai đoạn trước.
- Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn hỗn hợp F31.6.
- . Hiện tại hưng cảm nhẹ và trầm cảm ≥ 2 tuần.
- . Trước hỗn hợp.

Các giai đoạn hiện tại ≥ 2 tuần.

III. XÉT NGHIỆM

- Các xét nghiệm cơ bản.
- X quang sọ não.
- Điện não đồ, lưu huyết não.
- Thử nghiệm tâm lý: Test Beck, Hamilton.
- Các XN khác nếu cần.

IV. CHẨN ĐOÁN VÀ TIÊN LƯỢNG

+ *Nguyên tắc:*

- Tăng hoạt động và thay đổi khí sắc phải xuất hiện ít nhất nhiều ngày liên tục (1 tuần).

- Biểu hiện mức độ dai dẳng.
- Có trở ngại đáng kể đối với công việc hay hoạt động xã hội.
- Không tiếp tục được công việc kèm theo tính tự cao và lạc quan.
- Có hoang tưởng tự cao, hoang tưởng bị hại ghi mã F30.2.

+ Phân biệt:

- Hưng cảm nhẹ khác F34 các rối loạn khí sắc (cảm xúc) dai dẳng gồm: khí sắc chu kỳ (F34.0):
 - . Không có stress.
 - . Ở lứa tuổi trẻ 15-20 tuổi.
- Tăng hoạt động (kèm theo sút cân) cần phân biệt với rối loạn tâm thần trong cường giáp trạng. Với chán ăn tâm thần (thanh niên) với trầm cảm kích động ở tuổi trung niên.
- Nếu có ý tưởng ám ảnh, với ám ảnh nghi thức F42.
- Nếu có hoang tưởng mở rộng và kích động dữ dội làm mờ đi rối loạn cảm xúc khác, với tâm thần phân liệt.
- Rối loạn phân liệt cảm xúc (hoang tưởng và rối loạn cảm xúc xuất hiện nổi bật, đồng thời).

+ Tiên lượng:

- Điều trị tốt - tiến triển ổn định trở lại bình thường.
- Có trường hợp chỉ một cơn trong đời.
- Có thể tái diễn cơn hưng cảm hoặc xuất hiện giai đoạn trầm cảm xen lẫn.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Giai đoạn hưng cảm:

- + Clorpromazine 200 500 mg/ngày tiêm bắp hoặc uống.
- Haloperidol 5-10 mg/ngày tiêm bắp.
- Sau một tuần bệnh yên tĩnh và 4 tuần ổn định.
- Thời gian điều trị: 2 - 3 tháng.
- Liều duy trì Aminazine 100-150 mg/ngày.

+ Lithium - điều trị tốt cơn hưng cảm và phòng ngừa 8 - 10 ngày bệnh nhân yên tĩnh và 4 tuần Ổn định.

Liều tấn công 1800 mg/ngày.

Liều phòng bệnh 150-900 mg/ngày.

+ Có thể dùng Carbamazepine khi Lithium thất bại.

+ Kết hợp với bình thản Zepine.

+ Vitamine

+ Chế độ ăn

+ Tâm lý liệu pháp.

2. Giai đoạn trầm cảm:

- Mélipramine (Imipramine, Tofranil): 150-300 mg/ngày, dùng vào sáng và trưa. Sau 2 tuần thuốc có tác dụng giảm liều dần đến 75-100 mg/ngày thời gian điều trị 2 - 3 tháng.

- Có hoang tưởng hoặc kích động dùng an thần kinh: Levomepromazine - Tisercine: 100-200 mg/ngày. Hoặc an thần kinh hoạt hoá khác Sulpiride - Dogmatil.

- Trầm cảm + lo âu nên dùng: Amitriptyline - Laroxyl - Elavil: 150-200 mg/ngày, có thể uống buổi chiều kết hợp với Benzodiazepine. Có thể phối hợp Mélipramine 100-150 mg với Aminazine 100-150 mg/ngày.

Chú ý:

- Không cắt thuốc sớm vì xuất hiện cơn trầm cảm tiếp diễn.

- Có dấu hiệu hưng cảm phải giảm hoặc ngừng thuốc.

- Nếu có ý tưởng tự sát nên dùng ECT + thuốc chống trầm cảm.

- Giải thích cho bệnh nhân không sợ nghiện thuốc. Thuốc không có tác dụng ngay (2-3 tuần thuốc mới có tác dụng).

- Giải thích khi có tác dụng phụ.

- Giấc ngủ và ngon miệng hồi phục đầu tiên rồi đến hồi phục năng lực, cuối cùng thoải mái.

- Nên chọn một loại thuốc 3 vòng.

- Nếu đã ở liều tối đa 4 - 6 tuần chưa cải thiện thì thêm Lithium 2 - 3 tuần nữa.
- Duy trì thuốc tối thiểu trong sáu tháng - sau đó giảm liều dần.
- Liệu pháp ECT nếu thuốc không cải thiện.

- Liệu pháp tâm lý:

Tâm lý ngắn hạn.

- Nhận thức, liệu pháp hành vi - liệu pháp gia đình.
- Liệu pháp gây mất ngủ - ánh sáng.
- Liệu pháp phân tâm.
- Dùng chống trầm cảm thế hệ mới.
 - . Prozac 20-60 mg/ngày.
 - . Stablon 12,5mg x 3 viên/ngày.
 - . Zoloft - Sertraline 50mg - liều duy nhất trong ngày 50-200 mg.

VI. PHÒNG BỆNH

- Lithium.
- Carbamazepine.
- Môi trường xã hội lành mạnh tránh stress - căng thẳng.

9. RỐI LOẠN Ý THỨC

I. KHÁI NIỆM CHUNG VỀ Ý THỨC

1. Theo nghĩa rộng (triết học, giáo dục học, tâm lý học):

a) *Định nghĩa:*

Ý thức là một hoạt động tổng hợp các quá trình tâm thần khác nhau, có đặc tính phản ánh ở mức cao nhất, toàn diện và chính xác nhất hiện thực khách quan. Tóm lại đó là toàn bộ sự hiểu biết của con người về thiên nhiên, xã hội và bản thân.

b) Cơ sở vật chất của ý thức là bộ não của con người.

Bộ não súc vật các cấp có tạo nên được ý thức không? Không, vì hoạt động tâm thần ở chúng chỉ phát triển đến mức tư duy cụ thể, đơn giản (vượn người: Ví dụ chúng có thể biết dùng que, treo cao để hái quả). Chỉ ở con người mới có tư duy trừu tượng và cao hơn là ý thức.

c) Sự xuất hiện của ý thức.

Ý thức có phải là bẩm sinh không? Không, mà chỉ có cơ sở vật chất của ý thức (bộ não người) là bẩm sinh mà thôi.

Điều kiện để cho ý thức hình thành là thông qua lao động và lời nói, đó là phương tiện giao tiếp giữa người và người.

d) Cơ sở sinh lý học của ý thức.

Ý thức là một hoạt động tổng hợp toàn vẹn và phức tạp của hệ thần kinh từ cơ quan tiếp thu kích thích ngoại biên cho đến tận cùng của các phân tích quan ở vỏ não. Vỏ não làm nhiệm vụ phân tích, tổng hợp các kích thích hiện tại trong mối liên hệ phức tạp với dấu vết các kích thích cũ.

Điều kiện cơ bản để tồn tại hoạt động có ý thức là:

- Con người phải ở trong trạng thái tỉnh táo.
- Vỏ não phải ở trong trạng thái hưng phấn (nhờ quá trình hoạt hoá từ dưới vỏ mà chủ yếu là từ cấu tạo lưới đến vỏ não).

e) Cấu trúc của ý thức (từ thấp đến cao) bao gồm:

- Quá trình nhận thức cảm tính: Là cảm giác và tri giác, đem lại cho chúng ta hình ảnh của sự vật, hiện tượng. Những hình ảnh này cho chúng ta thấy được sự tồn tại của thế giới khách quan, làm ranh giới giữa thức và ngủ, giữa bình thường và bệnh lý.
- Nhận thức lý tính: Chủ yếu là tư duy, giúp con người nhận thức được các mối liên hệ giữa các sự vật hiện tượng. Mà những mối liên hệ này có những cái mang tính quy luật, biểu thị được bản chất của sự vật (điều này không thể nhận biết được bằng cảm giác, tri giác). Chính nhờ nhận thức lý tính này đã mở rộng rất nhiều khả năng và phạm vi hiểu biết của con người.
- Hoạt động: Là bậc cao nhất của ý thức.

Phần lớn những hiểu biết, kiến thức của con người được truyền lại theo cơ chế lĩnh hội kinh nghiệm xã hội lịch sử và diễn ra trong quá trình hoạt động và giao tiếp.

Những kiến thức hiểu biết đó lại được đưa ra sử dụng trong hoạt động và mọi hoạt động của con người đều nhằm vào việc chinh phục đối tượng để thoả mãn nhu cầu. Cứ như vậy, kiến thức của nhân loại được nhân lên mãi.

2. Theo nghĩa trong lâm sàng Tâm thần học.

Ý thức được hiểu theo nghĩa hẹp hơn. Chủ yếu ở đây là nghiên cứu mức độ sáng sủa, tỉnh táo của tâm thần, nghiên cứu mức độ nhận thức của bệnh nhân về bản thân mình và mối liên hệ giữa bản thân mình với môi trường xung quanh. Bao gồm:

a) *Định hướng không gian*: Biết mình đang ở đâu, chỗ mình ở cách trung tâm thành phố bao xa...

b) *Định hướng thời gian*: Biết ngày, tháng, năm, giờ...

c) *Định hướng bản thân*: Biết lý lịch về bản thân mình, biết trạng thái bệnh tật của mình...

d) *Định hướng về những người xung quanh*: Biết những người xung quanh mình là ai, làm gì...

II. CÁC HỘI CHỨNG RỐI LOẠN Ý THỨC

Thường chia ra 2 loại lớn:

- Các hội chứng ý thức bị loại trừ.

- Các hội chứng ý thức bị mù mờ.

Sự phân chia này cũng chỉ có tính chất tương đối và quy ước, ví dụ nhiều triệu chứng của các hội chứng khác nhau lại có trong một trạng thái như trạng thái mê sảng - lú lẫn, trạng thái hoàng hôn còn định hướng... hoặc trong hội chứng ảo giác - Paranoid khó nhận định là ý thức có bị rối loạn không?.

A. Các hội chứng ý thức bị loại trừ:

Dựa vào các tiêu chuẩn:

a) Năng lực định hướng.

b) Khả năng phản ứng trước kích thích của môi trường.

c) Các phản xạ thần kinh thể hiện mức độ bị ức chế.

d) Không có các triệu chứng tâm thần nặng như ảo giác, hoang tưởng, kích động...

- Tiến triển: Có thể xuất hiện và tiến triển từng mức độ từ hội chứng u ám đến hội chứng hôn mê hay có thể xuất hiện ngay hội chứng bán hôn mê hoặc hôn mê tùy theo cường độ tác động của nhân tố có hại đối với hoạt động của não.

- Thường gặp ở những bệnh nhân có tổn thương thực thể ở não và bệnh cơ thể có ảnh hưởng nhiều đến hoạt động của não.

Các hội chứng ý thức bị loại trừ:

Các tiêu chuẩn	Hội chứng ý thức u ám	Hội chứng ngủ gà	Hội chứng bán hôn mê	Hội chứng hôn mê
Năng lực định hướng	Rối loạn nhẹ, ý thức như bị phủ sương mù, BN còn phân biệt không gian, thời gian, bản thân.	Định hướng về không gian, thời gian, bản thân không rõ ràng, khi mất, khi còn.	Mất hoàn toàn	Mất hoàn toàn
Khả năng phản ứng với kích thích (gọi, lay, cấu véo, châm kim)	Phản ứng với kích thích chậm chạp, không hiểu ngay nội dung câu hỏi, bàng hoàng, ngờ ngác.	Chỉ phản ứng với những kích thích mạnh (lay gọi, hỏi to, hỏi nhiều lần).	Không phản ứng với yêu cầu bác sĩ. Châm kim thật đau mới có phản ứng.	Không phản ứng
Phản xạ thần kinh thể hiện mức độ bị ức chế			Giảm các phản xạ đồng tử với ánh sáng, phản xạ giác mạc, phản xạ gân xương giảm nhiều	Mất các phản xạ
Xuất hiện phản xạ bệnh lý			Phản xạ bệnh lý xuất hiện rõ	Phản xạ bệnh lý xuất hiện rõ
Trí nhớ	Còn	Quên không hoàn toàn	Quên hoàn toàn	Quên hoàn toàn
Đặc điểm của	Có thể là giai đoạn khởi đầu để			Chỉ còn hoạt động của các

hội chứng	chuyển sang các hội chứng ý thức bị mù mờ.			trung khu quan trọng bảo đảm đời sống thực vật như tuần hoàn, hô hấp.
-----------	--	--	--	---

B. Các hội chứng ý thức bị mù mờ:

(Có rối loạn tâm thần nặng kèm theo).

Các hội chứng này có 4 đặc điểm chung sau:

- Bệnh nhân tách rời khỏi thế giới bên ngoài: Tri giác khó khăn hoặc mất tri giác sự vật xung quanh.
- Bệnh nhân có rối loạn nhiều hoặc mất các năng lực định hướng.
- Tư duy rời rạc, phán đoán suy yếu hoặc không phán đoán được.
- Nhớ từng mảng hoặc quên các sự việc xảy ra trong cơn.

Các hội chứng ý thức bị mù mờ

Hội chứng	Mê sảng	Mê mộng	Lú lẫn	Hoàng hôn
Hay gặp trong	Nhiễm khuẩn, nhiễm độc	TTPL, ĐK, bệnh thực thể não	Nhiễm khuẩn, nhiễm độc, bệnh thực thể não	ĐK, CTSN, bệnh thực thể não
Thời gian	Thường 2-3 ngày, có thể đến 7-8 ngày	Vài ngày hoặc vài tuần	Thường 3-4 tuần, có thể hàng tháng	Thời gian ngắn
Đặc điểm	- Phát triển cấp tính. - Nặng về chiều tối. - BN là khán giả của AG	- BN vừa sống trong chiêm bao, vừa sống trong cảnh thực - BN vừa là khán giả, vừa là diễn viên (nghĩa là tham gia hoạt động cùng	- BN không tiếp xúc được. - Đặc trưng là trạng thái bàng hoàng, ngơ ngác (do rối loạn trầm trọng định hướng xung quanh, bản	- Xuất hiện đột ngột rồi kết thúc cũng đột ngột. - Cơn tự động lang thang, cơn miên hành (hay nguyệt hành) khi không có HT, AG.

		AG)	thân)	
Năng lực định hướng	- Định hướng môi trường xung quanh rối loạn nặng, định hướng không gian thời gian lệch lạc. - Còn định hướng về bản thân. Tỉnh táo tỉnh táo trở lại một thời gian ngắn.	Định hướng về bản thân rối loạn nặng hơn mê sảng.	- Rối loạn nặng nhất: Biểu hiện bằng tư duy rời rạc, bàng hoàng ngơ ngác.	- Trạng thái ý thức thu hẹp, nửa tối, nửa sáng.
Tri giác	Rất nhiều rối loạn: ảo tưởng, ảo ảnh kỳ lạ, AG thường sinh động, rục rịch, mang tính rùng rợn, ghê sợ. Ảo thị thường thấy côn trùng, động vật rất nhỏ di động.	- Nội dung AG phần lớn là những cảnh tượng kỳ quái, khuếch đại: BN sống ở nơi xa lạ, thần tiên, hoang đường, cảnh cổ tích. Có thể có tính chất trầm cảm mở rộng: Sự sụp đổ vũ trụ...	- BN chỉ tri giác những đối tượng lẻ tẻ bên ngoài, không thể tổng hợp được. Ví dụ: không xác định được đồ vật dùng để làm gì. - AG lẻ tẻ, rời rạc thường xuất hiện về đêm.	- Thường có ảo thị ghê rợn như bắn giết, tấn công BN. - Có thể có ảo thanh ra lệnh
Tư duy	- Có thể có HT cảm thụ (HT nhận nhầm). - HT rời rạc, gắn liền với nội dung của AG.	- HT cảm thụ (nhận nhầm). HT kỳ quái, hoang đường, thần tiên, âm phủ hoặc tính chất trầm cảm mở rộng.	- Lời nói gồm những từ rời rạc không liên quan, khó hiểu. - Hay nói lặp đi lặp lại. - HT lẻ tẻ, rời rạc, thường xuất hiện về đêm.	- Thường có HT cảm thụ cấp.

Cảm xúc	- Không ổn định: Căng thẳng, hoảng hốt, lo âu (do AG).	- Nét mặt thường đơn điệu, thờ ơ, không lo âu, căng thẳng như trong mê sảng.	- Rất không ổn định: Lúc khóc, lúc cười, lúc bàng quan, lúc trầm cảm. Thường là bàng hoàng ngơ ngác.	- Trong cơn thường là loạn cảm: Hỗn hợp giữa cảm xúc căng thẳng, buồn rầu, lo lắng và hung dữ.
Hành vi	- Phản ứng mãnh liệt với nội dung HT, AG nên mang tính chất kích động nguy hiểm (tự vệ hay tấn công).	- Tác phong không ăn khớp với nội dung cảnh mộng: BN sống say mê, hoạt động cùng AG nhưng bên ngoài thường ít cử động hay bất động. Có thể có kích động nhưng đơn điệu, vô nghĩa.	- Kích động trong phạm vi giường nằm, động tác rời rạc, vô nghĩa như ném lung tung, rùng mình, uốn éo, vặn vẹo, dang tay... - Về đêm kích động giống mê sảng (phản ứng với ảo thị).	- Hành vi động tác thường có tính kế tục, người ngoài không biết BN đang ở trong trạng thái hoảng hôn để đề phòng. - Hành vi hết sức nguy hiểm: Phá hoại, giết người tàn bạo.
Trí nhớ	- Sau cơn nhớ rời rạc từng mảng, không đều. - Những lúc ý thức sáng sủa thì nhớ đầy đủ hơn.	- Sau cơn BN nhớ rất chi tiết cảnh mộng. - Cảnh thực xen kẽ vào thì nhớ rất ít hoặc không nhớ.	- Sau cơn BN quên hoàn toàn.	- Sau cơn BN quên hoàn toàn. - Đôi khi, ngay sau khi vừa tỉnh lại, BN có thể nhớ một số sự việc lẻ tẻ, nhưng sau đó lại quên ngay.

10. RỐI LOẠN CHÚ Ý

I. Khái niệm

Quá trình tâm lý: là các hiện tượng tâm lý có mở đầu, có kết thúc và tồn tại trong thời gian ngắn (vài giây hoặc vài giờ), như quá trình cảm giác, tri giác, tư duy, trí nhớ, cảm xúc, ý chí...

Trạng thái tâm lý: là các hiện tượng tâm lý diễn ra không có mở đầu và kết thúc, thường tồn tại trong thời gian tương đối dài (vài chục phút, hàng tháng) và làm nền cho các hiện tượng tâm lý khác như trạng thái lo âu, bồn chồn, lơ đãng, buồn phiền, chú ý...

Định nghĩa chú ý: chú ý là năng lực tập trung các hoạt động tâm thần vào một hay một số đối tượng xác định để các đối tượng đó được phản ánh một cách rõ nét nhất và toàn vẹn nhất vào trong ý thức.

Chú ý là một trạng thái tâm lý tham gia vào mọi quá trình tâm lý, tạo điều kiện cho một hoặc một số đối tượng được phản ánh tốt nhất. Nó là một trạng thái tâm lý vì chú ý luôn đi kèm với các quá trình tâm lý khác. Bản thân chú ý không tồn tại độc lập, nó cũng không có sản phẩm mà chỉ làm nền cho các quá trình tâm lý. Chú ý được ví như ngọn đèn pha, chiếu rọi vào một đối tượng nào đó, giúp cho các quá trình tâm lý đạt hiệu quả cao. Chú ý chỉ là một trạng thái tổ chức, định hướng các chức năng tâm thần khác. Khi ta chú ý đến cái gì thì các quá trình tri giác, tư duy...về nó sẽ được nhận thức sâu hơn, còn tất cả những cái khác không được đặt trong sự chú ý sẽ bị đẩy xuống hàng thứ yếu hoặc hoàn toàn không được nhận thức. Chú ý là thành phần quan trọng nhất trong hoạt động có ý chí.

II. Phân loại chú ý

Căn cứ vào mức độ tự giác của chú ý, người ta chia làm hai loại chú ý: không chủ định và có chủ định.

1. Chú ý không chủ định: là loại chú ý không có mục đích tự giác, không có biện pháp nào mà vẫn chú ý vào đối tượng được. Chú ý không chủ định xuất hiện do kích thích có một số đặc điểm như:

- Độ mới lạ của kích thích
- Cường độ của kích thích

Nhiều trường hợp, chú ý không chủ định đóng vai trò tích cực trong công tác, sinh hoạt...nhờ nó, con người có thể phát hiện kịp thời sự xuất hiện kịp thời của một số sự vật, hiện tượng, từ đó nhanh chóng quyết định biện pháp hành động cần thiết.

Ví dụ: quay đầu về phía có tiếng động lạ, cứu người khi nghe tiếng kêu cứu...

2. Chú ý có chủ định: là sự định hướng hoạt động do bản thân chủ thể đặt ra. Do bản thân xác định mục đích hành động nên chú ý có chủ định phụ thuộc nhiều vào chính mục đích và nhiệm

vụ hành động. Loại chú ý này mang tính bền vững cao hơn. Tuy nhiên do cần phải có sự nỗ lực cố gắng nên nếu kéo dài thì dễ gây căng thẳng, mệt mỏi. Đó cũng chính là đặc điểm của loại chú ý này. Chú ý có chủ định được hình thành trong quá trình học tập, lao động, chiến đấu...

Ví dụ: chú ý nghe bài giảng, chú ý quan sát đường phố khi lái xe...

III. Những đặc điểm của chú ý:

1. Sức tập trung chú ý

Là chú ý hướng vào một phạm vi hẹp nhằm phản ánh đối tượng một cách tốt nhất. Phạm vi càng hẹp, sự tập trung chú ý càng cao, sự tiêu hao năng lượng thần kinh càng lớn, chóng gây mệt mỏi. Vì vậy tập trung chú ý thường diễn ra trong một thời gian ngắn.

2. Sự phân phối chú ý

Là khả năng cùng một lúc chú ý đầy đủ đến nhiều đối tượng hoặc hành động khác nhau. (Ví dụ người lái xe). Chú ý không chỉ hướng vào một mà là nhiều đối tượng, điều đó không có nghĩa là chú ý được dàn đều như nhau trên các đối tượng đó, mà có sự tập trung nhiều hơn ở các hoạt động chủ yếu. Những hoạt động phụ càng trở thành kỹ năng, kỹ xảo, thói quen thì chỉ cần một sự chú ý tối thiểu cũng đủ. Sự phân phối không mâu thuẫn với sức tập trung chú ý. Tại một thời điểm chúng ta vẫn có khả năng chú ý đến một số đối tượng, trong đó vẫn có một đối tượng được chú ý nhiều hơn. Tổng tiêu hao năng lượng thần kinh lớn hơn nhiều so với tập trung chú ý.

3. Khối lượng chú ý

Là số đối tượng được chú ý ở cùng một thời điểm với mức độ sáng tỏ, rõ ràng như nhau. Thông thường một người có thể đồng thời chú ý từ 5 đến 7 đối tượng một lúc.

Khối lượng chú ý của mỗi người khác nhau tùy thuộc trình độ, kinh nghiệm, khả năng tri giác và trí nhớ của họ.

4. Tính bền vững của chú ý.

Là khả năng chú ý lâu dài vào một số đối tượng nhất định mà không chuyển sang đối tượng khác. Tính bền vững của chú ý phụ thuộc vào:

- Khách quan (đối tượng): tính chất, đặc điểm của vật kích thích. Vật kích thích càng cố định, đơn điệu thì sự chú ý càng kém bền vững.
- Chủ quan của từng người: tinh thần trách nhiệm, lòng nhiệt tình, trình độ, năng lực, sức khỏe...

5. Di chuyển chú ý

Là sự di chuyển chú ý từ đối tượng này sang đối tượng khác. Nó thể hiện tính mềm dẻo, linh hoạt của chú ý rất cần trong hoạt động của con người: nhanh nhẹn, hoạt bát, khẩn trương, bảo đảm hoàn thành nhiệm vụ trong những điều kiện khó khăn, phức tạp.

IV. Rối loạn chú ý

1. Chú ý quá chuyển động

Do chú ý có chủ định suy yếu, chú ý không chủ định chiếm ưu thế. Người bệnh không thể hướng chú ý vào đối tượng cần thiết, thường dễ bị lôi cuốn vào những kích thích mới lạ. Gặp trong trạng thái hưng cảm.

2. Chú ý trì trệ

Khả năng di chuyển chú ý kém, khó chuyển chủ đề này sang chủ đề khác. Gặp trong động kinh, trạng thái trầm cảm, tâm thần phân liệt.

3. Chú ý suy yếu

Tính bền vững của chú ý kém, không tập trung chú ý lâu dài vào một đối tượng được. Gặp trong trạng thái suy nhược, bệnh tổn thương thực thể não.

Nói chung các rối loạn chú ý thể hiện ở các thuộc tính chú ý của người bệnh giảm so với người bình thường. Các rối loạn này được khảo sát rõ ràng hơn qua các test tâm lý.

11. RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý

Các biểu hiện triệu chứng

Bệnh nhân:

- Không thể ngồi yên, luôn di chuyển.
- Không thể chờ đợi người khác, không lắng nghe những gì người khác nói.
- Độ tập trung kém. Những người trẻ tuổi thường có kết quả học tập kém.

Các đặc trưng để chẩn đoán

Các triệu chứng thường gặp là:

- Đặc biệt khó khăn trong việc duy trì sự tập trung (khoảng thời gian tập trung rất ngắn, thay đổi thường xuyên các hoạt động).
- Vận động liên tục một cách bất thường (đặc biệt biểu hiện rõ trong lớp học và trong bữa ăn).
- Tính cách xung động (bệnh nhân không thể chờ đợi đến lượt mình, hoặc hành động thiếu suy nghĩ).

Đôi khi luôn vi phạm kỷ luật, kết quả học hành kém, dễ bị tai nạn. Những rối loạn này xảy ra trong tất cả mọi nơi (ở nhà, ở trường, khi chơi). Cần tránh chẩn đoán vội vã. Những người vận

động rất nhiều chưa chắc đã là bất thường.

Chẩn đoán phân biệt

Cần xem xét sự xuất hiện của:

- Một bệnh thực tổn (ví dụ: động kinh, hội chứng nhiễm độc bào thai do rượu, bệnh tuyến giáp).
- Rối loạn cảm xúc nói chung (bệnh nhân biểu hiện triệu chứng lo âu trầm cảm).
- Tự kỷ (tổn thương về ngôn ngữ/quan hệ xã hội và có những biểu hiện hành vi đặc trưng).
- Rối loạn hành vi tác phong (bệnh nhân biểu hiện hành vi bùng nổ không có chủ định).
- Chậm phát triển tâm thần nhẹ hoặc khả năng học tập kém.

Hành vi tăng động có thể là nguyên nhân nhưng cũng có thể là hậu quả của những xung đột giữa cha mẹ - con cái. Cần đánh giá các mối quan hệ trong gia đình.

Các hướng dẫn quản lý

Thông tin cơ bản cho bệnh nhân và gia đình:

- Hành vi tăng động không phải lỗi của đứa trẻ, nó thường do những rối loạn sự chú ý và khả năng tự kiểm chế bẩm sinh.
- Kết quả thường tốt hơn nếu các bậc phụ huynh có thể bình tĩnh và chấp nhận nó.
- Những trẻ quá hiếu động cần sự giúp đỡ nhiều hơn để chúng có thể bình tĩnh và chú ý hơn trong công việc ở nhà và ở trường.
- Một vài trẻ có hành vi tăng động tiếp tục gặp khó khăn khi trưởng thành, nhưng hầu hết đều có thể tự điều chỉnh phù hợp.

Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình:

- Khuyến khích cha mẹ bệnh nhân có phản hồi tích cực hoặc khen ngợi khi trẻ có thể tập trung.
- Tránh các hình thức phạt. Việc giữ kỷ luật sẽ có hiệu quả ngay tức khắc.

- Khuyến bố mẹ bệnh nhân thảo luận vấn đề của con mình với giáo viên của chúng ở trường (để giải thích tại sao những nỗ lực học tập của trẻ chỉ tồn tại trong những khoảng thời gian ngắn, những sự khen thưởng kịp thời sẽ kích lệ sự chú ý, những khoảng thời gian chú ý trong lớp cần được tận dụng).
- Nhấn mạnh yêu cầu để làm giảm thiểu sự phân tán tư tưởng (ví dụ: buộc trẻ phải ngồi bàn đầu trong lớp).
- Thể thao hoặc các hoạt động thể lực có thể giúp làm giảm sự dư thừa năng lượng.
- Khuyến khích bệnh nhân gặp gỡ nhà tâm lý học đường hoặc cố vấn (nếu có)

Thuốc

Đối với nhiều trường hợp nặng, thuốc hưng thần có thể cải thiện sự chú ý và giảm sự tăng động (ví dụ: methylphenidate 15 – 45 mg/ngày hoặc dextroamphetamine 10 – 30 mg/ngày). Clonidine 25 – 50 mg/ngày nếu có tic vận động.

Khám chuyên khoa

Nếu có, cần cân nhắc tham khảo ý kiến chuyên khoa trước khi điều trị thuốc hoặc khi tất cả các biện pháp trên không thành công.

Chuyển đến bác sỹ chuyên khoa để nếu có sẵn liệu pháp điều trị hành vi có thể cải thiện sự chú ý và khả năng tự kiểm chế.

12. RỐI LOẠN CẢM XÚC

I. KHÁI NIỆM TÂM LÝ HỌC

Cảm xúc là một quá trình hoạt động tâm thần, 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 và ý niệm 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 hoàn 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 trường 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, thờ ơ, 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.
- 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, bệnh nhân 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, ỉa 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: vẻ mặt bệnh nhân trầm buồn, lời nói chậm chạp, 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: bệnh nhân 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, bệnh nhân 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 đi bộ, đi đứng như là đang đi diễu binh.

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

13. RỐI LOẠN HÀNH VI

1. Các biểu hiện triệu chứng:

Cha mẹ hoặc giáo viên có thể yêu cầu được giúp đỡ để quản lý những hành vi bùng nổ của bệnh nhân.

2. Các đặc trưng để chẩn đoán:

* Mô hình thống nhất của các hành vi xâm phạm bất thường hoặc bướng bỉnh như sau:

- Đánh nhau
- Thô bạo
- Nói dối
- Côn đồ
- Trộm cắp
- Phá hoại
- Trốn học

* Hành vi phải được nhận định dựa trên những đặc điểm bình thường của lứa tuổi và nền văn hóa.

* Rối loạn hành vi có thể kết hợp với những stress ở nhà và ở trường.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Một vài hành vi bạo lực có thể trong giới hạn bình thường.
- Các quy định không nhất quán hoặc xung đột trong gia đình, hoặc sự giám sát không phù hợp ở trường, có thể góp phần tạo nên hành vi bùng nổ.
- Hành vi bùng nổ có thể gây nên bởi trạng thái trầm cảm, khó khăn trong học tập, tình trạng kinh tế của gia đình khó khăn, hoặc xung đột giữa cha mẹ và con cái.
- Có thể gây ra cùng với loạn tăng động. Nếu rối loạn tăng động và giảm chú ý nổi trội, xem Rối loạn tăng động.

4. Các hướng dẫn quản lý:

Thông tin cơ bản cho bệnh nhân và gia đình:

- Các quy định có hiệu quả phải rõ ràng và nhất quán, không nên thô bạo.
- Tránh những hình phạt. Việc khen ngợi những hành vi tích cực có tác dụng hơn.

5. Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình:

- Hỏi về lý do của hành vi bùng nổ. Thay đổi những tình huống đã làm trẻ có hành vi đó càng nhiều càng tốt.
- Khuyến khích cha mẹ có tác động phản hồi tích cực hoặc khen ngợi đối với những hành vi tốt.
- Cha mẹ phải đưa ra những quy định nhất quán. Họ cần đặt ra những giới hạn rõ ràng và nghiêm ngặt đối với những hành vi xấu và nên thông báo với trẻ trước về những hậu quả nếu chúng vượt qua những giới hạn đó.
- Khuyến cha mẹ thảo luận cách thực hiện kỷ luật này với các giáo viên của trẻ.
- Người thân, bạn bè hoặc cộng đồng có thể hỗ trợ trong việc đưa ra những quy định nhất quán.

6. Thuốc: Không có phương pháp điều trị thuốc nào cả.

7. Khám chuyên khoa:

Cần cân nhắc việc tham khảo ý kiến chuyên khoa nếu các rối loạn hành vi kéo dài mặc dù đã sử dụng các biện pháp nêu trên.

14. RỐI LOẠN TƯ DUY

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 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 và 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:

a. 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 hổ lốn: 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 hổ lốn do hưng cảm, do tâm thần phân liệt, do sa sút trí tuệ hoặc do tổn thương thực thể.

b. 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 logic 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 xúc 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 lại lặp 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 lặp đi lặp 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 tũu.

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 lẩm bẩm 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 lập đi lập 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 lập lại: chỉ trả lời câu hỏi trước mặc dù được hỏi thêm nhiều câu hỏi kế tiếp.

- Nhại lời: là sự lập 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, thiếu năng 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: bệnh nhân 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 trạng thái mất trí do tổn thương thực thể.

- 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, bệnh nhân không thể phê phán và được duy trì bằng một cảm xúc mãnh liệt, bệnh nhân luôn tập trung vào ý tưởng này. Ở bệnh nhân 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 bệnh nhân 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 bệnh nhân lo sợ. Để chống lại sự lo sợ này thường thì bệnh nhân 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 gas ... các câu hỏi này đôi khi có dạng như là sự nghiến ngấm bất 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 đó (phân biệt với sợ đơn giản 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, lố 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, đả 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.

a. 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: bệnh nhân 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 bệnh nhân và không qua một quá trình suy diễn nào cả, không 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: bệnh nhân 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.

b. 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, bệnh nhân 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: bệnh nhân 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.
- Bệnh nhân 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. Bệnh nhân 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 bệnh nhân đều cho rằng 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 kinh bỉ mình...
- Hoang tưởng tự cao: bệnh nhân 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. Bệnh nhân 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: bệnh nhân 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 hận, giận dữ.
- Hoang tưởng bị tội: bệnh nhân 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: bệnh nhân 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 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 khi bệnh nhân tin vào những điều kỳ quái không phù hợp với bối cảnh văn hóa của bệnh nhân như cho mình là siêu tổng 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.

c. 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 paranoide): đây là hoang tưởng thường gặp trong tâm thần phân liệt, chủ đề hoang tưởng thiếu hệ thống, không có một ý tưởng chỉ 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. 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, thể 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.

15. RỐI LOẠN TRÍ NHỚ

I. KHÁI NIỆM TÂM LÝ HỌC VỀ TRÍ NHỚ

1. Định nghĩa:

Trí nhớ là quá trình tâm lý phản ánh những kinh nghiệm, tri thức của con người bằng cách ghi nhận, bảo tồn và tái hiện lại chúng dưới dạng biểu tượng, ý niệm và ý tưởng. Như vậy, tri thức không phản ánh những cái đang tác động mà là những cái đã qua, đã trở thành kinh nghiệm, kiến thức của con người.

Cơ sở sinh lý thần kinh của trí nhớ là sự hình thành, giữ lại và gọi lại những đường liên hệ thần kinh tạm thời. Những đường này được củng cố vững chắc được lặp đi, lặp lại nhiều lần.

2. Các quá trình cơ bản của trí nhớ: Gồm 3 quá trình: Ghi nhận, lưu trữ và tái hiện.

- *Quá trình ghi nhận:* Là khả năng ghi lại những thông tin nhờ quá trình hưng phấn ở những vùng tương ứng của bộ não trước những kích thích thực tại: càng chú ý và càng thích thú với kích thích bao nhiêu thì quá trình ghi nhận càng chắc chắn, rõ ràng bấy nhiêu. Quá trình ghi nhận có thể là chủ động, tích cực, có thể là không chủ định, không cố ý.

- *Quá trình lưu trữ (bảo tồn):* Là quá trình hình thành những đường liên hệ tạm thời duy trì dấu vết của những kích thích đã tác động vào não. Kích thích càng mạnh, càng được lặp lại thì quá trình lưu trữ càng bền vững.

- *Quá trình tái hiện (nhớ lại):* Là quá trình khôi phục lại những đường liên hệ tạm thời đã được bảo tồn. Sự tái hiện xuất hiện dưới 2 hình thức:

a) *Nhận lại*: Thông qua các giác quan nhận được những đối tượng đã kích thích trước kia, nay đang trực tiếp tác động vào các giác quan. Ví dụ: Nhận lại bạn cũ xa nhau đã lâu.

b) *Hiện lại*: Kinh nghiệm và tri thức cũ, không cần thông qua tri giác đối tượng kích thích trước kia vẫn có thể hiện ra trong óc không cần sự có mặt trực tiếp của chúng. Ví dụ: Hiện lại khuôn mặt của người đã mất.

3. Phân loại trí nhớ:

a) *Chia theo các giác quan*: Tùy theo giác quan thu nhận thông tin để nhớ, như trí nhớ thị giác, trí nhớ thính giác, trí nhớ xúc giác... Các dạng trí nhớ này trội hơn ở từng người. Ví dụ: nhạc sĩ có trí nhớ thính giác trội hơn, người mù có trí nhớ xúc giác trội hơn...

b) *Chia theo mức độ tư duy tham gia vào trí nhớ*: Gồm trí nhớ máy móc và trí nhớ thông hiểu.

- Trí nhớ máy móc: Là dựa vào mối liên hệ máy móc đơn giản giữa các đối tượng để nhớ (theo tính chất giống nhau, gần nhau hoặc đối lập nhau). Ví dụ: học thơ dễ thuộc vì các câu có mối quan hệ hoà âm, đồng âm. Ở trẻ em, loại trí nhớ này trội hơn mặc dù chúng không hiểu hết ý nghĩa bài thơ hoặc các từ.

- Trí nhớ thông hiểu (logic): Dựa vào các mối liên hệ có tính quy luật của đối tượng để nhớ. Ví dụ: nhớ về cơ chế bệnh sinh, lâm sàng. Loại trí nhớ này hoàn chỉnh hơn loại trên. Nó phát triển chậm hơn và hoàn chỉnh dần ở tuổi trưởng thành.

c) *Theo mức độ tham gia của ý chí*:

- Trí nhớ không chủ định thường liên quan đến hứng thú nhu cầu, tình cảm và lợi ích cá nhân.

- Trí nhớ có chủ định: Đòi hỏi nghị lực, ý chí để ghi nhớ. Là hoạt động có mục đích, biện pháp để ghi nhận và giữ gìn thông tin.

d) *Chia theo khoảng thời gian nhớ*:

- Trí nhớ ngắn hạn: Lượng thông tin vừa thu nhận được đã quên ngay. Diễn ra trong vòng ít giây phút.

- Trí nhớ dài hạn: Nhớ cái gì đó cả ngày, cả tuần, tháng hoặc cả đời.

II. RỐI LOẠN TRÍ NHỚ

1. Giảm nhớ (hypomnesie):

Là sự suy yếu các quá trình của trí nhớ. Thường những sự việc mới xảy ra khó nhớ hơn những sự việc cũ (định luật Ribot). Biểu hiện sớm nhất là hiện tượng suy yếu khả năng tái hiện, Gặp trong loạn thần tuổi già, suy nhược thần kinh...

2. Tăng nhớ (hypermnésie):

Nhớ lại những sự việc rất cũ, ngay cả những sự việc không có ý nghĩa hay những chi tiết vụn vặt tưởng không thể nhớ được. Ở đây chủ yếu là nhớ theo kiểu liên hệ máy móc. Thường gặp nhất trong trạng thái hưng cảm, say rượu bệnh lý, sốt nhiễm khuẩn...

3. Mất nhớ hay quên (amnésie):

a) *Theo sự việc chia ra:*

- Quên toàn bộ: Quên tất cả những sự việc cũ và mới thuộc mọi lĩnh vực. Gặp trong trí tuệ sa sút nặng.
- Quên từng phần: Chỉ quên một số kỷ niệm, chỉ quên ngoại ngữ, chỉ quên thao tác nghề nghiệp, chỉ quên danh từ riêng... gặp trong tổn thương thực thể não hay do cảm xúc mạnh.

b) *Theo thời gian chia ra:*

- Quên thuận chiều (quên về sau: amnésie anterograde): Quên những sự việc xảy ra ngay sau khi bị bệnh. Có thể quên trong khoảng thời gian từ vài giờ đến vài tuần, gặp sau khi bị CTSN, sau khi lú lẫn, hôn mê.
- Quên ngược chiều (amnésie rétrograde): Quên những sự việc đã xảy ra trước khi bị bệnh. Quên có thể là vài giờ, vài ngày, vài tháng hay vài năm. Có thể quên từng phần hay quên toàn bộ, gặp trong CTSN, xơ vữa mạch não, xuất huyết não...
- Quên trong cơn (amnésie congrade): Chỉ quên những sự việc xảy ra trong cơn, trong một thời gian ngắn bị bệnh. Gặp trong cơn động kinh, trạng thái hoàng hôn...
- Quên vừa thuận vừa ngược chiều (amnésie antérorétrograde): Quên cả sự việc cũ lẫn mới. Gặp trong loạn thần cấp, kèm lú lẫn, sa sút trí tuệ do CTSN...

c) *Theo quá trình cơ bản của trí nhớ, chia ra:*

- Quên do ghi nhận kém: thường là quên thuận chiều.
- Quên do nhớ lại kém: thường là quên ngược chiều.

d) *Theo tiến triển, chia ra:*

- Quên cố định: triệu chứng quên không tăng không giảm.

- Quên thoái triển: trí nhớ hồi phục dần.

- Quên tiến triển: quên tăng dần theo định luật Ribot là sự việc mới quên trước, sự việc cũ quên sau.

4. Loạn nhớ (Paramnésie) hay hồi tưởng sai lầm.

Gồm các triệu chứng sau:

a) *Nhớ giả* (Pseudo réminescence): Còn gọi là ảo tưởng trí nhớ: Những sự việc có thực trong cuộc sống của bệnh nhân (BN) trong một khoảng thời gian và không gian nào đó, BN lại nhớ vào một khoảng không gian và thời gian khác, hoặc lẫn lộn sự việc này với sự việc nọ. Có khi trên một sự việc có thật, BN lại nhớ thêm những chi tiết không hề có. Ví dụ: sự việc đã xảy ra từ rất lâu, BN lại khẳng định là mới xảy ra ngày hôm qua.

b) *Nhớ bịa* (Confabulation) - Bịa chuyện: Còn gọi là ảo giác trí nhớ để phân biệt với nhớ giả (ảo tưởng trí nhớ). Có thể là BN quên toàn bộ và thay vào chỗ quên, BN kể những sự việc không hề xảy ra với BN, nhưng bản thân BN không hề biết mình bịa ra và khẳng định những sự việc ấy là có thật. Có thể BN không quên mà chỉ bịa thêm vào.

Nội dung chuyện bịa có thể thông thường hay kỳ quái. Trường hợp bịa chuyện kèm theo mất định hướng gọi là lú lẫn bịa chuyện.

Trong lâm sàng nhiều khi rất khó phân biệt giữa nhớ giả và bịa chuyện vì phải hiểu chi tiết cuộc đời của BN mới biết chuyện mà BN kể là có thật hay là bịa.

Nhớ giả và bịa chuyện có thể gặp trong các bệnh thực thể nặng ở não (có thể kèm theo quên) và có nội dung thông thường hay trong TTPL (không kèm theo quên) và mang tính chất hoang tưởng kỳ quái.

c) *Nhớ nhầm* (Kriptomnésie):

- Nhớ vơ vào mình: Những điều nghe người khác kể hoặc thấy ở đâu đấy, hay những ý nghĩ, sáng kiến của người khác lại nhớ là của mình, mình đã trải qua.

- Nhớ việc mình thành việc người: Sự việc, ý nghĩ của mình lại nhớ ra là của người khác hay đã đọc, đã thấy ở đâu đó.

d) *Nhớ đang sống trong dĩ vãng* (Ecmnésie): Kết hợp với quên tiến triển, BN tưởng mình đang sống trong dĩ vãng (10 - 20 năm trước), hành động như người trẻ lại, có khi soi gương không nhận ra mình, cho là một cụ già nào đấy. Gặp trong loạn thần tuổi già, động kinh.

5. Hội chứng Korsacov:

Được Korsacov miêu tả 1887 ở BN nghiện rượu mạn tính có viêm nhiều dây thần kinh, gồm có:

a) *Quên thuận chiều* (do ghi nhận kém): Đây là rối loạn chủ yếu của hội chứng Korsacov. BN mất định hướng và quên tất cả mọi việc vừa xảy ra. Nhờ còn khả năng suy nghĩ logic, họ có thể suy luận về sự việc đang xảy ra. Ví dụ: BN không nhớ đã ăn sáng chưa, xong nhìn đồng hồ có thể khẳng định được.

b) *Loạn nhớ*: Có thể nhớ giả và nhớ bịa.

c) *Còn nhớ tốt các sự việc cũ*: Hội chứng Korsacov còn gặp trong giai đoạn cấp của CTSN (có tính chất tạm thời), các bệnh có tổn thương thực thể ở não (rối loạn không hồi phục), loạn tâm thần tuổi già, trạng thái thiếu oxy não.

16. RỐI LOẠN TRÍ TUỆ

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.

I. CƠ SỞ HÌNH THÀNH TRÍ TUỆ

Đó là:

1. Cấu trúc của não bộ.

2. 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:

1. Trí tuệ chậm phát triển.
2. Trí tuệ sa sút.

1. Trí tuệ chậm phát triển:

Trong trí tuệ chậm phát triển phân thành 3 mức độ từ nặng đến nhẹ, bao gồm:

1. Hội chứng chậm phát triển trí tuệ nặng.
2. Hội chứng phát triển trí tuệ vừa.
3. Hội chứng chậm phát triển trí tuệ nhẹ.

Đặc điểm chung của trí tuệ chậm phát triển:

1. 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.
2. Khả năng hoạt động nhận thức rất yếu hay không có, chỉ lĩnh hội được những cái giản đơn cụ thể.
3. 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, 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 hòa 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 hóa...

2. Hội chứng trí tuệ sa sút:

Thường là hậu quả cuối cùng của một bệnh tâm thần hoặc cơ thể nặng mãn 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 tiến 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.

17. RỐI LOẠN GIẤC NGỦ

1. Các biểu hiện triệu chứng:

Bệnh nhân bị suy sụp trầm trọng và đôi khi bị rối loạn các khả năng hoạt động ban ngày do hậu quả của sự mất ngủ.

2. Các đặc trưng chẩn đoán:

- Khó ngủ.
- Luôn cử động khi ngủ hoặc ngủ không ngon.
- Hay thức giấc hoặc thời gian thức giấc kéo dài.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Các rối loạn giấc ngủ trong thời gian ngắn có thể do những sự kiện gây stress trong cuộc sống, những bệnh cơ thể cấp tính, hoặc những thay đổi trong lịch làm việc. Rối loạn giấc ngủ kéo dài có thể do nguyên nhân khác:
- Nếu cảm xúc trầm hoặc buồn và mất thích thú với các hoạt động thường ngày nổi trội, xem mục Trầm cảm.
- Nếu ban ngày triệu chứng lo âu nổi trội, xem mục Lo âu lan tỏa.
- Mất ngủ có thể là triệu chứng của lạm dụng rượu và chất gây nghiện. Cần hỏi về việc dùng chất gây nghiện hiện tại của bệnh nhân.
- Cần xem xét các bệnh nội khoa có thể gây mất ngủ (ví dụ: suy tim, bệnh phổi, các tình trạng đau).
- Cần xem xét các thuốc gây mất ngủ (ví dụ: steroid, theophylline, thuốc chống ngạt mũi, một số thuốc chống trầm cảm).
- Nếu bệnh nhân ngáy rất to khi ngủ, cần xem xét chứng ngưng thở khi ngủ. Cần hỏi kỹ người ngủ cùng với bệnh nhân. Bệnh nhân bị chứng ngưng thở khi ngủ thường phàn nàn về sự buồn ngủ ban ngày, nhưng không biết về những lần thức giấc ban đêm.

4. Chỉ dẫn quản lý:

Thông tin cơ bản cho bệnh nhân và gia đình:

- Rối loạn giấc ngủ tạm thời là triệu chứng thường gặp khi bị stress hoặc bệnh cơ thể.
- Thời gian ngủ bình thường thay đổi rất nhiều và thường là giảm đi theo tuổi.
- Cải thiện thói quen ngủ (không dùng thuốc an dịu) là biện pháp điều trị tốt nhất.
- Lo không ngủ được sẽ càng làm mất ngủ nặng hơn.
- Rượu có thể làm người ta ngủ được nhưng có thể dẫn tới ngủ thao thức và thức giấc sớm.
- Chất kích thích (bao gồm cafe và chè) có thể gây mất ngủ hoặc làm trầm trọng thêm mất ngủ.

5. Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình:

Duy trì nhịp ngủ đều đặn bằng cách:

- Thư giãn vào buổi tối.
- Đi ngủ và thức dậy vào một giờ cố định, không nên thay đổi lịch ngủ và không nên “ngủ bù” vào dịp cuối tuần.
- Dậy vào một thời gian như thường lệ thậm chí cả khi đêm ngủ trước ngủ không ngon.
- Tránh những cơn ngủ ngắn ban ngày bởi vì nó sẽ gây khó ngủ vào ban đêm.
- Giới thiệu các bài tập thư giãn để giúp bệnh nhân dễ ngủ.
- Khuyến bệnh nhân tránh dùng cafe và rượu.
- Nếu bệnh nhân không thể ngủ trong vòng 20 phút, khuyến họ ngồi dậy và thử ngủ lại sau đó khi thấy buồn ngủ.
- Hoạt động ban ngày có thể giúp bệnh nhân ngủ đều đặn, nhưng tập luyện buổi tối có thể làm mất ngủ thêm.

6. Thuốc:

- Điều trị các bệnh tâm thần và bệnh cơ thể nằm bên dưới.
- Thuốc ngủ có thể dùng ngắt quãng (ví dụ: Benzodiazepine). Nguy cơ lệ thuộc thuốc tăng đáng kể sau ngày thứ 14, tránh dùng thuốc ngủ trong trường hợp mất ngủ mạn tính.

7. Khám chuyên khoa:

Cần tham khảo ý kiến bác sỹ chuyên khoa:

- Nếu nghi ngờ có nhiều rối loạn giấc ngủ phức tạp hơn (ví dụ: ngủ rũ, ngừng thở khi ngủ).

- Nếu vẫn mất ngủ nhiều mặc dù đã sử dụng các biện pháp trên.

18. RỐI LOẠN ĂN UỐNG

Các biểu hiện triệu chứng

Bệnh nhân có thể đến khám vì ăn uống quá nhiều hoặc do phải dùng các biện pháp để kiểm soát cân nặng quá nhiều hoặc do phải dùng các biện pháp để kiểm soát cân nặng quá mức như: tự gây nôn, sử dụng quá mức thuốc giảm cân hoặc lạm dụng thuốc nhuận tràng. Gia đình bệnh nhân yêu cầu được giúp đỡ vì sự sụt cân của bệnh nhân, bệnh nhân từ chối ăn, nôn hoặc mất kinh.

Các đặc trưng để chẩn đoán

Các triệu chứng thường gặp:

- Nỗi lo sợ không hợp lý bị béo hoặc lên cân.
 - Nỗ lực quá mức để khống chế cân nặng (chế độ ăn kiêng quá khắt khe, nôn, sử dụng thuốc tây, tập luyện quá mức).
 - Phủ nhận rằng cân nặng hoặc thói quen ăn uống là một vấn đề.
- Các bệnh nhân chán ăn tâm thần điển hình biểu hiện:
- Chế độ ăn kiêng quá chặt chẽ mặc dù nhẹ cân.
 - Có hình ảnh sai lệch về cơ thể (có một niềm tin sai lệch là mình bị quá cân).
 - Mất kinh.

Những bệnh nhân chán ăn tâm thần điển hình biểu hiện:

- Ăn uống quá nhiều (ăn một lượng quá lớn thức ăn trong vòng vài giờ).
- Cố gắng loại trừ thức ăn (cố gắng đẩy thức ăn ra khỏi cơ thể bằng cách tự gây nôn, dùng thuốc nhuận tràng hoặc thuốc lợi tiểu).
- Một bệnh nhân có thể biểu hiện cả chán ăn tâm thần và chứng ăn vô độ trong những thời điểm khác nhau.

Chẩn đoán phân biệt

Trầm cảm có thể xuất hiện đồng thời với chứng ăn vô độ và chán ăn tâm thần. Xem *Trầm cảm*. Cả chán ăn tâm thần và chứng ăn vô độ có thể gây ra các rối loạn cơ thể (mất kinh, hạ kali, co

giật, loạn nhịp tim). Những rối loạn này đòi hỏi có sự giám sát hoặc điều trị.

Chỉ dẫn quản lý

Thông tin cơ bản cho bệnh nhân và gia đình

-Sử dụng thuốc tây và chế độ ăn kiêng quá khắt khe có thể gây ra những tổn thương trầm trọng cho cơ thể. Chứng chán ăn tâm thần có thể đe dọa tính mạng bệnh nhân.

-Chấp nhận những thói quen ăn uống bình thường sẽ tạo cho bệnh nhân cảm giác vững vàng hơn về khả năng kiểm soát thói quen ăn uống và trọng lượng của mình.

Những hướng dẫn cụ thể cho bệnh nhân và gia đình

-Xây dựng mối quan hệ hợp tác và tìm hiểu sự mâu thuẫn trong tư tưởng của bệnh nhân về việc thay đổi thói quen ăn uống và sự lên cân.

-Tổng kết những mối quan tâm về công việc và về các vấn đề sức khỏe hiện tại và tương lai (ví dụ: sinh con) nảy sinh từ các vấn đề ăn uống.

-Đặt kế hoạch cho các bữa ăn trong ngày dựa trên lượng calo và chất dinh dưỡng cần thiết. Tập trung xây dựng một hình thức ăn uống bình thường và giúp đỡ bệnh nhân xây dựng những ý nghĩ thực tiễn hơn về thực phẩm.

-Thử thách những định kiến của bệnh nhân về cân nặng, hình dáng và cách ăn uống (ví dụ: cho cacbon hydrate là chất gây béo).

-Trong trường hợp bệnh nhân bị chứng ăn vô độ, xác định các tình huống trong đó có sự ăn uống quá nhiều và đặt kế hoạch rõ ràng để đối phó hiệu quả hơn với những sự kiện gây xuất hiện bệnh này.

-Có thể cần nhập viện nếu có các biến chứng của chế độ ăn kiêng hoặc do nôn.

Thuốc men

Thuốc chống trầm cảm đôi khi có hiệu quả trong việc kiểm soát sự ăn uống vô độ.

Khám chuyên khoa

Cần cân nhắc tham khảo ý kiến chuyên khoa nếu các triệu chứng cơ thể nguy hiểm kéo dài sau khi đã thực hiện các biện pháp trên.

Xung đột gia đình có thể là nguyên nhân của các rối loạn ăn uống hoặc có thể lại là hậu quả của chúng. Cần cân nhắc việc tư vấn cho gia đình, nếu có thể.

19. RỐI LOẠN TÂM THẦN CẤP - MẠN

I. RỐI LOẠN TÂM THẦN CẤP

1. Các biểu hiện triệu chứng: Bệnh nhân có thể trải nghiệm:

- Nghe thấy các tiếng nói bất thường.
- Các điều tin hay sợ hãi kỳ dị.
- Lú lẫn.
- Bất an, bồn chồn.

Các gia đình có thể đưa bệnh nhân đến khám vì các thay đổi trong hành vi của bệnh nhân, bao gồm các hành vi kỳ lạ hoặc biểu hiện hoảng hốt, sợ hãi (tách biệt với mọi người, đa nghi hăm dọa với người khác ...).

2. Các nét đặc trưng để chẩn đoán:

a) *Khởi phát gần đây với:*

- Các ảo giác (các cảm giác sai hoặc tưởng tượng, ví dụ: nghe thấy tiếng nói khi không có ai ở xung quanh).
- Các hoang tưởng: bệnh nhân có các ý tưởng hoàn toàn sai lầm mà những người khác cùng nhóm xã hội với họ không có suy nghĩ như vậy (ví dụ: bệnh nhân tin tưởng rằng họ đang bị hàng xóm đầu độc, họ đang nhận được các thông điệp từ T.V hoặc đang bị quan sát theo dõi bởi người khác bằng những phương tiện đặc biệt).
- Kích động hay các hành vi kỳ dị.
- Ngôn ngữ lộn xộn, phân liệt hay ngôn ngữ kỳ lạ.
- Các trạng thái cảm xúc cực đoan và không ổn định.

b) *Chẩn đoán phân biệt:*

* Các rối loạn cơ thể có thể gây ra các triệu chứng loạn thần bao gồm:

- Động kinh.
- Ngộ độc hoặc trạng thái cai rượu, ma túy.
- Bệnh nhiễm trùng hay các bệnh có sốt.

* Nếu các triệu chứng loạn thần tái diễn hay mãn tính, xem phần II. Rối loạn loạn thần mãn tính.

* Nếu các triệu chứng hưng cảm chiếm ưu thế (tăng khí sắc, ngôn ngữ hay tư duy phi tán, tự cao ...). Xem mục Các rối loạn cảm xúc lưỡng cực.

* Nếu khí sắc trầm chiếm ưu thế trong bệnh cảnh. Xem mục Trầm cảm.

3. Các hướng dẫn quản lý:

Thông tin cơ bản cho bệnh nhân và gia đình:

- Kích động và các hành vi kỳ dị là các triệu chứng của bệnh tâm thần.
- Các giai đoạn cấp thường có tiên lượng tốt, song tiến triển lâu dài của bệnh thì khó có thể tiên lượng trước được từ giai đoạn cấp.
- Việc điều trị có thể cần phải tiếp tục vài tháng sau khi đã hết các triệu chứng.

4. Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình:

- Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và người chăm sóc họ.
 - Gia đình hoặc bạn bè cần phải luôn ở bên bệnh nhân.
 - Đảm bảo các nhu cầu cơ bản của bệnh nhân (ví dụ: thức ăn, nước uống ...).
 - Chú ý tránh các thương tổn cho bệnh nhân.
- Giảm thiểu các căng thẳng và sự kích thích đối với bệnh nhân.
 - Không tranh luận với các suy nghĩ loạn thần của bệnh nhân (ví dụ: Bạn có thể không đồng ý với các điều tin của bệnh nhân, song không được cố tranh cãi là bệnh nhân đã sai).
 - Tránh đối đầu hay chỉ trích bệnh nhân trừ khi đó là cần thiết để phòng tránh các hành vi gây thương tổn hay gây rối.
- Các trường hợp kích động gây nguy hiểm cho bệnh nhân, người nhà hay cộng đồng cần phải đưa vào viện và theo dõi chặt chẽ ở một cơ sở an toàn.
- Khuyến khích bắt đầu lại các hoạt động thường ngày sau khi đã cải thiện được các triệu chứng.

4. Thuốc men:

- Các thuốc chống loạn thần sẽ làm giảm các triệu chứng loạn thần. Liều lượng thuốc nên là liều thấp nhất có thể được mà vẫn có hiệu quả điều trị, mặc dù một số bệnh nhân có thể cần liều cao hơn.

- Các thuốc chống lo âu cũng có thể được sử dụng phối hợp với các thuốc an thần kinh để điều trị các cơn kích động cấp diễn.

- Cần tiếp tục điều trị bằng các thuốc chống loạn thần ít nhất 3 tháng sau khi đã điều trị hết các triệu chứng.

** Theo dõi các triệu chứng phụ của thuốc:*

- Loạn trương lực cơ cấp có thể điều trị được bằng tiêm Benzodiazepine hay dùng các thuốc chống parkinson.

- Bồn chồn bần thần có thể điều trị được bằng giảm liều thuốc đang dùng hoặc dùng thêm các thuốc chẹn β .

- Các triệu chứng giống parkinson (run, mất vận động) có thể điều trị được bằng uống thuốc chống parkinson.

** Khám chuyên khoa:*

- Nếu có thể cân nhắc khám chuyên khoa cho tất cả các trường hợp mới có rối loạn tâm thần.

- Các trường hợp có triệu chứng phụ vận động nặng nề hoặc xuất hiện sốt, cứng cơ, tăng huyết áp, phải ngừng sử dụng các thuốc chống loạn thần và cho khám chuyên khoa.

II. RỐI LOẠN TÂM THẦN MÃN

1. Các biểu hiện triệu chứng:

Các bệnh nhân có thể biểu hiện:

- Khó khăn trong suy nghĩ và tập trung chú ý.

- Nghe thấy các tiếng nói bất thường.

- Có những điều tin kỳ lạ (ví dụ: có những lực lượng siêu nhiên, bị theo, truy hại...).

- Các triệu chứng cơ thể đặc biệt (ví dụ: có các động vật hay đồ vật bất thường bên trong cơ thể mình).

- Các vấn đề về cảm xúc hành vi bất thường.

- Có thể có các rắc rối trong điều hành công việc hay nghiên cứu.
- Gia đình có thể đưa bệnh nhân đi khám bệnh vì các biểu hiện bàng quan, cô lập, tách biệt với mọi người, lười vệ sinh cá nhân hoặc có cá hành vi kỳ dị.

2. Các đặc trưng để chẩn đoán:

Là các rối loạn mãn tính với các đặc trưng sau đây:

- Rút lui, cô lập khỏi xã hội.
- Giảm động lực hoặc giảm các mối quan tâm thích thú, lơ là chăm sóc bản thân.
- Các rối loạn tư duy (biểu hiện bằng ngôn ngữ kỳ lạ hoặc rời rạc không liên quan).

3. Các giai đoạn có tính chất chu kỳ biểu hiện:

- Kích động hoặc bồn chồn bất an.
- Hành vi kỳ lạ.
- Các ảo giác (các tri giác sai lầm hay tưởng tượng, ví dụ: nghe thấy cá tiếng nói mà người khác không nghe thấy).
- Các hoang tưởng (các điều tin chắc chắn và hoàn toàn sai lầm, ví dụ: bệnh nhân cho rằng mình có dòng dõi hoàng gia, đang nhận được cá thông điệp từ T.V, đang bị theo dõi hoặc truy hại).

4. Chẩn đoán phân biệt:

- Nếu các triệu chứng trầm cảm nổi bật trong bệnh cảnh (khí sắc trầm, buồn, bi quan, cảm giác có tội).
- Nếu các triệu chứng hưng cảm chiếm ưu thế trong bệnh cảnh (kích thích, tăng sắc, tự cao).
- Nhiễm độc mạn tính hoặc trạng thái cai rượu, cai các chất khác (chất kích thích, chất gây ảo giác) có thể gây ra các triệu chứng loạn thần.

5. Các hướng dẫn quản lý:

Thông tin cơ bản của bệnh nhân và gia đình:

- Kích động và các hành vi kỳ lạ là các triệu chứng của một bệnh tâm thần.
- Các triệu chứng có thể luôn biến động. Có các triệu chứng báo trước và các triệu chứng sớm khi tái phát.

- Thuốc men là thành tố cơ bản trong trị liệu để làm giảm các triệu chứng hiện tại và các dự phòng tái phát.

- Trợ giúp của gia đình đóng vai trò cơ bản để bệnh nhân tuân thủ điều trị và tái phục hồi chức năng một cách có hiệu quả.

- Các tổ chức cộng đồng có thể là nguồn trợ giúp quý báu cho bệnh nhân và gia đình họ.

6. Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình:

- Thảo luận kế hoạch điều trị với các thành viên trong gia đình bệnh nhân để họ ủng hộ, trợ giúp thực hiện.

- Giải thích về tác dụng dự phòng tái phát của thuốc và thông báo cho bệnh nhân về các tác dụng phụ của thuốc.

- Khuyến khích bệnh nhân hoạt động ở mức độ thích hợp nhất trong công tác và trong các hoạt động sống hàng ngày.

- Khuyến khích bệnh nhân tôn trọng các tiêu chuẩn và niềm tin của cộng đồng (ăn mặc, biểu hiện, hành vi ứng xử).

- Giảm thiểu các stress và kích thích.

- Không tranh luận, cãi nhau với các biểu hiện tư duy, loạn thần... của bệnh nhân.

- Tránh đối đầu hay chỉ trích bệnh nhân.

- Trong giai đoạn và các triệu chứng nặng lên cần để bệnh nhân nghỉ ngơi và tách biệt với các stress.

7. Thuốc men:

- Các thuốc chống loạn thần sẽ làm giảm các triệu chứng loạn thần (ví dụ: Haloperidol 2 - 5 mg dùng tới 3 lần trong ngày hoặc Chlorpromazine 100 -200 mg dùng tới 3 lần trong ngày). Nên dùng liều thấp nhất có thể được mà vẫn có hiệu quả mặc dù ở một số bệnh nhân có thể cần có liều cao hơn.

- Phải cho bệnh nhân biết rằng việc dùng thuốc liên tục sẽ giảm được nguy cơ tái phát. Nhìn chung, các thuốc chống loạn thần cần được dùng tiếp tục ít nhất là 3 tháng sau cơn loạn thần đầu tiên và cần dùng lâu dài hơn sau các cơn tiếp theo.

- Nếu bệnh nhân không chịu uống thuốc như y lệnh của bác sĩ, có thể tiêm các thuốc chống loạn thần có thời gian bán hủy dài để đảm bảo việc duy trì liên tục và giảm nguy cơ tái phát.

- Thông báo cho bệnh nhân biết các tác dụng phụ có thể xảy ra. Các tác dụng phụ vận động thường gặp là:

. Loạn trương lực hay co thắt xoắn vận cơ cấp. Các biểu hiện này có thể điều trị được bằng tiêm Benzodiazepine hoặc dung thuốc chống parkinson.

. Bồn chồn bất an, vận động không ngừng nghỉ, các triệu chứng này có thể điều trị được bằng giảm liều hoặc dùng thuốc chẹn β .

. Các triệu chứng giống Parkinson (run, mất vận động) có thể điều trị bằng uống thuốc chống Parkinson (ví dụ: Biperiden 1 mg 3 lần trong một ngày).

8. Khám chuyên khoa:

- Nếu có cơ sở, cần xem xét khám chuyên khoa cho tất cả các trường hợp mới có các rối loạn loạn thần.

- Trầm cảm hoặc hưng cảm có các triệu chứng loạn thần có thể cần một phương thức điều trị khác. Cần nhắc khám chuyên khoa để chẩn đoán rõ ràng và đảm bảo một trị liệu đúng đắn nhất.

- Khám chuyên khoa với các dịch vụ cộng đồng thích hợp có thể làm giảm bớt gánh nặng cho các gia đình và tăng cường khả năng tái phục hồi.

- Cần xem xét khám chuyên khoa với các trường hợp có các tác dụng phụ vận động nặng.

20. RỐI LOẠN TÂM THẦN ÁM ẢNH

I. Khái niệm:

Là sự xuất hiện lặp đi lặp lại những ý nghĩ hoặc hành vi ám ảnh. Các triệu chứng này rất khó chịu đối với người bệnh, ảnh hưởng đến sinh hoạt thường ngày của người bệnh. Họ 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 hoặc hành vi ám ảnh nhưng thường thì kết hợp cả hai.

II. Một số loại rối loạn ám ảnh:

- Ám ảnh bị lây bệnh.
- Hoài nghi ám ảnh thường kèm theo các hành vi kiểm tra. Ví dụ một người trước khi rời khỏi nhà sợ quên khoá cửa hoặc tắt bếp ga phải trở về nhà nhiều lần để kiểm tra.
- Một số ý nghĩ ám ảnh mà không có hành vi ám ảnh:

Ý tưởng xúc phạm: Người mẹ đau khổ vì sợ sẽ không kìm chế nổi xung động muốn giết đứa con yêu quý của mình.

III. Điều trị:

- Trị liệu tâm lý:

- Liệu pháp tâm lý nâng đỡ.
- Liệu pháp hành vi: Có kết quả trong 60-75% các trường hợp.
- Liệu pháp tâm lý gia đình.
- Loại trừ tác dụng của sang chấn tâm lý.

- Trị liệu bằng thuốc:

Dùng thuốc kết hợp với trị liệu tâm lý. Thường dùng Anafranil kết hợp với thuốc giải lo âu. Theo các tác giả thuốc có hiệu quả với hành vi ám ảnh nhiều hơn so với ý tưởng ám ảnh.

Bệnh tâm căn ám ảnh sợ

I. Định nghĩa:

Là sợ một cách vô lý đưa đến sự tránh né có ý thức những đồ vật 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 điều đó là không có cơ sở và vô lý.

II. Các loại ám ảnh sợ:

Rất đa dạng. Có tác giả đã kể đến 367 các loại tình huống gây ám ảnh sợ: Sợ chỗ đông người, sợ chỗ kín, sợ khoảng trống, sợ vật nhọn, sợ bắn, sợ chỗ cao, sợ các con vật như chó mèo, rắn...

1. Ám ảnh sợ khoảng rộng:

Thuật ngữ này được dùng đầu tiên năm 1871 để chỉ những bệnh nhân sợ đi đến nơi công cộng mà không có bạn bè hoặc người thân đi kèm. Hiện nay còn được dùng để chỉ tất cả các ám ảnh sợ như sợ đám đông, sợ ở nhà một mình, sợ vào cửa hàng, sợ đi một mình trên các phương tiện giao thông như tàu hỏa, xe buýt, máy bay, qua cầu, đường hầm...ám ảnh sợ khoảng rộng gây nhiều trở ngại nhất cho người bệnh, một số BN hầu như không dám ra khỏi nhà.

Hay gặp ở lứa tuổi 15-35. Nữ nhiều hơn nam (3/1).

Có thể kết hợp với hoảng sợ cấp.

2. Ám ảnh sợ xã hội:

Là sự sợ dai dẳng các tình thế xã hội như là sợ người khác nhìn mình đưa đến sự tránh né các tình huống này. Có nhiều loại như sợ ăn uống nơi công cộng, sợ phát biểu trước đám đông, sợ gặp người khác giới... thường là các tình huống xã hội ngoài gia đình.

3. Ám ảnh sợ chuyên biệt:

Còn gọi là ám ảnh sợ đơn thuần, riêng rẽ hoặc duy nhất. Đây là các ám ảnh sợ chỉ giới hạn vào những tình thế hết sức chuyên biệt như sợ rắn, nhện, chỗ cao, khoảng kín như thang máy, máy bay, sợ côn trùng, sợ máu, vết thương...

Bệnh nhân loại này có thể dễ dàng tránh né hơn hai loại trên.

.

III. Điều trị:

- Điều trị tâm lý: Dùng liệu pháp tâm lý nâng đỡ, trị liệu hành vi, thư giãn.
- Điều trị bằng thuốc: Dùng các thuốc giải lo âu kết hợp với trị liệu tâm lý.

21. RỐI LOẠN LO ÂU

I. KHÁI NIỆM

- Lo âu là hiện tượng phản ứng tự nhiên (bình thường) của con người trước những khó khăn và các mối đe dọa của tự nhiên, xã hội mà con người phải tìm cách vượt qua, tồn tại, vươn tới.
- Lo âu là một tín hiệu báo động, báo trước một nguy hiểm sắp xảy đến, cho phép con người sử dụng mọi biện pháp để đương đầu với sự đe dọa.
- Lo âu bệnh lý là lo âu quá mức hoặc dai dẳng không tương xứng với sự đe dọa được cảm thấy, ảnh hưởng đến hoạt động của người bệnh, có thể kèm theo những ý nghĩ hay hành động có vẻ như quá mức hay vô lý.
- Lo âu có thể là biểu hiện hay gặp của nhiều rối loạn tâm thần và cơ thể.

Trước một bệnh nhân lo âu cần xác định:

- + Lo âu bình thường hay bệnh lý.
- + Nếu là bệnh lý cần xác định lo âu nguyên phát hay thứ phát (do một bệnh tâm thần hoặc cơ thể khác).

II. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG CỦA LO ÂU BỆNH LÝ

1. Triệu chứng cơ bản: là lo âu, hoảng sợ, thường phát sinh cấp, thời gian diễn biến bệnh kéo dài nhiều ngày nhiều tuần, có khi xuất hiện những cơn hoảng sợ cấp, lặp đi lặp lại.

2. Phân biệt lo âu bệnh lý với lo âu ở người bình thường:

a) Bệnh lý:

- Chủ đề: Không có chủ đề rõ ràng mang tính chất vô lý, mơ hồ (lo lắng về tương lai...).
- Thời gian: Kéo dài lặp đi lặp lại.
- Triệu chứng: Nhiều rối loạn thần kinh thực vật (mạch nhanh, thở gấp, chóng mặt, khô miệng, vã mồ hôi, lạnh chân tay, run rẩy, bất an...).

b) Bình thường:

- Chủ đề: Lo lắng có chủ đề, nội dung rõ ràng như ốm đau, công ăn việc làm...
- Thời gian: Nhất thời khi có các sự kiện trong đời sống tác động đến tâm lý của chủ thể. Hết lo âu khi mất các tác động này.
- Triệu chứng: Không có hoặc có rất ít rối loạn thần kinh thực vật.

3. Phân biệt lo âu bệnh lý với ám ảnh sợ:

- *Lo âu bệnh lý*: Không có chủ đề rõ ràng. Bệnh nhân (BN) thường than vãn, lo sợ chờ đợi một điều gì đó xảy ra với mình mà không biết rõ, kèm theo các rối loạn thần kinh thực vật. Không có hành vi né tránh.
- *Ám ảnh sợ*: Thường khu trú vào đối tượng, tình huống xác định. Biết vô lý nhưng vẫn sợ, ám ảnh sợ có nội dung vô lý: Sợ đám đông, sợ ở nhà một mình, sợ chỗ rộng, sợ dị hình, sợ chỗ cao, sợ vật nhọn.... Có hành vi né tránh.

4. Cơn lo âu:

a) Những biểu hiện cơ thể: luôn được BN quan tâm nhất.

- Hô hấp: Khó thở đa dạng như nghẹt thở, ho, nấc, ngáp rối loạn phát âm hoặc mất tiếng.
- Tim mạch: Đánh trống ngực, mạch nhanh, rối loạn nhịp, đau vùng trước tim được mô tả như nóng bỏng, phồng lên, đau nhói hoặc bóp chặt lại, lan truyền đa dạng, đau thắt ngực, cơn co thắt mạch hoặc xung huyết (khi thì ở khắp nơi trong cơ thể, khi thì khu trú ở mặt, chi và ngón tay) thường kèm theo với rối loạn cảm giác.

- Tiêu hoá: Co thắt thanh quản, thực quản, co thắt dạ dày và ruột kèm đau nhói hoặc co thắt, nôn, buồn nôn, ỉa chảy, mót dận, ứa nước bọt hoặc khô miệng...
- Tiết niệu: Đái dầm, đái nhiều...
- Thần kinh-Cơ: run, rung mặt, đặc biệt rung mí mắt và cơn đau giả thấp khớp.
- Cảm giác, giác quan và da: Tăng và loạn cảm giác, cơn ngứa, sồn da gà, tiết nhiều mồ hôi, đau nhói, nghe kém, nhìn mờ, đau đầu, chóng mặt, sợ chỗ rộng, đôi khi có triệu chứng không đứng không đi.

b) Các triệu chứng tâm thần:

Nhiều tác giả phân biệt sợ với lo âu và chỉ ra mối liên quan giữa lo âu và chóng mặt. 3 thành phần cơ bản của trạng thái cảm xúc này:

- Cảm giác bi quan không thực tế, đối với chủ thể điều này đến như là từ bi kịch nội tâm, xung đột vô thức.
- Chờ đợi sự nguy hiểm: Lo lắng, lúng túng, nghi ngờ, lo sợ về quá khứ (sự luyến tiếc, ân hận), về hiện tại (nghi ngờ), về tương lai (đe dọa, linh cảm).
- Hoảng loạn.

4. Trạng thái lo âu thường xuyên:

Khi lo âu trở nên một tình trạng mãn tính.

a) Rối loạn tâm thần:

- Ít hơn so với cơn lo âu, nhưng các cảm giác giống nhau: Chờ đợi nguy hiểm, tri giác âm tính các sự kiện và tương lai, cảm giác lo lắng nhẹ, lúng túng: "Nghĩ gì, làm gì, tin gì, tôi đã lãng phí cuộc đời tôi, tôi đã không thành công một cái gì cả, tôi không có khả năng, không cần thiết, kiệt sức, thất vọng". Chủ đề lo âu là chủ đề về sự hèn kém, thiếu may mắn, yếu ớt, sợ, quay lại hoàn cảnh phụ thuộc thời bé, sự thoái lui về những xúc động đầu tiên trước thế giới bên ngoài. Cái tôi, không đáp ứng được các kích thích của ngoại cảnh, được giải toả bởi hành vi kêu gọi sự giúp đỡ, tin tưởng và công kích, phụ thuộc và kích thích theo kiểu phản ứng trẻ con.

b) Rối loạn cơ thể:

- Rối loạn giấc ngủ: Khó ngủ, giấc ngủ không sâu (thường hay dậy, ác mộng), thức dậy 3 giờ sáng, là giờ của cực điểm lo âu buổi sáng, là một trong các triệu chứng thường gặp nhất. Hiếm hơn là ngủ nhiều, 12 giờ hoặc hơn mà không tạo ra sự nghỉ ngơi và yên tĩnh tốt. Vai trò của giấc

ngủ đối với lo âu đã được biết đến từ lâu. Nó giúp cho khả năng đáp ứng với những kích thích của trạng thái thức.

- Sự kích thích: tăng cảm xúc. Tác nhân kích thích chỉ gây cho người bình thường một biểu hiện cảm xúc thích hợp như cười, khóc, run, đỏ mặt, nắm chặt tay. Ở người lo âu, nó trở thành kích thích, rối loạn vận mạch, co thắt nội tạng, tức giận bệnh lý, thay đổi khí sắc. Các phản ứng quá mạnh trong mọi trường hợp. Hậu quả của các rối loạn này là mệt và kiệt sức với hai cực buổi sáng và buổi chiều.

- Các rối loạn chức năng: Rất thường gặp: rối loạn gan, tiêu hoá, viêm đại tràng, rối loạn nước tiểu, co thắt, loạn cảm giác bản thể, các rối loạn tình dục như ham muốn tình dục giảm hoặc mất.

c) Khám lâm sàng và cận lâm sàng:

- Tăng trương lực cơ và tăng phản xạ: Cơ co lại, khó giãn cơ, run nhẹ, nhanh, đa dạng. Các phản xạ gân, da, xương - quanh xương tăng.

- Tim mạch: Thường ít, BN thường có đánh trống ngực và ngoại tâm thu. Ngay cả khi điện tâm đồ bình thường cũng thường thấy mạch nhanh, nhỏ, huyết áp thấp, chỉ số dao động mạch nhẹ. Rối loạn mao mạch đa dạng, có thể có rối loạn tuần hoàn trung tâm (khuyh hướng giảm mỡ máu) hoặc ngoại biên (xanh tím đầu chi, bệnh Raynaud).

- Hô hấp: Giảm khả năng hô hấp, hô hấp nhanh và nông ảnh hưởng đến sự đồng hoá tế bào.

- Chức năng thực vật và nội tiết: Thường rối loạn nhẹ, đôi khi nặng nề, luôn thay đổi theo thời gian, có thể hồi phục, liên hợp với trạng thái tâm lý tạo nên các rối loạn này.

- EEG: nhịp anpha không điều hoà, biên độ thấp và nhanh.

5. Lo âu thể tạng:

Tâm căn lo âu dưới dạng cơn ít nhiều mạnh xảy ra ở một nhân cách bị rối loạn. Lo âu mãn như là một bệnh tâm căn tạo nên một thể tạng lo âu. Nhìn từ bên ngoài, ngay từ thời trẻ em đã có xu hướng lo lắng, thu mình lại và liên tục yêu cầu được bảo vệ. Mẹ, chị, giáo viên, bạn bè... trở nên chỗ dựa cần thiết cho sự an toàn. Cuộc sống hôn nhân, tình bạn, nghề nghiệp luôn có nhu cầu đảm bảo về tình cảm. Trái lại, thất bại, tang tóc, bệnh tật, mãn kinh, nghỉ hưu, tuổi già là những thử thách và tạo nên cơn lo âu. Toàn bộ cuộc sống được đặt trong lo âu. Nhìn từ bên trong, trong thời gian trị liệu tâm lý, người ta thấy rõ những nhân cách này không thể đáp ứng tốt trước sang chấn tâm lý (thất bại, tuyệt vọng, tang tóc...). Có thể nói rằng lo âu luôn

chờ đợi họ và phụ thêm vào cảnh khốn quẫn thường xuyên. Các sự kiện chỉ có ý nghĩa đối với cách phản ứng riêng của từng nhân cách. Chẳng hạn các sự kiện lớn như chiến tranh lại ít gây rối loạn hơn các sự kiện nhỏ như chuyển nhà...

Tuỳ theo sắc thái của lo âu, người ta gọi là suy nhược thần kinh, trầm cảm thể tạng, lo âu nhẹ, rối loạn cảm giác bản thể.

III. TIẾN TRIỂN - BIẾN CHỨNG

Cơn lo âu nhắc lại hoặc kéo dài khi mà tình huống không được cải thiện, điều trị không đúng và nhất là những đòi hỏi cảm xúc sâu sắc không thể cưỡng lại được. Nếu không giải quyết kịp thời với sự giúp đỡ của trị liệu tâm lý, cấu trúc tâm căn sẽ ổn định hơn và tiến triển thành tâm căn (ám ảnh sợ, Hysteria, ám ảnh).

- Điều đó có thể là một tâm căn ám ảnh sợ trong đó chủ thể chuyển lo âu vào đối tượng (sợ chỗ rộng, chỗ kín).
- Có thể là triệu chứng nghi bệnh: Chủ thể giải toả lo âu bằng việc qui cho một hoặc nhiều cơ quan, có khi mơ hồ, có khi là một bệnh nặng như ung thư...
- Biến chứng thường gặp nhất là những rối loạn tâm thể: Lo âu trở nên loét, hen, lo âu lan toả...
- Đôi khi có thể tạo ra cơn trầm cảm, đôi khi là sầu uất. Trên lâm sàng có thể đi kèm loạn khí sắc chu kỳ với trạng thái lo âu mạnh.

IV. TIỀN LƯỢNG

Dựa vào:

- Nhân cách: Mạnh, hài hoà giúp vượt qua được lo âu, ít có những triệu chứng tâm căn quan trọng.
- Hoàn cảnh môi trường: Gia đình và xã hội khó khăn, bệnh nhân đang đi vào ngõ cụt làm cho bệnh nặng hơn.
- Cách điều trị: Phương pháp điều trị không thích hợp có thể làm bệnh nặng và kéo dài hơn.

V. ĐIỀU TRỊ

Luôn cần phối hợp giữa trị liệu tâm lý và liệu pháp hoá dược.

1. Trị liệu tâm lý:

- Cần nghiên cứu hoàn cảnh gây lo âu, chẩn đoán giá trị gây bệnh của các yếu tố gây nên lo âu.

- Có sự khác nhau giữa điều trị lo âu "phản ứng" và lo âu mãn tính.
- Cần hiểu rõ tâm lý của BN.
- Dùng liệu pháp tâm lý thích hợp.

2. Điều trị an dịu:

- Thuốc an dịu hỗ trợ cho trị liệu tâm lý.
- Thuốc bình thần được ưu tiên sử dụng, cần tính đến loại thuốc, liều tùy theo từng trường hợp. Một số thuốc an thần kinh (đặc biệt là Levomepromazin) có thể có hoạt tính an dịu mạnh. Nếu có trầm cảm có thể dùng liều nhỏ thuốc chống trầm cảm (đặc biệt là Amitriptyline).
- Cần cho bệnh nhân lo âu nặng nhập viện, liệu pháp gây ngủ ngắn (3-5 ngày) có thể được áp dụng. Điều này có tác dụng cả về thể chất lẫn tâm lý.
- Điều trị thư giãn mang lại hiệu quả tốt.
- Cần lưu ý là thuốc an thần kinh hoặc gây ngủ đôi khi không có tác dụng mà lại làm tăng lo âu. Hậu quả của việc dùng các thuốc này là làm cho bệnh nhân bị trầm cảm hay ức chế. Biến chứng do thuốc này nói chung không nặng, có thể sửa đổi bằng việc sử dụng thuốc chống trầm cảm liều thấp. Nếu trầm cảm rõ, đôi khi cũng cần tăng liều. Ở loại trầm cảm nặng có thể phải sốc điện.

22. RỐI LOẠN HOẠT ĐỘNG

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 ngửa....) 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.

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 hoà nghi, do dự làm các vận động bị gián đoạn.
 - Giảm vận động: bệnh nhân giảm thực hiện các động tác, hay ngồi hoặc nằm yên, ít cử động. Bệnh nhân ít tham gia các công việc thường ngày
 - Nhại động tác: bệnh nhân bắt chước và làm theo các động tác của người đối diện.
 - 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.
 - 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.
- Cơ 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: 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 ưỡn 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.

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, bệnh nhân tăng hoạt động luôn tham gia tích cực vào nhiều loại hình hoạt động mà bình thường bệnh nhân 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, bệnh nhân 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 hòa 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 cũng 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. Rất nhiều học sinh cá biệt ở các trường 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 vận động và tâm thần đều gia tăng, các hoạt động này không phối hợp được 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.

a. 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 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 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, 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.

b. Cơn kích động:

Cơn 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. 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, do động kinh. Cơn kích động thường xuất hiện dưới dạng kích động giận dữ, kích động lo âu, cơn hystérie, cơn tăng thở

3.3. Bất động:

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

a. 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 bệnh nhân giữ nguyên tư thế đó, hoặc có triệu chứng Páplốp: ta hỏi to thì bệnh nhân không trả lời nhưng hỏi thầm thì bệnh nhân trả lời, đưa thức ăn thì không cầm nhưng ta lấy đi thì bệnh nhân giật trong bệnh cảnh bất động căng trương lực ta có thể thấy:

- Trạng thái phủ định: bệnh nhân 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 bệnh nhân nhắm kín mắt lại, bảo mở mắt ra thì bệnh nhân nhắm kín mắt 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 vẻ mặt, nhại lời, hoặc giữ nguyên dáng với các triệu chứng uốn sấp, ví dụ: ta đặt tay chân bệnh nhân ở tư thế nào thì cứ giữ nguyên tư thế đó, bệnh nhân vẫn nằm ngóc 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 bệnh nhân lại 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.

b. 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, vẻ mặt thờ ơ không còn phản ứng với những kích thích, không chịu ăn uống, có khi ỉa đái ra quần, sau bộ mặt sững sờ bệnh nhân còn có thể suy nghĩ, dòng tư duy vẫn còn hoạt động sững sờ bệnh nhân còn có thể suy nghĩ, dòng tư duy vẫn còn hoạt động.

- 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 (trầm cảm).

- Sững sờ căng trương lực: vẻ 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 nội dung các hoang tưởng đã chi phối bệnh nhân, như là lúc đó bệnh nhân đang nhập thần, 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: bệnh nhân trở nên vô cảm, lơ đãng, thờ ơ, thường kết hợp với kích động hơn là với mê mẫn.

4. Tic:

Là những động tác không tự ý, xuất hiện đột ngột, nhanh và lặp đi lặp 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, nhúm mày, nhún vai....

- Tic vận động phức hợp: như gõ nhịp trên mặt bàn...

- Tic phát âm: như đằng hắng, 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 hóa, 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 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 bệnh nhân 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 hóa 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 lện 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, gầy 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 gầy 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 khỏe giảm sút, ít vận động làm nhu cầu năng lượng thấp, đặc biệt do trầm cảm làm bệnh nhân chán ăn.

- **Cơn thèm ăn:** bệnh nhân ăn ngấu nghiến 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 bẩn:** bệnh nhân ăn vật bẩn như phân, ăn súc vật sống như thằn lằn, gián sống ... gặp ở bệnh nhân tâm thần phân liệt, mất trí...

- **Ăn gở:** 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 thời 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.

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 cớ 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 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, 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, cuồng dâm nam...

23. RỐI LOẠN CẢM XÚC LƯƠNG CỰC

I. KHÁI NIỆM

Khái niệm ban đầu về loạn thần hưng trầm cảm được sử dụng chủ yếu hiện nay như một từ đồng nghĩa với rối loạn cảm xúc lưỡng cực.

** Các quan niệm khác nhau về bệnh loạn thần hưng trầm cảm:*

- Từ thời thượng cổ Hypocrate đã mô tả hai trạng thái hưng cảm và trầm cảm, sau Hypocrate nhiều tác giả đã nói lên mối liên quan giữa 2 trạng thái này.

- 1899, Kraepelin (Đức) mô tả đầy đủ bệnh này và đề nghị đặt tên là PMD (Psychose Maniaco Deressve).

- Khuynh hướng chung của các nhà tâm thần học hiện đại là thu hẹp bệnh này lại theo những tiêu chuẩn chặt chẽ sau đây:

. Các trạng thái hưng cảm và trầm cảm xuất hiện tự phát và chiếm vị trí trung tâm trong bệnh cảnh, thời gian có thể kéo dài nhưng vẫn có giới hạn rõ rệt.

. Các trạng thái bệnh lý không dựa đến dị tật tâm thần mặc dù tái phát nhiều lần, giai đoạn thuyên giảm giữa cơn trở lại gần như bình thường.

- . Trạng thái hưng cảm và trầm cảm có thể xen kẽ nhau hay không xen kẽ nhau.
- . Rối loạn khí sắc phải nổi bật lên hàng đầu, giới hạn rõ rệt trong một thời gian, không kèm theo những triệu chứng của quá trình thực thể hay phân liệt.
- Theo ICD.10 rối loạn cảm xúc lưỡng cực (F31 Bipolar affective Disorder): là những giai đoạn lặp đi lặp lại (ít nhất là 2 lần) trong các mức độ khí sắc và hoạt động của bệnh nhân bị rối loạn đáng kể. Trong một số trường hợp rối loạn biểu hiện bằng tăng khí sắc tăng năng lượng và tăng hoạt động hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ và trong một số trường hợp khác là tự hạ thấp khí sắc giảm năng lượng và giảm hoạt động (trầm cảm).
- . Điểm đặc trưng là bệnh thường hồi phục hoàn toàn.
- . Tỷ lệ mắc bệnh ở hai giới gần như bằng nhau.
- . Các giai đoạn hưng cảm hay trầm cảm thường xảy ra sau các stress tâm lý xã hội.
- . Các giai đoạn hưng cảm thường bắt đầu đột ngột kéo dài trung bình khoảng 4 tháng cơn trầm cảm có khuynh hướng kéo dài hơn khoảng 6 tháng.
- Tỷ lệ mắc bệnh rất khác nhau tùy theo quan niệm thu hẹp hay mở rộng. Liên Xô cũ 0,04%, Anh (Slater) 0,4%, Pháp 0,5%. Ở Việt Nam chưa có tỷ lệ thống kê về bệnh này. Tỷ lệ mắc bệnh ở 2 giới (theo WHO) gần như bằng nhau.

II. CÁC BIỂU HIỆN ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

A. Trầm cảm:

Một giai đoạn trầm cảm theo ICD.10 (Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10). Dù ở mức độ nặng, vừa hay nhẹ một giai đoạn trầm cảm phải có những biểu hiện đặc trưng sau:

1. Khí sắc trầm.
2. Mất mọi quan tâm thích thú.
3. Giảm năng lượng, tăng mệt mỏi, dù chỉ một cố gắng nhỏ.

Thường có những triệu chứng phổ biến khác là:

1. Giảm sự tập trung chú ý.
2. Giảm sút tính tự trọng và lòng tự tin.
3. Có ý tưởng bị tội không xứng đáng.

4. Nhìn vào tương lai ảm đạm bi quan.

5. Ý tưởng và hành vi tự huỷ hoại hoặc tự sát.

6. Rối loạn giấc ngủ.

7. Ăn ít ngon miệng.

- Thể nặng thường có các triệu chứng sinh học sút cân, mất 5% trọng lượng cơ thể/1tháng.
Giảm dục năng, mất ngủ, thức giấc sớm.

a. *Trầm cảm nhẹ:*

1. Phải có 2/3 triệu chứng đặc trưng của trầm cảm.

2. 2/7 triệu chứng phổ biến khác hay gặp trầm cảm.

3. Không có triệu chứng sinh học của trầm cảm.

4. Kéo dài ít nhất 2 tuần.

b. *Trầm cảm vừa:*

1. Phải có 2/3 triệu chứng đặc trưng của trầm cảm.

2. Có ít nhất 3/7 triệu chứng phổ biến khác hay gặp trong trầm cảm.

3. Gây nhiều trở ngại trong sinh hoạt gia đình, xã hội nghề nghiệp.

4. Kéo dài ít nhất 2 tuần.

c. *Trầm cảm nặng:*

1. Phải có 2/3 triệu chứng đặc trưng của trầm cảm.

2. Có ít nhất 3/7 triệu chứng phổ biến khác hay gặp trong trầm cảm.

3. Có triệu chứng sinh học của trầm cảm.

4. Ít khả năng tiếp tục công việc gia đình, xã hội, nghề nghiệp.

B. Hưng cảm:

a. *Hưng cảm nhẹ:*

1. Tăng khí sắc nhẹ và dai dẳng nhiều ngày.

2. Tăng năng lượng và hoạt động.
3. Cảm giác thoải mái, làm việc có hiệu suất, dễ chan hoà, ba hoa, suồng sã, có thể cáu kỉnh, tự phụ, thô lỗ.
4. Tăng tình dục.
5. Ít ngủ (giảm nhu cầu ngủ).
6. Khả năng tập trung chú ý giảm.
7. Tiêu tiền hơi nhiều.
8. Không gián đoạn công việc.

b. *Hưng cảm vừa* (Hưng cảm không có các triệu chứng loạn thần):

1. Khí sắc tăng cao không tương xứng với hoàn cảnh bệnh nhân.
2. Có thể thay đổi từ vui vẻ đến kích động gần như không thể kiểm tra được.
3. Tăng năng lượng, hoạt động thái quá, nói nhanh.
4. Giảm nhu cầu ngủ.
5. Mất khả năng kiềm chế xã hội thông thường.
6. Chú ý không thể duy trì được, dễ dàng trí nhớ.
7. Tự cao quá mức, khuếch đại, lạc quan.
8. Đánh giá màu sắc rực rỡ đẹp nhay cảm chủ quan về ranh giới.
9. Lao vào mưu đồ ngông cuồng, không thực tế.
10. Tiêu tiền liều lĩnh.
11. Công kích, đam mê, si tình, đùa đến không thích hợp.
12. Có thể cau có ngờ vực.
13. Thời gian ít nhất 1 tuần.
14. Gián đoạn công việc xã hội, gia đình.

c. *Hưng cảm nặng* có các triệu chứng loạn thần:

1. Khí sắc tăng quá cao.
2. Hoạt động thể lực mạnh, kéo dài dẫn đến kích động xâm phạm hoặc hung bạo.
3. Tự đánh giá quá mức dẫn đến ý tưởng tự cao dẫn đến hoang tưởng tự cao hay tôn giáo về nguồn gốc hay vai trò nổi bật. Đôi khi có hoang tưởng được bệnh nhân.
4. Tư duy phi tán, nói nhanh có thể làm cho người khác không hiểu được bệnh nhân.
5. Sao nhãng ăn uống, vệ sinh cá nhân dẫn đến mất nước.
6. Có thể có hoang tưởng hoặc ảo giác có hoặc không phù hợp với khí sắc.

III. CHẨN ĐOÁN

A. Chẩn đoán xác định:

Tuỳ theo giai đoạn bệnh hiện tại mà người ta phân thành:

1. *Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn hưng cảm nhẹ* F31.0 (Bipolar affective Disorder, current Episode Hypomanic).

Để chẩn đoán xác định:

- a. Giai đoạn hiện nay phải có đầy đủ các tiêu chuẩn cho hưng cảm nhẹ (F30.0).
- b. Phải có ít nhất một giai đoạn rối loạn cảm xúc khác (hưng cảm nhẹ, hưng cảm, trầm cảm hoặc hỗn hợp) trước đây.

2. *Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn hưng cảm không có các triệu chứng loạn thần* F31.1 (Bipolar affective Disorder, current Episode Manic Without Psychotic Symptoms).

- a. Phải có đầy đủ tiêu chuẩn của hưng cảm không có các triệu chứng loạn thần (F30.1).
- b. Ít nhất có giai đoạn rối loạn cảm xúc khác (hưng cảm nhẹ, hưng cảm, trầm cảm hoặc hỗn hợp) trong quá khứ.

3. *Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn hưng cảm có các triệu chứng loạn thần* (F31.2) (Bipolar affective Disorder, current Episode Manic With Psychotic Symptoms).

- a. Giai đoạn hiện tại phải có đầy đủ các tiêu chuẩn của hưng cảm có các triệu chứng loạn thần (F30.2).
- b. Phải có ít nhất một giai đoạn rối loạn cảm xúc khác (hưng cảm nhẹ, hưng cảm, trầm cảm hoặc hỗn hợp) trong quá khứ.

4. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn trầm cảm nhẹ hoặc vừa F31.3 (Bipolar affective Disorder, current Episode Mild or Moderate Depression) .

a. Giai đoạn hiện tại phải có đầy đủ các tiêu chuẩn cho một giai đoạn trầm cảm nhẹ hoặc vừa (F32; F32.1).

b. Phải có ít nhất một giai đoạn rối loạn cảm xúc hưng cảm nhẹ, hưng cảm hoặc hỗn hợp trong thời gian quá khứ.

5. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn trầm cảm nặng không có các triệu chứng loạn thần F31.4 (Bipolar affective Disorder, current Episode Severe Depression Without Psychotic Symptoms).

a. Giai đoạn hiện tại phải có đầy đủ các tiêu chuẩn của một giai đoạn trầm cảm nặng không có các triệu chứng loạn thần F32.3.

b. Phải có ít nhất một giai đoạn rối loạn cảm xúc hưng cảm nhẹ, hưng cảm, hoặc hỗn hợp trong thời gian trước đây.

6. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn trầm cảm nặng có các triệu chứng loạn thần F31.5 (Bipolar affective Disorder, current Episode Severe Depression With Psychotic Symptoms).

a. Giai đoạn hiện tại phải có đầy đủ các tiêu chuẩn cho một giai đoạn trầm cảm nặng có các triệu chứng loạn thần (F32.3).

b. Phải có ít nhất một giai đoạn rối loạn cảm xúc hưng cảm nhẹ, hưng cảm, hoặc hỗn hợp trong quá khứ.

7. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn hỗn hợp F31.6 (Bipolar affective Disorder, current Episode Mixed).

Bệnh nhân có ít nhất một giai đoạn rối loạn cảm xúc hưng cảm, hưng cảm nhẹ hoặc hỗn hợp trong quá khứ và hiện tại biểu lộ hoặc pha trộn hoặc thay đổi nhanh chóng các triệu chứng hưng cảm, hưng cảm nhẹ và trầm cảm. Mặc dù hình thái điển hình nhất của rối loạn cảm xúc lưỡng cực bao gồm những giai đoạn trầm cảm và hưng cảm thay thế nhau và cách nhau bằng những thời kỳ khí sắc bình thường, các giai đoạn này cũng thường thấy khí sắc trầm kèm theo hoạt động thái quá và nói nhiều vào những ngày hay tuần cuối, hoặc khí sắc hưng cảm và ý tưởng tự cao, kèm theo kích động, mất năng lượng và giảm dục năng. Triệu chứng trầm cảm và hưng cảm nhẹ hoặc hưng cảm có thể chuyển đổi một cách nhanh chóng từ ngày này sang ngày khác và từ giờ này sang giờ khác.

Chỉ có thể làm chẩn đoán rối loạn cảm xúc lưỡng cực hỗn hợp nếu cả hai nhóm triệu chứng đều nổi bật trong phần lớn giai đoạn hiện tại của bệnh và nếu giai đoạn này kéo dài ít nhất 2 tuần.

B. Chẩn đoán phân biệt:

1. Rối loạn phân liệt cảm xúc F25:

- Là những rối loạn từng giai đoạn trong đó các triệu chứng cảm xúc lẫn phân liệt đều nổi bật trong cùng một giai đoạn của bệnh thường là đồng thời nhưng ít nhất cũng cách nhau khoảng vài ngày. Mối liên quan của chúng với những rối loạn cảm xúc điển hình (F30-F39) và với các rối loạn phân liệt (F20-F24) là không chắc chắn, chúng được coi như một thể loại riêng, bởi vì chúng rất phổ biến nên không bỏ qua được.

- *Hoạt động hưng cảm:*

. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực: lời cuốn, hữu ích.

. Tâm thần phân liệt: vô lý, si dại, khó hiểu, phá hoại.

- *Ngôn ngữ:*

. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực: ngôn ngữ có mục đích, có ý nghĩa sát thực tại.

. Tâm thần phân liệt: ngôn ngữ xa rời thực tại, khó hiểu.

- *Cảm xúc:*

* Hưng cảm: RLCX lưỡng cực khoan khoái, dễ chịu: TTPL đơn điệu, nghèo nàn, ít di động.

* Trầm cảm: RLCX lưỡng cực buồn sinh thể: TTPL vô cảm xúc, bàng quan.

- Thời gian giữa cơn: giữa cơn rối loạn cảm xúc hoàn toàn bình thường. Giữa cơn TTPL ít nhiều biến đổi nhân cách, thiếu hoà hợp, tự kỷ, thể năng tâm thần giảm sút.

- Tiến triển của bệnh: TTPL càng tiến triển, nét phân liệt ngày càng rõ rệt. Theo một số tác giả sau cơn thứ 3 TTPL làm biến đổi nhân cách rõ rệt.

2. Trạng thái sa sút trí tuệ:

- Khoái cảm, giải thể bản năng, hoang tưởng tự cao rõ rệt.

- Lâm sàng: rối loạn cảm xúc lưỡng cực trí tuệ không sa sút, bệnh nhân không mất hoàn toàn khả năng tự kiểm soát hành vi tác phong.

Sa sút trí tuệ: Trí tuệ sa sút, bệnh nhân mất khả năng tự kiểm soát hành vi, tác phong.

- Cận lâm sàng: Sa sút trí tuệ: Dịch não tủy BW (+).

- Triệu chứng thần kinh: bệnh nhân sa sút trí tuệ có biểu hiện tay run, nói khó, lưỡi thập thò.

IV. ĐIỀU TRỊ

A. Nguyên tắc chung:

Điều trị triệu chứng: Nhằm mục đích điều trị các giai đoạn (hưng hoặc trầm). Nếu các giai đoạn nặng phải nhập viện.

- Trầm cảm: nhập viện để phòng ngừa nguy cơ tự sát cao.
- Hưng cảm: nhập viện để đối phó với các hậu quả do kích động gây ra

B. Điều trị giai đoạn trầm cảm:

Hoá dược:

* Lựa chọn thuốc:

- Nếu lo âu, kích thích chiếm ưu thế thì nên dùng thuốc chống trầm cảm gây êm dịu như Amitriptyline liều từ 50-150 mg/ngày.
- Nếu tình trạng ức chế chiếm ưu thế thì dùng chống trầm cảm hoạt hoá Survector 100-250 mg/ngày hoặc chống trầm cảm trung gian Anafanil 50-150 mg/ngày.
- Nếu lo âu chiếm ưu thế dùng thuốc chống trầm cảm mới không 3 vòng, không IMAO như Prozac 20-60 mg/ngày hoặc Stablon 12,5-37,5 mg/ngày.

* Thời gian điều trị: điều trị bằng thuốc chống trầm cảm thường phải được điều trị trong thời gian dài 4-6 tháng đối với trầm cảm mức độ trung bình, 6 tháng đến 1 năm đối với hội chứng trầm cảm nặng. Việc chấm dứt điều trị cần được tiến hành dần dần trong 1 đến 2 tháng.

C. Điều trị giai đoạn hưng cảm:

1. *Thuốc an thần kinh*: các thuốc an thần kinh được chỉ định để điều trị cơn hưng cảm.

- Chống loạn thần và làm yên dịu:

- . Aminazine 50-300 mg/ngày
- . Levomepromazin 50-300 mg/ngày
- . Tercian 50-300 mg/ngày
- . Thioridazine 50-300 mg/ngày

- *Chống loạn thần mạnh*, có tác dụng tối đa đối với các loại hoang tưởng, ảo giác:

. Haloperidol 5-20 mg/ngày

Thuốc an thần kinh luôn luôn phải được điều chỉnh tùy theo sự dung nạp và hiệu quả

2. Thuốc điều chỉnh khí sắc:

- Muối Lithium: Muối Lithium có hiệu quả điều trị nhưng chỉ tác dụng sau khoảng 8 ngày sử dụng, vì vậy phải được kết hợp với một thuốc an thần kinh lúc khởi đầu. Sự kết hợp này cần phải có sự theo dõi lâm sàng và cận lâm sàng chặt chẽ, đặc biệt phải theo dõi nồng độ tập trung của Lithium trong máu, trong khoảng cho phép từ 0,5-1,2 mEq/lít.

- Carbamazepin (Tegretol): Hiệu quả điều trị của Carbamazepin xảy ra nhanh hơn so với Lithium và trong khoảng 3 ngày, được ưu tiên sử dụng trong trường hợp bệnh hưng trầm cảm có chu kỳ ngắn kết hợp với một thuốc an thần kinh lúc khởi đầu điều trị. Cần chú ý theo dõi lâm sàng chặt chẽ để đề phòng dị ứng. Liều dùng: 200-800 mg/ngày.

- Valpromide (Depamide): Depamide là chế phẩm của acide dipropylacetique (Depakin) đã được sử dụng trong điều chỉnh các rối loạn khí sắc của bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực từ 1965.

- Thuốc có tác dụng:

. Làm ổn định cảm xúc.

. Yên dịu và tăng hiệu lực yên dịu của các thuốc hướng thần khác.

Được chỉ định:

- Depamid + An thần kinh ở giai đoạn cấp tính giảm nhanh tình trạng loạn thần và hưng cảm tâm lý vận động hơn là dùng an thần kinh đơn thuần.

- Dự phòng tái phát bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực giảm số cơn và thời gian kéo dài cơn.

. Giảm số lần tái nhập viện từ 60-80%.

. Giảm cường độ cơn (nếu cơn xuất hiện).

Liều lượng:

. Liều cao: 900-1200 mg

. Trung bình: 600-900 mg

. Liều thấp duy trì: 300-600 mg

Sử dụng liều lượng thuốc tùy thuộc vào khả năng dung nạp của từng cá thể điều trị "đa trị liệu" thì liều cần ít hơn khi sử dụng "đơn trị liệu". Thuốc chia làm 2 lần trong ngày 8 giờ sáng và 8 giờ tối.

V. PHÒNG BỆNH

- Rối loạn cảm xúc lưỡng cực thường hay tái phát người bệnh có thể có nhiều giai đoạn phát bệnh trong suốt cuộc đời của mình và giữa những giai đoạn này bệnh nhân hoàn toàn khỏe mạnh, do vậy việc điều trị dự phòng là hết sức cần thiết.

- Chỉ định dự phòng: người bệnh bị mỗi năm 1 cơn, hoặc 2 năm 3 cơn. Thuốc dự phòng: Các muối Lithium, Carbamazepin, Depamide với liều lượng duy trì.

- Cần chú ý đến chế độ sinh hoạt, công tác và nghỉ ngơi của người bệnh, đặc biệt tránh tình trạng quá căng thẳng về cảm xúc. Cần chú ý theo dõi người bệnh vào mùa thu, mùa hè là những mùa hay phát bệnh. Điều trị sớm ngay từ khi có các triệu chứng đầu tiên như: Rối loạn giấc ngủ, suy nhược, giảm hoạt động hay tăng hoạt động rõ rệt so với các trạng thái thông thường.

24. MÊ SẢNG

Các biểu hiện triệu chứng

- Gia đình có thể đưa đi khám vì bệnh nhân lú lẫn hoặc kích động.
- Mê sảng có thể xuất hiện ở các bệnh nhân đang nằm viện vì các bệnh cơ thể.
- Bệnh nhân có thể không hợp tác khám bệnh hoặc sợ hãi.

Các đặc trưng để chẩn đoán

Khởi đầu cấp diễn với các biểu hiện:

- Lú lẫn (bệnh nhân trở nên bối rối, phải cố gắng mới hiểu được môi trường xung quanh).
- Sự nhận biết hoặc tư duy mù mờ. Thường kèm các biểu hiện sau:

Trí nhớ kém

Xáo trộn cảm xúc

Khó tập trung chú ý

Xa lánh, tách biệt với mọi người

Đa nghi

Kích động

Mất định hướng

Nghe tiếng nói bất thường

Các hình ảnh hay ảo tưởng

Rối loạn giấc ngủ

(đảo ngược chu kỳ thức ngủ)

Các triệu chứng thường phát triển nhanh chóng và có thể thay đổi từng giờ.

Có thể xuất hiện ở những người trước đó có hoạt động tâm thần bình thường hoặc ở những người đã sa sút trí tuệ.

Các stress nhẹ hơn (thuốc men, các nhiễm trùng nhẹ) cũng có thể gây ra mê sảng ở người già hoặc ở người đã sa sút trí tuệ.

Chẩn đoán phân biệt

Xác định và điều trị các căn nguyên cơ thể có thể gây ra lú lẫn như:

- Nhiễm độc rượu hay cai rượu hay cai rượu.
- Nhiễm độc hoặc cai các chất ma túy (gồm cả các thuốc được ghi đơn).
- Nhiễm trùng nặng.
- Các thay đổi chuyển hóa (ví dụ: bệnh gan, mất nước hạ đường máu).
- Chấn thương sọ não.
- Giảm oxy máu.

Nếu các triệu chứng đó tồn tại kéo dài, các hoang tưởng và rối loạn tư duy chiếm ưu thế trong bệnh cảnh; không tìm thấy các căn nguyên cơ thể, xem xét các *Rối loạn thần cấp*.

Các hướng dẫn quản lý

Thông tin cơ bản cho bệnh nhân và gia đình

- Các hành vi hay ngôn ngữ kỳ lạ ... đều là các triệu chứng của bệnh.

Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình

- Tiến hành các biện pháp đề phòng để bệnh nhân khỏi gây thương tổn cho bản thân và người khác (ví dụ: loại bỏ các vật dụng có thể gây nguy hiểm hoặc đưa vào phòng riêng nếu cần thiết).
- Sự giao tiếp trợ giúp của những người quen có thể giúp làm giảm lú lẫn.
- Nhắc nhở thường xuyên về thời gian, nơi bệnh nhân đang ở để làm giảm lú lẫn của bệnh nhân.
- Có thể phải đưa bệnh nhân vào nằm viện khi bị kích động hoặc có các bệnh lý cơ thể gây ra mê sảng.

Thuốc

- Tránh dùng các thuốc an thần hoặc gây ngủ (ví dụ: Benzodiazepine) ngoại trừ để điều trị hội

chứng cai rượu hay cai các thuốc yên dịu.

-Đôi khi có thể phải sử dụng các thuốc chống loạn thần với liều thấp (ví dụ: Haloperdol 0,5 – 1 mg một hoặc hai lần trong ngày) để điều trị các biểu hiện kích động, tấn công hoặc các triệu chứng loạn thần. Coi chừng các tác dụng phụ do thuốc (các triệu chứng giống Parkinson, các tác dụng kháng cholinergic) và sự tương tác thuốc.

Khám chuyên khoa

Cần đến khám chuyên khoa khi:

- Các bệnh lý cơ thể đòi hỏi phải điều trị chuyên khoa.
- Kích động chưa kiểm soát được.

25. CÁC RỐI LOẠN DO DÙNG CHẤT MA TÚY

1. *Các biểu hiện triệu chứng:* Bệnh nhân có thể có:

- Khí sắc trầm.
- Tình trạng căng thẳng.
- Mất ngủ.
- Các biến chứng cơ thể do sử dụng ma túy.
- Các tai biến và chấn thương do dùng chất ma túy.

Còn có thể có:

- Các thay đổi không giải thích được trong hành vi, diện mạo hay trong công việc.
- Phủ nhận việc sử dụng ma túy.
- Kêu đau mỏi hoặc trực tiếp đòi hỏi được dùng các thuốc gây ngủ hoặc các dạng chất ma túy khác.
- Có các vấn đề liên quan luật pháp và xã hội do dùng chất ma túy (các rắc rối trong hôn nhân, mất việc làm ...).

Có thể biểu hiện các dấu hiệu của hội chứng cai chất ma túy. Ví dụ:

- Các chất dạng thuốc phiện: buồn nôn, vã mồ hôi, run.
- Các chất gây yên dịu: lo âu, run, các ảo giác.

- Các chất kích thích: trầm cảm, ủ rũ, cau có.

Gia đình có thể yêu cầu sự giúp đỡ trước khi bệnh nhân thấy cần thiết.

2. Các đặc trưng để chẩn đoán:

- Sử dụng nhiều và thường xuyên chất ma túy.
- Việc dùng chất ma túy đã gây ra các tổn hại về cơ thể ví dụ: bị thương tổn trong trạng thái đang bị ngộ độc chất ma túy). Các tổn hại về tâm lý (ví dụ: các triệu chứng tâm thần do dùng chất ma túy) hoặc dẫn đến hậu quả xấu về mặt xã hội (ví dụ: mất việc làm, các rắc rối nghiêm trọng trong gia đình).
- Khó khăn trong việc kiểm chế sử dụng chất ma túy.
- Thèm muốn mạnh mẽ được dùng chất ma túy.
- Dung nạp (có thể dùng một số lượng lớn các chất ma túy mà không biểu hiện tình trạng ngộ độc).
- Hội chứng cai (lo âu, run hoặc các triệu chứng cai khác sau khi dừng sử dụng ma túy).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Rối loạn do dùng ma túy thường đồng hành với các rối loạn do dùng rượu.
- Các triệu chứng của lo âu hay trầm cảm có thể xuất hiện do dùng các chất ma túy mạnh. Nếu chúng vẫn còn sau giai đoạn cai (ví dụ: khoảng 4 tuần), xem: Trầm cảm và Lo âu lan tỏa.

4. Các hướng dẫn quản lý:

Thông tin cơ bản cho bệnh nhân và gia đình:

- Cai là mục tiêu; bệnh nhân và gia đình cần phải tập trung vào điều đó.
- Ngừng hoặc giảm sử dụng ma túy sẽ có lợi cho cả cơ thể và tâm thần.
- Dùng ma túy khi có thai sẽ gây tổn hại cho thai nhi.
- Với người tiêm chích ma túy, sẽ có nguy cơ bị nhiễm hoặc lan truyền virus HIV, viêm gan virus hoặc các nhiễm trùng đường máu khác. Cần thảo luận về các cách phòng ngừa thích hợp (sử dụng bao cao su, không được dùng lại bơm kim tiêm).
- Tái nghiện là rất phổ biến. Việc kiểm soát và ngừng sử dụng ma túy thường đòi hỏi phải cố gắng rất nhiều.

5. Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình:

* Với những bệnh nhân hiện đã sẵn sàng từ bỏ ma túy:

- Xác định ngày để bắt đầu cai ma túy.
- Thảo luận các chiến lược để tránh hoặc đối phó với các tình huống nguy cơ cao (ví dụ: các hoàn cảnh xã hội, các sự kiện gây stress).
- Đưa ra các kế hoạch đặc biệt để tránh dùng chất ma túy (ví dụ: phải đối phó ứng xử như thế nào đối với những người bạn vẫn còn đang tiếp tục dùng chất ma túy).
- Xác định gia đình và bạn bè sẽ là người ủng hộ việc cai ma túy.

* Nếu mục tiêu chỉ là giảm sử dụng ma túy (hoặc nếu bệnh nhân chưa sẵn sàng để cai):

- Thảo luận để đưa ra một mục tiêu rõ ràng cho việc giảm sử dụng ma túy (ví dụ: không dùng quá một liều marijuana trong một ngày và có hai ngày trong một tuần không sử dụng marijuana).
- Bàn về chiến lược để tránh hoặc đối phó với các tình huống nguy cơ cao (ví dụ: các tình huống xã hội, các sự kiện gây stress).
- Giới thiệu các thể thức để bệnh nhân tự theo dõi và các tập tính sử dụng ma túy một cách an toàn hơn (ví dụ: hạn chế thời gian, sử dụng một cách từ từ, chậm rãi ...).

* Đối với những bệnh nhân hiện chưa sẵn sàng cai hay giảm sử dụng ma túy:

- Không nêu phản ứng hoặc phê phán.
- Chỉ rõ cho bệnh nhân thấy các vấn đề về y tế, tâm lý và xã hội do chất ma túy gây ra.
- Vạch một kế hoạch thời gian mới để đánh giá lại sức khỏe và thảo luận về việc sử dụng ma túy với bệnh nhân.

* Đối với những người cai không được hoặc tái nghiện:

- Xác nhận và khen ngợi bất cứ thành công nào của bệnh nhân.
- Bàn về các tình huống đã dẫn đến tái nghiện.
- Tiến hành lại các bước đã làm nêu trên.

Các tổ chức tự giúp lẫn nhau (ví dụ: hội những người nghiện thuốc gây ngủ, dấu tên) là rất hữu ích.

6. Thuốc:

- Hội chứng cai các chất yên dịu có thể cần được điều trị bằng các Benzodiazepine (ví dụ: Chlordiazepoxide 25 - 50 mg có thể dùng tới 4 lần/ngày) nhưng với những bệnh nhân ngoại trú việc điều trị này cần phải được theo dõi chặt chẽ. Hội chứng cai các chất yên dịu nếu nặng (có các ảo giác và sự rối loạn thần kinh tự trị) có thể cần phải nhập viện và cần phải sử dụng các thuốc chống lo âu liều cao hơn.
- Hội chứng cai các chất kích thích, cocaine hoặc các chất dạng thuốc phiện là rất nghiêm trọng và có thể cần phải có sự giám sát chuyên môn.

7. Khám chuyên khoa:

Các chương trình tư vấn chuyên khoa cho người nghiện ma túy cần được cân nhắc nếu có.

26. CÁC RỐI LOẠN DO SỬ DỤNG RƯỢU

1. Các biểu hiện triệu chứng: Bệnh nhân có thể biểu hiện:

- Khí sắc giảm.
- Tình trạng căng thẳng.
- Mất ngủ.
- Các biến chứng cơ thể do sử dụng rượu (loét dạ dày, viêm dạ dày, bệnh gan ...).
- Tai biến hoặc chấn thương do dùng rượu.
- Trí nhớ và tập trung chú ý kém.

Còn có thể có :

- Các vấn đề liên quan đến pháp luật và xã hội do uống rượu (các rắc rối về hôn nhân, mất việc làm ...).
- Các biểu hiện hội chứng cai rượu (vã mồ hôi run, nôn buổi sáng, các ảo giác).
- Đôi khi các bệnh nhân có thể không thừa nhận hoặc có thể không nhận biết về các vấn đề do rượu. Gia đình có thể đòi hỏi được giúp đỡ trước khi bệnh nhân yêu cầu (ví dụ: do bệnh nhân trở nên dễ bị kích thích ở nhà, bị mất việc làm).

2. Các đặc trưng để chẩn đoán:

Sử dụng gây hại:

- Uống rượu mạnh (số lượng rượu được xác định theo tiêu chuẩn địa phương ví dụ: trên 21 lần uống rượu trong 1 tuần đối với nam, hơn 14 lần uống trong 1 tuần đối với nữ).
- Dùng rượu quá nhiều đã gây ra các tổn hại về cơ thể (ví dụ: bệnh gan, chảy máu đường tiêu hóa), tổn hại về tâm lý (trầm cảm hoặc lo âu do rượu) hoặc dẫn đến các tổn hại về xã hội (ví dụ: mất việc làm...).

Các bảng phỏng vấn chuẩn (ví dụ AUDIT) có thể giúp cho việc phân định sử dụng gây hại.

Nghiện rượu:

- Tiếp tục uống rượu mặc dù biết là có hại.
- Khó khăn trong việc kiểm soát tập tính uống rượu.
- Thèm muốn được uống rượu một cách mạnh mẽ.
- Khả năng dung nạp (uống một lượng rượu lớn mà không có biểu hiện nhiễm độc).
- Hội chứng cai (lo âu, run, vã mồ hôi sau khi ngừng uống rượu).

3. Chẩn đoán phân biệt:

Các triệu chứng lo âu, trầm cảm có thể xuất hiện khi dùng rượu mạnh. Các triệu chứng này vẫn còn có sau giai đoạn cai. Xem Trầm cảm và Lo âu lan tỏa.

4. Các hướng dẫn quản lý:

Thông tin cơ bản cho bệnh nhân và gia đình:

- Nghiện rượu là một loại bệnh lý có những hậu quả rất nghiêm trọng.
- Ngừng hoặc giảm uống rượu sẽ có lợi cả về cơ thể và tâm thần.
- Uống rượu khi mang thai có thể gây tổn hại cho thai nhi.
- Trong một số trường hợp, khi sử dụng gây hại, chưa bị nghiện, thì việc uống rượu có kiểm soát và giảm bớt đi được là một mục tiêu hợp lý.
- Với các bệnh nhân nghiện rượu, cai rượu là mục tiêu. Vì việc cai đột ngột có thể gây ra hội chứng cai nên sự giám sát của chuyên môn y tế là cần thiết.

- Tái nghiện là rất phổ biến. Việc kiểm soát hoặc ngừng uống rượu thường đòi hỏi rất nhiều cố gắng.

5. Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình:

* Cho những người thực hiện và đã sẵn sàng ngừng uống rượu.

- Xác định cụ thể một ngày để ngừng uống rượu.

- Thảo luận một chiến lược để tránh hoặc đối phó với các tình huống có nguy cơ cao (ví dụ: các tình huống xã hội, các sự kiện gây stress).

- Đặt ra một kế hoạch đặc biệt để tránh uống rượu (ví dụ: cách ứng xử với các bạn bè vẫn còn đang uống rượu).

- Giúp đỡ bệnh nhân xác định được các thành viên trong gia đình hoặc bạn bè là những người sẵn sàng trợ giúp bệnh nhân ngừng uống rượu.

- Thảo luận về các triệu chứng và cách đối phó với các biểu hiện cai rượu. * Nếu là mục tiêu giảm uống rượu bệnh nhân chưa sẵn sàng để thôi uống rượu.

- Thảo luận đưa ra một mục tiêu rõ ràng cho việc giảm uống rượu (ví dụ: không được uống quá 2 lần trong một ngày và có 2 ngày không uống rượu trong một tuần).

- Thảo luận về một chiến lược để tránh hoặc đối phó với các tình huống có nguy cơ cao (ví dụ: giới hạn chặt chẽ về thời gian uống rượu, uống một cách chậm rãi).

* Đối với những bệnh nhân hiện chưa sẵn sàng ngừng hay giảm uống rượu.

- Không nên phản ứng hay khiển trách.

- Chỉ cho họ thấy một cách rõ ràng các vấn đề y tế, tâm lý, xã hội do rượu gây ra.

- Đặt một kế hoạch thời gian tới cho việc đánh giá lại sức khỏe và việc uống rượu của bệnh nhân.

* Đối với những bệnh nhân cai rượu không thành công hay tái nghiện.

- Xác nhận và khen ngợi đối với bất cứ thành công nào.

- Thảo luận về các tình huống đã dẫn đến tái nghiện.

- Thực hiện lại các bước đã nêu trên.

- Các tổ chức tự giúp lẫn nhau (ví dụ: hội những người nghiện rượu, dấu tên...) thường là rất hữu ích.

6. Thuốc:

- Hội chứng cai rượu có thể cần được điều trị một thời hạn ngắn bằng Benzodiazepine (ví dụ: Chlordiazepoxide 25 - 100 mg x 1 - 2 lần/ngày) nhưng với các bệnh nhân ngoại trừ việc dùng thuốc này cần phải được theo dõi chặt chẽ. Hội chứng cai rượu nặng (có các ảo giác và sự không ổn định các hoạt động thần kinh tự trị) có thể đòi hỏi phải được nằm viện và điều trị bằng Benzodiazepine liều cao hơn.

- Disulfiram có thể giúp duy trì việc cai rượu ở một số trường hợp, song không cần thiết sử dụng thường quy.

7. Khám chuyên khoa:

Các chương trình tư vấn chuyên khoa đối với các người nghiện rượu cần được xem xét nếu có.

27. NGHIỆN RƯỢU MẠN TÍNH

I. KHÁI NIỆM

- Lạm dụng rượu lâu ngày thường đưa đến chứng nghiện rượu, khi đó rượu trở thành tác nhân gây hại cho con người và để lại những hậu quả cho cá nhân và xã hội.

- Về mặt cơ thể rượu gây ra các bệnh tim mạch, viêm loét dạ dày, viêm các dây thần kinh...

- Về mặt tâm thần rượu gây ra tình trạng phụ thuộc rượu, biến đổi nhân cách do rượu, loạn thần do rượu, mất trí do rượu...

- Nghiện rượu đã được nghiên cứu từ giữa thế kỷ thứ 19 và cho tới nay vẫn còn là vấn đề thời sự, vì số người nghiện rượu ngày càng gia tăng: ở Pháp các bệnh lý tâm thần do rượu chiếm 22% số bệnh nhân nội trú tại bệnh viện tâm thần (J. Ades 1990). Tại Bungaria các bệnh nhân loạn thần do rượu chiếm 20% số giường bệnh tâm thần (T.S Tancuchev 1988). Tại Nam Tư 23,1% số bệnh nhân nằm viện tâm thần do rượu (D. Koretic 1991).

Ở nước ta trước đây các bệnh lý tâm thần do rượu rất hiếm, các công trình nghiên cứu về lạm dụng rượu, nghiện rượu cũng còn ít. Trong những năm gần đây ngày càng xuất hiện nhiều trường hợp loạn thần do rượu phải vào điều trị tại các cơ sở bệnh viện tâm thần ở các tỉnh, thành phố và Viện sức khỏe tâm thần. Bệnh lý do rượu đã chiếm một tỷ lệ đáng kể. Trước đây chỉ chiếm 0,31% số bệnh nhân nằm viện 1990; thì 1994 các bệnh lý tâm thần do rượu đã lên tới 6,99%, tăng gấp hơn 22 lần (Võ Văn Bản, Trần Viết Nghị 1994).

Nghiện rượu trong nhân dân từ 1,16 - 3,96 theo điều tra cơ bản tại một số địa phương 1994.

II. RƯỢU ĐỐI VỚI CƠ THỂ

1. Sự hấp thu và bài tiết rượu:

- Mức độ hấp thụ của rượu tùy thuộc vào loại rượu, lượng uống rượu nhiều hay ít, lượng thức ăn đi kèm khi uống, thể trạng của người uống, tâm trạng khi uống...

- Rượu được hấp thu nhanh khoảng 20% số lượng rượu được vào cơ thể ngay qua dạ dày, số còn lại được hấp thu qua ruột. Cơ thể thường có phản ứng tự bảo vệ khi nồng độ rượu đưa vào quá cao, niêm mạc của dạ dày sẽ bị kích thích tiết ra chất nhầy làm giảm bớt sự hấp thu, cùng lúc đó môn vị co thắt ngăn rượu không xuống ruột, làm cho người uống buồn nôn và nôn rượu ra ngoài. Thức ăn chất đậm và chất béo làm chậm sự hấp thu của rượu, trái lại nước uống sẽ làm tăng sự hấp thu của rượu, vào máu rượu được phân phối khắp cơ thể.

- Nhiễm độc rượu là khi nào nồng độ rượu trong máu trên 0,15% thể tích. Khoảng 10% số lượng rượu đào thải ra ngoài bằng đường hô hấp, phần lớn được khử ở gan và đào thải qua nước tiểu.

2. Rượu đối với não:

- Rượu không phải là một chất kích thích mà là một chất làm suy giảm cả 2 quá trình hưng phấn và ức chế của hệ thần kinh trung ương. Nhưng rượu làm mất ức chế mạnh hơn gây nên quá trình hưng phấn giả và vì vậy người uống rượu cảm thấy hưng phấn, đỡ lo âu, sợ hãi, hoạt động nhiều, nói nhiều, khả năng tự kiểm chế bản thân suy giảm nên lời nói thiếu tế nhị, xàm xỡ, cử chỉ hoạt động thiếu chính xác.

- Khi nồng độ rượu trong máu là 0,3% thì vận động và tư duy, tri giác đều bị rối loạn. Khi nồng độ rượu lên tới 0,4 - 0,5% thì cả 2 quá trình hưng phấn và ức chế đều bị suy giảm, người uống rượu bị bất tỉnh, hôn mê và khi nồng độ rượu lên đến 0,6 - 0,7% thì người uống rượu có thể tử vong.

3. Rượu ảnh hưởng đến các cơ quan khác:

- Tác dụng lên tuyến yên, gây nên rối loạn sự tăng trưởng, rối loạn kinh nguyệt, rối loạn chuyển hóa nước và muối khoáng.
- Gây viêm dạ dày, viêm tụy cấp, mạn tính.
- Tác hại đối với gan, gây xơ gan, thoái hóa mỡ gan.
- Các bệnh mạch máu, tim mạch, tăng lắng đọng cholesterol ở mạch máu và ở tim gây xơ mỡ động mạch.

III. NGHIỆN RƯỢU MẠN TÍNH

Nghiện rượu mạn tính xảy ra khi dùng rượu dài ngày, dần dần thường xuyên phải tìm rượu, uống rượu. Tuy nhiên không phải mọi trường hợp uống rượu thường xuyên đều có thể coi là nghiện rượu mạn tính.

Nghiện rượu mạn tính là một bệnh lý nghiện chất độc, có các triệu chứng cơ bản đặc trưng cho nhóm bệnh này là:

- Hội chứng nghiện.
- Hội chứng cai rượu.
- Sự thay đổi khả năng dung nạp rượu.
- Rối loạn tâm thần.
- Biến đổi nhân cách.

1. Biểu hiện lâm sàng:

A. Hội chứng nghiện:

- Nét đặc trưng, trung tâm để mô tả hội chứng nghiện là sự thèm muốn thường mạnh mẽ, đôi khi rất mãnh liệt sử dụng rượu. Có bằng chứng là phải quay lại sử dụng rượu sau một thời gian bỏ rượu để làm mất các cảm giác khó chịu do nghiện.
- Các nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán: Chỉ đạo chẩn đoán xác định nghiện khi có từ 3 trở lên các đặc điểm sau đây:
 - a. Thèm muốn mạnh mẽ hoặc cảm thấy buộc phải sử dụng rượu.
 - b. Khó khăn trong việc kiểm tra tập tính sử dụng rượu về mặt thời gian bắt đầu, kết thúc hoặc mức sử dụng.

c. Một trạng thái cai sinh lý.

d. Có bằng chứng về hiện tượng dung nạp rượu, như cần phải tăng liều để chấm dứt hậu quả lúc đầu do liều thấp gây ra (Những người nghiện rượu có thể dùng hàng ngày những lượng rượu đủ để làm mất năng lực hoặc gây nguy hiểm cho những người không dung nạp được rượu).

e. Dần dần sao nhãng các thú vui trước đây, bằng thay thế cho sự thích thú đi tìm và sử dụng rượu, tăng số thời gian cần thiết để tìm kiếm hay sử dụng rượu.

f. Tiếp tục sử dụng rượu mặc dù có bằng chứng rõ ràng về hậu quả tác hại, như tác hại đối với gan và nhiều cơ quan khác do uống quá nhiều. Các trạng thái khí sắc trầm tiếp theo sau những thời kỳ sử dụng rượu nặng, hoặc thiếu sót về chức năng nhận thức tác hại của rượu.

- Khuynh hướng uống rượu một cách thường xuyên vào những ngày làm việc và những ngày nghỉ cuối tuần bất chấp những qui tắc xã hội ràng buộc.

- Nét đặc trưng chủ yếu của hội chứng nghiện là phải sử dụng rượu hoặc thèm muốn khó cưỡng lại dùng rượu trong thời gian cố gắng ngừng hoặc bị kiểm soát việc dùng rượu.

B. *Hội chứng cai*: Hội chứng cai là biểu hiện chủ yếu của chứng nghiện rượu, hội chứng này xuất hiện khi bệnh nhân đột nhiên ngừng uống rượu (thiếu rượu).

- Người bệnh có khí sắc trầm, buồn chồn, bứt rứt khó chịu, đứng ngồi không yên.

- Lo âu, sợ hãi một cách mơ hồ, các ý tưởng liên hệ thô sơ.

- Rối loạn giấc ngủ, như giấc ngủ nông, dễ giật mình, dễ thức giấc, hoặc ác mộng hãi hùng, đôi khi mất ngủ hoàn toàn.

- Run.

- Rối loạn thần kinh thực vật (vã mồ hôi, tim đập nhanh...).

- Trong hội chứng cai rượu nặng người bệnh có thể có cơn co giật động kinh cũng như các ảo giác về thị giác và thính giác, đặc biệt về chiều và đêm.

- Đặc trưng cho hội chứng cai rượu là những biểu hiện trên đều dịu đi hoặc biến mất khi uống lại rượu.

- Hội chứng cai biểu hiện ngày càng tăng dần, làm người nghiện cứ sau vài giờ lại phải uống một liều rượu nhỏ để làm dịu đi các triệu chứng trên.

Hội chứng cai rượu kéo dài từ vài giờ đến 3 - 4 tuần tùy mức độ nghiện rượu nặng hay nhẹ.

C. Khả năng dung nạp rượu:

Đồng thời với sự phát triển của hội chứng cai rượu, ngưỡng dung nạp rượu của người bệnh cũng thay đổi. Nghiện rượu giai đoạn đầu phát triển, người bệnh uống lượng tăng dần nhưng càng về sau lượng rượu ngày một kém dần, có khi chỉ một liều lượng nhỏ rượu, người bệnh đã say.

D. Rối loạn tâm thần:

- Thay đổi các phản ứng cảm xúc: Rối loạn khí sắc, khoái cảm chiếm ưu thế, khoan khoái dễ chịu, nói năng huyền diệu, khoái lạc, hay đùa cợt, xàm xỡ, cáu gắt, công kích dọa nạt, chửi bới tấn công người khác.

- Trạng thái khí sắc này trong một ngày có thể thay đổi từ vui nhộn, khoan khoái với những câu bông đùa vô duyên, quá xàm xỡ chuyển sang quấy rầy, nổi khùng, cau có, gây gổ, độc ác hoặc có thể buồn rầu, đầy những sợ hãi, lo lắng, mơ hồ, về đêm thường thấy những mộng mị rời rạc, ngán ngủi hoặc những cơn rối loạn ảo giác lẻ tẻ, thường là ảo thị (nhìn thấy rắn rết, sâu bọ, hổ báo... đang rượt đuổi theo bệnh nhân) khiến bệnh nhân có biểu hiện cảm xúc hốt hoảng sợ hãi, la hét.

- Trí tuệ, trí nhớ, khả năng sáng tạo, sáng kiến đều giảm, tư duy trở nên thủ cựu, người bệnh đi dần vào tình trạng sa sút tâm thần.

E. Biến đổi nhân cách:

* Với gia đình:

- Người bệnh ngày càng trở nên ích kỷ, mất đi những thích thú cũ, lãnh đạm hoàn toàn với người thân, đòi hỏi có tính chất vị kỷ thô bạo, đặc biệt trong quan hệ với người thân. Giảm sút tình cảm đạo đức, không quan tâm đến gia đình, tiêu xài tất cả tiền lương vào rượu suốt ngày chăm lo đến việc làm thế nào để có rượu uống.

- Người bệnh không cảm thấy xấu hổ vì đã phải ăn bám gia đình, vợ con, hơn nữa người bệnh cũng chẳng ân hận khi lấy cắp tiền của người thân để uống rượu, thậm chí còn bán cả những vật dùng cần thiết của mình cũng như của vợ con. Cuộc sống tạm bợ, bê tha, hoàn toàn không nghĩ gì đến ngày mai. Người bệnh hay nói dối, cuộc sống buông thả, dễ mắc nợ, cảm quán, hứa hão, bịa ra đủ mọi thứ để vòi tiền. Nợ nần thường không trả, để cho người thân phải trả. Những cá tính tinh tế bị mất đi, do giảm khả năng nắm bắt thực tại và ứng xử các tình huống xảy ra, thiếu lịch sự và hành động quá khích.

- Khả năng phê phán giảm rõ rệt đặc biệt đối với địa vị của mình và quan hệ của gia đình mình. Phủ nhận là mình đã dùng rượu quá mức. Đôi khi người bệnh hứa bỏ rượu một cách dễ dàng,

cam đoan rằng điều đó đối với họ chẳng khó khăn gì, song thực tế không đủ ý chí để từ chối những lời hẹn hò của các bạn rượu, chiều đến người nghiện đứng ngồi không yên, bồn chồn đi tới, đi lui chờ mong tín hiệu của bạn rượu để được đến điểm hẹn uống rượu. Người bệnh chẳng những không từ chối mà còn vui sướng nhận những lời mời rượu của bạn rượu.

Những biến đổi như trên ngày càng làm suy giảm các tập tính tốt.

- Trong nghiện rượu mạn tính, thời kỳ đầu người bệnh chỉ dùng rượu từng lúc, về sau thường cảm thấy cồn cào vào buổi sáng và cả buổi chiều. Lúc đầu chỉ uống vào những ngày nghỉ, ngày lễ khoảng 1 - 2 lần trong tuần hoặc gặp thì uống. Khi say người bệnh còn giữ được những nét khoan khoái, khoái cảm, vui vẻ, sau đó xuất hiện tình trạng say liên miên.

Trong cơn say cảm xúc giận dữ, dễ bị kích thích, người bệnh khi uống rượu vào trở nên dễ bực dọc, hay gây sự, vin có cãi cọ, tục tằn, thường tấn công, đập phá đồ đạc, đánh đập người thân (có người trong tình trạng này đã cầm dao chém vợ, đánh con gây thương tích nặng nề). Đe dọa tính mạng của người thân khiến cho cả gia đình luôn trong tình trạng hoảng loạn.

- Giai đoạn muộn của nghiện rượu khả năng dung nạp rượu bắt đầu giảm xuống. Trong vài ngày liền đang uống hàng ly rượu lớn, người bệnh sau đó buộc phải giảm liều hoặc phải ngừng uống rượu hẳn vì các rối loạn toàn thân nặng (tức ngực, tim đập nhanh, khó chịu, nôn, ỉa chảy...). Cứ như vậy lúc tăng, lúc giảm, lúc buộc phải ngừng rồi lại uống lại... cuối cùng người bệnh ngày càng suy nhược phải nằm tại giường.

** Với công việc:*

Người bệnh nghỉ việc thường xuyên, năng suất công tác giảm sút làm cho bệnh nhân sớm bị buộc thôi việc. Công việc thường bị gián đoạn, tiền lương kiếm được ngày càng giảm sút, mặc dù bệnh nhân rất muốn kiếm được nhiều tiền để uống rượu.

· Với xã hội:

Địa vị xã hội của người bệnh dần dần bị hạ thấp, mối quan hệ xã hội bị thu hẹp dần, người bệnh mất dần những bạn bè thân thích, đặc biệt những người bạn tốt muốn gần gũi khuyên can bệnh nhân từ bỏ rượu, chỉ còn những bạn rượu chia xẻ thú uống rượu nhất thời. Phẩm chất xã hội thoái hóa dần, thường vi phạm pháp luật.

2. Chẩn đoán: Nghiện rượu mạn tính dựa vào các biểu hiện sau:

- Thường xuyên thèm muốn uống rượu.
- Hội chứng cai rượu.
- Sự thay đổi về khả năng dung nạp rượu.

- Sự biến đổi nhân cách và sa sút tâm thần.

3. Điều trị:

- Phải tiến hành điều trị lâu dài, có sự hợp tác giữa người bệnh với thầy thuốc, sự hỗ trợ của gia đình và xã hội. Việc điều trị căn bản là ngoại trú, giai đoạn nặng, cấp có nhiều biến chứng cần nhập viện điều trị, đảm bảo cho người bệnh ngừng uống rượu hoàn toàn và điều trị các tổn thương do rượu gây ra về cơ thể: gan, dạ dày, dinh dưỡng...

a) Điều trị bằng thuốc:

Điều trị bằng thuốc trong giai đoạn mới nhập viện nhằm mục đích chữa các triệu chứng loạn thần.

- Haloperidol từ 3-12 mg trong trường hợp bệnh nhân có các hoang tưởng ảo giác.
- Diazepam 5-20 mg cho người bệnh khó ngủ, bồn chồn, lo lắng.
- Stablon 12,5-25 mg cho người bệnh buồn rầu, lo lắng, trống trải.
- Vitamin nhóm B (B₁, B₆, B₁₂) liều cao, thí dụ:

+ Ancopir.

+ Nervamin.

+ B complex.

b) Gây phản xạ ghét sợ rượu bằng:

- Sử dụng Apomorphine.
- Sử dụng Antabuse (Dissulfuram).

Những phương pháp này ngày nay ít sử dụng.

- Liệu pháp tâm lý (LFTL): Phải phối hợp liệu pháp tâm lý tập thể và cá nhân. Phải giải thích kiên trì làm cho người bệnh nhận thức được để từ bỏ thói quen uống rượu, làm cho họ có quan hệ đúng đắn với lao động, quan hệ tốt với gia đình, với môi trường xung quanh. Phối hợp các phương pháp nói trên, điều trị một cách bền bỉ, lâu dài có hệ thống.

- Liệu pháp nhận thức.

- Liệu pháp hành vi.

4. Phòng bệnh:

- Truyền thông rộng rãi trong nhân dân những tác hại của rượu đối với sức khỏe tâm thần, thể chất, đặc biệt rượu làm hủy hoại nhân cách người nghiện rượu, làm cho người nghiện rượu mạn tính tha hóa về nhân cách, sa sút về tâm thần, mất hết khả năng làm việc, trở thành người vô dụng, là gánh nặng cho gia đình, xã hội.
- Có qui chế quản lý, kiểm soát chặt chẽ trong việc sản xuất, bán mua và tiêu thụ các loại rượu, nước giải khát có rượu, thuốc uống có rượu.
- Giáo dục thanh thiếu niên có lối sống lành mạnh tránh lạm dụng rượu.

28. LOẠN THẦN DO RƯỢU

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

- Rượu gây ra nhiều tác hại về mặt cơ thể và tâm thần. Theo thống kê của Tổ chức y tế thế giới (TCYT TG) loạn thần do rượu chiếm 10% các trường hợp nghiện rượu mãn tính.
 - Thuật ngữ loạn thần do rượu được xác định bởi loạn thần xuất hiện và phát triển do hậu quả tác dụng trực tiếp của rượu lên não. Loạn thần phát triển chủ yếu do nhiễm độc rượu lâu dài gây tổn thương các cơ quan nội tạng và rối loạn chuyển hoá trong cơ thể. Loạn thần xuất hiện không những do ngộ độc rượu khi nồng độ rượu cao trong cơ thể mà ngay cả khi lượng rượu trong máu không có hoặc có rất thấp (Wictor M., 1953).
 - Về lâm sàng loạn thần do rượu có thể chia ra: sảng rượu, ảo giác do rượu, hoang tưởng do rượu, hội chứng Korsakov do rượu, bệnh não do rượu ...(Sumski N. G., 1963).
 - Ảo giác do rượu là hình thái lâm sàng thường gặp sau sảng rượu, chiếm 5,6 - 22,5% các loạn thần có liên quan đến nghiện rượu mãn tính (Marozov G. V., 1974).
- Tuổi bị bệnh thường gặp ở lứa tuổi 30 - 40 tuổi (Achte K., 1969). Ảo giác thường xuất hiện sau 10 năm uống rượu (Katralv.A. K., 1973). Tiến triển của ảo giác do rượu có thể cấp, kéo dài và có thể ảo giác mãn tính (Sumski N.G., 1983).
- Hoang tưởng do rượu thường gặp sau sảng rượu và ảo giác do rượu, chiếm 1% loạn thần do rượu (Achte, 1969). Về lâm sàng có paranoid do rượu và paranoia do rượu (hay gặp nhất là hoang tưởng ghen tuông).

- Xác định đặc điểm lâm sàng của loạn thần do rượu với hoang tưởng và ảo giác chiếm ưu thế, chẩn đoán đúng và điều trị tích cực là hết sức cần thiết trong lâm sàng tâm thần học.

II. SƠ LƯỢC LỊCH SỬ QUAN NIỆM, PHÂN LOẠI HOANG TƯỞNG VÀ ẢO GIÁC DO RƯỢU

Hoang tưởng do rượu và ảo giác do rượu được biết đến từ lâu nhưng không được chú ý nhiều như say rượu và các bệnh não do rượu.

Nhiều tác giả coi hoang tưởng, ảo giác là những thể riêng biệt trong loạn thần do rượu. Marozov lại cho rằng hoang tưởng chỉ là một hình thái trong ảo giác do rượu. Một số tác giả chỉ nhấn mạnh các hoang tưởng paranoia mà quên đi các hoang tưởng paranoid do rượu. Có tác giả lại quá mở rộng đưa vào hoang tưởng do rượu cả say rượu và say rượu bệnh lý.

Các tác giả Anh - Pháp quan niệm hoang tưởng, ảo giác là những biến chứng của nghiện rượu. Nghiện rượu mãn tính nên chỉ chú ý nghiên cứu về nghiện rượu mà ít quan tâm tới hoang tưởng, ảo giác do rượu.

Một số tác giả Đức (Meyer E., 1904) lại coi hoang tưởng, ảo giác do rượu là những thể tâm thần phân liệt tiềm tàng có khởi phát muộn, về sau có một số ý kiến phản đối quan niệm này.

Một số tác giả nghiên cứu nhằm xác định sự khác nhau giữa hoang tưởng, ảo giác do rượu và tâm thần phân liệt.

Một số tác giả Nga (Sumski N. G) xếp hoang tưởng, ảo giác vào 2 trong số 4 thể cổ điển của loạn thần do rượu, mô tả kỹ hoang tưởng, ảo giác do rượu và đã chia hoang tưởng, ảo giác do rượu thành những thể nhỏ theo lâm sàng và tiến triển.

Gần đây theo bảng phân loại quốc tế lần thứ 10 (ICD.10) hoang tưởng và ảo giác do rượu là hậu quả của nhiễm độc rượu lâu dài, là biến chứng của nghiện rượu mãn tính.

Theo cách phân loại cổ điển thì ảo giác do rượu được chia ra ảo giác cấp, ảo giác kéo dài và ảo giác mãn tính. Ảo giác cấp tính là những ảo giác tồn tại từ vài ngày đến 1 tháng. Ảo giác kéo dài là những ảo giác tồn tại từ 1 đến 6 tháng. Ảo mãn tính là những ảo giác tồn tại trên 6 tháng.

Hoang tưởng do rượu được chia ra paranoid do rượu và paranoia do rượu.

Paranoid do rượu gồm có các hoang tưởng khác nhau có thể cấp tính, có thể kéo dài. Paranoia do rượu chủ yếu nghiên cứu về hoang tưởng ghen tuông do rượu.

Trong ICD-10 hoang tưởng và ảo giác do rượu xếp vào mục rối loạn loạn thần do rượu (F10.5), trong đó hoang tưởng chiếm ưu thế ở mục F10.51 và ảo giác chiếm ưu thế ở mục F10.52.

Trong DSM- IV của Mỹ, hoang tưởng và ảo giác do rượu được xếp vào mục rối loạn loạn thần do rượu (291), trong đó ảo giác chiếm ưu thế ở mục (291.3) và hoang tưởng chiếm ưu thế ở mục (291.5).

III. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

1. Các yếu tố thúc đẩy:

- Đa số các tác giả đều thừa nhận loạn thần do rượu với hoang tưởng và ảo giác chiếm ưu thế thường gặp ở lứa tuổi 30 - 40 tuổi (chiếm 61,3% số bệnh nhân).
- Tỷ lệ nam/nữ có khác biệt (4:1). Theo nghiên cứu của Marozov G.V. Hoang tưởng do rượu chủ yếu gặp ở nam giới, còn ảo giác do rượu gặp ở nữ nhiều hơn ở nam. Ở nước ta hoang tưởng và ảo giác do rượu rất ít gặp ở nữ.
- Loạn thần do rượu với hoang tưởng và ảo giác chiếm ưu thế thường gặp ở những người nghiện rượu mãn tính sau 10 năm (chiếm 61,5% trường hợp), thường gặp ở những người có học vấn thấp và nghề nghiệp không ổn định, thường ở trong hoàn cảnh gia đình có người thân nghiện rượu.

2. Đặc điểm khởi phát:

Loạn thần do rượu với hoang tưởng và ảo giác chiếm ưu thế có thể khởi phát cấp tính hay từ từ. Giai đoạn tiền triệu ngắn với khí sắc hoang tưởng, ảo tưởng lời nói và lo âu.

Đa số tác giả cho rằng khởi phát cấp tính đạt đến đỉnh cao của bệnh trong khoảng vài giờ đến vài ngày (92,4% các trường hợp khởi phát cấp tính trong khoảng vài ngày).

3. Biểu hiện lâm sàng:

a) *Ảo giác*: thường là những ảo giác thật, có thể có nhiều ảo giác trên một bệnh nhân, có thể có ảo thanh, ảo thị, ảo giác xúc giác, ảo khứu ...

- Ảo thanh hay gặp nhất ở bệnh nhân, ảo thanh phần lớn được phát triển trên nền tảng những rối loạn khác kèm theo, đôi khi ảo thanh xuất hiện vào ngày cuối cùng của cơn uống rượu. Ảo thanh thường xuất hiện vào chiều tối và lúc thiêm thiếp ngủ. Có thể là ảo thanh thô sơ hay ảo thanh lời nói.

Giọng nói có thể nói chuyện với bệnh nhân hay nói chuyện với nhau. Cường độ ảo thanh có thể là tiếng kêu hay tiếng thì thầm, giọng nói biến đổi nhưng thường có những chủ đề liên quan với nhau. Ảo thanh nặng lên về chiều tối. Thoái triển đột ngột sau một giấc ngủ sâu hay giảm dần về cường độ và tần số, khi ảo thanh hết hẳn thì bệnh nhân phê phán được trạng thái loạn thần đã qua.

- Ảo thị cũng thường gặp sau ảo thanh, nội dung ảo thị thường phù hợp với nội dung ảo thanh và hoang tưởng. Khi ảo giác có sáng thì bệnh nhân thấy những côn trùng, động vật với kích thước thu nhỏ. Khi ảo giác kèm theo ý thức u ám bệnh nhân thấy những cảnh giống mộng nhưng chủ đề thường không hoàn chỉnh và mất tính thứ tự.

- Ảo xúc ít gặp hơn ảo thanh và ảo thị, thường xuất hiện cùng với ảo thị, bệnh nhân thấy những côn trùng bò trên da thịt, chuột gặm nhấm chân tay mình gây cảm giác khó chịu. Đôi khi ảo xúc là cảm giác những vật lạ trong miệng và họng.

- Ảo khứu và ảo vị chỉ gặp ở 9% bệnh nhân loạn thần do rượu với ảo giác chiếm ưu thế.

b) *Hoang tưởng*: Paranoia do rượu được nhắc đến nhiều là hoang tưởng ghen tuông, được phát triển dần trên một nhân cách đã thoái hoá do rượu. Thoạt đầu những ý tưởng ghen tuông chỉ có trong khi say. Dần dần mới trở nên bền vững và xuất hiện cả những khi bệnh nhân không uống rượu. Từ chỗ nghi ngờ đi đến khẳng định vợ mình không chung thủy. Bệnh nhân rình mò, tra khảo, bắt vợ phải nhận lỗi. Bệnh nhân xác định người yêu của vợ mình thường là người quen biết.

Sự phức tạp của loạn thần có thể diễn ra theo 2 hướng:

+ Hoang tưởng ghen tuông là chủ đề duy nhất không thay đổi.

+ Ý tưởng hoang tưởng còn có nội dung khác liên quan đến sự thiệt hại vật chất (vợ lấy tiền cho người yêu, đầu độc bệnh nhân để có tự do với người yêu). Một số tác giả nhận thấy hoang tưởng ghen tuông thường xuất hiện sau loạn thần do rượu cấp tính, ở tuổi trung niên. Một số thống kê nhận thấy hoang tưởng ghen tuông gặp ở 40% bệnh nhân loạn thần do rượu với hoang tưởng và ảo giác chiếm ưu thế.

- Paranoid do rượu được nhắc đến nhiều là hoang tưởng bị theo dõi, hoang tưởng bị hại và các hoang tưởng cảm thụ có tính hình tượng cao.

- Hoang tưởng bị theo dõi chi phối mãnh liệt hành vi, cảm xúc của bệnh nhân.

- Thường có ảo tưởng lời nói, ảo tưởng cảm xúc và ảo thanh với nội dung đe dọa.

- Hành vi có tính xung động, nguy hiểm cho bản thân và xung quanh. Bệnh nhân bỏ chạy, phòng thủ, có khi tự sát. Trong những trường hợp kéo dài thì hành vi ít nguy hiểm hơn. ít thấy các hoang tưởng bị theo dõi, bị chi phối bằng vật lý như trong tâm thần phân liệt. Theo Soayka H., 1990 hoang tưởng bị theo dõi chiếm 32% bệnh nhân ảo giác do rượu.

- Hoang tưởng bị hại có thể cùng xuất hiện với hoang tưởng bị theo dõi hoặc hoang tưởng ghen tuông trong paranoid cấp do rượu. Theo thống kê của một số tác giả hoang tưởng bị hại chiếm

71% bệnh nhân loạn thần do rượu với hoang tưởng chiếm ưu thế. Hoang tưởng bị hại có tỉ lệ cao nhưng không đặc hiệu cho loạn thần do rượu.

Ngoài ra ở bệnh nhân loạn thần do rượu còn thấy một số hoang tưởng khác như hoang tưởng liên hệ, hoang tưởng tự cao, hoang tưởng nghi bệnh... nhưng với tỉ lệ thấp.

- Hoang tưởng và ảo giác đôi khi cùng phối hợp với nhau trong một bệnh cảnh lâm sàng của loạn thần do rượu. Theo thống kê của Soayle M., 1990 chỉ có 13% bệnh nhân loạn thần do rượu có ảo giác đơn thuần.

c) Cảm xúc và hành vi:

Hoang tưởng và ảo giác do rượu thường chi phối mạnh mẽ hành vi, cảm xúc của bệnh nhân loạn thần do rượu ở những cơn cấp tính. Bệnh nhân lo âu, sợ hãi và căng thẳng cao độ, đôi lúc khoái cảm. Hành vi thường né tránh, chạy trốn hoặc phản ứng tấn công người xung quanh.

Trong những trường hợp kéo dài mãn tính cảm xúc của bệnh nhân thường bị ức chế, đôi khi trở nên cau có, giận dữ. Hành vi có khi thần thờ hoặc sững sờ, cảm giác không lối thoát nhưng cũng có khi trở nên độc ác, thô bạo với người thân.

d) Các bệnh cơ thể phối hợp:

Bên cạnh các triệu chứng loạn thần còn thấy các bệnh cơ thể phối hợp như viêm loét dạ dày, xơ gan, rối loạn huyết áp và thần kinh thực vật. Ngoài ra ở nhiều bệnh nhân có biểu hiện trạng thái suy kiệt do nhiễm độc rượu lâu ngày.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

- Các hoang tưởng, ảo giác chiếm vị trí hàng đầu.

Không chẩn đoán khi có một sự ngộ độc hoặc cai rượu phối hợp, không tính đến những ảo giác do sử dụng chất gây ảo giác.

- Có bằng chứng hiển nhiên nghiện rượu là nguyên nhân liên quan đến bệnh.

- Những biểu hiện sau cho phép nghĩ đến một loạn thần không do rượu: hoang tưởng, ảo giác có trước khi dùng rượu, những giai đoạn tái diễn không liên quan đến rượu.

- Bệnh cảnh không diễn ra theo chiều hướng của một sang tiến triển.

2. Chẩn đoán phân biệt:

a. Với tâm thần phân liệt:

- Về khởi phát hoang tưởng, ảo giác do rượu thường cấp tính, nhanh đi đến toàn phát trong khoảng vài giờ đến vài ngày. Còn trong tâm thần phân liệt khởi phát từ từ hơn, thường có giai đoạn ủ bệnh trước khi hoang tưởng, ảo giác phát triển rầm rộ.
- Ảo giác do rượu thường là những ảo giác thật, ảo giác trong tâm thần phân liệt thường là những ảo giác giả có khi có ảo giác thật. Ảo thanh ra lệnh, bình phẩm đặc trưng trong tâm thần phân liệt ít thấy ở bệnh nhân loạn thần do rượu.
- Hiện tượng bị động, bị chi phối hay tâm thần tự động đặc trưng cho tâm thần phân liệt ít thấy ở bệnh nhân loạn thần do rượu.
- Phải xem xét tiền sử, bệnh sử, sự biến đổi nhân cách để có thể phân biệt tâm thần phân liệt và loạn thần do rượu.

2. Với sảng rượu:

- Sảng rượu là một tình trạng cấp cứu, rối loạn toàn thân nặng nề hơn và có nhiều rối loạn chuyển hoá cơ thể, dễ dẫn đến tử vong.
- Sảng rượu thường kèm theo rối loạn ý thức đặc thù. Sảng rượu thường gặp hiện tượng run còn gọi là sảng run.
- Ảo giác trong sảng rượu thường gặp ảo thị, thấy những con vật kích thước thu nhỏ.

V. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

1. Giai đoạn loạn thần:

Việc điều trị nhằm làm mất trạng thái loạn thần và đề phòng các biến chứng.

- *Các thuốc an thần kinh*: Một số tác giả khuyên nên sử dụng Halopéridol vì chúng không ảnh hưởng đến quá trình chuyển hoá thải trừ của rượu. Một số tác giả khuyên nên lựa chọn phối hợp an thần kinh tùy theo bệnh cảnh lâm sàng. Ở nước ta theo thống kê ban đầu 66,6% bệnh nhân loạn thần do rượu điều trị đơn thuần một loại an thần kinh chủ yếu là Halopéridol, 33,3% bệnh nhân điều trị phối hợp với các thuốc an thần kinh như Halopéridol, Tisercin, Aminazin ...
- *Các thuốc bình thần*: thường sử dụng Diazepam (Seduxen) để giải lo âu với liều lượng trung bình.
- *Các thuốc chống trầm cảm*: thường sử dụng thuốc chống trầm cảm ba vòng như Amitriptilin, hoặc các thuốc chống trầm cảm mới như Stablon, Prozac... với liều thấp hoặc trung bình.

- *Liệu pháp Vitamin*: nghiện rượu lâu thường dẫn đến thiếu Vitamin B₁, giảm giữ trữ glucoza gây ra tình trạng suy kiệt. Dùng Vitamin B₁ liều cao khắc phục được tình trạng này, phòng ngừa tiến triển xấu dẫn đến các bệnh não do rượu.

- *Liệu pháp tâm lý*: nhằm mục đích thiết lập các mối quan hệ tin cậy, thông cảm với bệnh nhân, làm cơ sở cho việc điều trị tiếp theo.

2. Giai đoạn sau loạn thần:

Phục hồi chức năng tâm lý xã hội để chống tái nghiện, giúp bệnh nhân tái hoà nhập với gia đình và cộng đồng. Phối hợp tâm lý, quản lý, lao động nghề nghiệp để có thể chuyển đổi hành vi của bệnh nhân theo chiều hướng tốt.

29. CHẬM PHÁT TRIỂN TÂM THẦN

I. KHÁI NIỆM

Chậm phát triển tâm thần (CPTTT) là một nhóm bệnh lý có bệnh cảnh lâm sàng giống nhau thể hiện sự sa sút tâm thần bẩm sinh hay mắc phải trong những năm đầu thời kỳ thơ ấu. Trước đây bệnh còn được gọi là thiếu năng tâm thần (Oligophrenia).

Theo báo cáo của tổ chức Y tế thế giới (WHO) ngày 7/4/2001 - tỷ lệ CPTTT nặng là 4,6% dân số các nước đang phát triển và khoảng 0,5 - 2,5% dân số ở các nước có nền kinh tế ổn định. Ở Việt nam theo số liệu điều tra 10 bệnh tâm thần thường gặp (ĐTNCCKH cấp Bộ) thì tỷ lệ CPTTT là 0,67% dân số.

Vấn đề CPTTT ngày càng có tầm quan trọng nhờ tiến bộ của ngành Y tế, xã hội - nhiều trẻ em CPTTT được phát hiện và được cứu sống đòi hỏi sự chăm sóc lâu dài hơn.

Mặt khác sự phát triển công nghiệp hiện đại ngày càng gây nhiều khó khăn cho người CPTTT có thể thích ứng với xã hội. Nhiều hội nghị Quốc tế được tổ chức với sự tham gia của WHO, về Nhi khoa tâm thần học, tâm lý học, xã hội học đã đề ra những phương thức hoạt động và tổ chức các cơ sở hoạt động dành cho trẻ CPTTT, vì vậy trong những năm gần đây việc phòng ngừa, điều trị, giáo dục và dạy nghề cho trẻ em CPTTT đã đạt nhiều kết quả, giúp cho họ có khả năng trở thành người có ích cho xã hội.

II. ĐẶC ĐIỂM CỦA CPTTT

Chậm phát triển tâm thần đặc trưng bởi các triệu chứng về kỹ năng như khả năng nhận thức ngôn ngữ, vận động và thích ứng xã hội.

Đây không phải là một bệnh mà là một trạng thái bệnh lý của bệnh nào đó đưa đến sự thiếu sót trong lĩnh vực của hoạt động trí tuệ và khả năng thích ứng.

Nếu do các rối loạn sinh học thì trạng thái này thường mãn tính, không có giai đoạn thuyên giảm và nếu không được điều trị thì nặng dần. Ở thể nhẹ, trạng thái này có thể tự giới hạn ở các kinh nghiệm cá nhân hoặc phát triển tốt hơn đến một chừng mực nào đó về các hoạt động trí tuệ và khả năng thích ứng do sự kích thích của hoàn cảnh.

III. NGUYÊN NHÂN CPTTT

1. Trước thời kỳ mang thai:

- Các yếu tố di truyền: Đơn yếu tố, đa yếu tố, các bất thường về gen nhiễm sắc thể.
- Các yếu tố khác ảnh hưởng đến sức khoẻ cha mẹ.

2. Trong khi mang thai:

- Nhiễm trùng, nhiễm độc, tác động của các tia vật lý, thuốc hoá học...
- Yếu tố cơ học: chấn thương.
- Rối loạn nội tiết ở người mẹ: đái đường, bệnh ở tuyến giáp...
- Không phù hợp nhóm máu: yếu tố Rh ...
- Tổn thương ở nhau thai và các yếu tố khác gây thiếu oxy cho thai nhi.
- Rối loạn dinh dưỡng ở người mẹ.
- Các yếu tố gây tổn thương tế bào sinh dục.
- Các nguyên nhân không rõ.

3. Trong khi sinh:

- Đẻ thiếu tháng , thai ngạt, thiếu Vitamin K.
- Chấn thương sản khoa.

4. Sau khi sinh:

- Các nhiễm trùng như viêm não, viêm màng não, các bệnh nhiễm trùng khác ảnh hưởng đến não.
- Do thiếu dinh dưỡng, Vitamin và các yếu tố vi lượng.

- Chấn thương sọ não.
- Các rối loạn nội tiết, chuyển hoá ảnh hưởng tới não.
- Các bất thường của hộp sọ ảnh hưởng đến phát triển của não và lưu thông của dịch não tủy.
- Các bệnh lý ảnh hưởng tới não.
- Tính phản ứng của cá thể với cá nhân.
- Các thiếu sót giác quan (mù, câm, điếc...).
- Thiếu các kích thích tâm lý xã hội và điều kiện giáo dục chăm sóc.

5. Không rõ nguyên nhân:

- Chiếm khoảng 25% các trường hợp CPTTT là do bất thường về sinh học thường gặp nhất là rối loạn nhiễm sắc thể và rối loạn chuyển hoá như hội chứng Down và bệnh Phenylketol. Người ta có thể chẩn đoán sớm các trường hợp này vì CPTTT thường ở mức độ trung bình đến trầm trọng, loại CPTTT này ít gặp ở các thành viên khác của gia đình, trừ khi rối loạn sinh học có tính chất di truyền như ở bệnh Phenylketol niệu và bệnh tay - Sachs.
- Khoảng 75% các trường hợp khác người ta không tìm thấy yếu tố sinh học chuyên biệt sự giảm sút trí tuệ thường nhẹ với IQ từ 50 - 70 và khó chẩn đoán trước giai đoạn đi học. Loại này có thể kết hợp với các thiếu sót về ngôn ngữ, tiếp xúc xã hội và thường gặp ở nhiều thành viên khác trong gia đình.

6. Một số bệnh hay gây CPTTT:

- Bệnh Phenylketol niệu (bệnh Folling) do thiếu chất phenylalaminoxidase - là một men chuyển hoá phenylalamin thành Tyrosin. Vì vậy Phenylalamin tăng trong máu và acid phenylpyruvic tăng trong nước tiểu. Bệnh biểu hiện bằng các triệu chứng: nôn, nước tiểu có mùi hôi bất thường, cơ co giật, giảm sắc tố ở tóc, ở da, tăng trương lực cơ, rối loạn tác phong, CPTTT từ mức trung bình đến nghiêm trọng.
- Chẩn đoán dựa vào xét nghiệm nước tiểu theo phương pháp Folling. Điều trị chủ yếu bằng chế độ dinh dưỡng đặc biệt như hạn chế protid tự nhiên thay bằng dung dịch thuỷ phân Casein có đủ lượng Tryptophan, Tyrosin, các acid amin khác và càng có ít Phenylalamin càng tốt. Nếu để quá chậm việc điều trị không kết quả.
- Hội chứng Down (Trisomic 21) bệnh được Longdon Down mô tả năm 1886 đến năm 1959, Lejeune, Turpin và Gautir mới phát hiện được nguyên nhân của nó là do thừa một nhiễm sắc thể ở cặp thứ 21.

Theo Mattri, Trisomic có 3 loại:

+ Trisomic tự do: chiếm 94% các trường hợp. Trong đó tất cả các tế bào đều thừa 1 nhiễm sắc thể ở cặp 21.

+ Trisomic dạng khảm: chiếm 2% các trường hợp chỉ có một số tế bào thừa một nhiễm sắc thể ở cặp 21.

+ Trisomic chuyển vị: chiếm 4% các trường hợp, trong đó một nhiễm sắc thể thừa ở cặp số 21 chuyển vị gắn vào một nhiễm sắc thể khác.

Hội chứng Down rất thường gặp, về lâm sàng người bệnh thường có biểu hiện bất thường về cơ thể và CPTTT, vận động, ngôn ngữ và trí tuệ. Đầu nhỏ tròn, thóp rộng và chậm liền, tóc thưa thớt 2 tai nhỏ và không đối xứng, hai má phính đỏ, mắt một mí xệch hay bị lé, nếp da ở góc trong của mắt thường vắt ngược, răng mọc chậm, thưa, không đều, không đủ, môi ướt hay chảy dãi, lưỡi to hay thò ra ngoài, bàn tay thường rộng, to, ngắn, dày.

Trẻ thường giảm trương lực cơ, hệ thống dây chằng kém phát triển nên các khớp thường lỏng lẻo. Có thể có dị tật bẩm sinh về tim, sút môi, rối loạn thị giác về màu sắc. Rối loạn nội tiết như thiếu năng tuyến giáp, tuyến sinh dục, chậm biết ngồi, chậm biết đi, chậm biết nói so với các trẻ bình thường khác, ngôn ngữ phát triển chậm không đầy đủ, không rõ ràng, hay nói lắp. Mức độ CPTTT thường là từ trung bình đến nghiêm trọng, IQ thường < 50 vì vậy trẻ này cần được giáo dục đặc biệt.

Người ta nhận thấy tuổi của người mẹ liên quan mật thiết với hội chứng Down, theo WHO - nếu các bà mẹ từ 37 tuổi trở lên không sinh đẻ nữa thì số bệnh nhân Down giảm đi một nửa.

IV. PHÂN LOẠI CPTTT

Theo mức độ nặng nhẹ của bệnh trước đây người ta chia CPTTT làm 3 thể không phụ thuộc vào nguyên nhân mà chủ yếu dựa vào đặc điểm lâm sàng:

- Nặng nhất: Ngu.

- Trung bình: Đần.

- Thể nhẹ: Thộn.

Theo phân loại của WHO (ICD10 - 1992) người ta phân loại dựa vào chỉ số IQ và biểu hiện lâm sàng CPTTT được chia làm 4 mức độ:

- CPTTT mức độ nhẹ: IQ: 50 - 70

- CPTTT mức độ trung bình IQ: 35 - 49

- CPTTT mức độ nặng IQ: 20 - 34
- CPTTT mức độ nghiêm trọng IQ: < 20

1. Chậm PTTT mức độ trầm trọng:

- Chiếm tỷ lệ 1% các trường hợp, ở giai đoạn trước tuổi đi học rất kém phát triển về chức năng vận động. Ở tuổi đi học, một vài phát triển về vận động có thể xuất hiện và trẻ có thể tiếp thu được những hướng dẫn tối thiểu và rất giới hạn về việc chăm sóc thân thể, cần được theo dõi, chăm sóc ở các cơ sở y tế đặc biệt và một sự giám sát thường xuyên.
- Những trẻ này không tự chủ và chỉ có khả năng giao tiếp thô sơ không lời. Nguyên nhân của các bệnh chủ yếu là thực tổn não. Các thiếu sót trầm trọng thần kinh hoặc cơ thể khác ảnh hưởng lên vận động là phổ biến. Người bệnh thường có tự kỷ không điển hình, nhất là những người còn di chuyển được.

2. Chậm phát triển tâm thần mức độ nặng:

- Chiếm khoảng 7% các trường hợp ở giai đoạn trước tuổi đi học, người bệnh thường kém phát triển về vận động và ngôn ngữ, rất ít hoặc không có khả năng giao tiếp, ở giai đoạn đi học họ có thể học nói và có thể biết những vấn đề vệ sinh sơ đẳng.
- Thường không có khả năng học nghề, khi trưởng thành họ chỉ có thể làm được những việc đơn giản dưới sự giám sát chặt chẽ. Người bệnh có thể có nguyên nhân thực tổn và các trạng thái kết hợp.

3. Chậm phát triển tâm thần mức độ trung bình:

- Chiếm khoảng 12% các trường hợp, ở giai đoạn trước khi đi học người bệnh có thể nói hoặc học cách quan hệ, nhưng thường ít thấu hiểu các quy tắc xã hội. Trẻ có thể tự chăm sóc bản thân và cần sự giám hộ vừa phải, một số đối tượng có thể học được các kỹ năng cơ bản cần thiết để đọc, viết và tính toán.
- Ở tuổi trưởng thành có thể làm được một số việc thực hành đơn giản, nếu như các việc làm đó được bố trí tỉ mỉ và có người giám sát chặt chẽ, hiếm khi họ có thể sống độc lập hoàn toàn, nhưng họ có thể đi lại dễ dàng và hoạt động cơ thể tốt có thể quan hệ giao tiếp và thực hiện hoạt động xã hội đơn giản.
- Tuy vậy họ vẫn luôn cần đến sự hướng dẫn và giúp đỡ khi gặp phải những khó khăn dù nhỏ về xã hội và đời sống.

4. Chậm phát triển tâm thần mức độ nhẹ:

- Chiếm tỷ lệ 8% các trường hợp, là nhóm "có thể học tập được" người bệnh có thể phát triển các khả năng về quan hệ xã hội ở giai đoạn trước tuổi đi học, thường khó phân biệt với trẻ bình thường khác. Lúc còn bé hầu hết bệnh nhân có khả năng tự phục vụ, chăm sóc bản thân và làm các việc trong gia đình, nhưng thường có khó khăn trong học tập lý thuyết và nhiều người có rối loạn trong đọc và viết. Họ cần được giúp đỡ nhiều bằng giáo dục để phát triển các kỹ năng và bù trừ các thiếu sót.

- Lúc trưởng thành có khả năng làm việc và quan hệ xã hội để tự lập, nhưng họ sẽ gặp phải khó khăn khi gặp phải những thay đổi bất ngờ của đời sống phức tạp.

5. Chậm phát triển tâm thần không xác định:

Là những trường hợp CPTTT nhưng không thể đo lường trí tuệ bằng cách trắc nghiệm tâm lý vì người bệnh bị rối loạn nhiều mặt hoặc không chịu hợp tác, ở tuổi càng nhỏ sự chẩn đoán và phân loại của CPTTT càng khó khăn, trừ những trường hợp trầm trọng.

V. CHẨN ĐOÁN

Theo DSM - III cần dựa trên 3 tiêu chuẩn chính:

- + Hoạt động trí tuệ dưới mức trung bình rõ rệt ($IQ < 70$).
- + Có thể đưa đến hoặc phối hợp với các thiếu sót về khả năng thích ứng.
- + Khởi đầu trước 18 tuổi.

Tuy nhiên tiêu chuẩn này còn thay đổi theo tập quán, trình độ phát triển kinh tế xã hội, văn hoá, tính chất phức tạp của lao động.

Theo Tổ chức Y tế thế giới (ICD10 - 1992):

- Để chẩn đoán quyết định CPTTT phải có mức độ hoạt động trí tuệ suy giảm dẫn đến giảm khả năng thích ứng với yêu cầu hàng ngày của môi trường xã hội bình thường.

- Các rối loạn tâm thần và cơ thể kết hợp có một ảnh hưởng lớn đến bệnh cảnh lâm sàng và việc sử dụng các kỹ năng sống. Vì thế mục chẩn đoán lựa chọn phải dựa trên đánh giá toàn bộ khả năng chứ không dựa trên một lĩnh vực đơn độc của tật chứng hay kỹ năng. Các mức độ trí tuệ được dùng như một hướng dẫn và không được áp dụng một cách cứng nhắc, các mục phân chia không thể chính xác tuyệt đối. Phải xác định bằng các test trí tuệ dành cho cá nhân đã được chuẩn hoá theo các tiêu chuẩn văn hoá địa phương đã được xác định và test này phải được chọn lọc thích hợp với mức độ hoạt động cá nhân.

- Các thang đánh giá sự trưởng thành và thích ứng về mặt xã hội được chuẩn hoá theo địa phương phải được bổ sung thêm nếu có thông qua người thân của bệnh nhân (cha, mẹ, anh, chị em...).

VI. ĐIỀU TRỊ

- Điều trị CPTTT là quá trình lâu dài và phức tạp, đòi hỏi sự quan tâm của gia đình, xã hội. Ngày nay điều trị chủ yếu là ngoại trú, tại các trung tâm y tế giáo dục, các bệnh viện ban ngày...

- Việc điều trị tại cộng đồng tạo điều kiện cho người bệnh phục hồi chức năng và tái thích ứng xã hội, tuy vậy khả năng phục hồi còn rất hạn chế, chỉ phát huy được những tiềm năng còn sót lại, làm cho trẻ có những tiến bộ về vận động, ngôn ngữ...

1. Giáo dục liệu pháp:

- Để trẻ có thể thích ứng một phần với xã hội việc giáo dục và điều trị cho những đối tượng này nhằm đạt các yêu cầu:

- + Ổn định về tâm lý cho trẻ.
- + Phục hồi các rối loạn ngôn ngữ và các rối loạn vận động.
- + Thích nghi với môi trường sống tạo quan hệ với mọi người xung quanh.

Nội dung giáo dục bao gồm:

- + Hướng dẫn các sinh hoạt hàng ngày như vệ sinh cá nhân, thu dọn nhà cửa, đi chợ, nấu ăn, lễ phép, giúp đỡ người khác...
- + Học văn hoá như đọc, viết, đếm, tính toán đơn giản...
- + Hướng nghiệp: như hướng dẫn cho bệnh nhân làm nghề thủ công, dệt chiếu, đan lát, làm đồ gốm... để góp phần tự nuôi sống bản thân, giảm bớt gánh nặng cho gia đình và xã hội, làm cho trẻ bớt mặc cảm về sự sống lệ thuộc của mình, tăng thêm niềm tin vào cuộc sống.

Phương pháp giảng dạy chủ yếu là trực quan và phải được lặp lại nhiều lần.

2. Các phương pháp điều trị khác:

- *Tâm lý liệu pháp* có vai trò quan trọng trong việc phục hồi cho trẻ CPTTT được áp dụng cho cá nhân hay từng nhóm. Khi phát hiện trẻ có bất ổn về tâm lý (tự kỷ, lầm lì, kích động) thì liên hệ với gia đình để tìm hiểu thêm về hoàn cảnh sống, hướng dẫn gia đình phương pháp giáo dục đối xử với các em. Bên cạnh tâm lý liệu pháp cần sử dụng các trò chơi, hội hoạ, âm nhạc, hướng nghiệp... tùy theo khả năng và sở thích của từng em.

+ Hội hoạ kích thích sự phát triển trí tuệ và óc thẩm mỹ, các em được vẽ tự do bằng màu trong căn phòng đẹp, thoải mái, thông qua tốc độ vẽ, đường nét, màu sắc, nội dung hình vẽ để ta có thể hiểu phần nào về cảm xúc, tình cảm trong tâm hồn trẻ.

+ Âm nhạc giúp trẻ có cảm xúc vui tươi, xoá đi sự buồn giận, lo lắng, kích thích hưng phấn, lạc quan yêu đời.

+ Hướng nghiệp tạo cho các trẻ có một nghề đơn giản phù hợp với sở thích, sức khoẻ, hoàn cảnh kinh tế địa phương.

- *Thuốc*: Việc điều trị CPTTT bằng thuốc chỉ đóng vai trò thứ yếu và chỉ là điều trị triệu chứng:

+ Nếu trẻ có lo âu căng thẳng, sợ hãi, có thể dùng các thuốc bình thản:

. Diazepam (Valium, Seduxen) 0,5mg/kg cân nặng/ngày.

. Napoton (Chlodiazepoxide) 5 - 25mg tùy theo từng trẻ em và triệu chứng.

+ Đối với trẻ có trạng thái kích động, rối loạn hành vi tác phong, rối loạn khí sắc ám ảnh có thể dùng các thuốc sau:

. Thioridazine (Melleril)

. Aminazin

. Haloperidol liều lượng tùy theo tuổi và từng cá thể trẻ em.

VII. PHÒNG BỆNH

- Tuyên truyền phổ biến sâu rộng cho mọi người biết nguyên nhân gây ra CPTTT. Cần phát triển ngành Di truyền học, tổ chức các phòng tư vấn tuyên truyền cho các bà mẹ.

- Làm tốt công tác bảo vệ bà mẹ và trẻ em, sinh đẻ có kế hoạch, các bà mẹ lúc có thai nhất là 3 tháng đầu của thai nghén tránh bị nhiễm tia X quang. Không dùng thuốc bừa bãi, tránh các bệnh virus, các bệnh nhiễm khuẩn như giang mai...

- Phụ nữ có thai cần được nghỉ ngơi tĩnh dưỡng, ăn uống đầy đủ tránh mọi u buồn sầu não, tránh các sang chấn khi sinh.

- Hướng dẫn các bà mẹ nuôi dạy con theo phương pháp khoa học. Điều trị kịp thời các bệnh nhiễm trùng, bệnh nội tiết, động kinh, suy dinh dưỡng ở trẻ em, đề phòng các trường hợp chấn thương não.

30. STRESS VÀ CÁC RỐI LOẠN LIÊN QUAN ĐẾN STRESS

I. KHÁI NIỆM CHUNG VỀ STRESS

- Stress là một thuật ngữ tiếng Anh được dùng trong vật lý học để chỉ một sức nén mà vật liệu phải chịu đựng.
- Đến thế kỷ thứ 17 stress từ ý nghĩa sức ép trên vật liệu được chuyển sang dùng cho người với ý nghĩa một sức ép hay một xâm phạm nào đó tác động vào con người gây ra một phản ứng căng thẳng.
- Hiện nay stress là một thuật ngữ được dùng rộng rãi. Tuy nhiên nhiều tác giả sử dụng với những sắc thái khác nhau. Theo Hans Selye: "Stress là một phản ứng sinh học không đặc hiệu của cơ thể trước những tình huống căng thẳng". Theo J.Delany: "Stress là một trạng thái căng thẳng cấp diễn của cơ thể buộc phải huy động các khả năng phòng vệ để đối phó với một tình huống đang đe dọa".
- Hiểu khái niệm chung về stress cho cả hai ý nghĩa bao gồm:
 1. Tình huống stress dùng để chỉ tác nhân xâm phạm hay kích thích gây ra stress (stressor).
 2. Đáp ứng stress dùng để chỉ trạng thái phản ứng với stress (reaction).
- Stress bình thường là một tình huống stress nhẹ, đối tượng chịu đựng được và phản ứng thích nghi tốt. Đối tượng thu xếp được cân bằng mới thoả đáng.
- Stress trở nên bệnh lý khi tình huống stress xuất hiện bất ngờ và quá mạnh hoặc không mạnh nhưng lặp đi lặp lại nhiều lần vượt quá khả năng chịu đựng của đối tượng gây ra các rối loạn cơ thể, tâm thần và ứng xử gọi là các rối loạn liên quan stress (RLQS).

II. CƠ CHẾ GÂY BỆNH CỦA STRESS

Hàng ngày, hàng giờ mỗi cá nhân trong xã hội phải chịu tác động của nhiều loại stress. Ví dụ: điều kiện sống khó khăn, làm việc quá tải và căng thẳng, thất vọng trong sự nghiệp, mâu thuẫn trong gia đình, vợ chồng, con cái, mâu thuẫn với hàng xóm, với đồng nghiệp ...

Tuy nhiên stress có gây bệnh hay không còn phụ thuộc vào nhiều nhân tố phức tạp.

Có hai nhân tố chính là: đặc điểm gây bệnh của stress và sức chống đỡ của nhân cách.

a) *Đặc điểm gây bệnh của stress:*

- Stress gây bệnh thường là những stress mạnh và cấp diễn (người thân chết đột ngột, tổn thất về kinh tế nặng nề). Có những stress tuy không mạnh và cấp diễn nhưng lặp đi lặp lại nhiều lần gây căng thẳng nội tâm cũng có khả năng gây bệnh.

- Thành phần gây bệnh của stress là ý nghĩa thông tin chứ không phải là cường độ của stress (ý nghĩa gây bệnh của đám cháy không phải là cường độ ngọn lửa mà là giá trị của tài sản bị thiêu huỷ và hậu quả cụ thể đối với mỗi cá nhân).

- Những stress gây xung đột nội tâm làm cho cá nhân không tìm được lối thoát cũng thường gây bệnh (một đôi vợ chồng mâu thuẫn gay gắt và kéo dài nhưng không thể ly dị được vì đang còn lo nghĩ về những đứa con).

- Stress đập vào cá nhân thường gây bệnh nhiều hơn stress đập vào một cộng đồng (cơ chế chia sẻ gánh nặng, nỗi buồn).

b) Sức chống đỡ của nhân cách:

- Nếu đối tượng nhận thức tình huống stress không nguy hiểm và có thể chống đỡ được thì sẽ có một phản ứng thích hợp bình thường. Ngược lại nếu đối tượng nhận thức tình huống là nguy hiểm và không thể chống đỡ được thì sẽ xuất hiện một phản ứng bệnh lý.

- Cảm xúc không ổn định, lo âu, căng thẳng, né tránh cũng là những nét nhân cách dễ bị tổn thương.

- Cùng một phản ứng stress tùy theo phương thức phản ứng của đối tượng mà có thể biểu hiện bệnh lý khác nhau: lo âu, trầm cảm, khó thở, rối loạn tiêu hoá, cao huyết áp ...

- Những nét nhân cách sau đây dễ bị tổn thương: dễ xúc động, khó làm chủ bản thân, bi đát các tình huống stress; đánh giá cao các khó khăn và đánh giá thấp bản thân.

- Những nét nhân cách sau đây có sức chống đỡ với stress: sớm làm chủ được tình huống stress, có ý chí và tinh thần trách nhiệm, có khả năng thích nghi, mềm dẻo.

c) *Môi trường và nhân cách* tác động qua lại cảm ứng lẫn nhau rất mật thiết, khi cảm ứng những nét tiêu cực có thể gây ra trạng thái bệnh lý tập thể, khi cảm ứng những nét tích cực thì mỗi nhân cách trong tập thể lại được tăng thêm sức mạnh để chống đỡ stress.

d) *Cơ thể khoẻ mạnh hỗ trợ tốt cho nhân cách* chống đỡ với stress.

III. QUAN NIỆM VÀ PHÂN LOẠI CÁC RỐI LOẠN LIÊN QUAN ĐẾN STRESS

Người đầu tiên đưa ra thuật ngữ tâm căn (neurosis, nevrose) là William Cullen (1769).

Neurosis của Cullen bao gồm nhiều trạng thái bệnh lý khác nhau, có chung một chẩn đoán âm

tính là: không có sốt, không có tổn thương khu trú. Nó là biểu hiện của rối loạn hệ thần kinh gây trở ngại chủ yếu đến cảm giác và vận động.

Thuật ngữ neurosis được nhiều nhà tâm thần học sử dụng, nhưng mỗi tác giả lại đưa ra những quan niệm riêng của mình.

1. Quan niệm và phân loại neurosis của học thuyết phân tâm (Freud):

Xuất phát từ lý thuyết về ưu thế của vô thức trong hoạt động tâm thần với thành phần chủ yếu là bản năng tình dục. Freud chia ra 2 loại neurosis chính: Neurosis hiện thời và neurosis chuyển di (tức là chuyển từ những xung đột vô thức thành những triệu chứng neurosis). Freud còn đưa ra loại neurosis tự yêu, khác với neurosis chuyển di ở chỗ xung đột vô thức không chuyển di được, cố định vào bản ngã.

Học thuyết phân tâm về neurosis ảnh hưởng rất lớn đến quan niệm của các nhà tâm thần học trên thế giới, đặc biệt ở các nước phương Tây trong gần nửa đầu của thế kỷ 20.

2. Quan niệm và phân loại neurosis của học thuyết Paplov:

Paplov cho rằng neurosis xuất hiện do sự mất thăng bằng của 2 quá trình hưng phấn và ức chế trong hoạt động của vỏ não, trên những loại hình thần kinh đặc biệt: tâm căn Hysteria trên loại hình thần kinh nghệ sĩ yếu, tâm căn suy nhược tâm thần (Psychasthenia) trên loại hình thần kinh lý trí yếu, tâm căn suy nhược trên loại hình thần kinh trung gian yếu.

Học thuyết Paplov về neurosis có ảnh hưởng lớn đến các nhà tâm thần học ở các nước thuộc khối xã hội chủ nghĩa cũ trong gần nửa thế kỷ trước đây.

Ở nước ta, trước khi có ICD.10, chủ yếu áp dụng cách phân loại của Liên Xô cũ và các rối loạn có liên quan stress được áp dụng trong lâm sàng tâm thần học gồm có:

- Tâm căn suy nhược
- Tâm căn Hysteria
- Tâm căn ám ảnh
- Tâm căn suy nhược tâm thần
- Các bệnh cơ thể tâm sinh
- Các trạng thái loạn thần phản ứng.

3. Quan niệm và phân loại neurosis của học thuyết tập tính hay hành vi:

- Dựa vào những thành công trong thực nghiệm về neurosis, học thuyết tập tính cho rằng các triệu chứng neurosis là những tập tính đã bị thâm nhiễm trong quá trình đáp ứng lại những kích thích của môi trường trong cơ chế khái quát hoá kích thích ban đầu, các tập tính này có thể làm mất đi bằng những phương pháp khử tập nhiễm.

- Học thuyết tập tính không đưa ra cách phân loại riêng về neurosis, không quan tâm đến cơ chế bệnh nguyên, bệnh sinh, chỉ quan tâm đến cơ chế tập nhiễm và các phương pháp khử tập nhiễm.

Học thuyết tập tính đã chiếm ưu thế ở nhiều nước trên thế giới, đặc biệt ở Mỹ trong cuối thế kỷ 20.

4. Quan niệm và phân loại neurosis của ICD.8:

ICD.8 vốn dùng thuật ngữ neurosis và quan niệm truyền thống về neurosis. Trong bảng phân loại, chủ yếu có 7 loại neurosis (xem bảng 1: so sánh ICD.8 với ICD.9).

5. Quan niệm và phân loại neurosis của ICD.9:

- ICD.9 bắt đầu thay thuật ngữ neurosis bằng từ rối loạn tâm căn hoặc bằng trạng thái (trạng thái lo âu, trạng thái ám ảnh).

- ICD.9 đã bắt đầu theo hướng mô tả triệu chứng thuần túy không đề cập đến các quan niệm khác nhau nằm sau từ neurosis.

- ICD.9 vẫn giữ 7 loại neurosis truyền thống theo mã 300.

- ICD.9 chưa có các tiêu chuẩn chẩn đoán kèm theo các rối loạn hay trạng thái của neurosis và tập hợp các rối loạn tâm căn vào một chương riêng, mã 300. (xem bảng 1: so sánh ICD.8 với ICD.9).

6. Quan niệm và phân loại neurosis của ICD.10:

Các tác giả biên soạn tập ICD.10 thận trọng hơn trong việc sử dụng thuật ngữ, không gọi các rối loạn do stress mà chỉ gọi là các rối loạn có liên quan đến stress (RLLQS).

Trong ICD.10 các rối loạn có liên quan đến stress được phân loại ở các chương F4, F5, F9 mà chủ yếu ở chương F4.

a) Chương F4, ICD.10:

- Các rối loạn bệnh tâm căn (neurosis) như lo âu, ám ảnh, phân ly... Trong các rối loạn tâm căn này, nhân cách có vai trò quan trọng hơn stress.

- Các rối loạn dạng cơ thể: ICD.10 dùng thuật ngữ rối loạn dạng cơ thể chỉ một số các rối loạn trước kia gọi là rối loạn tâm thể (Psycho-somatic).

Đó là:

- Các rối loạn cơ thể hoá F45.0
- Các rối loạn dạng cơ thể không biệt định F45.1
- Các rối loạn chức năng thần kinh tự trị dạng cơ thể F45.3
- Các phản ứng với stress trầm trọng (F43.0)

Các phản ứng này bao gồm:

- Phản ứng stress cấp F43.0
- Rối loạn stress sau sang chấn F43.1
- Các rối loạn sự thích ứng F43.2

Đây là những rối loạn có liên quan chặt chẽ nhất và trực tiếp nhất với stress. Các đặc điểm cơ bản của các phản ứng này là: Các rối loạn làm phát sinh do hậu quả trực tiếp của stress, stress gây bệnh là những stress trầm trọng hoặc tác động liên tục; rối loạn không xảy ra nếu không có tác động của stress.

b) *Chương F5, ICD.10:*

- Các rối loạn hành vi và cảm xúc khởi phát ở trẻ em và thanh thiếu niên có liên quan đến stress: rối loạn hành vi do cảm xúc, rối loạn lo âu - ám ảnh, không nói chọn lọc, rối loạn vận động Tic, đái dầm, nói lắp, rối loạn ăn uống... Một số trong các rối loạn này trước kia gọi là các bệnh tâm căn đơn chứng ở trẻ em.

- Các rối loạn này có liên quan nhiều đến đặc điểm tâm sinh lý của trẻ em như: nhân cách chưa hoàn chỉnh, sức chống đỡ chưa vững vàng, khó kiềm chế bản thân, dễ bị ám thị, dễ bị tổn thương, lo âu sợ hãi trước kích thích lạ. Những rối loạn này ở trẻ em khó đánh giá vai trò của stress trong cơ chế sinh bệnh.

* ICD.10 khác với ICD.9 ở chỗ:

- ICD.10 không những bỏ thuật ngữ neurosis mà còn bỏ cả ranh giới cổ điển của neurosis, cho hoà nhập các rối loạn tâm căn với các rối loạn tâm sinh khác.

- ICD.10 không tuân theo các mã của ICD.9 mà dùng một hệ thống mã khác.

- ICD.10 đưa thêm vào chương F4 nhiều rối loạn chưa được ghi trong ICD.9 và thêm các mục nhỏ. Một số rối loạn tâm căn trong ICD.9 thành những mục riêng nhưng trong ICD.10 trở thành những rối loạn thứ yếu, những mục nhỏ nằm trong mục các rối loạn khác.

- Các rối loạn có liên quan đến stress trong ICD.10 được xếp vào các chương mục phần F của ICD.10 và mỗi rối loạn đều kèm theo những tiêu chuẩn chẩn đoán chặt chẽ.

Ở nước ta ngành Tâm thần thống nhất trong cả nước lấy ICD.10 làm cơ sở cho tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh ở bệnh viện cũng như ở cộng đồng.

III. ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN LIÊN QUAN ĐẾN STRESS

1. Nguyên tắc chung:

Stress gây nhiều rối loạn sinh học, thần kinh, tâm thần và cơ thể cho nên phải điều trị toàn diện và kết hợp nhiều liệu pháp lấy liệu pháp tâm lý là chủ yếu:

+ Liệu pháp tâm lý thích hợp.

+ Điều trị bằng các thuốc hướng thần.

+ Vitamine, chất khoáng.

2. Điều trị cụ thể:

a. *Điều trị bằng liệu pháp tâm lý:*

- *Liệu pháp thư giãn:* nhằm tạo ra một đáp ứng sinh lý để đối kháng lại phản ứng stress. Thư giãn có thể làm giảm nhịp tim, nhịp thở, giảm mức tiêu thụ oxy, giảm huyết áp, giảm lưu lượng máu nội tạng có lợi cho các cơ ở ngoại biên. Thư giãn cũng làm giảm căng thẳng của cơ trơn và cơ vòng.

- *Liệu pháp tập tính:* Điều trị tập tính bao gồm việc đánh giá các rối loạn chức năng, đề xuất các mục tiêu và phương pháp điều trị đặc biệt.

. Điều chỉnh lại cách sống: phải làm cho đối tượng ý thức rõ rệt lợi ích của sự cân bằng hài hoà giữa hoạt động và thư giãn để tăng cường sức đề kháng với stress.

. Khẳng định bản thân: Giúp bệnh nhân làm chủ được tình huống, cho bệnh nhân tập đối phó lại với các tình huống stress.

- *Liệu pháp nhận thức:* chú trọng đến cách đánh giá chủ quan của người bệnh về tình huống stress, đặc biệt xử lý thông tin nhằm xác định rõ hoàn cảnh đưa đến tình huống stress, đồng

thời đánh giá khả năng đương đầu với stress của người bệnh một khi đã xác định các sai lệch chủ yếu, để tìm cách điều chỉnh chung.

Mục tiêu là chỉnh đốn lại các nhận thức giúp bệnh nhân tiến bộ xử lý các thông tin trước một tình huống stress, làm cho quá trình thích nghi tốt hơn tức là tăng cường khả năng đương đầu với stress.

2. Điều trị bằng các thuốc hướng thần:

- *Các thuốc giải lo âu*: dùng để điều trị dự phòng các trường hợp lo âu xuất hiện sớm do các tình huống stress gây ra. Với các phản ứng stress cấp, thuốc giải lo âu làm giảm cường độ và rút ngắn thời gian biểu hiện stress. Với các stress kéo dài thuốc giải lo âu làm giảm các triệu chứng do đó giúp cải thiện khả năng giao tiếp.

- *Các thuốc chống trầm cảm*: dùng để điều trị dự phòng nhằm tránh các cơn stress tái phát dưới dạng gia tăng lo âu, còn được dùng để phòng ngừa một số phản ứng ám ảnh sợ của stress. Trong stress bệnh lý kéo dài xuất hiện trầm cảm rõ rệt, dùng thuốc chống trầm cảm ngay từ khi chúng vừa mới xuất hiện.

- *Các thuốc chẹn beta*: điều trị dự phòng các cơn lo âu đến trước của stress, các thuốc chẹn beta có tác dụng làm giảm các triệu chứng thần kinh thực vật của tim, do đó tránh hay giảm một cách gián tiếp lo âu tâm thần.

3. Các thuốc đặc hiệu: Ví dụ các thuốc chống loét trong các chứng loét dạ dày do stress.

4. Các thuốc bổ sung khoáng chất và vitamin:

- Magnesium (Mg): lợi ích của Mg trong việc cân bằng hoạt động của các nơron đặc biệt trong hoạt động của các acid amin gây kích thích.

- Calcium (Ca): tham gia vào các trao đổi ion khi co cơ và giãn cơ cũng như trong quá trình kiểm soát kích thích thần kinh cơ.

- Các vitamin: đặc biệt là vitamin nhóm B tham gia vào các giai đoạn chuyển hoá năng lượng, vitamin C cũng giữ vai trò tổng hợp cortisol. Vitamin còn tăng khả năng sức đề kháng của cơ thể.

5. Glucocorticoid: Làm tăng khả năng đề kháng sinh lý của chủ thể đối với stress.

IV. PHÒNG TRÁNH CÁC RỐI LOẠN CÓ LIÊN QUAN ĐẾN STRESS VÀ CÁC TÁC HẠI CỦA NÓ

1. Môi trường và các hoạt động xã hội luôn luôn phát sinh ra những tình huống stress. Vì vậy cần cải thiện điều kiện cải thiện sinh hoạt và lao động. Cần loại trừ tác động của stress trường

diễn, cải thiện mối quan hệ giữa các thành viên trong gia đình, tập thể, cơ quan, giảm kích thích xấu trong đời sống hàng ngày. Lao động trí óc xen kẽ với lao động chân tay, phổ biến rộng rãi vệ sinh phòng bệnh tâm thần để các thành viên trong cộng đồng biết cách đảm bảo môi trường ít gây ra tình huống stress.

2. Vai trò của nhân cách rất quan trọng trong việc hình thành và phát triển các rối loạn liên quan đến stress. Stress có gây ra bệnh hay không phụ thuộc chủ yếu vào nhân cách. Một nhân cách mạnh thì sang chấn tâm thần ác liệt đến đâu cũng mất tính gây bệnh, ngược lại một nhân cách yếu có thể bị bệnh dưới tác dụng của một sang chấn nhẹ. Vì vậy cần có biện pháp bồi dưỡng nhân cách, tuyên truyền giáo dục cho các bậc cha mẹ biết cách giáo dục con cái từ bé để hình thành một nhân cách vững mạnh có nhiều tính cách tốt như: chịu đựng gian khổ, kìm chế bản thân, có ý chí và tinh thần trách nhiệm, có khả năng thích nghi mềm dẻo.

3. Bồi dưỡng cơ thể khoẻ mạnh để tăng sức đề kháng của cơ thể chống đỡ với stress. Vì vậy hàng ngày cần tập thể dục, thể thao, ăn uống điều độ, điều hoà hợp lý giữa lao động và giải trí... để luôn luôn khoẻ mạnh về thể chất và tâm thần.

V. TÌNH HÌNH NGHIÊN CỨU CÁC RỐI LOẠN LIÊN QUAN ĐẾN STRESS Ở NƯỚC TA

1. Những khó khăn và hạn chế:

- Bệnh học tâm thần các RLLQS là rất phức tạp, triệu chứng học xen kẽ lẫn nhau và rất khó tách biệt.
- Bệnh nhân có các RLLQS phần lớn ban đầu thường đến khám và điều trị tại các cơ sở lâm sàng các chuyên khoa khác, khi đến chuyên khoa tâm thần thì đã quá muộn, điều trị gặp nhiều khó khăn, hiệu quả chưa cao.
- Các trắc nghiệm tâm thần và các liệu pháp tâm lý chưa được áp dụng rộng rãi trong các cơ sở lâm sàng tâm thần học nước ta.
- Kiến thức và kỹ năng áp dụng các liệu pháp tâm lý của các thầy thuốc chuyên khoa còn yếu kém. Vì vậy trong thực hành lâm sàng thường thích dùng thuốc, ngại sử dụng các liệu pháp tâm lý.
- Điều tra dịch tễ các rối loạn có liên quan đến stress cũng gặp khó khăn vì tính cách người Việt Nam không muốn cởi mở những vấn đề nội tâm cho người khác, đặc biệt vấn đề về sức khoẻ tâm thần.

2. Những thuận lợi bước đầu:

- Mạng lưới ngành tâm thần phát triển rộng khắp trong cả nước, đội ngũ làm công tác chăm sóc sức khoẻ tâm thần ngày càng được nâng cao cả về số lượng và chất lượng.

- Việc tiếp cận và giao lưu với các nhà khoa học trên thế giới và việc áp dụng bảng phân loại quốc tế ICD.10 thông qua các cuộc hội thảo, trao đổi chuyên môn, tài liệu và giảng dạy đã nâng cao dần nhận thức về bệnh học tâm thần, về kỹ năng áp dụng các trắc nghiệm tâm lý.
- Những kết quả nghiên cứu bước đầu về sơ kết lâm sàng, chăm sóc sức khỏe ban đầu, về điều trị đã mở ra những triển vọng mới cho sự phát triển lĩnh vực phức tạp này ở nước ta.

31. TỰ SÁT

1. Khái niệm:

Trong nền văn hoá phương tây, thuật ngữ "**Tự sát**" được hiểu theo ngữ nguyên học là sự giết chết bản thân.

Cho tới thế kỷ 19, sự giết chết bản thân là một hành vi phạm tội và bị xét xử bởi vì giết chết bản thân cũng như hành vi giết người khác đều là phạm tội. Vì thế trong tư duy của các con chiên theo đạo thiên chúa ở các nước phương tây, hành vi phạm pháp này còn nặng nề hơn vì sự sống là thiêng liêng mà sự sống này thuộc về chúa. " Tự sát" có nghĩa là trừ bỏ sự sống mà chúa đã ban tặng. Vì thế, trong một thời gian dài, ở các nước phương tây, tự sát sẽ bị trừng phạt dưới cách nhìn của luật pháp và bị lên án về phương diện đạo đức.

Với đối tượng này, chúng tôi muốn nhắc lại rằng, trong những nền văn hoá khác nhau, như nền văn hoá Việt nam thì khái niệm thiêng liêng không phải thường xuyên giống với khái niệm thiêng liêng của chúa.

Dần dần, cùng với sự phát triển của khoa học xã hội và nhân văn đã giúp chúng ta hiểu là sự tồn tại của con người phải có một cuộc sống nội tâm, chính đó là tình cảm mà tình cảm này không còn được ghi nhận một cách chặt chẽ về lĩnh vực của chúa mà là quyền phân giải tự do lý trí của con người.

Khái niệm về tâm thần khác với khái niệm về tinh thần mà đặc biệt đối với tinh thần của thánh thuộc chúa trời. Khi đó người ta có thể chấp nhận rằng con người có thể bị đau khổ nhưng sự đau đớn này không phải là do bị trừng phạt của chúa cũng như do tội ác.

Bắt đầu từ thế kỷ 20, trong y văn cho biết sự tự sát được xem như một hiện tượng gắn với sự sống của con người và xã hội. Nó cần có sự chăm sóc về y tế chứ không phải xét xử bằng luật pháp. Người ta cũng sẽ biết các hình thái bệnh lý mà trong những hình thái bệnh lý đó, tự sát có

thể được ghi nhận như là các triệu chứng của nó. Người tự sát hoặc người muốn tự sát, nằm trong nhóm những người bệnh mà những người này muốn tự sát để giải quyết sự đau khổ của họ.

Định nghĩa một cách đơn giản về tự sát: Đó là hành động dẫn đến cái chết.

Tự sát thuộc về những rối loạn hành vi mà đó là những hành vi bệnh lý. Trong tâm thần, tâm lý học và xã hội học sẽ nghiên cứu những điều kiện xuất hiện của loại hành động này và qua đó người ta có thể phân biệt được 2 loại. Có loại tự sát bắt đầu từ những thay đổi bên trong của con người (nội sinh) giống như sự đảo lộn về nhân cách của nó. Và loại tự sát liên quan đến những điều kiện gia đình và xã hội của cộng đồng. Hai loại tự sát này, ít hay nhiều đều có liên quan với nhau.

Điều này dẫn chúng tôi tới việc nhìn nhận hiện tượng tự sát dưới 2 góc độ:

1. Một bệnh cảnh lâm sàng mà nó mô tả "tự sát" như một sự đổ vỡ trong cuộc sống cũng như sự tồn tại của con người.
2. Một tình trạng sức khỏe cộng đồng của một dân số có nguy cơ, trong đó nguy cơ tự sát luôn tồn tại trong một bối cảnh về vệ sinh chung còn nguy cơ. Ngược lại với hình thái lâm sàng, người có nguy cơ có thể được coi như nguy cơ này không liên quan với tình huống thực tại. Hiện tượng này sẽ được xác định bằng dịch tễ học miêu tả và phân tích.

2. Lâm sàng của tự sát và xu hướng tự sát:

Để nói về lâm sàng người ta phải dựa vào phương pháp học, sắp xếp phù hợp với trình độ của con người mà ở đó những yếu tố môi trường sẽ gần như là quyết định.

Nói cách khác, tự sát là một hành động đồng thời chủ động hoặc bị động huỷ hoại về sự toàn vẹn của cơ thể và tâm thần (hay rõ hơn nó là hành động thứ phát của ý định tự sát). Con người quyết định thực hiện một cách chủ động hành vi của họ như là một phương tiện sở hữu. Từ đó dẫn đến một nghịch lý của ý định tự sát: Biểu hiện ý muốn của nó với tư cách vừa là thực thể sống vừa là sự huỷ diệt. Do vậy, tự sát mang giá trị của một thông điệp cuộc sống gửi tới những người xung quanh.

Theo điều đó, nếu người ta phải điều trị tự sát giống như một hiện tượng y tế mà hiện tượng đã và đang đặt cuộc sống trong tình trạng nguy hiểm (khái niệm cấp cứu), một điều không bao giờ được quên trong điều trị là đề cập đến nhân cách của người tự sát và những ý định của họ.

2.1 Tự sát hình thành và tự sát nhân chủng học:

Nếu chúng ta cho rằng tự sát là hành động dẫn đến cái chết, thì tự sát là một sự kiện mà chính yếu tố này có thể che đậy nhiều hiện tượng.

Sự việc có thể được hình thành từ một rối loạn về nhân cách sau một chấn thương tâm lý mạnh thông qua hiểu tiền sử của người bệnh đã có thể giải thích được điều đó. Sự kiện này thường xuất hiện trong bối cảnh căng thẳng rõ ràng. Hoặc rõ hơn, nó xuất hiện trong bối cảnh bên ngoài đe dọa. Có nghĩa là sự hiểu biết và đánh giá về phần bối cảnh và phần nhân cách là vấn đề quan trọng, bởi vì trước một sự tự sát không thành hoặc một ý định tự sát, người bệnh không có nhiều khả năng thất bại hoặc tái diễn bệnh.

Ý định muốn chết có thể xuất hiện như một giải pháp cho những vấn đề của cuộc sống hoặc những vấn đề cuộc đời. Đó là một dạng phản ứng quá mức và quyết liệt. Về tâm lý học, con người xoá bỏ rào cản của cuộc sống để tự chuyển hoá thành một sự kiện. Đó là trường hợp về tự sát của một người trẻ sau một thất vọng tình cảm, hay một nhân viên sẽ treo cổ ở nơi làm việc sau khi bị xỉ nhục nặng nề.

Vậy cho nên, còn rất khó khăn để có thể phân biệt một tự sát xuất hiện do nguyên nhân bệnh lý với một tự sát liên quan với quá trình tích tụ những khó khăn mà nó làm mất thăng bằng về nhân cách với một tự sát giống như một dạng phản ứng không thể dung nạp được.

Ở Pháp, từ nhiều năm nay, một tự sát nơi làm việc được coi như là tai nạn nghề nghiệp khi nó liên quan trực tiếp đến thái độ của người lao động hoặc của chủ xí nghiệp. Người sử dụng lao động (ông chủ) và xí nghiệp của ông ta chịu trách nhiệm về sức khoẻ tâm thần của các nhân viên sẽ bị xét xử là thủ phạm của sự tự sát đó.

Với sự tự sát đó có thể cần tính đến bối cảnh văn hoá hoặc bối cảnh công việc mà nó đụng chạm tới lĩnh vực của lễ tế hiến sinh, của sự tự hy sinh hoặc của sự xỉ nhục. Chúng ta đã biết phi công cảm tử của quân đội Nhật cũng như vậy. Dưới đây là cơ chế của sự chi phối hoặc của sự ám thị mạnh mà một số phụ nữ bị hiếp dâm.

2.2 Tự sát do một bệnh và do một hoàn cảnh:

A. Một số bệnh nhân mắc bệnh nặng như ung thư, SIDA, tật nguyền...có thể có hành vi tự sát mà không phải do một bệnh tâm thần.

Trong phạm vi các bệnh tâm thần: Trầm cảm, hoang tưởng hoặc nhân cách bệnh, chúng ta thường có thói quen phân biệt tự sát hình thành với tự sát được ghi nhận trong danh mục bệnh hoặc tự sát đã được chẩn đoán. Khi thăm dò những người xung quanh bệnh nhân thường cho chúng ta biết biểu hiện bệnh lý về hành vi của họ.

Chính sự phân tích triệu chứng và lâm sàng sẽ xác định được mức độ nặng nề và nguy cơ tái diễn phù hợp với nhân cách của bệnh nhân và của môi trường. Kinh nghiệm của nhà lâm sàng hoặc của một nhóm nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự như vậy. Có những bệnh viện, tỷ lệ tự sát hoặc ý định tự sát có thể cao hơn so với những cơ sở điều trị khác.

B. Một số vấn đề thực hành cần chú ý:

1. Không có sự tương đương một cách tự nhiên giữa tự sát và trầm cảm. Trong thực tế, nguy cơ tự sát là yếu tố trung tâm của lâm sàng về trầm cảm, có nghĩa là khi gặp một người tự sát thì không phải lúc nào chúng ta cũng nói là người đó đã bị trầm cảm.

2. cũng như vậy, một người tự sát hoặc một người định tự sát có thể xuất hiện trong trạng thái của hoang tưởng và ảo giác (bao gồm cả ảo giác do nhiễm độc ma túy).

3. Tự sát trong lúc say rượu:

4. Đôi khi người ta đề cập về tự sát bị che đậy hoặc những hình thái tương tự. Hành vi kết liễu cuộc đời để giữ trọn vẹn giá trị biểu tượng của nó, nhưng sự thực hiện của nó có thể là từng phần hoặc toàn bộ. Trong bối cảnh này, đôi khi khó phân biệt tự sát do hoàn cảnh với tự sát của một người bị đau khổ. Nếu chúng ta nghiên cứu để phân biệt hành vi tự sát của người có ý định tự sát, đặc tính lặp lại và dấu hiệu càng ngày càng dai dẳng hơn của hành vi đó sẽ buộc nhà lâm sàng nghĩ tới tính chất nặng nề tiềm ẩn của mỗi ý định tự sát. Những dự phòng và sự thận trọng sẽ đem lại liệu pháp điều trị có hiệu quả bởi vì chúng ta phải chú ý tới sự suy sụp của bệnh nhân.

5. Cuối cùng, có những tự sát xảy ra trong quá trình điều trị. Sự giải ức chế tâm thần vận động khi đang điều trị bằng các thuốc chống trầm cảm, nhất là ở giai đoạn đầu và /giai đoạn cuối của quá trình điều trị có thể dẫn bệnh nhân tới tự sát cho dù coi đó là một sự điều trị cơ bản đúng. Cũng có những tự sát xảy ra khi đang điều trị chống hoang tưởng hoặc chống ảo giác. Điều đó xảy ra vì khi điều trị chống loạn thần sẽ làm tăng những suy nghĩ ở những người bệnh có hoang sợ rất lớn, hoặc trong tình trạng ý thức tỉnh táo nhất sẽ đẩy nhanh bệnh nhân tới tự sát. Thường gặp là các xung động tự sát nhảy qua cửa sổ hoặc một vật để huỷ hoại thân thể.

C. Mặt khác cần phải luôn coi tự sát trong bối cảnh xuất hiện của nó mà việc đánh giá cho phép phân định giữa mức độ phản ứng với sự thích ứng của nhân cách. Với vấn đề này, chúng tôi muốn giới thiệu về quá trình tiến triển của các chính kiến ở Pháp liên quan với tự sát, ý định tự sát và trầm cảm trong 2 bối cảnh riêng biệt.

1. Thứ nhất: tự sát diễn ra trong hoàn cảnh khó khăn trường diễn:

Trước hết, không nên xem nhẹ khả năng trầm cảm ở trẻ em và thanh thiếu niên cũng như các hình thái tự sát tương đương (chán ăn, các tai nạn, các hành vi nguy hiểm...). Trong một số gia đình đông đúc, trẻ em có thể xuất hiện triệu chứng (trẻ em-triệu chứng) ở các rối loạn vô thức trong nhóm. Đôi khi đó là con cả hay đứa trẻ ở sau. Nó có thể bị trầm cảm hoặc thái độ im lặng cùng với hành vi tử vì đạo. Sự trì trệ ở người lớn tuổi có thể là nặng nề.

Tiếp theo, khi đề cập đến người trưởng thành, không nên quên xem xét về chất lượng của quan hệ vợ chồng nhất là về đời sống tình dục. Sự điều trị thường bắt đầu với sự tham gia của cả vợ lẫn chồng (Liệu pháp cặp vợ chồng, liệu pháp hệ thống).

Cuối cùng, ở Pháp, chúng tôi cũng thấy hiện tượng tự sát của những người lớn tuổi, nhìn chung đó là những người cô đơn (Tự sát bằng thuốc hoặc bằng sự huỷ hoại bản thân).

2. Thứ hai: tự sát trong hoàn cảnh công việc:

Trong một thời gian dài, người ta đã nghĩ rằng trầm cảm và ý định tự sát gắn với hoàn cảnh công việc (xảy ra ở nơi làm việc hoặc ở gia đình) đã chứng tỏ một sự thích nghi kém đối với yêu cầu của môi trường nghề nghiệp. Người ta cũng đã đề cập đến sự mềm yếu của tính cách và nhân cách dễ bị đổ vỡ.

Ngày nay, người ta thống nhất đánh giá các điều kiện lao động là nguyên nhân chủ yếu làm nảy sinh các sự việc bất ngờ, nhất là khi có một ý định tự sát. Các nhà quản lý và người sử dụng lao động chịu trách nhiệm về hành chính cũng như trách nhiệm hình sự trong việc thực hiện bắt buộc bảo hiểm y tế cho người lao động (bao gồm cả sức khoẻ tâm thần). Y học nghề nghiệp và y học lao động đã coi tự sát hoặc ý định tự sát giống như một tai nạn lao động, cũng như sự quấy rối tâm lý được xác nhận như một bệnh nghề nghiệp. Với chủ đề này, một trong những hình thức hiện nay của dự phòng trầm cảm ở nơi làm việc có liên quan với những khái niệm về sự kiệt sức và quấy rối tâm lý (nhân dịp hội thảo lần thứ nhất trong năm 2003 tại Hà nội tôi đã giới thiệu về vấn đề quấy rối tình dục ở công sở).

3. Thái độ đối với nguy cơ và tự sát trong sức khoẻ cộng đồng:

A. Tự sát và hành vi tự sát là những cấp cứu lớn của sức khỏe dân chúng trong các nước công nghiệp phát triển. Tại Pháp, hiện tượng này chiếm tới 2/3 nguyên nhân tử vong ở những người trẻ từ 15 đến 25 tuổi, chỉ đứng sau các tai nạn giao thông, nhưng đôi khi những tai nạn này lại che dấu sự tự sát, và những tai nạn này cũng là kết quả của những hành vi với nguy cơ tự sát.

Một điểm ghi nhận thứ 2 là trật tự chung. Dẫu rằng những phương pháp ghi chép về những nguyên nhân tử vong có thay đổi, cảm thấy rằng sự tự sát và hành vi tự sát ít quan trọng hơn trong thời kỳ rối loạn hoặc trong chiến tranh so với một bối cảnh xã hội pháp luật hoá cứng nhắc.

Không thể giải thích hiện tượng tự sát bằng hệ tư tưởng hoặc tôn giáo, mà nó như là kết quả bất lợi của các yếu tố tâm lý, xã hội và kinh tế. Một phân tích dịch tễ học về các yếu tố này giúp cho việc xây dựng các chương trình dự phòng không phải duy nhất chỉ là những khẩu hiệu, mà những khẩu hiệu đó thường ít hiệu quả (Ví dụ khẩu hiệu chống thuốc lá).

B. Trong phạm vi sức khỏe cộng đồng, theo cổ điển người ta chia thành 2 loại song song với nhau; Trước hết là theo các nhóm tuổi, tiếp theo là theo công sở, tư nhân và xã hội, đặc biệt là nghề nghiệp.

1. Theo các nhóm tuổi: Ở trẻ em, kích động đôi khi là quan trọng mà sự kích động với biểu hiện giống như một hành vi nguy cơ mà chúng ta khó có thể đo được phạm vi tâm lý, để mà mang đến cho nó các biện pháp tâm lý và phương pháp sư phạm phù hợp. Rõ nét hơn là ở một số thanh thiếu niên, tự sát hoặc hành vi tự sát có thể che dấu hoặc biểu hiện một bệnh trầm cảm, hoang tưởng, hoặc một sự rối loạn về nhân cách. Một nhận xét quan trọng liên quan với các hành vi nhiễm độc ma túy và chất xúc tác (cần hiểu là người nghiện rượu) với ranh giới giữa một tình trạng bệnh và những hành vi sai lệch hoặc sự độc ác. Tóm lại, ở Pháp, người ta cứu giúp những sự tự sát của người lớn tuổi, đôi khi bắt đầu từ một triệu chứng không điển hình như: chán ăn, rối loạn về tính cách cùng với sự kích động...

Nhìn chung, các phương diện này đã không được tách ra hoặc rõ hơn, chúng chỉ được sử dụng bởi các bác sỹ đa khoa, hậu quả là làm giảm tối thiểu của các chương trình dự phòng.

2. Theo các công sở và tư nhân: Chúng tôi không trở lại trên những tự sát bất ngờ đến trong phạm vi nghề nghiệp hoặc gia đình. Chúng tôi nhận thấy một phương diện chưa được đánh giá đúng đó là các tự sát ở vùng nông thôn, đặc biệt là nông dân hoặc phụ nữ nông thôn. Hiện tượng này khi thống kê có thể bị bỏ quên, kéo theo những thiệt hại về người đôi khi rất lớn.

C. Liên quan giữa sự tự sát và hành vi nguy cơ của những người trẻ ở Pháp, sau đây xin giới thiệu một vài kinh nghiệm của các nhà tâm thần-tâm lý Pháp:

1. Nói chung tự sát và hành vi tự sát nằm trong phạm vi của một tổng thể về hành vi nguy cơ, khi sự tự sát đó không được bộc lộ hoặc là triệu chứng của một bệnh tiềm ẩn. Vậy cho nên cần phải trang bị cho những người trẻ một cái nhìn phù hợp về cái được và cái mất trên phương diện kinh tế-xã hội. Trong phạm vi sức khỏe cộng đồng, việc dự phòng tự sát liên quan hầu như tất cả với toàn bộ dân số đó, do đặc tính tâm lý xã hội của lớp người trẻ nên thường không cảm thấy có liên quan hoặc không liên lụy. Với người trẻ, việc dự phòng tự sát đôi khi cho là không có vấn đề gì, vì quan niệm vấn đề thực sự có thể là một người bất hạnh hoặc là cuộc sống tồi tệ.
2. Những người lập chính sách dự phòng này không phải chỉ là những thầy thuốc mà còn có các nhà hoạt động xã hội khác quanh những người trẻ.
3. Vấn đề hành vi nguy cơ không thể giải quyết bằng sự giáo dục về sự nguy hiểm dù rằng sự hiểu biết về mối nguy hiểm cũng không làm cho họ huỷ bỏ nó được.

Kết luận:

A. Hiện tượng tự sát và hành vi nguy cơ tự sát: là một thực tế đặt ra giữa bệnh tâm thần với sức khỏe tâm thần, đồng thời về mặt cá nhân là một thực tế của một bệnh trầm cảm hoặc hoang tưởng, và đối với tập thể là một thực tế tiếp cận xã hội mà không câu nệ.

Trong lĩnh vực y tế, câu hỏi về chẩn đoán và câu hỏi tìm hiểu là điều cơ bản để nhận biết vấn đề. Mặt khác, có những tự sát bị che giấu và không bộc lộ ra. Tiếp đến, có thể tồn tại những trạng thái bệnh lý mà nó chứa đựng những nguy cơ tự sát rất lớn không được xem nhẹ: bệnh trầm cảm hay trạng thái hoang tưởng. Cuối cùng, một số lớn các hình thái tự sát chỉ được điều trị duy nhất như là một loại cấp cứu y tế nhưng chúng thường tái diễn, và thường tử vong.

Trong lĩnh vực sức khỏe cộng đồng, theo truyền thống người ta coi hiện tượng tự sát như là một dạng của các hành vi nguy cơ. Nhóm dân số nghiên cứu có 2 gồm: một nhóm là những thanh niên trẻ và nhóm kia là những người già. Ở những người trẻ tuổi, đó là những hành vi lạm dụng (rượu, ma túy) đã xảy ra cùng với những tai nạn. Ở những người lớn tuổi, sự cô đơn là một yếu tố quan trọng của nguy cơ tự sát.

B. Một chính sách dự phòng phải đồng thời về y tế và xã hội:

Chính sách dự phòng về y tế trong vấn đề nhạy cảm của người dân và những kiến trúc linh

thiên (đặc biệt là xung quanh những nơi tôn nghiêm). Cần phải chú ý theo dõi và ân cần với những người đang đau khổ trước khi xuất hiện sự việc trầm trọng.

Chính sách dự phòng về xã hội đồng thời phải coi các chương trình bảo vệ những người trẻ và những người già như những đối tượng ưu tiên, cũng như vậy đối với những phụ nữ có thai.

C. Hiện tượng tự sát là một thước đo của sức khỏe cộng đồng:

Đó là sự phản ánh mức độ sức khỏe và mức độ tổ chức của một quốc gia. Khuyến cáo thường xuyên là phải có mạng lưới thường trực và sẵn sàng. Cùng với tự sát và bệnh tâm thần phân liệt mà nó là một bệnh ít nhạy cảm với những biến đổi của hoàn cảnh thì cần một hệ thống y tế hiện đại với những chính sách tốt về dịch tễ và vệ sinh y tế.

BS. TS tâm lý Lương Cần Liêm

Chủ tịch Hội Tâm thần và Tâm lý Y học Pháp - Việt

32. TÂM THẦN PHÂN LIỆT

1. Thế nào là bệnh tâm thần phân liệt?

Tâm thần phân liệt là một bệnh loạn thần nặng tiến triển từ từ, có khuynh hướng mạn tính, căn nguyên hiện nay chưa rõ ràng, làm cho người bệnh dần dần tách ra khỏi cuộc sống xung quanh, thu dần vào thế giới bên trong làm cho tình cảm trở nên khô lạnh dần, khả năng làm việc, học tập ngày một sút kém, có những hành vi, ý nghĩ dị kỳ, khó hiểu.

Bệnh tâm thần phân liệt là bệnh khá phổ biến ở hầu hết các nước trên thế giới, tỷ lệ từ 0,5 - 1,5% dân số. Bệnh thường phát sinh ở lứa tuổi từ 18 - 40 tuổi.

2. Các biểu hiện của bệnh tâm thần phân liệt:

a) *Các rối loạn tư duy* (Thinking disorders):

- Người bệnh cho rằng: ý nghĩ của mình vang lên thành tiếng nên mọi người biết được (tư duy bị bộc lộ, tư duy bị phát thanh).
- Hoặc có ai đó đọc được ý nghĩ của bệnh nhân mặc dù không nói ra (tư duy bị đánh cắp), hoặc có ai đó sắp đặt ý nghĩ của họ vào đầu bệnh nhân (tư duy bị áp đặt).

b) Các hoang tưởng (Delusions):

- Hoang tưởng là những ý tưởng phán đoán sai lầm không phù hợp với thực tế mà người bệnh cho là đúng, không thể giải thích đã thông được.

- Bệnh tâm thần phân liệt thường có hoang tưởng bị kiểm tra, bị chi phối.

Người bệnh nghĩ rằng có một người nào đó, hay một lực lượng nào đó đang kiểm tra, chi phối hoạt động của bệnh nhân, hoặc đang theo dõi, đầu độc, làm hại bệnh nhân (hoang tưởng bị theo dõi, liên hệ, bị hại, bị đầu độc).

c) *Bệnh nhân cho mình là một siêu nhân có khả năng làm việc kỳ diệu* (điều khiển thế giới, điều khiển được thời tiết, hoặc đang tiếp xúc với người của thế giới khác ...).

d) Ảo giác (Hallucinations):

Thường bệnh nhân nghe thấy những lời bình luận về hành vi hoặc thảo luận với nhau về bệnh nhân hoặc những tiếng nói khác xuất phát từ một bộ phận nào đó trong cơ thể của người bệnh (ảo thanh giả).

e) *Bệnh nhân nhìn thấy, ngửi thấy, cảm thấy những gì mà người khác không thấy* (ảo thị, ảo khứu...) kết hợp với hoang tưởng liên hệ, ghen tuông, kiện cáo, nghi bệnh... kéo dài nhiều tháng.

f) Rối loạn hành vi (Behavioural disorders) như:

Kích động vô cớ, đập phá, hò hét hay bất động giữ nguyên tư thế, không nói, không ăn... (căng trương lực).

g) Các triệu chứng âm tính (Negative symptoms) như:

- Cảm xúc cùn mòn, khô lạnh, các đáp ứng cảm xúc không thích hợp, xa lánh, hằn học với mọi người, sống cô độc, đi lang thang hoặc cơn lo sợ giận dữ vô cớ.

- Ngôn ngữ nghèo nàn hay gián đoạn, thêm từ khi nói, đi đến tư duy không liên quan hay lời nói không thích hợp hoặc ngôn ngữ bịa đặt, thường dẫn đến cách ly xã hội, giảm hiệu suất lao động và học tập.

- Biến đổi nhân cách, mất thích thú, vô cảm, lười nhác, thiếu mục đích, khó thích ứng xã hội.

3. Nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán:

- Có ít nhất một triệu chứng rõ rệt trong các nhóm kể trên (chú trọng vào các nhóm a, b, c, d), nếu không rõ thì phải có hai triệu chứng trở lên.

- Các triệu chứng phải tồn tại rõ rệt, kéo dài trong 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 như phân liệt.

- Không chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt khi đã có các triệu chứng hưng cảm, hay trầm cảm điển hình. Trừ khi 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 nghiện ma túy, 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 lẽ ở tuổi này có nhiều rối loạn của các bệnh cơ thể như tim mạch, nội tiết ...

a) Đặc điểm của tiến triển mạn tính:

- Thuyên giảm hoàn toàn tức là người bệnh trở lại bình thường về lời nói, ứng xử, học tập, lao động như trước khi mắc bệnh.

- Thuyên giảm một phần tức là các biểu hiện bệnh (kích động, hoang tưởng, ảo giác ...) mất đi, song vẫn còn một số thiếu sót như thiếu linh hoạt, thiếu chủ động giao tiếp với người xung quanh.

b) Tái phát:

Tái phát là đặc điểm của bệnh tâm thần phân liệt. Nhân tố dễ dẫn đến tái phát:

- Uống thuốc an thần không đều theo chỉ dẫn của bác sĩ chuyên khoa tâm thần.

- Môi trường không dung nạp: hắt hủi, ngược đãi, bỏ rơi ...

- Khó khăn không có chỗ nương thân.

c) Vai trò của sang chấn tâm lý đối với bệnh nhân tâm thần phân liệt.

- Thái độ giấu cợt, trêu ghẹo, ngược đãi, hành hạ.

- Phân biệt đối xử trong giao tiếp xã hội, trong phân công việc làm.

- Ly thân, ly hôn.

- Yêu cầu đề nghị không được đáp ứng hợp lý.

- Các mất mát về tình cảm, danh dự, cái chết của người thân.

Đó đều là những căng thẳng tâm lý làm cho bệnh nhân tâm thần phân liệt dễ tái phát theo những cơ chế sau:

- Thúc đẩy sự khởi phát một bệnh tâm thần phân liệt vốn tiềm ẩn ở một người.
- Sang chấn làm cho bệnh nặng hơn, biểu hiện rầm rộ hơn.
- Sang chấn làm cho các đợt tái phát bệnh mau hơn.

Cần biết rằng bệnh nhân tâm thần phân liệt rất dễ nhạy cảm với các sang chấn tâm lý, nhất là các bệnh nhân không dùng thuốc an thần kinh đều đặn.

d) Các biểu hiện báo hiệu bệnh tái phát:

- Thấy căng thẳng ngày một tăng.
- Thấy lo lắng viển vông không thể thư giãn.
- Rối loạn giấc ngủ (mất ngủ, rối loạn nhịp thức ngủ ...).
- Mệt mỏi.
- Dễ kích thích cáu bẳn.
- Hoảng sợ không có lý do.
- Thu mình, từ chối giao tiếp, ăn uống.
- Thờ ơ với mọi người và với bản thân không tự chăm sóc.

4. Điều trị bệnh tâm thần phân liệt:

Vì nguyên nhân của bệnh chưa rõ ràng cho nên việc điều trị bệnh tâm thần phân liệt là điều trị triệu chứng và phục hồi chức năng tâm lý xã hội. Do có sự kết hợp giữa các nhân tố sinh học và môi trường trong cơ chế sinh bệnh, nên việc điều trị bệnh tâm thần phân liệt phải kết hợp nhiều liệu pháp khác nhau tùy từng giai đoạn phát triển của bệnh.

a) Can thiệp về tâm lý (Psychological intervention).

Thái độ tốt nhất trong điều trị bệnh tâm thần phân liệt là giúp cho gia đình người bệnh nhận thức được bệnh, chấp nhận bệnh nhân, cảm thông và quan tâm đến người bệnh.

b) Can thiệp bằng thuốc chống loạn thần (Intervention with antipsychotics).

- Trong các cơn tâm thần phân liệt cấp, thuốc chống loạn thần là xuất phát điểm cần thiết để điều trị bởi vì bước đầu tiên là cần phải nhanh chóng đưa bệnh nhân ra khỏi trạng thái loạn

thần nặng như kích động, hoang tưởng, ảo giác ... các thuốc chống loạn thần là phương pháp thông dụng nhất và có hiệu quả chống các trạng thái loạn thần cấp, chống tái phát và chống mạn tính hoá. Các thuốc chống loạn thần đều là thuốc có tác động mạnh, cần được chỉ định nghiêm ngặt và thận trọng.

- Chọn thuốc và liều lượng phải phù hợp với trạng thái bệnh hiện tại, từng thể bệnh, từng cá thể. Lúc đầu dùng liều thấp để thăm dò khả năng dung nạp thuốc của từng cá thể, sau đó tăng dần liều cho đến lúc có tác dụng điều trị, duy trì liều ổn định, sau đó giảm dần rồi mới cắt thuốc theo hướng dẫn của thầy thuốc.

** Tác dụng chính của thuốc:*

- Chống loạn thần (chống hoang tưởng, ảo giác).
- Gây an dịu (chống kích động).
- Giảm ức chế (chống tính ì).

An thần mạnh:

- . Haloperidol
- . Aminazine

An thần yên dịu:

- . Tisercin

** Tác dụng phụ của một số thuốc an thần kinh (ATK):*

- Chứng ngoại tháp: nét mặt cứng đờ, xoắn vặn cơ thể, bồn chồn, vận động chậm chạp, khó nói, khó nuốt, tăng tiết nước rãi, run đầu chi, tăng tiết mồ hôi, chất nhờn ở da. Cần báo cho thầy thuốc biết, giảm liều thuốc, chuyển ATK yên dịu hơn, cho Artan 2 - 6 mg/ngày.
- Dị ứng: mẩn ngứa, phỏng nước, nổi mề đay... cắt thuốc, dùng thuốc chống dị ứng, (Pipolphen, Promethazine ...).
- Hạ huyết áp khi đứng chóng mặt, xây xẩm, xanh tái. Cho nằm tại chỗ, phần lưng gần cổ có gối kê cao, đầu ngả về một bên, trợ tim mạch.
- Vàng da, vàng mắt (nước tiểu rất vàng).

Ngừng thuốc, đi khám lại.

- Khi bệnh nhân ngủ lâu, đánh thức không dậy là có biểu hiện dùng thuốc quá liều, nếu kích thích đau bệnh nhân chậm phản ứng là biểu hiện ngộ độc cấp (hôn mê) cần đưa đi cấp cứu.
- Hội chứng ATK ác tính: sốt cao, mạch nhanh, nhịp thở tăng, huyết áp dao động, vã mồ hôi (loại tác dụng phụ này ít gặp, nhất là điều trị ngoại trú).
- Ngừng thuốc ATK, hồi sức tích cực, bồi phụ nước và điện giải, gửi lên tuyến trên.

5. Phục hồi chức năng tâm lý xã hội và nghề nghiệp:

a) Tại sao phải PHCN TLXH?

- Bệnh nhân tâm thần phân liệt sau khi được điều trị có thể hết các triệu chứng rối loạn tâm thần nhưng họ vẫn không làm việc được, thiếu tự tin, ngại tiếp xúc.
- Bệnh nhân tâm thần phân liệt có khuynh hướng tiến triển mạn tính, người bệnh ngày một tách rời, xa lánh xã hội, khó hoà nhập với cộng đồng.
- Xã hội cũng có khuynh hướng mặc cảm với bệnh nhân, cho bệnh nhân là người không còn khả năng giúp ích gì cho xã hội.

b) Phục hồi chức năng tâm lý xã hội như thế nào?

- Phải giải thích cho gia đình người bệnh hiểu thế nào là bệnh tâm thần phân liệt.
- Chấp nhận bệnh nhân, quan tâm và giúp đỡ bệnh nhân bị bệnh tâm thần phân liệt.

c) Giải thích tại sao phải uống thuốc, uống thuốc như thế nào?

- Hướng dẫn cho họ biết các tác dụng phụ của thuốc.
- Giúp cho gia đình người bệnh biết cách ứng xử với những biểu hiện bất thường của bệnh nhân.

* Phục hồi chức năng sinh hoạt: hướng dẫn bệnh nhân biết tự chăm sóc tắm giặt, vệ sinh cá nhân, trật tự, ngăn nắp nơi ăn, chỗ ở.

* Phục hồi chức năng tâm lý xã hội: giúp người bệnh giao tiếp với mọi người, tôn trọng, lắng nghe họ nói, không tranh luận với họ và giúp đỡ họ khi cần thiết.

* Phục hồi chức năng lao động nghề nghiệp: cố gắng giúp cho bệnh nhân làm được những việc như trước khi mắc bệnh, chẳng hạn như làm việc trên ruộng đồng, cấy lúa, trồng hoa, chăn nuôi, làm một việc hợp với khả năng tại công xưởng, nhà máy, lao động thủ công....

- Dạy cho bệnh nhân làm một công việc mới giản đơn.

- Cùng làm với bệnh nhân, khuyến khích, giúp đỡ bệnh nhân những khi có khó khăn.

6. Phòng bệnh tâm thần phân liệt:

Căn nguyên của bệnh tâm thần phân liệt chưa rõ ràng nên phương pháp phòng bệnh tuyệt đối chưa có cơ sở chắc chắn. Tuy nhiên vẫn cần phải phòng bệnh tương đối, chú trọng vào các điểm sau đây:

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

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

- Tiếp tục theo dõi bệnh nhân sau khi ra viện, kiên trì điều trị củng cố và tích cực chữa các bệnh nhiễm khuẩn, bệnh cơ thể, tránh cho bệnh nhân quá mệt mỏi, lao động quá sức, đề phòng bệnh có thể tái phát.

33. THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM BECK

Họ và tên:Tuổi:.....Giới:.....Nghề:.....

Địa chỉ:.....Chẩn đoán:.....Ngày làm:.....

Trong bảng này gồm 21 đề mục được đánh số từ 1 đến 21, ở mỗi đề mục có ghi một số câu phát biểu. Trong mỗi đề mục hãy chọn ra một câu mô tả gần giống nhất tình trạng mà bạn cảm thấy trong 1 tuần trở lại đây, kể cả hôm nay. Khoanh tròn vào con số trước câu phát biểu mà bạn đã chọn. Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

1.

0. Tôi không cảm thấy buồn.

1. Nhiều lúc tôi cảm thấy buồn.

2. Lúc nào tôi cũng cảm thấy buồn.

3. Tôi rất buồn hoặc rất bất hạnh đến mức không thể chịu được.

2.

0. Tôi không nản lòng về tương lai.

1. Tôi cảm thấy nản lòng về tương lai hơn trước.

2. Tôi cảm thấy mình chẳng có gì mong đợi ở tương lai cả.

3. Tôi cảm thấy tương lai tuyệt vọng và tình hình chỉ có thể tiếp tục xấu đi.

3.

0. Tôi không cảm thấy như bị thất bại.

1. Tôi thấy mình thất bại nhiều hơn những người khác.

2. Nhìn lại cuộc đời, tôi thấy mình đã có quá nhiều thất bại.

3. Tôi cảm thấy mình là một người hoàn toàn thất bại.

4.

0. Tôi còn thích thú với những điều mà trước đây tôi vẫn thường thích.

1. Tôi ít thấy thích những điều mà trước đây tôi vẫn thường ưa thích.

2. Tôi còn rất ít thích thú về những điều trước đây tôi vẫn thường thích.

3. Tôi không còn chút thích thú nào nữa.

5.

0. Tôi hoàn toàn không cảm thấy có tội lỗi gì ghê gớm cả.

1. Phần nhiều những việc tôi đã làm tôi đều cảm thấy có tội.

2. Phần lớn thời gian tôi cảm thấy mình có tội.

3. Lúc nào tôi cũng cảm thấy mình có tội.

6.

0. Tôi không cảm thấy đang bị trừng phạt.

1. Tôi cảm thấy có lẽ mình đang bị trừng phạt.

2. Tôi mong chờ bị trừng phạt.

3. Tôi cảm thấy mình đang bị trừng phạt.

7.

0. Tôi thấy bản thân mình vẫn như trước kia.

1. Tôi không còn tin tưởng vào bản thân.

2. Tôi thất vọng với bản thân.

3. Tôi ghét bản thân mình.

8.

0. Tôi không phê phán hoặc đổ lỗi cho bản thân hơn trước kia.

1. Tôi phê phán bản thân mình nhiều hơn trước kia.

2. Tôi phê phán bản thân về tất cả những lỗi lầm của mình.

3. Tôi đổ lỗi cho bản thân về tất cả mọi điều tồi tệ xảy ra.

9.

0. Tôi không có ý nghĩ tự sát.

1. Tôi có ý nghĩ tự sát nhưng không thực hiện.

2. Tôi muốn tự sát.

3. Nếu có cơ hội tôi sẽ tự sát.

10.

0. Tôi không khóc nhiều hơn trước kia.

1. Tôi hay khóc nhiều hơn trước.

2. Tôi thường khóc vì những điều nhỏ nhặt.

3. Tôi thấy muốn khóc nhưng không thể khóc được.

11.

0. Tôi không dễ bồn chồn và căng thẳng hơn thường lệ.

1. Tôi cảm thấy dễ bồn chồn và căng thẳng hơn thường lệ.

2. Tôi cảm thấy bồn chồn và căng thẳng đến mức khó có thể ngồi yên được.
3. Tôi thấy rất bồn chồn và kích động đến mức phải đi lại liên tục hoặc làm việc gì đó.

12.

0. Tôi không mất sự quan tâm đến những người xung quanh hoặc các hoạt động khác.
1. Tôi ít quan tâm đến mọi người, mọi việc xung quanh hơn trước.
2. Tôi mất hầu hết sự quan tâm đến mọi người, mọi việc xung quanh.
3. Tôi không còn quan tâm đến bất kỳ điều gì nữa.

13.

0. Tôi quyết định mọi việc cũng tốt như trước.
1. Tôi thấy khó quyết định mọi việc hơn trước.
2. Tôi thấy khó quyết định mọi việc hơn trước rất nhiều.
3. Tôi chẳng còn có thể quyết định được việc gì nữa.

14.

0. Tôi không cảm thấy mình là người vô dụng.
1. Tôi không cho rằng mình có giá trị và có ích như trước kia.
2. Tôi cảm thấy mình vô dụng hơn so với những người xung quanh.
3. Tôi thấy mình là người hoàn toàn vô dụng.

15.

0. Tôi thấy mình vẫn tràn đầy sức lực như trước đây.
1. Sức lực của tôi kém hơn trước.
2. Tôi không đủ sức lực để làm được nhiều việc nữa.
3. Tôi không đủ sức lực để làm được bất cứ việc gì nữa.

16.

0. Không thấy có chút thay đổi gì trong giấc ngủ của tôi.

1a. Tôi ngủ hơi nhiều hơn trước.

1b. Tôi ngủ hơi ít hơn trước.

2a. Tôi ngủ nhiều hơn trước.

2b. Tôi ngủ ít hơn trước.

3a. Tôi ngủ hầu như suốt cả ngày.

3b. Tôi thức dậy 1-2 giờ sớm hơn trước và không thể ngủ lại được.

17.

0. Tôi không dễ cáu kỉnh và bực bội hơn trước.

1. Tôi dễ cáu kỉnh và bực bội hơn trước.

2. Tôi dễ cáu kỉnh và bực bội hơn trước rất nhiều.

3. Lúc nào tôi cũng dễ cáu kỉnh và bực bội.

18.

0. Tôi ăn vẫn ngon miệng như trước.

1a. Tôi ăn kém ngon miệng hơn trước.

1b. Tôi ăn ngon miệng hơn trước.

2a. Tôi ăn kém ngon miệng hơn trước rất nhiều.

2b. Tôi ăn ngon miệng hơn trước rất nhiều.

3a. Tôi không thấy ngon miệng một chút nào cả.

3b. Lúc nào tôi cũng thấy thèm ăn.

19.

0. Tôi có thể tập trung chú ý tốt như trước.

1. Tôi không thể tập trung chú ý được như trước.

2. Tôi thấy khó tập trung chú ý lâu được vào bất kỳ điều gì.

3. Tôi thấy mình không thể tập trung chú ý được vào bất kỳ điều gì nữa.

20.

- 0. Tôi không mệt mỏi hơn trước.
- 1. Tôi dễ mệt mỏi hơn trước.
- 2. Hầu như làm bất kỳ việc gì tôi cũng thấy mệt mỏi.
- 3. Tôi quá mệt mỏi khi làm bất kỳ việc gì.

21.

- 0. Tôi không thấy có thay đổi gì trong hứng thú tình dục.
- 1. Tôi ít hứng thú với tình dục hơn trước.
- 2. Hiện nay tôi rất ít hứng thú với tình dục.
- 3. Tôi hoàn toàn mất hứng thú tình dục.

34. CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN THỰC TỐN

1. Khái niệm chung:

Rối loạn tâm thần thực tổn (RLTTTT) là các bệnh tâm thần hay các trạng thái rối loạn tâm thần có liên quan trực tiếp đến tổn thương thực thể ở tổ chức não do nhiều nguyên nhân khác nhau. Đó có thể là các bệnh của não (u não, viêm não, tai biến mạch máu não,...) nhưng phần nhiều là các bệnh ngoài não (nhiễm khuẩn huyết, nhiễm độc, chấn thương sọ não, các bệnh tim mạch các bệnh gan, thận, nội tiết,...).

Sự đa dạng về mức độ tiến triển của các triệu chứng lâm sàng RLTTTT phụ thuộc không chỉ vào vị trí, mức độ tổn thương của não nặng hay nhẹ, lan toả hay khu trú, mà còn cả vào trạng thái tinh thần, sức đề kháng của cơ thể, các yếu tố tác động của môi trường xung quanh đến từng cá thể trước khi bị bệnh.

Bệnh cảnh lâm sàng của các trạng thái rối loạn tâm thần trong tổn thương thực thể não phụ thuộc không chỉ vào sự tiến triển của bệnh chính, vào mức độ phá huỷ của tổ chức thần kinh não bộ mà còn vào nhiều yếu tố tác động tâm lý, môi trường khác nữa. Sức đề kháng của cơ thể

yếu, môi trường tâm lý không thuận lợi, nhân cách của người bệnh không bền vững, suy đồi, yếu ớt,... đều là các nhân tố thúc đẩy quá trình bệnh lý, làm cho các triệu chứng lâm sàng chủ yếu có thể bị che lấp hoặc bị cường điệu quá mức.

Một số bệnh tâm thần và cơ thể khác vốn tiềm tàng, nay được dịp thuận lợi bùng phát, làm cho bệnh cảnh lâm sàng phức tạp hơn, gây nhiều trở ngại cho công tác theo dõi chẩn đoán và điều trị.

Nghiên cứu RLTTTT có liên quan chặt chẽ đến các chuyên ngành khác của Y học. Do vậy người thầy thuốc tâm thần phải có kiến thức rộng và hiểu biết sâu một số chuyên ngành có liên quan trực tiếp như Thần kinh học, Truyền nhiễm học và các kiến thức nội - ngoại khoa chung khác để có đủ khả năng giúp đỡ người bệnh tốt hơn.

Thực tế còn cho thấy có những trường hợp RLTTTT bị bỏ sót trong quá trình theo dõi, chẩn đoán và điều trị ở các cơ sở tâm thần không phải do thầy thuốc tâm thần không đủ kiến thức y học nói chung mà do thăm khám không kỹ lưỡng hoặc “ám ảnh phân liệt hoá” nhiều loại bệnh tâm thần, trong đó có RLTTTT.

Mặt khác trong thực hành lâm sàng người ta cũng nhận thấy rằng không phải bất cứ rối loạn tâm thần nào trên bệnh nhân bị bệnh cơ thể đều là RLTTTT. Nhiều trường hợp, bệnh cơ thể chỉ là một trong những yếu tố thúc đẩy quá trình rối loạn tâm thần nội sinh, vốn tiềm tàng nay được bộc lộ rõ. Ví dụ, theo V.M. Morkovkin, A.V. Kartelisev (1988), cứ một trường hợp bệnh tâm thần phân liệt (TTPL) có biểu hiện lâm sàng rõ thì có 3 trường hợp khác bệnh đang tiềm ẩn, luôn luôn có nguy cơ bùng phát khi gặp tác nhân thuận lợi như chấn thương sọ não, nhiễm khuẩn, nhiễm độc,...

Tiến triển của RLTTTT cũng như các bệnh cơ thể khác là cấp tính hay mạn tính tùy thuộc khả năng phục hồi của các triệu chứng rối loạn tâm thần, vào phương thức khởi bệnh từ từ hay đột ngột và vào thời gian kéo dài của bệnh. Khái niệm cấp tính hay mạn tính cũng rất tương đối bởi vì chúng có thể chuyển từ loại này sang loại kia trong quá trình tiến triển của bệnh chính.

2. Nguyên nhân:

Có nhiều nguyên nhân gây rối loạn tâm thần thực tổn. Tùy thuộc vào phương thức tiến triển, vào biểu hiện lâm sàng mà người ta thường chú ý đến các nguyên nhân sau đây:

2.1. *Nhiễm độc*: Thường gặp nhiễm độc các loại thuốc dùng trong nông nghiệp, công nghiệp và trong y học.

Đáng chú ý là: các thuốc chống Parkinson, thuốc hướng thần, giảm đau chống động kinh, thuốc mê, rượu, kim loại nặng, các chất ma túy,...

2.2. *Nhiễm khuẩn*: Bao gồm 2 loại nhiễm khuẩn nội sọ và nhiễm khuẩn toàn thân, tiến triển cấp tính hoặc mạn tính.

- Nhiễm khuẩn nội sọ: viêm màng não, viêm não, áp xe não, giang mai não,...

- Nhiễm khuẩn toàn thân: nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn một số cơ quan nội tạng, nhiễm khuẩn đặc hiệu như lao, thương hàn, sốt rét,...

2.3. *Rối loạn chuyển hoá*: Chứng tăng urê máu, suy gan, rối loạn nước - điện giải,...

2.4. *Thiếu hoặc giảm oxy não*: Suy tim, rối loạn thông khí phổi (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính),...

2.5. *Các rối loạn mạch máu não*: Đột quỵ não, suy chức năng não, tăng huyết áp, viêm tắc mạch não, nhồi máu não,...

2.6. *Chấn thương sọ não*: Thường gặp do nhiều tác nhân khác nhau trong thời bình (tai nạn giao thông, tai nạn lao động,...) cũng như trong thời chiến (các vết thương do hoả khí, chấn thương do sóng nổ,...).

2.7. *Rối loạn nội tiết*: Bệnh tuyến giáp, bệnh tuyến yên, bệnh tuyến thượng thận,...

2.8. *Động kinh*: Thường gặp trong động kinh cơn lớn toàn thể, động kinh thái dương, động kinh tiến triển kéo dài,...

2.9. *Các bệnh gây thoái hoá hệ thống thần kinh*: Alzheimer, Pick, Parkinson, Huntington,...

2.10. *Các tổn thương choán chỗ*: U não, não nước,...

2.11. *Thiếu vitamin*: Vitamin B₁₂, axit folic, vitamin B₁, vitamin PP.

3. Phân loại:

Theo Bảng phân loại bệnh tật Quốc tế lần thứ 10 (ICD - 10), năm 1992, của tổ chức Y tế thế giới thì RLTTTT được xếp vào nhóm: F00 - F09 "Các rối loạn tâm thần thực tổn bao gồm cả rối loạn tâm thần triệu chứng" (organic, including symptomatic, mental disorders).

F00: Mất trí trong bệnh Alzheimer.

F01: Mất trí trong bệnh mạch máu.

F02: Mất trí trong các bệnh khác được xếp loại ở chỗ khác.

F03: Mất trí không biệt định.

F04: Hội chứng quên thực tổn không do rượu và các chất tác động tâm thần khác.

F05: Sảng không do rượu và các chất tác động tâm thần khác.

F06: Các rối loạn tâm thần khác do tổn thương và rối loạn chức năng não và bệnh lý cơ thể.

F07: Các rối loạn nhân cách và hành vi do bệnh não, tổn thương và rối loạn chức năng não.

F09: Rối loạn tâm thần thực tổn hoặc triệu chứng không biệt định.

Trong Bảng phân loại của Hội Tâm thần học Mỹ (DMS - IV), năm 1994, RLTTTT được xếp vào 2 nhóm chính:

* Những rối loạn mê sảng, mất trí và rối loạn trí nhớ và những rối loạn nhận thức khác.

* Những rối loạn có liên quan đến phụ thuộc hoặc lạm dụng các chất hướng tâm thần.

+ *Mê sảng*:

293.0: Mê sảng trong các bệnh nói chung:

- Mê sảng trong nhiễm độc các chất hướng tâm thần.

- Mê sảng trong cai các chất hướng tâm thần.

- Mê sảng trong nhiều nguyên nhân khác nhau.

780.09: Mê sảng không biệt định khác.

+ *Mất trí*:

290.XX: Mất trí trong bệnh Alzheimer.

10: Đơn thuần.

11: Với mê sảng.

12: Với hoang tưởng.

13: Với khí sắc trầm cảm.

290.XX: Mất trí trong các bệnh mạch máu não.

10: Đơn thuần.

11: Với mê sảng.

12: Với hoang tưởng.

13: Với khí sắc trầm cảm.

294.9: Mất trí trong bệnh HIV.

294.1: Mất trí trong chấn thương sọ não.

294.1: Mất trí trong bệnh Parkinson.

294.1: Mất trí trong bệnh Huntington.

294.10: Mất trí trong bệnh Pick.

294.10: Mất trí trong bệnh Creutzfeldt - Jakob.

294.1: Mất trí trong bệnh lý nói chung.

- Mất trí dai dẳng do sử dụng chất hướng tâm thần.

- Mất trí trong các nguyên nhân khác nhau.

294.8: Mất trí không biệt định khác.

+ Rối loạn trí nhớ:

294.0: Rối loạn trí nhớ trong các bệnh nói chung.

- Rối loạn trí nhớ dai dẳng khi sử dụng các chất hướng tâm thần.

294.8: Rối loạn trí nhớ không biệt định khác.

+ Những rối loạn có liên quan đến các chất hướng tâm thần:

303.90: Phụ thuộc rượu.

305.00: Lạm dụng rượu.

304.40: Phụ thuộc amphetamin.

305.70: Lạm dụng amphetamin.

305.90: Say cafein bệnh lý.

304.30: Phụ thuộc cần sa.

305.20: Lạm dụng cần sa.

304.20: Phụ thuộc cocacin.

305.60: Lạm dụng cocain.

304.50: Phụ thuộc các chất gây ảo giác

305.30: Lạm dụng các chất gây ảo giác.

304.60: Phụ thuộc các chất bay hơi.

305.90: Lạm dụng các chất bay hơi.

305.10: Phụ thuộc nicotin.

304.00: Phụ thuộc opioid.

305.50: Lạm dụng opioid.

304.90: Phụ thuộc phencyclidin.

305.90: Lạm dụng phencyclidin.

304.10: Phụ thuộc các thuốc giảm đau, thuốc ngủ và thuốc giải lo âu.

305.40: Lạm dụng các thuốc giảm đau, thuốc ngủ và thuốc giải lo âu.

304.80: Phụ thuộc nhiều chất hướng tâm thần.

304.90: Phụ thuộc các chất hướng tâm thần khác.

305.90: Lạm dụng các chất hướng tâm thần khác.

4. Đặc điểm lâm sàng chung:

Trên cơ sở một số tiêu chuẩn của ICD - 10 về rối loạn tâm thần và hành vi, chương F00 - F09, người ta dựa vào các biểu hiện lâm sàng để định ra một số đặc điểm lâm sàng chung, giúp cho các thầy thuốc dễ vận dụng trong thực tiễn.

4.1. Hội chứng mê sảng (delirium):

- Hội chứng mê sảng thường gặp tron hội chứng não cấp, cơn rối loạn cấp tính, các phản ứng thực tổn cấp tính, rối loạn do nhiễm độc cấp tính,... Bệnh kéo dài vài giờ đến vài tuần lễ và cần sự trông nom, săn sóc tích cực của cơ sở y tế và gia đình.

- Bệnh cảnh lâm sàng là trạng thái rối loạn ý thức với biểu hiện rối loạn tri giác đa dạng bao gồm cả ảo ảnh kỳ lạ, các ảo tưởng và thậm chí còn có cả các ảo thị giác thật kèm theo hoang tưởng cảm thụ các loại.

Người bệnh có rối loạn nặng hoặc mất định hướng thời gian, không gian nhưng còn định hướng bản thân.

Cảm xúc bàng hoàng, ngỡ ngác căng thẳng, không ổn định.

Hành vi phụ thuộc vào sự chi phối của ảo giác, chủ yếu là hành vi chống đỡ, tấn công hoặc chạy trốn.

4.2. Hội chứng sa sút trí tuệ (dementia):

- Hội chứng sa sút trí tuệ là một hội chứng bệnh lý tiến triển mạn tính do nhiều nguyên nhân. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là giảm hoặc mất năng lực phán đoán, giảm trí nhớ hoặc mất trí nhớ hoàn toàn, cảm xúc không ổn định. Nhân cách biến đổi nặng nề, suy đồi, mất khả năng thích ứng với cuộc sống.

- Mức độ sa sút trí tuệ phụ thuộc vào mức độ tiến triển của bệnh và vào nhiều nguyên nhân khác nhau. Có thể gặp sa sút trí tuệ hoàn toàn nhưng hay gặp nhất vẫn là sa sút trí tuệ từng phần, biểu hiện chủ yếu là rối loạn trí nhớ, rối loạn cảm xúc còn có các rối loạn khác ở các mức độ khác nhau.

4.3. Các rối loạn tâm thần triệu chứng (symptomatic psychiatric disorders):

Biểu hiện lâm sàng của các rối loạn này rất đa dạng, có liên quan chặt chẽ đến bệnh chính. Người ta có thể mô tả khái quát bằng các triệu chứng rối loạn tâm thần sau:

- Rối loạn lo âu có thực tổn: thường gặp là trạng thái lo âu lan toả kèm theo hoảng sợ trên cơ sở bệnh thực tổn được xác định rõ ràng.

- Rối loạn cảm xúc thực tổn: biểu hiện chủ yếu là khí sắc thay đổi, trầm cảm hoặc hưng cảm mức độ nhẹ kéo dài, thường hết sau một thời gian bệnh chính đã ổn định.

- Ảo tưởng hoặc ảo giác thực tổn: trong giai đoạn cấp tính của bệnh có thể xuất hiện ảo ảnh kỳ lạ hoặc ảo thị giác thật, thường là ảo thị khổng lồ hoặc ảo thị tí hon, ảo thị có màu sắc rực rỡ. Những ảo giác này chi phối nhiều đến hành vi người bệnh.

- Rối loạn nhân cách thực tổn: thường gặp là giảm khả năng hoạt động có mục đích, cảm xúc không ổn định, khoá cảm, bông đùa không thích hợp. Có thể gặp trạng thái vô cảm, có hành vi gây rối xã hội không mục đích, rối loạn nhịp độ ngôn ngữ và rối loạn nhận thức.

4.4. Các hội chứng não thực tổn chọn lọc:

+ Hội chứng mất trí nhớ thực tổn.

+ Hội chứng ảo giác do rượu.

+ Hội chứng thủy trán.

4.5. *Bệnh thần kinh hoặc các bệnh nội khoa khác kết hợp với rối loạn tâm thần*: Bao gồm các loại bệnh lý khác nhau có liên quan đến rối loạn tâm thần:

+ Lupus ban đỏ hệ thống: người ta nhận thấy khoảng 5% số bệnh nhân mắc bệnh này có các triệu chứng thần kinh và tâm thần. Các rối loạn tâm thần thường gặp là ảo tưởng và ảo thính giác thật cùng với trạng thái lo âu và trầm cảm.

+ Chấn thương sọ não: có biểu hiện lâm sàng phức tạp ở các mức độ khác nhau tùy thuộc từng giai đoạn của bệnh.

+ Xơ cứng rải rác: biểu hiện rối loạn tâm thần chủ yếu là trầm cảm, rối loạn nhân cách và hành vi, đôi khi gặp cả trạng thái sa sút trí tuệ đồng thời với tổn thương thần kinh khu trú rất rõ ràng.

+ Bệnh Parkinson: triệu chứng rối loạn tâm thần xuất hiện cùng với các rối loạn chức năng thần kinh, bắt đầu bằng các rối loạn lo âu, trầm cảm. Có thể thấy các triệu chứng hoang tưởng và ảo giác đa dạng, rối loạn thích ứng. Số bệnh nhân này chiếm khoảng 5%. Khoảng 40% số bệnh nhân Parkinson kết thúc bằng trạng thái sa sút trí tuệ, thường là sa sút không hoàn toàn, chủ yếu là rối loạn trí nhớ song song với rối loạn hình thức tư duy.

+ Bệnh động kinh, bệnh mạch máu não, bệnh nhiễm HIV đều có liên quan đến rối loạn tâm thần ở các mức độ khác nhau.

5. Chẩn đoán phân biệt:

Việc đánh giá chính xác RLTTT là một thách thức to lớn không chỉ đối với các bác sĩ nội khoa nói chung mà còn cả đối với bác sĩ chuyên khoa tâm thần nói riêng.

Điều quan trọng nhất là phải xác định được đâu là rối loạn tâm thần “thực tổn” và đâu là rối loạn “chức năng”. Đó là việc làm rất khó khăn. Tuy vậy, ở một chừng mực nào đó, người ta cũng xác định được một số những điểm chính cần phân biệt với các rối loạn thần kinh, hysteria, những triệu chứng của tâm thần phân liệt khởi phát, phản ứng thực tổn cấp tính và mạn tính không có loạn thần,...

5.1. Phân biệt với các trạng thái không thực tổn:

Việc phân biệt với các trạng thái không thực tổn thường xác định nguyên nhân gây thực tổn là rất dễ dàng khi có rối loạn ý thức, rối loạn nhận thức, khi có những cơn động kinh hoặc khi có triệu chứng rối loạn tâm thần và các dấu hiệu khác kèm theo.

Nhưng không phải tất cả là như vậy, một vài trường hợp có biểu hiện ảo giác, thay đổi cảm xúc hoặc các triệu chứng giống TTPL hoặc là các triệu chứng thực tổn không rõ nguyên nhân thì rất

khó phân biệt như các triệu chứng: rối loạn cảm xúc, mê sảng, rối loạn giấc ngủ... gặp sau các chấn thương tâm lý. Người ta cũng có thể sử dụng một số xét nghiệm hỗ trợ cho chẩn đoán quyết định như EEG, test tâm lý, chụp cắt lớp vi tính sọ não (CT - Scanner), thậm chí có thể chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI). Khoảng 10% số bệnh nhân thực tổn không có triệu chứng loạn thần.

* *Rối loạn thần kinh*: Là những rối loạn chức năng của não, biểu hiện bằng: rối loạn lo âu, trầm cảm, dễ bị kích thích, mất ngủ. Các triệu chứng này thường không đầy đủ, không thể nghĩ đến một loạn thần thực tổn được. Các triệu chứng ám ảnh, nhất là ám ảnh sợ (phobia) không đặc trưng cho một bệnh thực tổn nào và có khuynh hướng phát triển tâm căn.

* *Dạng hysteria phản ứng*: Cũng chỉ là phản ứng tạm thời, thường gặp là những phản ứng cấp tính, cảm xúc quá mức và có khuynh hướng biểu hiện triệu chứng hysteria rõ ràng. Trong trường hợp “mất trí giả”, cần phải khai thác trong tiền sử có đặc điểm nhân cách kiểu “hysteria” hay không. Có thể gặp giả liệt hoặc ngất lịm. Thường gặp 14% là chẩn đoán nhầm với hysteria và loạn thần kinh nói chung.

* *Triệu chứng giống tâm thần phân liệt*: Những triệu chứng này rất đa dạng, biểu hiện bằng các ảo giác, dễ nhầm với rối loạn thực tổn não. Ngoài ra cũng hay gặp hoang tưởng cấp tính hoặc mạn tính. Điều quan trọng là phải khai thác tiền sử của bệnh tỉ mỉ và có hệ thống. Thường gặp 25% chẩn đoán nhầm với TTPL.

* *Các triệu chứng rối loạn trầm cảm*: Đặc biệt là các triệu chứng rối loạn trầm cảm không điển hình, và trầm cảm ẩn, biểu hiện bằng các rối loạn cơ thể phức tạp như rối loạn chức năng tim mạch, rối loạn hệ thống tiêu hoá, hệ thống hô hấp... Những trường hợp này cần phải khai thác kỹ về tiền sử của bệnh, đã điều trị bằng các loại thuốc chống trầm cảm nào chưa? Đã làm sốc điện lần nào chưa? Có tái diễn một triệu chứng nhiều lần hay không? Thường gặp 20% chẩn đoán nhầm là các rối loạn trầm cảm.

5.2. Phân biệt giữa phản ứng thực tổn cấp tính và mạn tính:

- Trong thực hành lâm sàng cần lưu ý đến quá trình hình thành bệnh loạn thần thực tổn. Phản ứng thực tổn cấp tính được hình thành do rối loạn ý thức ở các mức độ khác nhau. Ngược lại, phản ứng thực tổn mạn tính có tính chất khác hẳn như: tiến triển chậm, các triệu chứng mờ nhạt, lẻ tẻ có ảo giác không rõ ràng hoặc là có hoang tưởng ở từng giai đoạn của bệnh và từ từ dẫn đến mất trí toàn bộ.

- Rối loạn cấp tính của não hiếm hơn là rối loạn mạn tính. Thường gặp các triệu chứng như: rối loạn lo âu, rối loạn vận động với các ảo tưởng và ảo giác thị giác nổi bật. Sự thiếu sót trong nhận thức thực chất làm phong phú trên và làm rõ ràng thêm những mê mộng, trống rỗng, ngốc nghếch và suy nhược.

5.3. Phân biệt giữa tổn thương lan toả và tổn thương khu trú:

- RLTTTT hay gặp là rối loạn lan toả, nhưng không mất toàn bộ chức năng của não mà chỉ tổn thương cục bộ, tiếp theo là tiến triển chậm, từ từ và biến đổi sâu sắc cuối cùng đi đến mất chức năng toàn bộ của não. Trong mất trí, trước tiên bắt đầu từ những rối loạn lo âu. Trong bệnh Alzheimer bắt đầu bằng rối loạn trí nhớ và cuối cùng là mất trí nhớ toàn bộ. Trong bệnh Pick có hội chứng rối loạn thuỳ trán là chủ yếu.

- Các dấu hiệu thần kinh quan trọng bậc nhất là như rối loạn sự liên tưởng, rối loạn cảm giác và rối loạn lo âu thường gặp trong mất trí tuổi già và trước tuổi già. Rối loạn vận động, rối loạn cảm giác và rối loạn lo âu thường gặp trong bệnh u não, các bệnh mạch máu não và bệnh giang mai não. Mất khứu giác cục bộ hoặc teo thị giác là dấu hiệu quan trọng trong u thuỳ trán. Kiểm tra các dấu hiệu thần kinh sẽ luôn luôn bổ sung cho việc theo dõi các cơn động kinh cục bộ.

- Các triệu chứng RLTT biểu hiện bằng mất trí nhớ phụ thuộc vào các triệu chứng khác như những thiếu sót trong nhận thức, rối loạn ngôn ngữ, trạng thái buồn ngủ và các tình trạng nói chung khác.

Theo J.Bachal (1966) thì tỷ lệ chẩn đoán sai bệnh loạn thần thực tổn rất khác nhau. Đáng chú ý là: TTPL 25%, rối loạn trầm cảm 20%, bệnh thực tổn không có loạn thần 10%, bệnh tâm căn và hysteria 14%. Như vậy, chẩn đoán quyết định được một trường hợp RLTTTT không phải là dễ dàng.

6. Một số rối loạn tâm thần thực tổn thường gặp:

- + Rối loạn tâm thần do u não.
- + Rối loạn tâm thần do chấn thương sọ não.
- + Rối loạn tâm thần do nhiễm khuẩn.
- + Rối loạn tâm thần do giang mai:
 - Rối loạn tâm thần do giang mai não.
 - Rối loạn tâm thần do liệt tuần tiến.
- + Rối loạn tâm thần do nhiễm độc:
 - Nghiện rượu mạn tính.
 - Rối loạn tâm thần do rượu.
 - Nghiện thuốc phiện và các dẫn xuất có thuốc phiện.

- Nghiên các thuốc hướng tâm thần.
- Rối loạn tâm thần do nhiễm hoá chất dùng trong công nghiệp, nông nghiệp, thực phẩm,...
- + Rối loạn tâm thần do rối loạn nội tiết:
 - Rối loạn tâm thần trong các bệnh nội tiết.
 - Rối loạn tâm thần liên quan đến chu kỳ kinh nguyệt.
 - Rối loạn tâm thần thời kỳ sinh đẻ.
- + Rối loạn tâm thần trong các bệnh mạch máu.
- + Rối loạn tâm thần do các rối loạn chuyển hoá và thiếu vitamin.
- + Rối loạn tâm thần trong các bệnh thực thể khác.

35. BỆNH ALZHEIMER

TS. Nguyễn Kim Việt

*Viện Sức khoẻ tâm thần Quốc gia, Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội
Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội*

Năm 1907, Alois Alzheimer đã mô tả một bệnh nhân nữ 51 tuổi với các biểu hiện sa sút trí tuệ có tính chất tiến triển do một bệnh mà ba năm sau đó Kraepelin đã đặt tên là "bệnh Alzheimer" (AD). Trải qua gần 100 năm, bệnh Alzheimer đã được chẩn đoán trên lâm sàng với nhiều thay đổi về các quan niệm bệnh học cũng như các thành tựu mới trong nghiên cứu về các bệnh nguyên, bệnh sinh. Tuy nhiên các tác giả đều thừa nhận Alzheimer là một đơn thể bệnh. Đây là quá trình bệnh lý có hệ thống các triệu chứng lâm sàng và các tổn thương giải phẫu bệnh đặc trưng ở não được coi là các "tiêu chuẩn vàng" để làm chẩn đoán.

Trong khi sa sút trí tuệ là rối loạn phổ biến hàng thứ 2 trong các rối loạn tâm thần ở người cao tuổi, thì Alzheimer là bệnh đứng hàng đầu trong các căn nguyên gây sa sút trí tuệ: 50-60% các trường hợp sa sút trí tuệ là do bệnh Alzheimer; 10-15% các trường hợp sa sút trí tuệ là có sự phối hợp giữa bệnh Alzheimer và bệnh mạch máu não. Bệnh Alzheimer gặp ở 5% người trên 60 tuổi và tỷ lệ này cứ 5 năm lại tăng lên gấp đôi.

I. Căn nguyên gây bệnh

Yếu tố di truyền, đến nay đã được xác nhận là một trong các nguyên nhân gây bệnh Alzheimer. Yếu tố di truyền được thấy ở 5% các bệnh nhân Alzheimer và là bệnh Alzheimer khởi phát sớm. Các biến đổi nhiễm sắc thể đã được di truyền theo kiểu gen trội, tự thân. Tuy nhiên, trong gia đình người mang các biến dị nhiễm sắc thể gây bệnh Alzheimer vẫn có sự khác nhau về tuổi khởi phát bệnh cũng như biểu hiện các triệu chứng. Điều đó được cắt nghĩa là do tác động của môi trường.

- Các biến đổi ở nhiễm sắc thể 21: Các biến đổi về gen của Protein tiền chất Amyloid (APP) trên nhiễm sắc thể 21 đã được mô tả ở các bệnh nhân Alzheimer khởi phát sớm có tính gia đình. Các biến đổi này xuất hiện ở gần đầu và ở phần cuối của chuỗi peptid. Các biến đổi này tác động đến quá trình dị hoá APP và làm tăng sản xuất ra các protein β Amyloid ($A\beta$) đặc biệt là dạng có 42 acide amine gây chết neuron.
- Các biến đổi ở gen nằm ở vùng giữa nhánh dài của nhiễm sắc thể 14-gen kiểm soát tổng hợp preseniline 1 và biến đổi gen ở nhiễm sắc thể 1 gọi là gen tổng hợp preseniline 2. Các biến đổi này cũng dẫn đến hậu quả làm tăng sản xuất ra protein $A\beta$ 42 acide amine.

II. Các yếu tố nguy cơ gây bệnh:

Rất nhiều bệnh nhân bị Alzheimer có khởi phát muộn sau tuổi 60 và xuất hiện ở những gia đình không có yếu tố di truyền. Người ta đã xác nhận Alzheimer là bệnh có nhiều yếu tố căn nguyên, nhiều cơ chế bệnh sinh và có các biểu hiện lâm sàng khác nhau ở các bệnh nhân. Các yếu tố hiện được coi là nguy cơ có thể dẫn đến bệnh Alzheimer là:

1- Các kiểu gen gây ra cơ địa dễ bị bệnh Alzheimer: hiện có 3 kiểu gen được mô tả là đã gây ra tính dễ bị bệnh Alzheimer. Đặc biệt là gen Apolipoprotein (ApoE). Đây là gen kiểm soát việc tổng hợp 3 loại protein ApoE2, ApoE3 và ApoE4. ApoE4 được xác định là có tác động làm tăng lắng đọng protein $A\beta$, thay đổi sự kết tập các Amyloid để tạo ra các mảng lão suy. Gen ApoE mang allele ϵ 4 được thấy ở 50% các bệnh nhân Alzheimer.

Gen tổng hợp protein receptor lipoprotein (LRP) được mã hoá di truyền bởi các allele trên nhiễm sắc thể 12 và gen tổng hợp yếu tố kháng nguyên bạch cầu người (HLA) được mã hoá bởi các allele A2 trên nhiễm sắc thể 6 đều được thấy là có liên quan đến việc làm tăng đáng kể số lượng các mảng lão suy và sự khởi phát sớm bệnh Alzheimer.

Những cá thể mang 1 trong 3 gen này có nguy cơ cao bị bệnh. Tuy nhiên, bệnh còn xuất hiện cả ở những người không có yếu tố nguy cơ này.

2- Các yếu tố biểu sinh (Epigenetic factors):

- Tiền sử gia đình có người bị bệnh Alzheimer. Các thành viên trong gia đình này có thể mang các biến đổi di truyền đã được xác định rõ (ở nhiễm sắc thể 21,14,1...) hoặc mang các kiểu gen làm tăng cơ địa dễ bị bệnh như ApoE4.... Tần số xuất hiện bệnh là 50% trong số con các bệnh nhân Alzheimer - cao gấp 4 lần so với những người không có tiền sử gia đình bị bệnh này.

- Tuổi là yếu tố nguy cơ rất lớn với bệnh Alzheimer. Ở người trên 60 tuổi, cả tỷ lệ mắc chung và tỷ lệ mắc mới bệnh Alzheimer cứ sau 5 năm lại tăng lên gấp đôi: ở nhóm tuổi 65-69 số người bị bệnh là 2%; ở nhóm tuổi 80-85 số người bị bệnh là 30-40%...

- Giới: Nhiều tác giả cho là phụ nữ thường sống lâu hơn nam giới, do vậy phụ nữ có thể được thấy nhiều hơn trong quần thể các bệnh nhân Alzheimer

- Tiền sử chấn thương sọ não: dường như có một sự tác động cộng lực của các yếu tố chấn thương sọ não cũ, kiểu gen Apo4 và sự tăng lắng đọng Amyloid... tạo ra một tổ hợp làm tăng cường tính dễ bị Alzheimer.

- Các yếu tố chu vi đầu, kích thước não, trí thông minh .. cũng được coi là liên quan đến khả năng chống đỡ với quá trình thoái hoá trong bệnh Alzheimer.

3- Các yếu tố tác động khác:

- Yếu tố nhiễm độc nhôm: tình trạng nhiễm độc nhôm dường như có liên quan đến sự tăng lắng đọng protein β Amyloid và số lượng các đám rối sợi thần kinh trong não bệnh nhân Alzheimer.

- Yếu tố nhiễm trùng (virus chậm) giống như bệnh creutzfeld-Jakob)

- Các rối loạn chuyển hoá: phản ứng oxy hoá quá mức dẫn đến tăng các gốc tự do. Các gốc tự do này cũng được cho là có liên quan đến sự kết hợp và tăng lắng đọng protein A β gây chết tế bào thần kinh. Sự giảm lưu lượng máu não, rối loạn sinh tổng hợp các yếu tố dinh dưỡng thần kinh... cũng được giả định là có vai trò trong cơ chế gây bệnh Alzheimer.

III. Các tổn thương tổ chức não trong bệnh Alzheimer:

1. Các mảng lão suy (Neuritic plaques) là tổn thương bên ngoài neuron, đó là một cấu trúc hình cầu đường kính từ 15-20 μ m. Mảng bao gồm một nhân Amyloid ở trung tâm. Bao xung quanh nhân đó là các tế bào thần kinh loạn dưỡng với các sợi xoắn kép và bất thường trong cấu trúc lưới nội bào, ty lạp thể... Người ta còn thấy các tế bào hình sao, các tiểu thần kinh đệm (microglie) và các biểu hiện một phản ứng viêm rõ rệt ngay bên trong và vùng liền kề với các mảng thần kinh. Đây là tổn thương não khá đặc hiệu có trong bệnh Alzheimer và quá trình già hoá. Số lượng mảng lão suy xuất hiện ở não trong mối liên quan với tuổi tác được dùng làm tiêu chuẩn chẩn đoán tổ chức học trong bệnh Alzheimer.

2. Các đám rối sợi thần kinh (Neurofibrillary tangles): Đây là tổn thương trong tế bào thần kinh. Tổn thương bao gồm các đám sợi xoắn kép ở thân và đôi khi lan rộng tới tận đuôi gai của các tế bào thần kinh. Các đám rối này bao gồm các sợi nguyên bào (protofilaments) có các Tau-protein bị phosphoryl hoá bất thường và quá mức. Sự phosphoryl hoá bất thường này làm mất khả năng gắn kết đặc hiệu của Tau với các tiểu thể hình ống (micro-tubules), khi đó chức năng vận chuyển tương bào của lưới nội bào sẽ bị rối loạn và gây chết neuron. Các đám rối sợi thần kinh xuất hiện và phân bố có tính chất hệ thống trong não tương ứng với sự xuất hiện các triệu chứng của bệnh Alzheimer. Tuy các đám rối này còn được thấy cả trên não những bệnh nhân bị các bệnh khác như liệt trên nhân tiến triển, bệnh Parkinson sau viêm não, ... Các đám rối sợi xoắn kép cùng với số lượng các mảng lão suy vẫn được coi là căn cứ cơ bản trong các "tiêu

chuẩn vàng" về tổ chức học để chẩn đoán bệnh Alzheimer.

3. Hiện tượng mất neuron: Đây là tổn thương luôn thấy ở não bệnh nhân Alzheimer đặc biệt là mất các nơon lớn ở bề mặt vỏ não. Mất nơon được thấy có liên quan với việc xuất hiện nhiều hơn các tế bào hình sao.

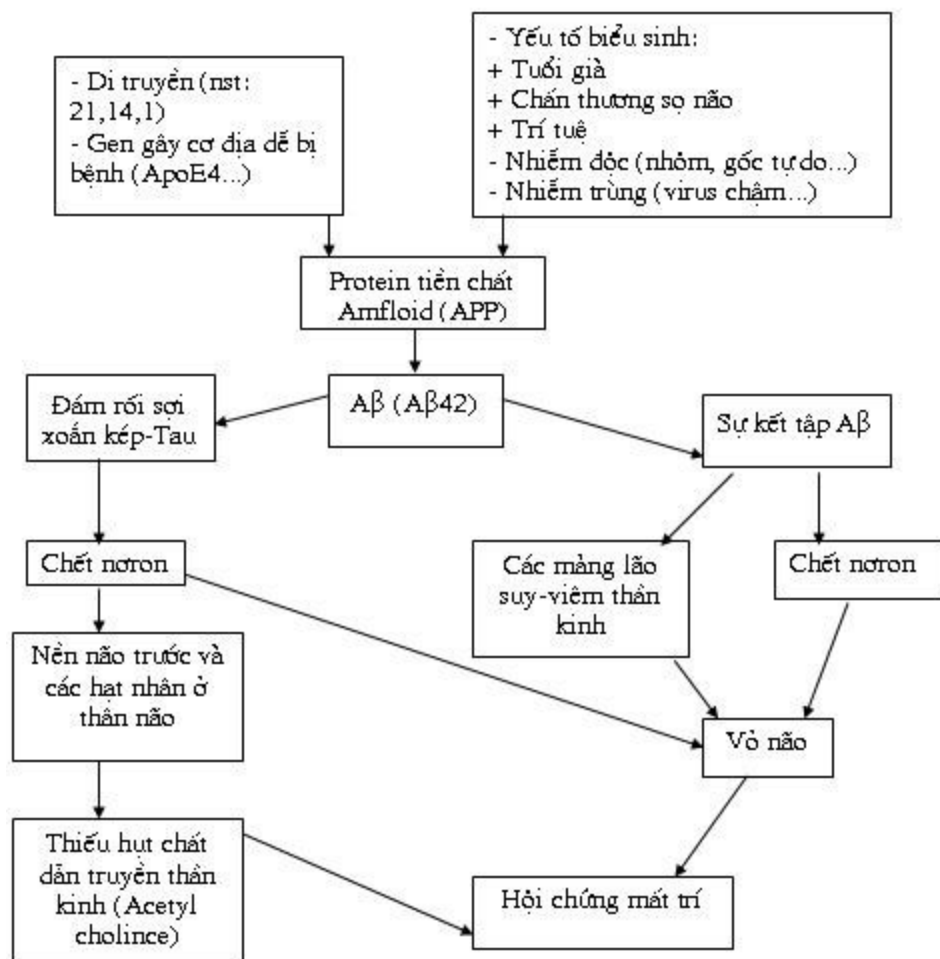
4. Các thay đổi ở synapse thần kinh: Các synapse có thể bị thay đổi hoặc mất đi tới 45% ở não bệnh nhân Alzheimer nhất là ở vỏ não, vùng hồi hải mã. Sự tương ứng giữa mất synapse và suy giảm nhận thức ở bệnh nhân Alzheimer là rõ rệt hơn hẳn so với các mảng và đám rối sợi thần kinh. Tuy nhiên cơ chế của tổn thương synapse và thoái hoá nơon trong bệnh sinh của bệnh Alzheimer còn vẫn chưa được hiểu biết một cách đầy đủ.

5. Thoái hoá mạch máu dạng tinh bột: có sự lắng đọng Amyloid cả ở các mạch máu não, nhất là các mạch máu ở bề mặt vỏ não bệnh nhân Alzheimer. ở các mạch máu nhỏ sự lắng đọng Amyloid đôi khi còn được bao bọc bởi một quá trình viêm.

6. Thoái hoá không bào dạng hạt: Đây là tổn thương đặc biệt chỉ thấy ở não bệnh nhân Alzheimer mà rất hiếm khi thấy ở não người già bình thường. Tổn thương thường được thấy ở các tế bào tháp của hồi hải mã. Các không bào xuất hiện trong bào tương của tế bào tháp và chứa một hạt rắn chắc, thuần nhất. Các hạt này có phản ứng với các kháng thể kháng sợi nguyên bào thần kinh.

IV. Giả thuyết về cơ chế bệnh sinh của bệnh

Cho đến nay người ta đã thừa nhận Alzheimer là một bệnh thoái hoá não do nhiều nguyên nhân gây ra, không đồng nhất về mặt di truyền, phát sinh và tiến triển theo những cơ chế không hoàn toàn giống nhau giữa các bệnh nhân. Tuy nhiên người ta đã đưa ra một giả thuyết để liên kết vai trò tất cả các thành tố cơ bản trong bệnh nguyên, bệnh sinh như sau:



Với giả thuyết này, Amyloid đóng một vai trò cốt lõi. Các yếu tố căn nguyên tuy rất đa dạng xong đều có một tác động đồng quy vào quá trình chuyển hoá của protein tiền chất Amyloid để tạo ra một sản phẩm là protein Aβ 42 acide amine. Sự lắng đọng, kết tập Aβ 42 sẽ tạo ra các mảng lão suy, các đám rối sợi thần kinh... dẫn đến chết neuron. Mất synapse và các phản ứng viêm tổ chức thần kinh... Các tổn thương đặc hiệu này xảy ra ở các khu vực khác nhau ở não đặc biệt là vỏ não thùy trán, nền não trước và hồi hải mã thùy thái dương... Tổn thương các vùng này sẽ dẫn đến sự thiếu hụt các chất dẫn truyền thần kinh đặc biệt là acetylcholine-chất được coi là có vai trò cơ bản trong rối loạn sinh hoá não, gây suy giảm nhận thức và trí nhớ ở bệnh nhân Alzheimer. Sự suy giảm lượng acetylcholine này tương ứng với mức độ trầm trọng của sa sút trí tuệ trên lâm sàng. Các chất dẫn truyền thần kinh khác cũng thấy có bị rối loạn trong não bệnh nhân Alzheimer (tuy không đặc hiệu) như serotonin, GABA, somatostatine, norepinephrine...

V. Các đặc điểm lâm sàng của bệnh Alzheimer

- Khởi phát của bệnh thường sau tuổi 60, rất hiếm trường hợp khởi phát ở trước tuổi 40.
- Nữ giới mắc bệnh nhiều hơn nam giới (tỷ lệ 2 hoặc 3:1).
- Sự bắt đầu của bệnh thường rất từ từ nên thường khó có thể ghi nhận được chính xác thời gian khởi bệnh. Tiến triển chậm do vậy bệnh nhân vẫn duy trì được các năng lực xã hội cho đến giai đoạn toàn phát. Thường là bệnh nhân không nhận biết được những thay đổi bệnh lý của mình ở giai đoạn này.
- Bệnh cảnh lâm sàng là một hội chứng sa sút trí tuệ điển hình và tiến triển của bệnh có thể được chia thành 3 giai đoạn chính như sau:

1. Giai đoạn 1: Thường kéo dài 2-3 năm, được đặc trưng bởi các triệu chứng:

- Suy giảm trí nhớ.
- Giảm hiệu suất trong giải quyết các công việc thường ngày.
- Rối loạn định hướng không gian.
- Có thể có các rối loạn khí sắc rõ rệt dẫn đến trạng thái bất an, bồn chồn, đứng ngồi không yên, dễ bị kích thích, hoặc ngược lại dẫn đến bàng quan, sững sờ, trầm cảm từ giai đoạn sớm của bệnh.

2. Giai đoạn 2: Suy giảm trí tuệ diễn ra nhanh chóng, rõ rệt. Nhân cách cũng bắt đầu biến đổi.

- Thường gặp các triệu chứng biểu hiện tổn thương thùy đỉnh: vong ngôn, vong tri, vong hành, vong tính...
- Các rối loạn ngoại tháp đặc trưng là rối loạn tư thế, dáng điệu, tăng trương lực cơ và đặc biệt các triệu chứng giống parkinson thấy có ở gần 2/3 các bệnh nhân Alzheimer.

3. Giai đoạn 3:

- Giai đoạn cuối cùng. Bệnh nhân có thể nằm liệt giường, rối loạn đại tiểu tiện, các triệu chứng loạn thần (hoang tưởng, ảo giác ...) thường xuất hiện rõ rệt trong bệnh cảnh lâm sàng.
- Có thể xuất hiện các rối loạn thần kinh như liệt nhẹ nửa người co cứng, bệnh nhân nằm co quắp, run, có các phản xạ nắm, mút...
- Các cơn động kinh cơn lớn cũng không phải là hiếm gặp.
- Sút cân nhanh chóng mặc dù vẫn duy trì sự ngon miệng...

*** Các triệu chứng lâm sàng được nhấn mạnh để phân biệt bệnh Alzheimer với sa sút trí tuệ do các căn nguyên khác:**

1. Rối loạn trí nhớ: Là triệu chứng sớm nhất và thường gặp hơn so với quá trình sa sút trí tuệ liên lão khác. Tiến triển của rối loạn trí nhớ trong bệnh Alzheimer thường theo quy luật Ribot, các thông tin mới thu nhận được bị quên trước các thông tin đã thu nhận được từ quá khứ. Bệnh nhân có thể nhớ rõ các sự kiện từ nhiều năm trước xong không nhớ nổi các sự kiện xảy ra 5 phút trước đó...

Ở giai đoạn nặng mất cả trí nhớ xa: quên các kỷ niệm thời thơ ấu, quên cả tên vợ, chồng. Rối loạn trí nhớ địa hình thường kết hợp với rối loạn định hướng không gian từ giai đoạn rất sớm của bệnh, bệnh nhân dễ bị lạc vì không nhớ đường về nhà, về giường... Trong tiến triển, suy

giảm trí nhớ thường được che lấp bằng hiện tượng bịa chuyện.

Rối loạn trí nhớ được thấy là có trước các thay đổi về cảm xúc, tác phong.

2. Vong ngôn, vong tri, vong hành: Là những triệu chứng rất thường gặp trong tiến triển của bệnh Alzheimer. Nhiều bệnh nhân còn có vong tính, vong đạo. Một số bệnh nhân có rối loạn định hướng phải trái, vong tri các ngón tay... Các triệu chứng của hội chứng Gerstman. Vong ngôn có thể xuất hiện sớm bằng các biểu hiện mất tính trôi chảy, lưu loát khi nói chuyện, hiện tượng nói lặp từ, nói dị ngữ, ngập ngừng khi nói chuyện...

3. Các thay đổi cảm xúc:

Có thể có các biểu hiện thờ ơ hoặc lo âu, dễ bị kích thích, các triệu chứng này được thấy ở hầu hết các bệnh nhân dưới 59 tuổi. Các triệu chứng bàng quan, trầm cảm, vô cảm cũng được quan sát thấy ở 3/4 bệnh nhân Alzheimer. Các triệu chứng hưng cảm ít gặp hơn. Có quan niệm cho rằng trầm cảm là triệu chứng phổ biến và xuất hiện sớm trong bệnh Alzheimer - khi mà bệnh nhân vẫn còn duy trì được khả năng tự nhận thức về bệnh của mình. Sự phản ứng tự nhiên trước bệnh tật cùng với biểu hiện mất trí nhớ ngày càng rõ rệt có thể là nguyên nhân dẫn đến hiện tượng bịa chuyện ở nhiều bệnh nhân (...)

4. Mất tri giác về bệnh (Anosognosia):

Thường xuất hiện ở giai đoạn về sau của bệnh và thường được coi là có liên quan trực tiếp với các tổn thương vùng thái dương - đỉnh. Có lẽ đó là biểu hiện của cơ chế bảo vệ tâm thần. Bệnh nhân mất toàn bộ khả năng tự đánh giá về bệnh tật của mình và thường kết hợp với vong ngôn nặng dần dần đến rất khó khăn trong giao tiếp. Tuy nhiên có bệnh nhân vẫn còn nhạy cảm với các bất toại của mình.

5. Các biểu hiện hội chứng Paranoid:

- Hoang tưởng: được thấy với tỷ lệ 16-37% các bệnh nhân bị bệnh Alzheimer. Mọi loại hoang tưởng đều có thể gặp, xong thường thấy nhất là hoang tưởng bị thiệt hại (bị trộm cắp tài sản, tiền bạc), bị theo dõi, hoặc hoang tưởng ghen tuông (cho rằng vợ, chồng mình đã phản bội...). Các hoang tưởng thường không hệ thống mà là các hoang tưởng lẻ tẻ, nhất thời. Đôi khi trên lâm sàng khó phân biệt các rối loạn hoang tưởng và hiện tượng bịa chuyện.

- Ảo giác: ảo thanh và ảo thị được thấy ở 16-20% các bệnh nhân, tuy việc đánh giá các triệu chứng ảo giác này là rất khó khăn trên các bệnh nhân bị suy giảm nhận thức. Xong các ảo giác được coi là biểu hiện của một giai đoạn suy giảm trí tuệ nặng thường là ở giai đoạn khoảng 1 năm sau khi bệnh khởi phát. Các ảo giác thị giác cũng cần được lưu ý là có thể gặp khi có các bệnh lý thực tổn, bệnh cơ thể cấp hoặc bán cấp xuất hiện thêm trong tiến triển của bệnh Alzheimer.

- Tri giác sai thực tại (misidentification) trong bệnh Alzheimer được chia làm 3 dạng: bệnh nhân tưởng tượng như có người lạ nào đó trong nhà mình, không nhận ra mình ở trong gương; và đối xử với các nhân vật, các sự kiện trong T.V như thể là những con người và sự kiện thật trong cuộc sống thực tại. Thực tế lâm sàng 23% các bệnh nhân có biểu hiện rõ rệt ít nhất 1 trong 3 triệu chứng trên. Loại triệu chứng nữa cũng có thể gặp giai đoạn sau của bệnh là bệnh nhân

nhận nhầm vợ mình là con gái hoặc là 1 người bạn, hoặc bệnh nhân cho là có người đóng giả, thay thế cho người thân của mình... Đó chính là biểu hiện của hội chứng Capgras. Lưu ý cần phân biệt triệu chứng tri giác sau thực tại với các biểu hiện hoang tưởng, vong ngôn, vong tri. Các rối loạn tác phong gợi ý rối loạn chức năng thùy thái dương trong bệnh Alzheimer, đặc biệt các triệu chứng giống hội chứng Kluver - Bucy ở động vật bị phẫu thuật rạch thùy thái dương 2 bên: Vong tri thị giác thường là triệu chứng đầu tiên được chú ý, đặc biệt bệnh nhân không thể nhận được khuôn mặt một người quen hoặc chính mình trong gương. Hiện tượng này thường dẫn đến khuynh hướng kiểm tra và đụng chạm vào đối tượng bằng mồm "Hyperorality" hoặc sờ vào mọi đồ vật mà bệnh nhân nhìn thấy (Hypermetamorphosis). Còn có thể thấy hiện tượng bệnh nhân ăn không phân biệt mọi thứ có được (Hmperphagia).

6. Các biến đổi về nhân cách:

Các biến đổi về nhân cách của bệnh nhân là những triệu chứng gây khó khăn rất lớn cho gia đình trong việc chăm sóc và chịu đựng đối với người bệnh. Có thể là các nét nhân cách tiền bệnh lý được nhấn mạnh lên trong quá trình phát triển bệnh. Bệnh nhân trở nên thu mình lại, ít hoặc không quan tâm đến hậu quả của các hành vi mà họ gây ra đối với người khác, mất dần các ham thích hứng thú cũ, trở nên cáu kỉnh, độc đoán. Có bệnh nhân trở nên bủn xỉn, hoài nghi, ghen tuông vô lý, trẻ con hoá. Tác phong ăn mặc cầu thả, có khuynh hướng cốp nhặt bẩn thỉu: thường thù địch với các thành viên trong gia đình và người chăm sóc họ.

7. Động kinh: Đôi khi được dùng để chẩn đoán phân biệt và được ghi nhận ở 75% các trường hợp bệnh Alzheimer. Các cơn co giật nhẹ ở giai đoạn sớm. Các cơn lớn chủ yếu thấy ở giai đoạn phát triển về sau của bệnh. Các cơn co giật thường có nguồn gốc từ thùy thái dương với các đặc tính: nhai, chép môi, liếm môi...

8. Các rối loạn về tư thế, dáng điệu: ở các giai đoạn về sau của bệnh. Các rối loạn ngoại tháp như Parkinson, co cứng, tăng trương lực cơ... được thấy ở các thể điển hình. Các rối loạn hành vi như kích động, kêu khóc ban đêm, đi lang thang, các cơn loạn dục... cũng là những biểu hiện đặc trưng của Alzheimer giai đoạn muộn. Grustafon và Nilsson còn nhấn mạnh giá trị của triệu chứng sút cân nhanh và dùng biểu hiện này để phân biệt bệnh Alzheimer với các dạng sa sút trí tuệ khác.

*** Các biểu hiện cận lâm sàng:**

Đến nay, có rất nhiều tiến bộ kỹ thuật và các thành tựu trong nghiên cứu các biểu hiện cận lâm sàng của sa sút trí tuệ nhất là trong bệnh Alzheimer (EEG, C.T scan, Single photon emission tomography (SPET), positon emission Tomography (PET ...).

1. Điện não đồ:

Các biểu hiện bất thường trên điện não gặp nhiều hơn các dạng sa sút trí tuệ khác. Các thay đổi chắc chắn được thấy thậm chí trong những giai đoạn rất sớm của bệnh Alzheimer.

- Giai đoạn sớm bao gồm: Giảm các hoạt động α đôi khi mất hoàn toàn nhịp α . Đây là đặc tính đặc trưng của bệnh Alzheimer và có giá trị trong chẩn đoán phân biệt với các thể sa sút trí tuệ

khác.

- Giai đoạn muộn hơn: Xuất hiện các sóng chậm, lan toả, điển hình là các sóng theta không đều và các sóng delta. Các biểu hiện khu trú hoặc kịch phát hiếm gặp ngay cả trên các bệnh nhân có các cơn động kinh.

2. Computed Tomography (C.T):

- Rất có giá trị trong chẩn đoán nguyên nhân sa sút trí tuệ. Trong bệnh Alzheimer có các biểu hiện của hình ảnh teo não, và giãn nở các não thất.

+ Teo não: biểu hiện rõ rệt của teo vỏ não, các khoang dưới nhện giãn nở, khe Sylvius giãn nở, các nếp nhăn ở vỏ não nổi rõ... teo vỏ não lan toả xong vẫn có khuynh hướng ưu thế, rõ nét hơn ở thùy thái dương vùng hồi hải mã. Teo não được thấy ở một tỷ lệ khá cao các bệnh nhân mất trí Alzheimer khởi phát ở tuổi dưới 65.

+ Giãn nở não thất: Có thể ở cả não thất 3 và nhất là não thất bên.

Việc giãn nở não thất tương ứng với các thay đổi acetyl - cholinesterase trong dịch não tủy. Sự tăng rõ rệt kích thước não thất sau 1 năm được xem như là một dấu hiệu đặc trưng của bệnh Alzheimer.

+ Có thể thấy hình ảnh màng não dày lên một chút do lắng đọng Collagen một số bệnh nhân.

VI. Điều trị bệnh Alzheimer

Có 3 phương thức cơ bản trong điều trị:

- Điều trị triệu chứng: nhằm cải thiện các triệu chứng về nhận thức hoặc làm giảm các rối loạn loạn thần, rối loạn hành vi...

- Điều trị duy trì sự ổn định: làm dừng lại sự sa sút trí tuệ hoặc làm giảm nhẹ tiến triển của bệnh.

- Điều trị dự phòng: ngăn ngừa khởi phát bệnh bằng cách tiến hành điều trị từ giai đoạn tiền triệu (hiện chưa có nghiên cứu nào được tiến hành theo chiến lược này).

Vì Alzheimer là một rối loạn không đồng nhất về bệnh nguyên, bệnh sinh, kể cả các biểu hiện lâm sàng ở các giai đoạn bệnh, việc điều trị cần có sự phối hợp nhiều liệu pháp. Đặc biệt cần quan tâm tới chế độ chăm sóc lâu dài, cần có kế hoạch để nâng cao chất lượng cuộc sống cho cả bệnh nhân và người chăm sóc họ.

1) Trị liệu tăng cường chức năng dẫn truyền thần kinh hệ cholinergic: cơ chế là có sự giảm thấp rõ rệt chất dẫn truyền acetylcholine (do giảm men tổng hợp C.A.T) trong não bệnh nhân Alzheimer (Đồng thời có cả sự tổn thương receptor tiếp nhận cholinergic). các thuốc hiện đang được sử dụng là Tacrine (T.H.A); Donepezine (aricept); Galantamine; Rivastigmine (Exelone); Metrifonate; các chất Nootropic...

2) Trị liệu chống oxy hoá: Vitamine E; vitamine C... được cho là có tác dụng chống sự kết tập các gốc tự do vào các protein Amyloid, làm chậm lại sự tiến triển của bệnh.

3) Điều trị chống viêm: cơ chế là có phản ứng viêm rõ rệt tại các mảng lão suy và các mạch máu thoái hoá dạng Amyloid. Hơn nữa, thực tế cho thấy các bệnh nhân bị viêm khớp dạng thấp

được dùng thuốc kháng viêm có tỷ lệ bị Alzheimer khá thấp. Các thuốc chống viêm không steroid (NSAIDS) thường được chọn hơn là Indomethacine...

4) Điều trị thần kinh nội tiết: cơ chế là có nhiều bất thường trên trục dưới đồi, tuyến yên. Các chất ACTH, TRH, ADH, đặc biệt là estrogen đã được nghiên cứu điều trị nhằm tăng cường hoạt động nhận thức ở bệnh nhân Alzheimer.

5) Điều trị bằng các chất tăng trưởng dinh dưỡng thần kinh, tăng cường chuyển hoá glucose não: Serebrolysin, tanakan, Hydergine...

6) Điều trị các rối loạn tâm thần như hoang tưởng, ảo giác, trầm cảm, kích động, cơn kêu khóc... có thể sử dụng các thuốc an thần kinh, chống trầm cảm, giải lo âu... xong cần lưu ý những hiệu quả đặc ứng do thuốc có thể xảy ra ở người già. Các loại thuốc có hoạt tính kháng cholinergic có thể gây tăng lú lẫn, và yên dịu quá mức ở người già. Người già thường được sử dụng nhiều loại thuốc cho cả các bệnh lý cơ thể kèm theo sa sút trí tuệ và thường có nhiều tác dụng phụ do phản ứng chéo giữa các thuốc. Liều lượng thuốc hướng thần ở người già thường rất thấp so với người trẻ tuổi ...

7) Điều trị chống hình thành Amyloid. Đã được nghiên cứu ở động vật thực nghiệm. Các chế phẩm loại này được gọi là các vaccine chống Amyloid...

VII. Tiến triển và tiên lượng của bệnh Alzheimer:

Trước đây Alzheimer được coi là một bệnh rất nặng có tính chất tiến triển dẫn đến tử vong sau 2 - 8 năm từ khi khởi phát. Theo nghiên cứu của Heston: trung bình 7 năm cho người dưới 49 tuổi, 8,5 năm cho người từ 55 đến 74 tuổi. Ở nhóm người già hơn có thể chết do các nguyên nhân khác phối hợp. Theo Seltzer và Sherwin, thời gian sống ngắn hơn rõ rệt đối với bệnh nhân trong tuổi tiền lão. Song cá biệt có trường hợp kéo dài được trên 20 năm.

Hiện nay, với sự phát triển của tâm thần học người già, cùng với sự phát triển về chất lượng các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ người già, nhất là các thành tựu khoa học đã giúp cho việc chẩn đoán sớm, các can thiệp, chăm sóc điều trị toàn diện. Đặc biệt các tiến bộ trong điều trị dược lý, nhiều trường hợp bệnh Alzheimer đã được mô tả là ngừng tiến triển nặng thêm, hoặc hồi phục các chức năng tâm thần ở một chừng mực nhất định trong những khoảng thời gian nhất định... làm cho tiên lượng của bệnh Alzheimer có nhiều triển vọng tốt hơn trong tương lai.

36. ĐỘNG KINH

I- Vài nét tổng quan về động kinh (Overview)

1-Định nghĩa (Definition):

Động kinh là những rối loạn kịch phát các chức năng của não về vận động và/hoặc cảm giác, giác quan, tâm thần kèm theo mất ý thức vài giây đến vài phút hoặc không, cơn nhắc đi nhắc lại mang tính chất định hình và chu kỳ.

Theo tài liệu của Tổ chức Y tế thế giới (1993), tỷ lệ động kinh giao động từ 0,5% - 1,5% dân số. Thông cáo báo chí của TCYTTG năm 2001 hiện nay trên thế giới có 50 triệu người mắc chứng động kinh. Tỷ số mới mắc của động kinh trong một năm (incidence) là 50/100000 dân ở các nước phát triển và 100/100000 dân ở các nước đang phát triển, do các nước này có tỷ lệ cao về nhiễm trùng thần kinh cấp và mạn, về biến chứng sản khoa, về suy dinh dưỡng v.v... Những nguyên nhân dẫn đến động kinh thường khác nhau, từ việc do nhiễm trùng trước khi sinh và chấn thương khi đẻ đến những tổn thương về não do những tai biến, đột quỵ, nhiễm khuẩn hay ngộ độc. Những yếu tố về gen di truyền cũng đóng một vai trò quan trọng ở một số dạng động kinh. Sự cộng góp có liên quan của mỗi nguyên nhân này khác nhau đáng kể ở từng khu vực trên thế giới.

II- Triệu chứng lâm sàng (Clinical symptoms)

A- Các cơn động kinh (Seizures)

1. Cơn lớn (Grand seizure):

Xuất hiện đột ngột. Người bệnh đang hoạt động bỗng nhiên rơi vào tình trạng mất ý thức - ngã như cây chuối đổ. Ngay lúc đó thì xuất hiện các hiện tượng sau:

- Giai đoạn co cứng : Đầu, mắt quay về một hướng (trợn mắt), ngừng thở, mặt tái nhợt, tím tái, mạch nhanh, huyết áp tăng, đồng tử giãn. Thời gian từ 10 - 30 giây.
- Giai đoạn co giật: giật rung tăng dầnmắt trợn ngược kèm theo (đái dầm, ỉa đùn, xuất tinh). Co giật kéo dài tới 2 - 3 phút.
- Giai đoạn doãi cơ: Thở chở lại bệnh nhân hôn mê kéo dài khoảng 1phút. Nhưng cũng có vài cử động vô nghĩa. Thời gian kéo dài 60 giây hoặc hơn.
- Sau đó bệnh nhân tỉnh lại nhưng có thể lú lẫn vài phút.

2. Cơn nhỏ (Petit seizure):

- Cơn vắng - Absence

Xuất hiện đột ngột, ngừng đột ngột. Đó là sự đình chỉ, ngừng rất nhanh các hoạt động đang làm

dở... kéo dài 1 - 2 giây.

- Cơ bất động

Là sự suy yếu trương lực

- Cơ giật cơ

Hay gặp ở trẻ nhỏ. Có thể xảy ra ở bất kỳ một nhóm cơ hoặc toàn thân. Thường hay gặp ở chi trên, đầu, cổ. Đang cầm bị rơi, hay gật đầu nhẹ, hay máy ngón tay...

3. Các cơn khác (Other seizures):

- Động kinh cục bộ B.J Bravais Jackson

Cơ co cứng hoặc giật rung nửa thân. Thường bắt đầu từ những ngón tay hoặc ngón chân, lan truyền tới tay, chân, nửa thân...

- ĐK tâm thần vận động - Epilepsie Psycomotriz

- + Tính chất rất phong phú, nhiều khi xuất hiện riêng lẻ về giác quan và vận động.

- + Ảo giác (ảo khứu, ảo thị có màu sắc sặc sỡ ...) và ảo tưởng

- + Vận động hoàn toàn tự động, ý thức thu hẹp, hành động dữ dội, làm nguy hiểm người xung quanh.

B- Các cơn tâm thần tương đương (Equivalent mental disorders)

Các rối loạn tâm thần xuất hiện từng cơn (Mental disorders occurring by time-period)

- Rối loạn khí sắc (Mood disorder): Cơn loạn cảm buồn đầu bất bình, bất mãn với tất cả hay gây gổ, nổi khùng, nghi bệnh...

- Rối loạn ý thức (Sense disorder): Trạng thái hoang hôn (hành vi nguy hiểm do hoang tưởng ảo giác và cảm xúc căng thẳng chi phối nên rất tàn bạo như giết người, đốt nhà v.v...).

C- Các biến đổi nhân cách (Changes of personality)

1. Nhân cách động kinh (Epileptic personality):

- Nổi bật là tư duy bầy nhầy, chi tiết, vụn vặt, định kiến.

- Cục cằn, gây gổ, nổi cơn giận dữ.

- Phản ứng độc ác mãnh liệt, không thích hợp vì lý do nhỏ nhất.

- Sau cơn thường là yên tĩnh không nhận mình là vô lý, đổ lỗi cho người xung quanh.

2. Sa sút động kinh (Epileptic decline):

- Mất trí Động kinh.

- Tư duy nghèo nàn, không phân biệt được điều quan trọng với thứ yếu.
- Trí nhớ giảm sút
- Chỉ còn hoạt động bản năng.

III- Chẩn đoán (Diagnosis)

1- Phân biệt (Differential diagnosis):

- Phân biệt Động kinh với Hysterie - cơn phân ly
- Loạn thần Động kinh với các loạn thần triệu chứng và bệnh tâm thần phân liệt.
- Động kinh với nhân cách bệnh kiểu bùng nổ, hoặc cảm xúc không ổn định.
- Động kinh với các cơn co giật

2. Chẩn đoán xác định (Confirmed diagnosis):

- Muốn chẩn đoán xác định bệnh Động kinh trước hết phải dựa vào các biểu hiện lâm sàng, dựa vào thầy thuốc, nhân viên y tế mô tả, chứng kiến.
- Điện não đồ có dấu hiệu bệnh lý, có sóng động kinh...

3. Chẩn đoán nguyên nhân (Causing diagnosis):

- ĐK chưa rõ căn nguyên- ĐK nguyên phát - ĐK vô căn (Idiopatiquer).
- Động kinh do yếu tố di truyền.
- Do các bệnh cơ thể: nhiễm trùng, nhiễm độc v.v...
- Do các bệnh ở não như u não, viêm não, chấn thương sọ não v.v...

IV- Điều trị (Treatment)

1- Nguyên tắc điều trị (The principles):

1. Do tác dụng tương tác qua lại của thuốc kháng động kinh rất phức tạp vì vậy khởi đầu sử dụng một loại kháng động kinh.
2. Thuốc được chọn phải phù hợp với thể động kinh của từng bệnh nhân, ít tác dụng phụ, rẻ tiền và phù hợp với đặc điểm cơ địa của người bệnh.
3. Bắt đầu bằng liều thấp rồi tăng dần để tìm liều thấp nhất mà vẫn khống chế được cơn động kinh. Liều thuốc được tính theo mg/kg trọng lượng cơ thể người bệnh trong 24 giờ.
4. Đã dùng tới liều cao nhất mà không kết quả thì được phép phối hợp từ 2 loại kháng động kinh trở lên.
5. Nếu động kinh có kèm theo loạn thần thì có thể kết hợp thuốc chống động kinh với thuốc chống loạn thần, tùy theo triệu chứng loạn thần mà chỉ định thuốc chống loạn thần phù hợp.

6. Không ngừng thuốc, thay đổi thuốc đột ngột. Thời gian điều trị ít nhất 2 năm người bệnh ổn định hoàn toàn kể từ cơn cuối cùng.

7. Không được phối hợp giữa Gardenal và Primidon; giữa Depakine và Gardenal.

2. Các thuốc kháng động kinh thường dùng (The commonest anticonvulsives)

2.1. Gardenal (Phenobarbital) dạng viên 100mg và 10mg

Ống tiêm 200mg/2ml. Tác dụng đối với cơn Động kinh co giật toàn thể (cơn lớn).

Liều điều trị : ở người lớn 2 - 3mg/kg/ngày với một lần ngày.

Trẻ em 3 -4 mg/kg/ngày chia 1 -2 lần ngày

Viên 10mg từ 2 tuổi đến 10 tuổi cứ mỗi tuổi tăng 1 viên

2.2. Phenytoin (Sodanton, Dihydant) viên 0,1g

Tác dụng với cơn co giật cục bộ hoặc co giật toàn thể.

Liều điều trị: người lớn 250 - 350mg/ngày chia 1 đến 2 lần.

Trẻ em 5-8mg/kg/ngày chia 2 lần.

2.3. Carbamazepine (Tegretol) viên 200mg

Tác dụng với cơn Động kinh cục bộ đặc biệt với cơn cục bộ phức , gây dị ứng

Liều điều trị: Người lớn 10 - 12mg/kg/ngày chia 2 lần.

Trẻ em 20 - 25mg/kg/ngày chia 2 - 4 lần .

2.4. Depakine (Acid Valproic) viên 300mg

Tác dụng với các thể Động kinh, ít có tác dụng phụ.

Liều điều trị: người lớn 200- 400mg/ngày chia 1 - 2 lần (khởi đầu) - tăng dần. Trẻ em 30 - 35mg/kg/ngày chia 1 - 3 lần.

3. Phác đồ điều trị động kinh cơn lớn (The therapeutic model for grand seizures):

a. Đối với người lớn (For adults)

Thuốc.....Phác đồ A mg/kg/24 giờ.....Phác đồ B mg/kg/24 giờ

Gardenal.....2 - 4 mg/kg.....8 mg/kg

Sodanton.....3 - 5 mg/kg.....8 mg/kg
Vitamin B6.....100 mg/ngày.....300 mg/ngày

b. Đối với trẻ em (For children):

Thuốc.....Phác đồ A mg/kg/24 giờ.....Phác đồ B mg/kg/24 giờ

Gardenal.....3 - 4 mg/kg.....10 mg/kg
Sodanton.....5 - 8 mg/kg.....10 mg/kg
Vitamin B6.....100 mg/ngày.....200 mg/ngày

Bắt đầu bằng một loại kháng động kinh theo phác đồ A, khi các cơn không thuyên giảm chuyển sang điều trị theo phác đồ B hoặc kết hợp 2 loại kháng động kinh liều lượng theo phác đồ A.

4. Phác đồ điều trị động kinh cơn vắng ý thức, cơn nhỏ giật cơ, cơn mất trương lực, cơn co thắt ở trẻ em (The therapeutic model for petit seizures in children)

Thuốc.....Người lớn mg/kg/24 giờ.....Trẻ em mg/kg/24 giờ

Depakine.....20 - 30 mg/kg.....30 - 50 mg/kg
Vitamin B6.....100 mg/ngày.....50 mg/ngày

V- Tiến triển và tiên lượng (Course and prediction)

- Tiến triển mạn tính tuần tiến, ít thuận lợi.
- Người bệnh có thể tham gia các hoạt động bình thường của cuộc sống: học tập, lao động, xây dựng gia đình và các hoạt động xã hội...
- Những dấu hiệu, tiên lượng không tốt là bệnh bắt đầu sớm, có chiều hướng lên cơn hàng loạt có thể dẫn đến trạng thái Động kinh.
- Thoái hoá nhân cách dẫn đến mất trí ĐK

VI- Phòng bệnh (Prevention)

1. Giai đoạn 1 (Stage 1):

- Ngăn ngừa, loại trừ các nguyên nhân gây bệnh.
- Tuyên truyền sâu rộng trong nhân dân, giải thích một cách hợp lý về bệnh tật.
- Phòng chống các bệnh nhiễm khuẩn não, các chấn thương nhất là chấn thương chu sinh.

2. Giai đoạn 2 (Stage 2):

Phát hiện sớm và điều trị tích cực, hạn chế sự tiến triển xấu.

3. Giai đoạn 3 (Stage 3):

Phục hồi chức năng cho người bệnh Động kinh.

37. SỨC KHỎE TÂM THẦN PHỤ NỮ

BSCKII. Lương Hữu Thông

Phó giám đốc Bệnh viện Tâm thần Trung ương II

I. KHÁI NIỆM

Ở đây áp dụng những quan điểm sinh học, tâm lý xã hội (XH) đặc trưng của giới tính nữ để xem xét.

Hai giới nam và nữ đều là con người, nói chung là mọi mặt sinh lý, tâm lý đều giống nhau chỉ có một số đặc điểm theo giới tính.

Các nhà nghiên cứu sinh lý, bệnh lý và đặc biệt là dược lý đều lấy nam giới làm đối tượng nghiên cứu, vì vậy có một số vấn đề về đặc điểm giới tính riêng biệt chưa được đề cập tới.

II. CÁC VẤN ĐỀ TÂM LÝ XÃ HỘI CỦA PHỤ NỮ

1. Địa vị XH

Trong hầu hết, chứ không phải tất cả phụ nữ (PN) ở XH đều có địa vị thấp kém. Địa vị gắn chặt với hệ thống kinh tế xã hội, XH phong kiến để lại tập quán như tất cả tài sản là của nam giới, nối dõi tông đường, thờ cúng cho cha mẹ. Người PN chỉ được phép có con với chồng mình. Tên họ, tước hiệu, tài sản chỉ được truyền cho con trai. Trong XH đó, người PN chỉ có vai trò thấp kém đôi khi còn bị hành hạ.

Trước XH phong kiến, ở một số XH mẫu hệ còn sót lại PN nắm giữ quyền uy, ruộng nương, của cải đều do họ định đoạt.

- Sự nghèo đói ảnh hưởng xấu đến sức khỏe thể chất và sức khỏe tâm thần. Người PN chịu đựng sự nghèo đói nhiều hơn nam giới.
- Người PN được đào tạo ít hơn (PN chiếm 2/3 số người thất học) nên khó có cơ hội tìm việc tốt và thăng tiến ít hơn. Ngay cả khi được đào tạo như nhau thì PN cũng ít được trọng dụng và bị trả lương thấp hơn.
- PN phải làm việc nhiều hơn, có tới 2/3 khối lượng công việc của cuộc sống do PN làm và số công việc này lại không được trả lương, tính công.

"Gái có công thì chồng không phụ"

Nhưng hỏi có bao nhiêu phần trăm ông chồng biết thông cảm và trân trọng vợ?

- PN thường bị ảnh hưởng bởi gánh nặng lo toan kinh tế, sức khỏe gia đình, chăm sóc con cái, cha mẹ già yếu...thế mà họ vẫn bị đẩy xuống hàng thứ yếu.

2. Bạo lực

Bạo lực là nguyên nhân góp phần gây ra các bệnh lý cơ thể và tâm thần. PN thường là nạn nhân của bạo lực trong gia đình nhiều hơn (nam giới thường chịu bạo lực từ người lạ).

Bạo lực bao gồm: cưỡng bức, hành hạ, bị tra tấn đánh đập, lạm dụng tình dục, loạn luân, hiếp dâm, sinh hoạt vợ chồng thô bạo. Thường có nhiều dạng bạo lực kết hợp với nhau, thông thường nhất là: lạm dụng cơ thể, lạm dụng tình dục, bỏ mặc không chăm sóc.

Trong hầu hết các cộng đồng, môi trường dẫn đến bạo lực thường là gia đình. Trẻ em chứng kiến cảnh lạm dụng tình dục hay cơ thể của bố mẹ nó thường cũng trở thành thủ phạm hoặc nạn nhân của bạo lực sau này.

Mọi bạo lực đều là nguy cơ gây trầm cảm, lo âu, suy nhược và nhiều bệnh lý khác ở PN.

III. CÁC YẾU TỐ SINH HỌC

- Các thuyết sinh học về sự khác biệt giữa 2 giới nam và nữ để tập trung vào cấu trúc gene, hormon sinh dục. Tuy nhiên mối liên hệ phức tạp hơn những gì đã được mô tả.

- Về cấu trúc não, PN có bộ não lớn hơn nam giới khi so với tỷ lệ cơ thể. Não PN cũng ít bị mất cân xứng giữa 2 bán cầu. PN thực hiện các nhiệm vụ có sự tưởng tượng về không gian kém hơn nam giới song lại làm tốt các hoạt động cho tinh tế hơn. PN sử dụng các phần tiến hóa liên quan tới cảm xúc nhiều hơn, trong khi nam giới lại sử dụng các vùng não chủ đạo, các hoạt động trừu tượng nhiều hơn.

- Hóa thần kinh và các hormon:

Các hormon sinh dục Testosteron hoặc Oestrogen đều hòa sự tiến hoá của não; các men, các chất dẫn truyền thần kinh; hệ thống hóa tế bào thần kinh, kiểm soát khả năng kích thích tế bào. Oestrogen làm tăng tính nhạy cảm đối với các chất dẫn truyền thần kinh Serotonine và có tác dụng đối kháng Dopamine. Progesterone có tác dụng êm dịu, giảm đau, gây ngủ, chống co giật. Sự dao động nồng độ các hormon sinh dục trong chu kỳ kinh nguyệt, sinh nở có thể cắt nghĩa sự thay đổi tâm sinh lý chu kỳ của PN.

-Chu kỳ sống:

Người PN phát triển dần qua nhiều giai đoạn kế tiếp theo sự trưởng thành của họ.

Liệu 1 cô gái có thể trở thành bà mẹ hay không? Vai trò của cô ta vừa là người lao động kiếm tiền vừa là người chăm sóc gia đình, rất quan trọng để cô ta tự đánh giá về giá trị bản thân mình và thích nghi với cuộc sống.

Vai trò sinh sản của PN rõ ràng là 1 nhân tố sinh học, tâm lý xã hội. XH đối xử khác nhau với

người PN theo sự điều hòa sinh sản của họ, đáng buồn là còn có nhiều nền văn hóa không thừa nhận người PN có con ngoài giá thú, nên đã gây ra hậu quả bệnh lý cho cả người mẹ và trẻ em, lẽ ra có thể tránh được.

Chúng ta đã có ấn tượng từ lâu đời và thường xuyên được củng cố bằng các phương tiện thông tin đại chúng về hình ảnh người PN:

- Ở PN trẻ: một người quyến rũ tình dục, một người con gái ngoan, hiền thực hoặc là người PN ăn chơi, thích ghen, vô tâm...

- Ở PN lớn tuổi: một người mẹ tận tụy hy sinh vì chồng, vì con hay một người mẹ vô tâm, bỏ rơi con cái, vị kỷ chỉ biết đến bản thân.

- Ở PN già: là hình ảnh người bà đáng quý, đôn hậu đối lập với người bà bất lực, cô đơn, sắc đẹp tàn phai, không còn vai trò gì nữa.

Đó là những hình ảnh gợi ý về tính phức tạp trong người PN, thường là rất mâu thuẫn.

- Thời kỳ trẻ em và thanh thiếu niên:

Những đứa trẻ gái thường tìm sự đồng hóa nữ giới ở người mẹ, ngược lại trẻ trai thì hay theo mẫu người cha. Thanh thiếu niên là thời kỳ phát triển nhận dạng về hình thể, là thời kỳ ở nữ giới có nguy cơ dễ mắc bệnh lo âu, trầm cảm hơn. Các thay đổi sinh học của tuổi dậy thì dẫn tới các thay đổi về cơ thể lẫn tâm lý rất phức tạp. Trường học là môi trường ngoài gia đình tốt nhất để đứa trẻ mở rộng trí tuệ, quan hệ XH và nhân cách. Vì vậy những đứa trẻ không được đi học sẽ rất thiệt thòi, thiếu chất liệu sống để hình thành nhân cách. Các hoạt động thể dục, thể thao, văn nghệ cũng làm tăng tính tự trọng của chúng.

Nhiều yếu tố XH có nguy cơ ảnh hưởng tới sự trưởng thành của thanh thiếu nữ ở giai đoạn này như: bị lạm dụng tình dục, ma túy, các tệ nạn XH, thiếu sự chăm sóc giáo dục...

- Thời kỳ mang thai và làm mẹ:

Trong hy vọng chung là trải nghiệm rất hạnh phúc, thì lại nảy sinh rất nhiều mâu thuẫn phức tạp từ những thay đổi hoàn cảnh sống và các mối quan hệ như với bố mẹ mình, bố mẹ chồng, bạn đời, đồng nghiệp và ngay cả đứa con mà họ sinh ra. Có rất nhiều vấn đề ảnh hưởng tâm lý đến với PN mang thai ngoài ý muốn, hay đẻ con quá dày...

- Thời kỳ mãn kinh:

PN thường mãn kinh ở tuổi 50. 50% số PN có tuổi mãn kinh thoải mái không có vấn đề gì, 50% khác lại có nhiều thay đổi như sức khỏe kém, rối loạn thần kinh thực vật, rối loạn nội tiết, rối loạn hoạt động tình dục, mệt mỏi, giảm sút sức lực, trí lực... Những PN có các mối quan hệ tốt được khuyến khích, động viên trong công việc, có sức khỏe tốt, có trình độ học vấn tốt thường ít than phiền hơn.

- Tuổi già:

Tuổi thọ trung bình ngày một tăng, ở các nước phương Tây là 70-80 tuổi, ở nước ta là 60-70 tuổi. PN sống thọ hơn nam giới. PN cô đơn, góa bụa, già yếu ngày càng nhiều, nhiều người cần sự giúp đỡ chăm sóc. Song rất ít PN già yếu phải nằm viện, hầu hết PN chết ở nhà mình.

¼ số người trên 85 tuổi bị sa sút trí tuệ (Alzheimer là chủ yếu).

¾ số người già ở nhà điều dưỡng là PN. Họ đều có vấn đề sa sút trí tuệ, trầm cảm, lo âu...

IV. CÁC HỘI CHỨNG LÂM SÀNG

1. Các rối loạn không loạn thần:

Trầm cảm, lo âu, lo âu lan tỏa, cơn hoảng sợ, ám ảnh sợ, rối loạn ám ảnh cưỡng bức, rối loạn dạng cơ thể...là những rối loạn tỷ lệ mắc phải ở nữ cao gấp 2 lần nam giới.

PN độc thân, ly hôn, có bệnh lý tâm thần nhiều hơn PN có gia đình. Tuy nhiên còn phụ thuộc vào chất lượng cuộc hôn nhân, người PN lấy phải anh chồng không ra gì (vũ phu, nghiện ngập, bạo hành...) có khi còn chịu đựng stress nhiều hơn nữa.

PN có gia đình thường tin tưởng ở chồng, PN sống độc thân thường đặt chỗ dựa vào anh, chị em ruột, bạn bè.

PN ở các nhóm kinh tế thấp có tỷ lệ bệnh tật cao hơn.

2. Rối loạn loạn thần:

Tâm thần phân liệt, rối loạn cảm xúc lưỡng cực ở XH thường có tỷ lệ ngang nhau ở nam và nữ, nhưng số bệnh nhân nhập viện tâm thần điều trị thì nam giới cao hơn, vì nhiều bệnh nhân nữ gia đình họ có thể chấp nhận ở nhà điều trị. Số bệnh nhân nữ có hành vi quấy rối, nguy hiểm ít hơn nam giới.

3. Rối loạn tâm thần trong thai kỳ và hậu sản:

Loạn thần sau sinh, trầm cảm sau sinh là những trạng thái bệnh lý đặc trưng của PN.

V. KẾT LUẬN

Địa vị XH, vai trò sinh sản, chu kỳ sống của người PN là những yếu tố quan trọng khi xem xét sức khỏe tâm thần PN. Các nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần cho PN rõ ràng phải có kỹ năng giao tiếp và kỹ thuật khác biệt so với các dịch vụ chung.

38. CÁC RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC Ở NAM GIỚI

Các biểu hiện triệu chứng

Bệnh nhân có thể miễn cưỡng khi nói về các vấn đề tình dục. Thay vào đó họ có thể phàn nàn

về các triệu chứng cơ thể, cảm xúc buồn hoặc các vấn đề của hôn nhân.

Các đặc trưng để chẩn đoán

Các rối loạn chức năng tình dục hay gặp ở nam giới là:

- Rối loạn chức năng cương cứng hoặc bất lực (không thể cương cứng hoặc mất cương cứng trước khi thỏa mãn trong quan hệ tình dục).
- Xuất tinh sớm (xuất tinh quá sớm trước khi đạt được khoái cảm trong quan hệ tình dục).
- Loạn chức năng khoái dục hoặc xuất tinh muộn (sự xuất tinh rất chậm hoặc không xuất tinh được và có thể chỉ xuất tinh khi bệnh nhân đã ngủ).
- Giảm ham muốn tình dục.

Chẩn đoán phân biệt

Nếu triệu chứng cảm xúc trầm hoặc buồn nổi trội, xem *Trầm cảm*.

Các vấn đề trong quan hệ hôn nhân thường góp phần gây nên rối loạn chức năng tình dục, đặc biệt là những vấn đề liên quan đến sự ham muốn.

Các rối loạn xuất tinh có thể do từng tình huống cụ thể (ví dụ: lo âu, hình thức quá mức, mâu thuẫn đối với bạn tình) hoặc có thể do thuốc gây nên.

Các bệnh thực tổn có thể góp phần gây nên chứng bất lực bao gồm: Đái tháo đường, tăng huyết áp, xơ cứng rải rác, lạm dụng rượu và thuốc.

Chỉ dẫn quản lý

-

Rối loạn chức năng cương cứng (bất lực)

Thông tin quan trọng dành cho bệnh nhân và vợ

Rối loạn chức năng cương cứng có thể do rất nhiều nguyên nhân. Đó thường là phản ứng tạm thời trước những stress hoặc do mất niềm tin và có thể điều trị được, đặc biệt nếu sự cương cứng vào buổi sáng vẫn xuất hiện.

Hướng dẫn bệnh nhân và vợ

Khuyến bệnh nhân và vợ (hoặc bạn tình) tránh giao hợp trong vòng một hoặc hai tuần. Trong thời gian này khuyến khích họ thực hiện những động tác tiếp xúc thân thể mà họ thích nhưng không giao hợp, sau đó dần dần trở lại giao hợp. Thông báo cho họ về khả năng chữa trị bằng vật lý trị liệu như vòng dương vật, thiết bị hút chân không và những chất tiêm vào vật hang để gây cương cứng.

- **Xuất tinh sớm**

Thông tin quan trọng dành cho bệnh nhân và vợ

Có thể kiểm soát được việc xuất tinh và có thể kiểm chế được khoái cảm tình dục cho cả hai

người.

Hướng dẫn bệnh nhân và vợ

Cần an ủi bệnh nhân rằng việc xuất tinh có thể làm chậm lại được bằng nhiều cách (ví dụ: kỹ thuật bắt đầu – dừng lại). Có thể dùng Clomipramine hoặc chất ức chế tái hấp thụ Serotonin (ví dụ: Fluoxetine) để làm chậm sự xuất tinh.

- **Loạn chức năng khoái dục**

Thông tin quan trọng dành cho bệnh nhân và vợ

Đây là một rối loạn khó điều trị hơn. Tuy nhiên, nếu có thể xuất tinh được bằng một cách nào đó (ví dụ: thủ dâm) thì tiên lượng sẽ tốt hơn.

Hướng dẫn bệnh nhân và vợ

Gợi ý một vài bài tập như kích thích dương vật bằng đầu bôi. Đối với việc thụ thai, có thể cần xem xét việc thụ tinh nhân tạo bằng tinh trùng của người chồng.

- **Giảm ham muốn tình dục**

Thông tin quan trọng dành cho bệnh nhân và vợ

Có nhiều nguyên nhân làm giảm ham muốn tình dục, bao gồm: rối loạn học môn, bệnh tâm thần và cơ thể, stress và các trục trặc trong quan hệ hôn nhân.

Hướng dẫn bệnh nhân và vợ

Khuyến khích sự thư giãn, giảm nhẹ stress, tiếp xúc cởi mở, sự tự tin và sự hợp tác thỏa đáng giữa hai vợ chồng.

Khám chuyên khoa

Cần xem xét việc tham khảo ý kiến chuyên khoa nếu các rối loạn chức năng tình dục kéo dài trên 3 tháng mặc dù đã sử dụng hết biện pháp nêu trên.

39. CÁC RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC Ở NỮ GIỚI

Các biểu hiện triệu chứng

Bệnh nhân có thể miễn cưỡng khi nói về các vấn đề tình dục. Thay vào đó có thể họ phàn nàn về các triệu chứng cơ thể, cảm xúc buồn hoặc các vấn đề của hôn nhân.

Các đặc trưng để chẩn đoán

Các rối loạn chức năng tình dục hay xuất hiện ở nữ giới là:

- Giảm ham muốn tình dục.
- Co thắt âm đạo: cơ âm đạo bị co thắt khi cố gắng đưa dương vật vào sâu (thường gặp ở những cuộc hôn nhân bị ép buộc).
- Đau khi giao hợp (cảm giác đau ở âm đạo hoặc vùng xương chậu khi giao hợp).

Chẩn đoán phân biệt

- Nếu triệu chứng cảm xúc trầm hoặc buồn nổi trội xem *Trầm cảm*.
- Các vấn đề trong quan hệ hôn nhân thường góp phần gây nên rối loạn chức năng tình dục, đặc biệt là những vấn đề liên quan đến sự ham muốn.
- Co thắt âm đạo hiếm khi có nguyên nhân thực thể.
- Các bệnh có thể góp phần gây ra chứng đau khi giao hợp bao gồm nhiễm trùng âm đạo, nhiễm trùng vùng xương chậu (viêm vòi trứng) và các tổn thương khác vùng xương chậu (các khối u hoặc các kén).
- Mất khoái dục khi giao hợp rất hay gặp. Nguyên nhân thường không rõ nhưng trong một số trường hợp thuốc có thể góp phần gây bệnh.

Chỉ dẫn quản lý

·Giảm ham muốn tình dục

Thông tin quan trọng dành cho bệnh nhân và chồng

Giảm ham muốn tình dục có nhiều nguyên nhân , bao gồm: các vấn đề trong hôn nhân, những chấn thương cũ, bệnh tâm thần và cơ thể, stress. Rối loạn thường chỉ tạm thời.

Hướng dẫn bệnh nhân và chồng

Thảo luận với bệnh nhân về quan hệ tình dục. Hỏi bệnh nhân về những sang chấn do quan hệ tình dục và thái độ tiêu cực đối với tình dục. Gặp gỡ cả hai vợ chồng để cố gắng làm giảm sự kỳ vọng của người chồng về quan hệ tình dục. Gợi ý một số kế hoạch sinh hoạt tình dục trong những ngày cụ thể.

·Co thắt âm đạo

Thông tin quan trọng dành cho bệnh nhân và chồng

Co thắt âm đạo chỉ đơn giản là một sự co thắt và có thể điều trị bằng các bài tập thư giãn.

Hướng dẫn bệnh nhân và chồng

Khám âm đạo bằng ngón tay sẽ khẳng định được chẩn đoán. Các bài tập dành cho hai vợ chồng

với những dụng cụ làm giãn âm đạo từng mức hoặc làm giãn âm đạo bằng ngón tay, kết hợp với các bài tập thư giãn.

·**Chứng đau khi giao hợp**

Thông tin quan trọng dành cho bệnh nhân và chồng

Có nhiều nguyên nhân thực thể, nhưng trong một số trường hợp nguyên nhân chính là do âm đạo được làm trơn kém hoặc căng cơ.

Hướng dẫn bệnh nhân và chồng

Thư giãn kéo dài thời gian khởi động và đưa dương vật thận trọng vào âm đạo có thể giải quyết được những vấn đề thuộc tâm lý. Có thể chuyển khám bác sỹ phụ khoa nếu các biện pháp đơn giản không hiệu quả.

·**Mất khoái dục**

Thông tin quan trọng dành cho bệnh nhân và chồng

Nhiều phụ nữ không đạt được khoái cảm khi giao hợp nhưng lại thường có thể có khoái cảm khi kích thích âm vật.

Hướng dẫn bệnh nhân và chồng

Thảo luận về thái độ và niềm tin của bệnh nhân. Khuyến khích bệnh nhân tự khám phá bằng tay (ví dụ: kích thích bộ phận sinh dục). Hai vợ chồng cần tiếp xúc một cách cởi mở và giảm những kì vọng không thực tế.

Khám chuyên khoa

Cần cân nhắc tham khảo ý kiến chuyên khoa nếu các rắc rối loạn chức năng tình dục kéo dài trên 3 tháng mặc dù đã sử dụng tất cả các biện pháp nêu trên.

PHẦN 2. ĐIỀU TRỊ TÂM THẦN

40. THUỐC VÀ ĐƠN ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH CƠ BẢN

I - THUỐC AN THẦN:

1/ Cổ điển:

+ Haloperidol:

- TD: cắt hoang tưởng ảo giác

Có tác dụng ngoại tháp, cắt triệu chứng ngoại tháp bằng

- LL: 5mg x 2- 4 ống/24h tiêm bắp sáng , tối.

1,5 mg x 4 - 8v/24h uống s,t.

Pipolphen50mg

- Viên 5mg; ống 5 mg

- ống dùng với Pipolphen tiêm IV, IM

+ Aminazin:

- Tác dụng : an dịu mạnh; chống cơn hưng cảm; hạ HA tư thế đứng-> trầm cảm.

- Chỉ định : Cơn hưng cảm, tâm thần phân liệt

- CCĐ: Viêm gan, dị ứng, PN có thai, cho con bú.

- LL&CD: 100-500mg/24h

Viên 25mg; ống 25mg/2ml tiêm bắp sâu(tiêm đùi) không được tiêm IV vì gây tắc mạch

- Chú ý: TRầm cảm không được dùng Aminazin; HA có thể tụt sau tiêm nên sau tiêm phải bắt động BN.

+ Tisercin:

- TD: giống Aminazin , an dịu mạnh, chống loạn thần, gây ngủ, hạ HA tư thế đứng, giảm đau tốt; ít gây ngoại tháp.

- CĐ: TTPL, cai ma túy, Có thể dùng trong trầm cảm.

- CCĐ: dị ứng

- LL&CD: 100-300mg/24h

Viên 25 mg x 4-8v/24h; cai ma túy 10-12v/24h

2/ Thuốc mới:

Chống loạn thần , tác dụng trên cả triệu chứng (-) và (+), không gây ngoại tháp.

+ Olanzapin(Oleanz) :

- Viên 5mg, 10mg (3000đ/1v)

- LL&CD: 5-20mg/24h

- TDP: gây ngủ, ăn nhiều nên được dùng trong điều trị chán ăn

+ Risperidone(Sizodon)

- Viên 2 mg
- LL&CD: Liều tấn công 6mg/24h
- Liều củng cố: 4mg/24h

II - THUỐC CHỐNG TRẦM CẢM:

1/ Cổ điển:

+ Elavil (Amitriptilin)

- CD: Chữa trầm cảm: Liều 100mg/24h
- Chữa lo âu lan tỏa : 100mg/24h
- Chữa ám ảnh : 150-200mg/24h
- Chữa mất ngủ mạn tính: 50mg/24h
- Chữa đái dầm ở trẻ em: 25-50mg/24h uống tối.
- TDP: Khô miệng, đắng miệng, táo bón, bí tiểu, U tiền liệt tuyến
- CCD: Nhồi máu cơ tim,

2/ Thuốc mới:

+ Fluocetin(Oxeflu, Prozac)

- TD: Chống trầm cảm: 20mg/24h
- Chống ám ảnh : 40mg/24h
- Chống cuồng ăn : 40-60mg/24h
- TDP: đầy bụng , buồn nôn, nôn, lạnh đạm, RL cương dương, chậm sinh tinh ứng dụng điều trị xuất tinh sớm

+ Sertralín(Serenata, Zoloft):

- TD: Giống Fluocetin
- LL&CD: Viên 100mg; liều 50-200mg/24h

III - THUỐC BÌNH THẦN:

- + TD: Chữa lo âu, mất ngủ, tác dụng gây giãn cơ, dễ gây nghiện.

+ Seduxen

+ Ricotril:

- TD : Chữa lo âu ám ảnh, hiệu quả xuất hiện nhanh chóng sau khi dùng thuốc.
- LL&CD: Viên 2mg;
- Liều: 1/4- 2v/24h(ai nghiện dùng liều 2v/24h)

+ Lexomil:

- LL&CD: Viên 6mg
- Liều: 1/4 – 2v/24h
- + Chú ý: các thuốc bình thần dùng kéo dài sẽ gây nghiện.

IV- THUỐC CHỈNH SẮC:

TD: Chữa cơn hưng cảm và phòng tái phát cơn hưng cảm.

+ Carbamazepin(Tegretol, Umitol)

- LL&CD: Viên 0,2g

Liều: 2-4v/24h uống s,t; liều tối đa : 2mg/kg

-Lưu ý: dễ bị dị ứng (thường xuất hiện muộn 10-20 ngày)

Khi bị dị ứng thì xử trí bằng cách tiêm Solu- Medrol IV

+ Valproat(Depakin, Valparin, Dipromal)

- LL&CD: Viên 0,2g x 2-4 v/24h uống s,t

Thuốc ít gây dị ứng.

- CCĐ: Viêm gan, PN có thai, cho con bú.

TRẦM CẢM

1/ Triệu chứng:

+ Ưc chế cảm xúc: Khí sắc giảm, mất hết sở thích, bi quan, chán nản, buồn rầu, tự ti, ý tưởng và hành vi tự sát.

+ Ưc chế tư duy: Kho suy nghĩ, suy nghĩ chậm, luôn than phiền, phàn nàn về bệnh tật.

+ Ưc chế vận động: mệt mỏi thường xuyên, tăng về buổi sáng, không muốn làm việc, học tập.

+ Mất ngủ, chán ăn gầy sút cân.

+ Hay có hoang tưởng bị bệnh.

2/ Điều trị:

+ Cổ điển:

Elavil25mg :

Tuần thứ nhất uống 1v/24h vào buổi tối.

Tuần thứ hai uống 2v/24h vào buổi sáng và tối.

Tuần thứ ba uống 3v/24h vào buổi sáng 2v và tối 1 viên.

Tuần thứ tư uống 4v/24h vào buổi sáng 2v và tối 2v.

Uống tối thiểu 6 tháng, sau 6 tháng thì giảm liều ngược lại như trên.

+ Mới:

- **Serenata**100mg x 1-2v/24h

- **Olaizapin**10mg x 1-2v/24h

=> Uống tối x 7 tháng

MẤT NGỦ

1/Triệu chứng: mất ngủ mạn tính. Ngoài mất ngủ BN không chán nản không mệt mỏi.

2/ Điều trị : Elavil 25mg x 2v/24h uống tối x 12 tháng.

Tuần đầu cho một viên để quen dần thuốc.

ĐAU ĐẦU DO RL ĐỘNG MẠCH

- Điện não đồ: Sóng chậm nhọn ,

- Dùng thuốc chống động kinh :

Valproat 0,2 x 2-4 v/24h uống s,t

ĐAU ĐẦU MIGRAN

Tanuk 3mg x 2v/24h x 1 tuần

3mg x 1v/24h tuần 2

ĐÁI DẦM Ở TRẺ EM

1/ Triệu chứng: Đái dầm chỉ xảy ra ở trẻ > 4 tuổi

2/ Điều trị:

+ Tối hạn chế uống nước

+ Đái trước khi đi ngủ.

+ Thuốc : Elavil 25mg x 1-2v/24h uống vào buổi tối ít nhất 60 tối

HỘI CHỨNG CAI RƯỢU

1/ Triệu chứng:

+ Có tiền sử nghiện rượu

+ Ngừng rượu đột ngột

+ H/C cai rượu:

- Thèm rượu mãnh liệt(ý nghĩ quay cuồng tìm mọi cách để có rượu uống).

- Run tay chân

- RLTKTV: mạch nhanh, HA cao dao động, mồ hôi như tắm
- Mất ngủ, chán ăn, buồn nôn, nôn.
- Lo lắng quá mức-> trầm cảm
- Kích động tâm thần. H/C Daranrid
- Có cơ co giật kiểu động kinh.

2/ Điều trị:

- + ăn lỏng
- + Thay quần áo ngày một lần
- + Thuốc tiêm (không dùng đường uống vì BN nôn).
- + Thuốc:

1.Seduxen 10mg x 2ô/24h

2.Haloperidol 5 mg x 2ô/24h

3.Pipolphen 50mg x 2ô/24h

4.Vitamin B10, 1 x 2ô tiêm bắp sáng, tối x 3-5 ngày (vì BN không ăn được -> thiếu Vitamin B1
=> TB sáng, tối x 3-5 ngày.

Sau khi BN đỡ uống được thì chuyển sang đường uống.

+ Phòng nghiện rượu trở lại:

+ **Disulfiram(Esperal)** 500mg x 1/2 v/24h uống sáng x 18 tháng

- CCTD: Disulfiram(Esperal) ức chế ADH của quá trình phân giải Alcohol-> Aldehyd không được chuyển hóa-> nồng độ Aldehyd tăng-> Nôn, buồn nôn.

Alcohol-> Aldehyd -----> CO₂ + H₂O

Disulfiram --->ADH

+ **Metronidazol** 250mg x 4-6v uống s,t

SẢNG RƯỢU

1/ Triệu chứng:

Sảng rượu là hậu quả của H/C cai rượu nặng. Là cấp cứu tâm thần tối khẩn cấp.

- + Có tiền sử nghiện rượu
- + Ngừng rượu đột ngột.
- + Mất ngủ hoàn toàn
- + Hoang tưởng ảo giác(hoang tưởng bị hại): ảo giác chủ yếu là ảo thị, ảo thanh thật (tiếng nói chửi rủa BN)
- + RL ý thức, RL định hướng không gian, thời gian và bản thân.

2/ Điều trị:

- + Cường bức vào viện.

- + Vào viện càng sớm càng tốt, trước khi vận chuyển cho uống 1 chén rượu pha với 1 cốc nước to(nhằm giảm bớt H/C cai rượu, uống nhiều nước để tránh mất nước tụt HA)
- + Chế độ hộ lý II: theo dõi mạch, nhiệt độ , HA 30p/1 lần ăn lỏng dễ tiêu, cố định BN trên đường bằng 3 dây, nếu cần có thể đặt Sonde dạ dày để nuôi dưỡng.
- + Thuốc như H/C cai rượu
- + Chú ý bù nước và điện giải bằng truyền Genghe lactate

CAI MA TÚY

1/ Triệu chứng:

2/ Điều trị:

1.Tisercin 25mg x 12v/24h

2.seduxen 5 mg x 4v/24h

3.Artan 2mg x 4v/24h

=> uống sáng, tối sau đó giảm liều dần

Chống tái phát dùng một trong các thuốc kháng ma túy sau:

Naltrexone(Natrex) 50mg x 1 v/24h x 6 năm (30.000đ/1v)

Revia 50mg x 1v/24h (50.000đ/1v)

TỪ CHỐI ĂN

1/ Triệu chứng:

- + Gặp trong các bệnh : trầm cảm, TTPL hoang tưởng bị đầu độc
- + Cường bức vào viện.

2/ Điều trị:

+ Chế độ ăn tự chọn, giàu dinh dưỡng và dễ tiêu, có thể cho BN tự chuẩn bị bữa ăn.

+ Nếu không ăn thì bón cho ăn, nếu cần thì đặt Sonde dd để bón xúp.

+ Sử dụng thuốc điều trị căn nguyên.

+ Cắt hoang tưởng ảo giác bằng Haloperidol

+ Chống trầm cảm bằng Elavil 25mg x 4v/24h uống s,t

+ Olanzapin 10mg x 1v/24h uống tối, thuốc an thần mới chữa hoang tưởng ảo giác và kích thích ăn uống.

+ Sốc điện.

KÍCH ĐỘNG

1/ Triệu chứng:

+ Là trạng thái hưng phấn cảm xúc, vận động mạnh mẽ, có hành vi nguy hiểm(đốt nhà, đánh người...)

+ gặp trong bệnh: hưng cảm, ngộ độc rượu, ma túy, TTPL, động kinh tâm thần.

2/ xử trí:

+ Cưỡng bức vào viện, nếu có vũ khí thì không được cố gắng tước vũ khí của BN mà khuyên BN bỏ vũ khí, nếu không được thì báo cho lực lượng có chức năng.

+ Cố định BN tại giường: 3 dây, dây to bản

+ thuốc:

1.**Haloperidol** 5 mg x 2ô/24h

2.**Pipolphen** 50mg x 2ô/24h

3.**Aminazin** 25mg x 8ô

4.**Seduxen** 10mg x 8ô tiêm bắp s,t

=> TB sáng, tối x 3-5 ngày.

Tiêm 3-5 ngày thí cho sốc điện

+ Sốc điện

+ Điều trị bệnh chính.

TỰ SÁT

+ Nguyên nhân:

- Trầm cảm- chán sống-> tự sát

- Hoang tưởng bị hại

- Ảo thanh ra lệnh

+ Ý định tự sát: BN muốn chết nhưng chưa dám thực hiện, hành vi tự sát, tự sát thành công (chết do tự sát).

+ Hành vi tự sát nữ > 3 lần nam nhưng tự sát thành công thì nam > 3 lần nữ.

+ 95% tự sát do RL tâm thần trong đó trầm cảm chiếm 70%

+ cưỡng bức vào viện: đầu tiên là vào khoa tương ứng để xử trí ban đầu, khi tình trạng BN đảm bảo thì chuyển về khoa tâm thần điều trị

+ Bn nằm ở buồng bệnh để quan sát, không để BN một mình, không để các vật dễ làm vũ khí tự sát gần BN, không để Bn trùm chăn kín tráng tự tử trong chăn

+ Thuốc: dùng thuốc tiêm:

1.**Haloperidol** 5 mg x 2ô/24h

2.**Pipolphen** 50mg x 2ô/24h

3.**Seduxen** 10mg x 2ô tiêm bắp s,t

=> TB sáng, tối x 3-5 ngày.

+ Chỉ định sốc điện là tuyệt đối.

41. CÁC THUỐC SỬ DỤNG TRONG THỰC HÀNH TÂM THẦN HỌC

TS. Phạm Đức Thịnh

Phó giám đốc Bệnh viện Tâm thần trung ương 1

I. MỞ ĐẦU:

- Thuốc an thần kinh đầu tiên là chlorpromazine được tổng hợp năm 1950 do Charpentier.
- Năm 1952 Delay và Denicler xác nhận tác dụng của Chlorpromazine đối với bệnh nhân tâm thần kích động.
- Từ đó điều trị bệnh nhân tâm thần có nhiều tiến bộ, nhiều loại thuốc an thần kinh ra đời.
- Ngày nay có nhiều thuốc an thần kinh mới: Risperdal, Leponex, Olanzapine.v.v...

II. TÁC DỤNG:

- + 3 tác dụng chủ yếu chống loạn thần:
 - Chống triệu chứng dương tính như hoang tưởng, ảo giác.
 - Êm dịu làm giảm kích động vận động lo âu.
 - Chống triệu chứng âm tính và sự sa sút ở bệnh nhân Tâm thần phân liệt.
- + Các tác dụng phụ:
 - Gây hội chứng ngoại tháp: Co cứng kiểu ngoại tháp, hội chứng bất động hoặc tăng động, run, rối loạn vận động.
 - Rối loạn thần kinh thực vật: Giảm huyết áp động mạch, táo bón, giảm tiết nước bọt, khô niêm mạc, thay đổi điều hoà thân nhiệt.
 - Rối loạn tâm thần: + Bồn chồn
 - +Trầm cảm

III. PHÂN LOẠI:

Các thuốc hướng tâm thần chia thành 3 nhóm chính:

A. Các thuốc an thần:

1. Các thuốc an thần mạnh:

Làm giảm hưng phấn tâm thần vận động và chống loạn thần.

+ Nhóm phenothiazine:

- Chlorpromazine - Aminazine
- Lecompromazine - Tisercine.
- Melleril - Thioridazine.
- Neuleptyl - Properixazine.

+ Các Alcaloid của Rawolzone:

- Reserpine.

+ Dẫn xuất của Butyrophenone:

- Haloperidol.

- Haloperidol decanoat (ATK chậm).

- Trifluoperidol.

.....

+ Các thuốc an thần kinh mới:

- Lepamex - Clorzapine.

- Risperdal.

- Olanzapine.

2. Các thuốc bình thần - an tĩnh:

Meprobarbital - Andaxin.

Trioxazine.

- Nhóm Benzodiazepine:

+ Elenium.

+ Seduxen, Diazepam.

- Loại khác:

+ Amizol - Benctizin - Luxidil

+ Theralene – Alimemazine.

3. Các thuốc điều chỉnh khí sắc:

- Lithium.

- Valproat - Deparkin.

- Carbamazepine - Tégretol.

B. Thuốc hưng thần:

1. Thuốc chống trầm cảm 3 vòng:

- Melipramin.

- Imipramin - Tozranil.

- Amazranil - Clomipamin.

- Amitriptyline - Laroxyl - Elavil.

2. Thuốc chống trầm cảm loại ức chế MAO:

- Niamid.

- Marplan.

3. Các thuốc kích thích tâm thần:

- Amphetamine, Metedrine, Phenatine.

- Luxidin.

- Meridil, Centedrine.

4. Các thuốc chống trầm cảm thế hệ mới:

Tianeptine - Stablon.

Sertraline - Zoloft

Remeron...

C. Các thuốc gây loạn thần:

- Lisergic - LSD 25.

- Mescaline.

- Cabanis.

- Opium: Thuốc phiện, Norphin, Heroine.

- Cocaine - Crack.

- Caffeine.

IV. CÁC THUỐC AN THẦN KINH THƯỜNG DÙNG:

1. Chlorpromazine - Aminazine, Largactil...

Viên 25 mg, 100 mg.

Ống 25 mg / 2 ml và 25 mg / 5 ml.

Chỉ định: Kích động tâm thần.

Cơn hưng cảm.

Bệnh Tâm thần phân liệt

Ảm ảnh, chán ăn tâm thần.

Chống chỉ định: Dị ứng với Chlorpromazine.

Viêm gan cấp, xơ gan.

Bán hôn mê do rượu, barbituric.

Liều lượng: Tấn công 300 -500 mg/ ngày chia 3 lần.

Duy trì 100 - 150 mg / ngày chia 1 lần tối.

2. Levomepromazine - Tisercine – Nozinan:

Viên 25 mg, 100 mg.

Ống 25 mg/ ml.

Chỉ định: Kích động tâm thần vận động

Ảo giác, Kèm với chống trầm cảm.

Lo âu, rối loạn giấc ngủ.

Tiền mê, an thần hậu phẫu.

Giảm đau.

Chống chỉ định: Tiền sử giảm bạch cầu hạt.

Tăng nhãn áp.

U xơ tiền liệt tuyến.

Liều lượng: Loạn thần:

+ Khởi đầu 25 -50 mg / ngày, tăng dần 200 - 400 mg/ ngày chia 2-3 lần.

+ Duy trì 50- 75 mg / ngày 2-3 lần.

3. Haloperidol - Haldol:

- Viên: 1 mg, 1,5 mg, 10 mg, 20 mg.
- Ống: 2 mg/ ml, 5 mg/ ml, 10 mg / ml, 50 mg / ml.
- *Chỉ định:* Kích động nặng.

Tâm thần phân liệt - nhiều hoang tưởng, ảo giác.

- *Liều lượng:*

- + Liều thấp tăng dần 5- 10 mg / ngày chia 2-3 lần.
- + Tiêm bắp 5-10 mg.
- + Liều duy trì 3-5 mg /ngày.

4. Sulpiride: Dogmatil Viên 50 mg, 200 mg.

- *Chỉ định:*

- + Loạn thần có tính chất ức chế.
- + Rối loạn hành vi tác phong.
- + Tâm thần phân liệt, hoang tưởng.
- + Bệnh lý dạ dày tá tràng tâm căn, viêm đại tràng, trực tràng xuất huyết.

- *Chống chỉ định:* U tuỷ thượng thận.

- *Liều lượng:* 100 - 200 mg / ngày cho rối loạn hành vi.

- Loạn thần triệu chứng (-) 200 đến 600 mg / ngày / chia 2 - 3 lần.

- Loạn thần triệu chứng (+) 800 đến 1600 mg / ngày.

5. Risperdal:

- Viên 1 mg , 2 mg, 3 và 4 mg.

- *Chỉ định:* Tâm thần phân liệt.

- *Chống chỉ định:* Dị ứng với Risperdal.

- *Liều lượng:* Bắt đầu 1 mg x 2 lần / ngày.

Duy trì 4 - 8mg / ngày.

6. Clozapine - Leponex:

- Viên 25 mg, 100 mg.

- *Chỉ định:* Tâm thần phân liệt mạn tính, kháng với thuốc an thần kinh cổ điển.

- *Chống chỉ định:*

- + Dị ứng với Clozapine
- + Loạn thần do rượu
- + Tiền sử giảm bạch cầu hạt.
- + Bệnh gan, thận, tim nặng.
- + Phì đại tuyến tiền liệt.

- *Liều lượng:*

+ 25mg ngày đầu, tăng 50mg đạt 300mg/ngày.

+ Trung bình 300 - 450mg/ngày chia 2 -3lần.

+ Duy trì 150mg- 300mg/ngày.

7. Olanzapine - Zyprexa:

- Viên 5mg, 10mg.

- *Chỉ định:* Olanzapine dùng để điều trị tấn công và điều trị duy trì bệnh tâm thần phân liệt, cũng như các bệnh loạn thần khác mà có những biểu hiện rõ rệt của các triệu chứng dương tính (ví dụ như hoang tưởng, ảo giác, rối loạn suy nghĩ, thù địch và nghi ngờ) và/hoặc các triệu chứng âm tính (ví dụ như cảm xúc phẳng lặng, lãnh đạm, thu mình lại, ngôn ngữ nghèo nàn).

Olanzapine cũng có hiệu quả đối với các triệu chứng của cảm xúc thứ phát thường đi kèm với bệnh tâm thần phân liệt và các rối loạn tương tự. Olanzapine có hiệu quả để duy trì tình trạng lâm sàng cải thiện khi tiếp tục điều trị bằng olanzapine ở những người bệnh đã có đáp ứng với lần điều trị đầu tiên.

- *Chống chỉ định:*

+ Dị ứng Olanzapine

+ Glucome gút đóng

+ Đái tháo đường

- *Liều lượng:* Liều khuyến dùng khởi đầu của olanzapine là 10 mg, dùng một lần trong 24 giờ mà không cần chú ý đến bữa ăn. Sau này có thể điều chỉnh liều hằng ngày tùy theo tình trạng lâm sàng, thay đổi từ 5 mg đến 20 mg trong 24 giờ. Chỉ được tăng liều cao hơn liều thông thường 10 mg trong 24 giờ, nghĩa là dùng liều 15 mg trong 24 giờ hoặc cao hơn, sau khi đã có đánh giá lâm sàng thích hợp.

42. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TÂM THẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Đặt vấn đề:

Những thế kỷ trước đây, dưới sự thống trị của nhà thờ và chế độ phong kiến, bệnh nhân tâm thần hầu như không được điều trị mà chỉ được nhận các hình thức cực hình tàn bạo. Từ năm 1793, bác sĩ người pháp Pilippe Pinel (1745 - 1826) đã mang “hơi ấm của tình người” (chaleur humaine) đến cho các người bệnh tâm thần ở 2 trại: Bicetre và Salpêtrière.

P. Pinel là người đầu tiên đã xoá bỏ xiềng xích, cải tạo hoàn cảnh, cải tiến chế độ săn sóc cho bệnh nhân tâm thần, ông đã đưa những bệnh nhân tâm thần về vị trí người bệnh theo đúng nghĩa của nó.

Từ sau năm 1973 đến nay, việc điều trị bệnh nhân tâm thần có nhiều tiến bộ, nhiều phương pháp điều trị khác nhau lần lượt ra đời. Đặc biệt chú ý là từ khi người ta tìm ra các loại thuốc hướng tâm thần thì tâm thần học chuyển một giai đoạn mới - giai đoạn xác định được vị trí của mình trong sự phát triển chung của Y học.

2. Phân loại các phương pháp điều trị tâm thần:

Cho đến nay các phương pháp điều trị bệnh tâm thần có thể chia ra làm 2 nhóm liệu pháp chính:

a. Các liệu pháp sinh học:

- + Liệu pháp sinh học tác động trực tiếp lên cơ thể gọi là khách thể sinh học.
- + Liệu pháp sinh học tác động lên bệnh tật gọi là các quá trình sinh học bao gồm:
 - Các liệu pháp chung:
 - Các liệu pháp hoá dược
 - Các liệu pháp chuyên biệt.

b. Các liệu pháp tâm lý - xã hội:

Tác động lên nhân cách người bệnh, lên người bệnh với tư cách là một khách thể xã hội nhằm hồi phục năng lực của người bệnh, sớm đưa người bệnh trở lại với đời sống xã hội.

3. Những quan điểm tiến bộ về điều trị từ thế kỷ thứ XVIII - XIX:

Về phương diện điều trị bệnh tâm thần trong giai đoạn từ thế kỷ thứ XVIII đến nửa đầu thế kỷ thứ XIX đã đạt được nhiều tiến bộ có tính chất nhảy vọt với nhiều phương pháp phong phú rất khác nhau đã làm cho Tâm thần học thay đổi bộ mặt một cách cơ bản.

- Năm 1917, W.V.Jauregg đề xuất gây cơn sốt rét điều trị bệnh liệt tuần tiến do giang mai.
- Năm 1934, Sakel (Áo) dùng phương pháp sốc insuline.
- Năm 1935, V. Meduna (Hungari) gây cơn co giật bằng thuốc cardiazon.
- Năm 1938, U. Cerletti, L.Bini (Ý) gây cơn co giật bằng điện.

- Năm 1949, V.A. Giliarovsky dùng máy gõ nhịp gây ngủ.
- Ngoài ra còn có một số biện pháp khác được thực hiện để điều trị bệnh nhân tâm thần như Cloetta gây ngủ bằng thuốc.
- H. Laborit đề xuất phương pháp điều trị bệnh nhân tâm thần bằng đông miên kết hợp với liều thuốc cocktailique.

II. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ BỆNH TÂM THẦN

1. Liệu pháp hoá dược:

** Lịch sử nghiên cứu thuốc hướng tâm thần.*

- Từ thời xa xưa, ở Ấn Độ người ta đã biết sử dụng cây “rắn cắn” để chữa các chứng bệnh mất trí, mất ngủ, nghi bệnh.
- Vào năm 1582, Leonhard Rau wolfia - bác sĩ người Đức đã mô tả cây “rắn cắn” và gọi là rawolfia serpentina bentami. Ngoài tác dụng giảm đau, hạ huyết áp, thuốc này còn có tác dụng điều trị một số trạng thái hưng phấn tinh thần.
- Năm 1850, người ta sử dụng chloralhydrat chống các trạng thái kích động tâm thần.
- Năm 1903, veronal đã được sử dụng trong lâm sàng.
- Năm 1912, sử dụng phenobarbital để gây ngủ kéo dài.

Ở Việt Nam, dưới sự thống trị của chế độ phong kiến và thực dân các bệnh viện tâm thần hầu như không có, bệnh nhân tâm thần không được điều trị.

Theo các tài liệu của y học cổ truyền dân tộc, từ thế kỷ XVIII Hải Thượng Lãn Ông đã có những quan niệm bước đầu về các rối loạn chức năng tâm thần. Ông đã giải thích co giật động kinh là “âm thuộc thuỷ, thuỷ thuộc huyết, huyết sinh ra cơ nhục, khí huyết bị hư thì không có tác dụng vinh nhuận cho gân, xương do đó mà tay chân rời rạc” (trong Hải y cầu nguyên).

Hiện nay, tâm thần học nước ta đã kế thừa được di sản quý báu của ông cha và tiếp thu được những kiến thức hiện đại của tâm thần học thế giới. Chúng ta đã và đang áp dụng rộng rãi các thành tựu mà ngành tâm thần học thế giới đã đạt được trong các lĩnh vực nghiên cứu, điều trị và giảng dạy.

** Sự ra đời của các thuốc hướng tâm thần trong thế kỷ thứ XX.*

- Sự ra đời của thuốc an thần kinh đã đánh dấu một mốc son cho sự phát triển của kỷ nguyên mới các thuốc hướng tâm thần.

Năm 1949, Charpentier đã tổng hợp thành công chlorpromazin,

Năm 1952, các nhà tâm thần học pháp, J. Delay và J. Deniker, lần đầu tiên sử dụng chlorpromazin vào lâm sàng tâm thần cho kết quả tốt và đã mở ra một thời kỳ mới cho việc dùng thuốc chữa bệnh tâm thần như các bệnh nội khoa khác. Từ đó, người ta liên tiếp tổng hợp được nhiều loại thuốc hướng tâm thần khác nhau.

- Trên cơ sở tác dụng của thuốc hướng tâm thần, nhiều phương pháp điều trị khác nhau đã ra đời và phát huy tác dụng như: liệu pháp tâm lý, liệu pháp lao động và các liệu pháp tái thích ứng xã hội khác. Những liệu pháp này làm cho bệnh nhân tâm thần ngày càng được điều trị toàn diện hơn.

- Liệu pháp hoá được là một biện pháp chữa bệnh tâm thần, của P. Pinel được xem là cuộc cách mạng thứ hai. Nó đã làm thay đổi hẳn bộ mặt của tâm thần học.

- Liệu pháp hoá học được cho phép giảm số bệnh nhân nội trú, giảm số ngày nằm viện và đại đa số bệnh nhân có thể được điều trị ngoại trú với kết quả tốt.

- Liệu pháp hoá học đã thu hẹp phạm vi của liệu pháp sốc điện đến mức thấp nhất.

- Liệu pháp hoá dược đã cải thiện mối quan hệ thầy thuốc với bệnh nhân, bệnh nhân với bệnh nhân, bệnh nhân với gia đình, và cộng đồng. Nhờ đó, bệnh nhân tâm thần có thể được gia đình, cộng đồng, chấp nhận và dung nạp ngày càng nhiều hơn.

- Liệu pháp hoá dược đã thật sự làm giảm được sự đau khổ cho người bệnh tâm thần, duy trì được khả năng lao động, làm giảm được các hành vi nguy hại, đỡ được một phần gánh nặng cho gia đình và xã hội.

- Về kiến trúc bệnh viện tâm thần, hệ thống mở đã thay thế hệ thống kín, xoá bỏ ấn tượng bệnh viện tâm thần là nhà tù. Có thể xây dựng bệnh viện tâm thần ngay giữa thành phố nơi dân cư đông đúc, gần gũi với cộng đồng.

** Liệu pháp co giật bằng hoá dược:*

- Năm 1935 Meduna người Hungari dùng camphora 25% tiêm bắp thịt để gây co giật. Nhưng phương pháp này có nhược điểm là khó xác định được liều lượng, thời gian tiềm tàng khá lâu, có cơn co giật tái phát. Do đó, chẳng bao lâu biện pháp này đã được thay thế bằng cardiazon 10% x 4 - 6 ml tiêm tĩnh mạch nhanh (1ml trong thời gian/1 giây). Liều gây co giật trung bình là 5 - 6 ml.

- Esquibil (1958), dùng indoclon dạng khí có thể gây co giật.

Như vậy, rõ ràng là tác dụng của liệu pháp gây co giật chính là tác dụng của cơn co giật.

2. Liệu pháp sốc điện:

- Năm 1935, một bác sĩ người Ý là U. Cerletti tình cờ phát hiện tượng sốc điện ứng dụng để xử trí những trường hợp kích động tâm thần vận động.
- Năm 1938, cũng một bác sĩ người Ý là L. Bini nghiên cứu sáng chế ra máy sốc điện cơ bản gồm một bộ tạo ra các dòng xung điện gọi là bộ tạo xung Trigon.
- Sốc điện (electro - convulsive therapy - ECT). Về thực chất là đưa một dòng xung điện ngoại lai gây cộng hưởng với dòng điện não. Dòng điện này làm quá ngưỡng hoạt động của các tế bào thần kinh thùy trán hoặc thùy thái dương, tạo ra cơn co giật kiểu động kinh và một tình trạng hôn mê ngắn, xoá đi toàn bộ những chức năng hoạt động tâm thần được hình thành trong quá trình sống cũng như các rối loạn tâm thần được hình thành trong quá trình bị bệnh. Sau một liệu trình gây sốc thì chỉ có các chức năng hoạt động tâm thần bình thường được phục hồi trở lại vì đó là các định hình khó làm thay đổi được trong quá trình sống.
- Nhiều nhà tâm thần học cho rằng phải hạn chế sử dụng ECT, Lý do chính do việc sử dụng ECT không hợp lý, nó gây ra một cơn co giật, làm cho gia đình và bệnh nhân rất lo ngại, nhiều khi còn hoang mang, thiếu tin tưởng vào phương pháp điều trị này.
- Các tác giả đã dùng cura làm thuốc giãn cơ dự phòng gây xương. Năm 1951, succinylcholine (là loại thuốc giãn cơ ngắn) đã chính thức được sử dụng làm thuốc giãn cơ cho ECT.
- Năm 1957, indoklon đã xuất hiện như một thuốc mới làm giảm co giật.

3. Liệu pháp sốc insuline:

Năm 1935, một bác sĩ người Áo là Sakel khi điều trị bệnh đái tháo đường bằng insuline, đã nhận thấy người bệnh giảm cả trạng thái hưng phấn tâm thần. Từ đó, ông đã đi sâu vào nghiên cứu và áp dụng insuline còn có nhiều ý kiến khác nhau, nhất là về cơ chế tác dụng. Có một số giả thuyết về cơ chế tác dụng của insuline trong lâm sàng tâm thần như sau:

- Giả thuyết về phản ứng toàn thân: gây sốc là gây cho cơ thể một stress, bắt buộc cơ thể phải huy động các cơ chế tự vệ chống lại các stress đó đồng thời cũng điều chỉnh các rối loạn trong hoạt động tâm thần.
- Giả thuyết về sự tiêu tan và tái tạo: gây sốc là làm tiêu tan các yếu tố bệnh lý mới được hình thành, không bền vững, đồng thời tái tạo trở lại các chức năng tâm thần bình thường được hình thành trong quá trình sống đã bị lấn át trong khi bị rối loạn tâm thần.
- Giả thuyết về sự tăng tiết các hormone: gây sốc là tạo ra các yếu tố tác động đến vùng dưới đồi và tuyến yên, có tác dụng điều chỉnh hoạt động của toàn bộ các tuyến nội tiết trong cơ thể, làm tăng cường các yếu tố bảo vệ, qua đó làm tăng sự bảo vệ của tổ chức não, chống lại tác

động của các yếu tố bệnh lý. Insuline gây sốc là loại insuline tác dụng nhanh và đào thải nhanh, Insuline không có tác dụng trực tiếp lên tế bào thần kinh mà tác dụng điều trị chủ yếu của nó là tình trạng hôn mê do giảm glucose máu.

4. Liệu pháp bơm khí não:

- Năm 1918, một nhà phẫu thuật người Anh là Dandy đã đề xuất phương pháp chụp não bơm khí (pneumoencephalography). Phương pháp này nhanh chóng được áp dụng vào lâm sàng thần kinh - tâm thần với mục đích chẩn đoán bệnh.

- Năm 1926, Fischer nhận thấy phương pháp chụp não bơm khí còn có tác dụng điều trị một số trạng thái rối loạn tâm thần.

- Năm 1939, Paulian và chilimal đã đưa ra thuật ngữ "liệu pháp khí não" (pneumoencephalotherapy).

- Ở Việt Nam, từ năm 1964, khoa tâm thần - bệnh viện 103 đã áp dụng phương pháp này để điều trị cho một số trạng thái rối loạn tâm thần. Sau khi bơm không khí, ở bệnh nhân xuất hiện một loạt phản ứng tâm - sinh lý và thần kinh thực vật giống như hiện tượng "sốc". Do vậy bác sĩ Lê Hải Chi đề nghị dùng thuật ngữ "sốc không khí" (pneumoshock). Năm 1979, khoa Tâm thần - Bệnh viện 103 đã thống nhất gọi là "liệu pháp bơm khí não" (pneumoencephalotherapy).

Về cơ chế tác dụng: hiện nay chưa rõ ràng mà mới chỉ là những giả thuyết. Một trong những giả thuyết được nhiều người đồng ý là giả thuyết của Rey - Ardid. Theo giả thuyết này thì tác dụng của bơm khí não là:

+ Dẫn lưu các chất độc có chứa trong DNT.

+ Bóc tách các chỗ dính trong màng não và trong hệ thống não thất.

+ Kích thích tuyến yên và thông qua đó điều chỉnh lại hệ thống nội tiết trong cơ thể.

+ Với áp dụng không khí cao thì oxy có thể thấm qua hàng rào máu não, cải thiện thêm vào các tổ chức não bị thiếu oxy.

+ Kích thích các trung khu thực vật ở thành não thất và gian não nhất là vùng dưới đồi thị, điều chỉnh lại hoạt động của hệ thống thần kinh - thực vật, hệ thần kinh - nội tiết.

Thông qua 5 tác dụng trên mà bơm khí não có khả năng làm ổn định trở lại một số trạng thái rối loạn tâm thần.

5. Liệu pháp tâm lý:

Từ thời xa xưa, con người đã biết cách tác động lên tâm lý nhằm mục đích chữa bệnh. Nhưng trong một thời gian dài, liệu pháp tâm lý lại không được thừa nhận trong giới y học. Liệu pháp tâm lý (LPTL) chỉ thực sự phát triển từ cuối thế kỷ thứ XIX trở lại đây.

Cho đến nay, LPTL không chỉ dừng lại trong lĩnh vực tâm thần học mà nó còn thâm nhập vào tất cả các bộ môn lâm sàng khác.

Người ta đã thành lập các trung tâm liệu pháp tâm lý để tư vấn cho các hoạt động tâm lý - xã hội khác nhau như tư vấn về hôn nhân, gia đình, giáo dục con cái, người cao tuổi.

Hiện nay, ở nước ta chưa có bác sĩ chuyên khoa liệu pháp tâm lý và việc tổ chức các hoạt động TLLP cũng chưa được chú ý đúng mức.

Dù có sự khác nhau, song ở tất cả các nước đều có những yêu cầu cao, nghiêm ngặt về hành vi và đạo đức của người thực hiện LPTL, không được phép làm nặng thêm chấn thương tâm thần của bệnh nhân.

Một số liệu pháp tâm lý thường gặp như giải thích hợp lý, ám thị, thôi miên, tự ám thị, tâm lý nhóm, tâm lý gia đình, liệu pháp nghệ thuật, đã trở nên quen thuộc với các bác sĩ chuyên ngành tâm thần cũng như các bác sĩ đa khoa.

6. Liệu pháp phục hồi chức năng tâm thần:

Liệu pháp phục hồi chức năng tâm thần là một trong những liệu pháp vô cùng quan trọng trong tâm thần học cũng như trong các chuyên ngành y học lâm sàng khác. Đây là những liệu pháp nhằm phục hồi cả chức năng sức khoẻ thể chất lẫn chức năng sức khoẻ tinh thần và tâm lý cho người bệnh. Người bệnh có thể tham gia liệu pháp này một cách chủ động, tích cực hoặc tham gia một cách bị động. Hiệu quả của liệu pháp phụ thuộc rất nhiều vào điều kiện môi trường, vào kinh nghiệm của thầy thuốc, vào trang bị vật chất của mỗi cơ sở phục hồi chức năng và nhất là phụ thuộc vào tình trạng bệnh tật của người bệnh.

Liệu pháp phục hồi chức năng tâm thần gồm có nhiều loại, nhiều phương pháp như lao động liệu pháp, văn hoá liệu pháp, nghỉ ngơi và giải trí, tập luyện thân thể...

III. NHỮNG QUAN NIỆM MỚI TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH TÂM THẦN

Từ những năm 60, tâm thần học có một bước chuyển biến quan trọng về xây dựng mô hình tổ chức cứu chữa bệnh tâm thần và chăm sóc sức khoẻ tâm thần (CSSKTT) trên cơ sở lồng ghép với y tế cộng đồng.

Không xây dựng các bệnh viện tâm thần lớn và tập trung mà xây dựng các bệnh viện tâm thần cỡ nhỏ và trung bình 100 - 500 giường bệnh ở gần các khu vực dân cư.

Giải toả các cơ sở nội trú gò bó, đưa tối đa bệnh nhân tâm thần trở về với gia đình, giảm đường bệnh nội trú.

1. Khu vực tâm thần học:

Ở Pháp năm 1960 qui định khu vực tâm thần học, tương ứng với một khu vực địa lý và dân số là 67000 dân.

+ *Khu vực tâm thần học được xác định:*

- Về địa lý: là khu vực quản lý một số dân cư nhất định.
- Về bệnh tật: các bệnh tâm thần, nghiện rượu, nghiện ma túy.
- Về chính sách y tế: phát hiện sớm, phòng bệnh và chăm sóc sau khi ra viện.

+ *Thực hiện CSSKTT do nhiều bộ môn tham gia như bác sĩ tâm thần, cán bộ tâm lý lâm sàng, cán sự xã hội, y tá điều dưỡng bệnh tâm thần.*

+ *Mỗi đơn vị tâm thần có một khoa nội trú 50 giường tại một bệnh viện tâm thần gần nhất.*

+ *Xây dựng các khu vực tâm thần nhằm 3 mục đích:*

- Làm cho mọi công dân được chăm sóc có chất lượng ở gần nhà mình nhất.
 - Tránh việc nằm viện hay tái nhập viện bằng cách tích cực phòng bệnh và điều trị củng cố, duy trì kết quả điều trị sau đợt nằm viện.
 - Cải thiện các điều kiện nằm viện và nhất là chuyển các nhân viên canh giữ bệnh nhân thành những y tá làm việc chuyên môn.
- + Tương đương với 2 khu vực tâm thần chung lại có một khu vực tâm thần dành cho trẻ em.

2. Khu vực dịch tễ học:

- Được thành lập ở Mỹ năm 1963, quản lý một khu vực địa lý với 200.000 dân. Nhiệm vụ cũng tương tự như của khu vực tâm thần của Pháp.

- Đây là mô hình CSSKTT tiên tiến nhưng chỉ có thể áp dụng cho các nước kinh tế phát triển.

3. Về tổ chức mạng lưới CSSKTT trong nhà trường phổ thông:

- Theo tài liệu của nước Mỹ, các trường học đang nhận ra rằng: việc cộng tác với các ngành khác trong cộng đồng là cần thiết trong việc CSSKTT cho học sinh trong nhà trường.

- Người ta cũng đề nghị tăng cường các dịch vụ CSSKTT trong nhà trường và có thể tư nhân hoá các dịch vụ này.

- Có các cơ cấu của mô hình mạng lưới nêu ra như: đội CSSKTT gồm các thành viên như nhà trường, gia đình và cộng đồng.

a. Mô hình ở Australia:

+ Đã đưa ra những dự án quốc gia về một số khu vực nhà trường trong các cấp học ở những vùng nông thôn và thành phố khác nhau. Mục đích của dự án là gắn kết sự tiếp cận của nhà trường để tăng cường CSSKTT và phòng chống tự sát ở các trường PTTH.

+ Bên cạnh đó người ta cũng thiết kế chương trình sức khoẻ ở trường tiểu học và trung học cơ sở.

b. Mô hình ở Thái Lan:

+ Có hình thức hội CSSKTT học đường, bao gồm các thành phần tham gia:

- Bệnh viện: hoặc khoa tâm thần thanh - thiếu niên hoặc khoa tâm thần cộng đồng có nhiệm vụ giảng dạy, nghiên cứu và phục vụ học sinh ở các trường học.

- Nhà trường: gồm hiệu trưởng, giáo viên tham vấn và giáo viên trực tiếp hướng học sinh, đặc biệt là giáo viên giảng dạy cho các trẻ em có khuyết tật về tâm thần.

+ Về nhà trường, để thực hiện những công việc cụ thể cho CSSKTT, họ thành lập các đội công tác bao gồm giáo viên sư phạm, nhà Tâm thần học và cha mẹ học sinh.

43. TRỊ LIỆU ĐIỆN ẢNH

Liệu pháp điện ảnh (LPĐA) là một kỹ thuật trị liệu sáng tạo trong đó nhà trị liệu (NTL) dùng các bộ phim như một công cụ để trị liệu.

Theo Gary Solomon, LPĐA là việc dùng các bộ phim tạo lên các tác động tích cực đối với bệnh nhân ngoại trừ các rối loạn loạn thần.

Những người có thể thực hiện LPĐA bao gồm: bác sỹ tâm thần, cán bộ tâm lý, cán sự xã hội, y tá tâm thần, các nhà trị liệu nghệ thuật, các nhà giáo dục học.

Chủ đề có thể đề cập đến các tình huống giải quyết vấn đề, rối loạn stress sau sang chấn, trầm

cảm, các mối quan hệ, động cơ hay các nhu cầu của người bệnh. Sau mỗi 6 tuần bệnh nhân lại được đánh giá lại tình trạng bệnh lý.

LPĐA có thể được dùng trong trị liệu cá nhân, trị liệu gia đình hay trị liệu nhóm.

TS. Gary Solomon - cha đẻ của LPĐA cho rằng phim ảnh là hình mẫu của nghệ thuật bắt chước. Để bắt đầu trị liệu, việc đầu tiên chúng ta cần phải làm là phải tìm xem bộ phim nào phản ánh được những vấn đề bệnh nhân đang gặp phải.

TS. Birgit Woltz - nhà trị liệu tâm lý cho rằng nhiều người cảm thấy được giải tỏa qua việc xem phim hơn là trị liệu tâm lý. Phim ảnh có thể giải phóng ra những cảm xúc lành mạnh. Woltz đưa ra cơ sở sinh lý thần kinh về khóc và cười. Cười làm tăng hoạt động của hệ miễn dịch (các tế bào T, globulin miễn dịch A và G) và làm giảm các hooc-môn gây stress (thu hẹp các mạch máu và ức chế hoạt động hooc-môn epinephrine và dopamine). Khóc làm giải phóng các chất dẫn truyền thần kinh gây an dịu nỗi đau (Leucine-enkephaline là một trong những opiate tự nhiên của não bộ làm giảm đau, prolactin được giải phóng từ tuyến yên để đáp ứng với stress).

TS. Fuat Ulus - bác sỹ tâm thần đã xây dựng chương trình trị liệu điện ảnh theo nhóm. Chương trình 3 E:

- Entertainment - giải trí;
- Education - giáo dục;
- Empowerment - giao quyền.

Đầu tiên bệnh nhân xem phim, sau đó họ trao đổi với nhau về bộ phim, các nhân vật trong phim, rồi về những trải nghiệm của cá nhân tương tự như của nhân vật trong phim. Việc giao quyền được thực hiện qua các quá trình phóng chiếu (*projection*), đồng nhất hóa (*identification*) và nhập tâm (*introjection*). Trong quá trình phóng chiếu những suy nghĩ, cảm xúc và niềm tin của chúng ta hướng tới các sự kiện và nhân vật trong phim; tiếp đó đến quá trình đồng nhất hóa, chúng ta tiếp nhận hay chối bỏ, thích hay không thích một nhân vật nào đó trong phim; rồi đến quá trình cuối cùng là nhập tâm, chúng ta đem những trải nghiệm trong phim vào thế giới của chúng ta.

Theo Ulus, bệnh nhân dễ dàng nói về các nhân vật trong phim hơn là đối mặt trực tiếp với vấn đề của mình.

Hiệu quả tác động của liệu pháp điện ảnh

Phim ảnh đóng vai trò quan trọng trong việc hiểu được các suy nghĩ, niềm tin kém thích nghi và cấu trúc lại nhận thức.

Bệnh nhân khi xem xong phim có thể sẽ biết phải làm gì với vấn đề của mình. Những cảm xúc do bộ phim mang lại có thể làm động cơ thúc đẩy họ.

Các nhân vật trong phim thường cư xử theo cách khuyến khích đương đầu với thách thức.

Phim ảnh có thể tác động tốt đến 7 loại hình trí thông minh là logic (tình tiết), ngôn ngữ (lời thoại), trực quan-không gian (hình ảnh, màu sắc, biểu tượng), âm thanh (tiếng động và âm nhạc), liên cá nhân (cốt truyện), cảm giác vận động (chuyển động), nội tâm (hướng dẫn nội tâm).

Các bước thực hiện một buổi trị liệu bằng liệu pháp điện ảnh

LPĐA nhóm bao gồm 8-12 bệnh nhân, mỗi tuần 1 buổi, mỗi buổi 90 phút.

Bước 1: Hướng dẫn BN ngồi một cách thoải mái, chú ý đến cơ thể và hơi thở, thả lỏng các cơ.

Bước 2: Hướng dẫn BN điều hòa hơi thở nhịp nhàng, thả lỏng tâm trí, không để vướng bận điều gì trong đầu.

Bước 3: Hướng dẫn BN xem phim một cách thư giãn, chú ý đến bản thân và cốt truyện phim.

Bước 4: Sau khi BN xem phim xong đặt các câu hỏi:

- Bạn có thấy nhịp thở của mình thay đổi trong lúc xem phim không?
- Bộ phim có khiến bạn liên tưởng đến điều gì không?
- Trong bộ phim bạn thích điều gì và ghét điều gì?
- Có nhân vật hay tình tiết nào hấp dẫn hay không hấp dẫn không?
- Bạn có thấy mình giống với nhân vật nào không?

44. RỐI LOẠN TRẦM CẢM TÁI DIỄN

Ths. Nguyễn Doãn Phương

I. KHÁI NIỆM:

Rối loạn đặc trưng bởi lặp đi lặp lại những giai đoạn trầm cảm với các mức độ nhẹ, vừa, hoặc nặng và không có cơn hưng cảm nào trong tiền sử.

Thường có sự phục hồi hoàn toàn giữa các giai đoạn, nhưng một số ít bệnh nhân có thể phát triển thành trầm cảm dai dẳng, chủ yếu ở tuổi già.

II. CÁC THỂ RỐI LOẠN TRẦM CẢM TÁI DIỄN:

F33.0 Rối loạn trầm cảm tái diễn, hiện tại giai đoạn nhẹ.

F33.1 Rối loạn trầm cảm tái diễn, hiện tại giai đoạn vừa.

F33.2 Rối loạn trầm cảm tái diễn, hiện tại giai đoạn nặng không có các triệu chứng loạn thần.

F33.3 Rối loạn trầm cảm tái diễn, hiện tại giai đoạn nặng có các triệu chứng loạn thần.

F33.4 Rối loạn trầm cảm tái diễn, hiện tại thuyên giảm.

F33.8 Các rối loạn trầm cảm tái diễn khác.

F33.9 Rối loạn trầm cảm tái diễn, không biệt định.

III. Điều trị:

3.1. Hóa dược:

3.1.1. Các thuốc chống trầm cảm: dùng một trong những loại thuốc sau tùy theo từng trường hợp cụ thể

3.1.1.1. Các thuốc ức chế tái hấp thu có chọn lọc serotonin

- Fluoxetine (Prozac...) 20mg, liều trung bình 20mg/ngày

- Paroxetine (Deroxate...)

- Sertraline (Zoloft...)
- Fluvoxamine (Luvox, ...)
- Venlafaxine (Effexor, ...)

3.1.1.2. Các thuốc chống trầm cảm 3 vòng

- Amitriptylin (Elavil, Laroxyl, Endep...) 25mg, liều trung bình 50-100mg/ngày
- Clomipramine (Anafranil...) 25mg, liều trung bình 50-75mg/ngày
- Imipramine (Tofranil...)

3.1.1.3. Các thuốc tác động kép

- Mirtazapine (Remeron, ...) 30mg, liều trung bình 30mg/ngày

3.1.1.4. Các loại khác

- Tianeptine (Stablon)

3.1.2. Các thuốc giải lo âu: một trong các loại thuốc sau tùy theo mỗi trường hợp cụ thể

- Diazepam (Seduxen, Valium, Mekoluxen...) 5mg, liều trung bình 5-10mg/ngày
- Bromazepam (Lexomil...) 6mg, liều trung bình 3-6mg/ngày
- Clodiazepoxide (Librium...) 10mg, liều trung bình 5-10mg/ngày

3.1.3. Các thuốc chỉnh khí sắc: Chọn một trong các thuốc sau

- Depakin
- Tegretol: chú ý đề phòng dị ứng thuốc
- Muối Lithium: không dùng nếu như không định lượng được lithium trong máu

3.1.4. Các thuốc tăng cường cơ địa

Các loại vitamine nhóm B

3.2. Các phương pháp điều trị tâm lý:

- Liệu pháp nhận thức hành vi.
- Liệu pháp thư giãn luyện tập.
- Liệu pháp gia đình.

45. CÁC THUỐC CHỐNG TRẦM CẢM

TS. Nguyễn Kim Việt

Viện Sức khoẻ tâm thần Quốc gia, Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội

Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội

Tác dụng chung:

- Mỗi thuốc chống trầm cảm có tác dụng trên khoảng 65% các trường hợp trầm cảm không loạn thần.
- Tác dụng chủ yếu là chống trầm cảm, tăng khí sắc (nên còn được gọi là các thuốc chống trầm cảm - Antidepressants - CTC). Ngoài ra thuốc còn có tác dụng hoạt hoá tâm thần vận động (psychomotor activity).
- Các thuốc CTC không gây khoái cảm và kích thích. Thuốc chỉ có tác trên bệnh nhân trầm cảm mà không có tác dụng hoặc rất ít tác dụng trên người không bị trầm cảm.
- Tùy từng thuốc, còn có tác dụng điều trị các triệu chứng bệnh lý khác (do căng thẳng hoặc ức chế cảm xúc gây ra...): lo âu, hoang sợ, ám ảnh...
- Việc chọn lựa thuốc CTC cho mỗi cá thể cần dựa vào :
 - + Tác dụng phụ vốn rất khác nhau ở từng loại thuốc.
 - + Nguy cơ tác dụng tương hỗ giữa các thuốc.

- + Nguy cơ tự sát
- + Ưu thế tác dụng của thuốc.

A. Phân loại:

1. **MAOI** (Monoamino oxydase inhibitor): Iproniazide, niamide, Indopane... là các MAOI cổ điển (1952). Có 4 loại đang được dùng phổ biến ở Mỹ hiện nay là:

Selegiline

Tranylcypromine (Parnate)

Phenelzine (Nardil)

Marplan

Các chất chuyển hoá của MAOI cổ điển này khi kết hợp với một số thuốc hướng thần khác (Imipramin, reserpine, babilurate) và một số loại thức ăn giàu tyramin, giàu chất lên men, bia, rượu... sẽ gây ra nhiều tai biến (những cơn tăng huyết áp do tyramine ...). Do vậy hiện nay các thuốc này ít được sử dụng.

MAOIs mới (RIMAs): Brofaromine (Consonar); moclobemide (Aurorix) là loại thuốc ức chế có hồi phục (reversible inhibitor) men monoaminoxidase. Là loại có ít độc tính và đang bắt đầu được phổ biến rộng rãi.

2. Thuốc chống trầm cảm 3 vòng (Tricyclic Antidepressant) (1957).

-Loại có tác dụng yên dịu, giải lo âu: Amitriptiline, Elavil, Laroxyl, Triptizol...

-Loại chỉ có tác dụng hoạt hoá, kích thích mạnh: Melipramin, Imipramin, nortriptiline, tofranil.

-Loại trung gian (Anafranil) có tác dụng ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin song cấu trúc hoá học lại giống CTC 3 vòng .

3. Loại không 3 vòng , không IMAO.

-SSRI (Selective serotonin reuptake inhibitor)

-Mianserine (Athymil)

-Maprotiline (Ludiomil)

-Vilixazine (vivalan)

SSRI là loại thuốc chống trầm cảm mới (1984), bắt đầu sử dụng rộng rãi trên thế giới.

B. Cơ chế tác dụng của thuốc CTC

+ Các Monoamin não như Serotonine, Dopamine (DA) và catecholamine khác như Noradrenaline (NA) được coi là có vai trò quan trọng trong bệnh sinh các rối loạn trầm cảm. Khi luồng thần kinh truyền từ neuron này đến neuron khác, các amin não trong các túi tích trữ hoặc ngoài túi của neuron trước synapse được giải phóng vào khe synapse và đến gắn vào các vị trí tiếp nhận đặc hiệu của neuron sau synapse.

+ Ở khe synapse:

- 1 phần các amin não đó bị phá huỷ bởi COMT (Catechol - O - Methyl Transferase) (men chuyển hoá ngoài tế bào)

- 1 phần được tái hấp thu trở lại neuron trước synapse và bị khử hoạt tính bởi MAO (men chuyển

hoá trong tế bào).

+ Các thuốc MAOI: ức chế quá trình dị hoá bởi MAO của các amin bị tái hấp thu trở lại nơron trước synapse làm tăng lượng amin não giải phóng trở lại khe synapse dẫn đến tăng dẫn truyền thần kinh: tăng khí sắc...

+ Các thuốc CTC 3 vòng (TCA): Có tác dụng kìm hãm neuron trước synapse tái hấp thu các amin não từ khe synapse, do đó hàm lượng monoamin ở khe synapse tăng lên, tăng gắn với vị trí tiếp nhận ở nơron sau synapse ..., tăng khí sắc.

+SSRI: Có tác dụng ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin từ khe synapse.

+SNRI (Selective noradrenaline reuptake inhibitor) (1994) có tác dụng ức chế tái hấp thu chọn lọc noradrenaline.

+ Mianserin: là chất đối kháng α -adrenergic trước synapse và serotonergic sau synapse.

C. Chuyển hoá thuốc

1. MAOI mới: Sau khi uống (moclobemide) được hấp thu hoàn toàn qua đường tiêu hoá vào máu hoà tan trong mỡ và phân bố nhanh trong cơ thể, gắn với albumin với tỷ lệ rất thấp, nồng độ thuốc trong máu tăng dần trong tuần đầu điều trị và sau đó giữ mức ổn định - thuốc phát huy tác dụng sau 1 tuần.

Thuốc được chuyển hoá gần như hoàn toàn trước khi bài tiết ra ngoài cơ thể (chỉ khoảng 1% liều thuốc được bài tiết qua nước tiểu 1 cách nguyên dạng). Chuyển hoá chủ yếu bằng phản ứng oxy hoá, các sản phẩm chuyển hoá được bài tiết qua thận, chỉ có 1 trong các sản phẩm chuyển hoá là N - oxide là có tác dụng dược lý nhẹ. Thời gian bán huỷ của thuốc 1 - 2 giờ.

2. CTC 3 vòng:

+Tác dụng giống nhau, chỉ khác nhau về tác dụng phụ như gây ngủ, kháng cholinergic (khô miệng, mờ mắt, buồn nôn, hạ huyết áp khi thay đổi tư thế...)

+Hấp thu bằng đường uống nhanh, mạnh và hoàn toàn, sau 2 - 4 giờ đạt nồng độ tối đa trong máu.

+ Có ái lực mạnh với các mô có lưu lượng tuần hoàn cao như não, tim, gan, thận nên có thể dẫn đến tác dụng phụ cần được lưu ý là: rối loạn nhịp tim, block nhánh, đau ngực...

+ Chuyển hoá chủ yếu ở gan (một số chất chuyển hoá cũng có hoạt tính sinh học), thải trừ chủ yếu qua nước tiểu.

+ Thời gian bán huỷ tùy thuộc từng cá thể. Thông thường từ 15 - 30 giờ, với cùng một liều lượng, các cá thể khác nhau nồng độ thuốc trong máu 10 - 50 lần khác.

+Thời gian khởi đầu tác dụng 7 - 14 ngày.

3. SSRI: (Fluoxetine, Sertraline, Paroxetine) (viên - Liquid)

+Được hấp thu tốt bằng đường uống và hiệu quả tối đa đạt được sau 4 đến 8 giờ; nhìn chung, thức ăn không ảnh hưởng đến hấp thu thuốc.

+ Được chuyển hoá ở gan.

+ Fluoxetin có thời gian bán huỷ dài nhất 2 đến 3 ngày, chất chuyển hoá có hoạt tính của thuốc có thời gian bán huỷ 7 đến 9 ngày.

Các SSRI khác có thời gian bán huỷ ngắn hơn (khoảng 20 giờ) và không có chất chuyển hoá có hoạt tính rõ rệt.

+ Thời gian khởi đầu tác dụng các thuốc khoảng 1 tuần.

*** Mianserin**

- Là thuốc CTC 4 vòng

- Có tác dụng phụ

+ Kháng Cholinergic

+ Gây ngủ, yên dịu (sedative).

+ ít tác dụng độc hại tim mạch như CTC 3 vòng

+ Khi điều trị kéo dài cần đề phòng tác dụng giảm bạch cầu trung tính, cần làm xét nghiệm máu 3 tháng một lần.

- Nên bắt đầu bằng liều 40 mg uống buổi tối - tăng dần lên đến liều 100 - 120 mg/tối trong khoảng 1 tuần.

*** Venlafaxine: (1996) (Australit) (Serotonin - Noradrenalin Reuptake inhibitor)**

- Có cấu trúc và chức năng khác với các thuốc CTC khác.

- Được chỉ định để điều trị các trường hợp kháng với các CTC khác.

- Thời gian bán huỷ 5 giờ, thuốc cần được dùng 2 - 3 lần/ngày để có được nồng độ ổn định trong máu.

- Được chuyển hoá với men P450 11D6 cho một sản phẩm có hoạt tính .

- Ở liều thấp 75 mg/ngày, thuốc có tác dụng ức chế tái hấp thu Serotonin ở neuron tiền Synapse.

- Ở liều cao hơn (225mg/ngày) thuốc có tác dụng ức chế tái hấp thu Noradrenaline.

- Tác dụng phụ thường gặp nhất tương tự như SSRI, bao gồm: buồn nôn, rối loạn giấc ngủ (khó ngủ, mất ngủ). ở liều cao (225mg/ngày) cơ thể gây tăng huyết áp, vã mồ hôi, run, (tăng 2 mmHg với liều 225mg, tăng 7,5 mmHg ở liều 375 mg/ngày) không nên dùng phối hợp với MAO.

- Nên bắt đầu bằng liều 75mg rồi tăng dần lên đến 225 mg/ngày kết hợp đo huyết áp hàng ngày trong 2 tháng đầu.

D. Chỉ định điều trị

1. MAOI: Chỉ định tương tự như các thuốc CTC khác, đặc biệt là:

- Trạng thái trầm cảm không điển hình với các triệu chứng:

Lo âu (anxiety)

Ăn nhiều (Hyperphagia)

Ngủ nhiều (Hypersomnia)

Không có các triệu chứng thực vật

- Đặc biệt có hiệu quả trong điều trị:

Rối loạn hoảng sợ với ám ảnh sợ khoảng trống

Ám ảnh sợ xã hội ...

PTSD (rối loạn stress sau sang chấn)

Rối loạn ăn uống, đau...

Các MAOI cổ điển hiện ít dùng vì cần 1 chế độ ăn kiêng (Tyramine) và có nhiều độc tính. Hiện MAOI mới bắt đầu chứng minh tác dụng của nó nhất là với các trường hợp kháng thuốc.

2. CTC 3 vòng: Chỉ định trong các trường hợp sau:

- Các rối loạn trầm cảm (nội sinh, căn nguyên tâm lý, thực tổn....)
- Các rối loạn do căng thẳng cảm xúc: cơn hoảng sợ, lo âu, nghi bệnh, các rối loạn ám ảnh và ám ảnh sợ, hội chứng suy nhược...
- Các rối loạn khác: chán ăn tâm thần, rối loạn giấc ngủ, phóng tinh sớm, đái dầm và cơn hoảng sợ ban đêm ở trẻ em.
- Các bệnh thần kinh:

Chứng ngủ rũ

Đau đầu Migraine, sau chấn thương sọ não,...

Parkinson.

3. SSRIs (giống như CTC 3 vòng)

- Các rối loạn trầm cảm: Trầm cảm nặng (nhất là 1 giai đoạn trầm cảm trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực - fluoxetine)
- Rối loạn ám ảnh cưỡng bức (obsessive compulsive disorder)
- Ăn nhiều tâm căn (bulimia nevrosa), béo phì (obesity)
- Rối loạn khí sắc chu kỳ, rối loạn nhân cách ranh giới, rối loạn hoảng sợ.

E. Chống chỉ định:

* MAOIs cổ điển: - Không kết hợp với CTC 3 vòng & sốc điện.

- Tiền sử viêm gan, suy gan
- Nghiện rượu mãn tính
- Tăng huyết áp, suy thận
- Viêm dạ dày
- Có thai

* CTC 3 vòng: - Glacom góc đóng

- Viêm tuyến tiền liệt
- Bệnh nhịp tim
- Động kinh

- Không kết hợp với I.MAO

* MAOIs mới:

- Dị ứng thuốc
- Lú lẫn cấp

* SSRI: - Dị ứng thuốc

- Không phối hợp với MAOI

G. Thời gian cần thiết khi sử dụng thuốc CTC:

- Điều trị giai đoạn cấp: Nếu bệnh nhân đáp ứng với thuốc điều trị giai đoạn cấp cần tiếp tục duy trì với liều lượng như vậy từ 4 - 9 tháng để đề phòng tái phát.

- Điều trị duy trì: Cần cân nhắc dùng thuốc duy trì cho

+ Bệnh nhân đã có 3 giai đoạn trầm cảm trước đây (hoặc 2 giai đoạn trầm cảm nặng, có loạn thần...)

+ Có tiền sử gia đình về rối loạn cảm xúc hoặc trầm cảm tái diễn.

Những trường hợp này cần tiếp tục điều trị duy trì ít nhất 2 - 5 năm, nhiều trường hợp dùng thuốc suốt đời.

H. Hội chứng cai thuốc CTC (3 vòng, SSRI, venlafaxin...)

- Ở các bệnh nhân đang dùng thuốc CTC liều cao hay kéo dài.

- Triệu chứng gây khó chịu nhưng không nguy hiểm và mất đi sau vài ngày.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Đau bụng, khó chịu (abdominal pain, discomfort)

+ Buồn nôn, nôn (nauseas, vomit)

+ Đi lỏng (diarrhoea)

+ Mất ngủ (insomnia)

+ Đau đầu (light - headedness) chảy mũi (rhinorrhoea)

+ Hội chứng giống cúm (flu - like syndrome)

I. Liều lượng thuốc:

Có tính cá thể - phải thăm dò để tìm liều thích hợp cho từng bệnh nhân (giống như ATK)

1. MAOI:

- Chọn loại MAOI nào tùy Bác sĩ, tùy từng bệnh nhân, xong (Tranylcypromine (parname): có tác dụng mạnh hơn, khởi đầu tác dụng nhanh và nguy cơ viêm gan nhiễm độc ít hơn).

- Phenelzine (Nardil): - Bắt đầu liều 15mg/ ngày đầu

- Đạt liều 45 mg/tuần đầu tăng cuối tuần 15 mg

- Đạt liều 90mg/4 tuần

- Tranylcypromine , Isocacboxazid (Marplan):

+ Bắt đầu liều 10mg

+ Đạt liều 30mg/ tuần đầu

+ Liều tối đa: 40mg cho Tranylcypromine....

50mg cho Isocacboxazid...

- Moclobemide (viên 150mg): Liều bắt đầu: 300mg/ngày đầu chia 2 - 3 lần chỉnh liều cho hợp từng bệnh nhân trong khoảng 2 tuần có thể tăng liên đến 450mg/ngày hoặc 600mg/ngày nếu cần thuốc nên uống sau khi ăn và nên dùng vào buổi sáng.

2. CTC 3 vòng:

- Amitriptiline : Liều tối đa có thể đạt 200mg - 300mg/ngày

- Imipramin: Liều tối đa có thể đạt 200mg - 250mg/ngày

3. SSRI:

- Fluoxetine (Viên 10- 20mg giọt 20mg/5ml) với trầm cảm: Liều bắt đầu 20mg/ngày, nếu cần, liều tối đa có thể đạt sau 4 tuần là 80mg/ngày (có tác giả cho là liều 20mg/ngày cũng có tác dụng như liều cao).

- Paroxetine[®] với trầm cảm: Liều bắt đầu 20mg/ngày liều tối đa có thể đạt đến 50mg/ngày (tăng dần 10mg cho mỗi tuần) trong 3 tuần (viên 20 - 30mg).

- Sertraline (với trầm cảm): Liều bắt đầu 50mg/ ngày tăng dần 50mg/tuần, sau 3 tuần đạt 200mg/ngày (viên 10, 20mg).

J. Vấn đề không đáp ứng với các thuốc CTC

- Nguyên nhân phổ biến nhất là việc điều trị không đúng: Liều điều trị chưa đạt, thời gian điều trị chưa đủ (6 - 8 tuần)

- Cần xem lại:

+ Chẩn đoán trầm cảm có đúng không.

+ Các triệu chứng loạn thần có bị bỏ sót không

+ Bệnh nhân có tuân thủ điều trị hay không

+ Có các bệnh cơ thể hay toàn thân khác kèm theo không.

+ Có lạm dụng ma túy không...

- Thay sang thuốc CTC khác (loại khác) cần có thời gian thải trừ tùy từng loại thuốc.

- Tăng cường tác dụng thuốc CTC đang dùng bằng cách điều trị phối hợp thêm bằng:

+ Lithium (0,4 - 0,8mEq/l (cho CTC 3 vòng hoặc SSRI)

+ Valproate, carbamazepine

- Cân nhắc ECT.

K. Hội chứng Serotonine

- Thường là do phối hợp: MAOI + CTC 3vòng

SSRI - CTC 3 vòng

- Triệu chứng

+ Lú lẫn (confusion)

+ Kích động, bồn chồn (agitation, Restlessness)

+ Hưng cảm (hypomanie)

+ Giật cơ (Myoclonus)

+ Vã mồ hôi (Excess Sweating)

+ Run rẩy

+ Sốt cao

+ Chẩn đoán phân biệt với hội chứng an thần kinh ác tính (Neuroleptic Malignant Syndrome)

L. Theo dõi và đề phòng biến chứng:

1. MAOI:

- MAOI cổ điển:

- + Hiện ít dùng
- + Theo dõi viêm gan nhiễm độc
- + Cần chế độ ăn kiêng Tyramin, rượu, men.
- MAOI mới
- + Không dùng cho bệnh nhân trầm cảm kích động, vật vã hoặc phải phối hợp với thuốc bình thần: benzodiazepine.
- + Nếu bệnh nhân có tăng huyết áp nên tránh các thức ăn giàu Tyramine, có men, rượu...
- + Các triệu chứng có thể gặp (rối loạn giấc ngủ, chóng mặt, đau đầu, buồn nôn) tuy hiếm và mất đi nhanh chóng khi ngừng thuốc.

2. CTC 3 vòng:

- Có tác dụng kháng cholinergic: khô miệng, buồn nôn, co giật, nhìn mờ, táo bón, đái dầm, và rối loạn dẫn truyền thần kinh tim (phải theo dõi các biến đổi tim mạch cẩn thận trước điều trị, trong điều trị).
 - Thuốc phát huy tác dụng chậm sau 7 - 14 ngày, do đó trong thời gian đầu phải theo dõi bệnh nhân cẩn thận nhất là những bệnh nhân có ý tưởng và hành vi tự sát.
 - Một số thuốc có thể gây hoạt hoá, kích thích tâm thần vận động nên không dùng cho các bệnh nhân trầm cảm có kèm theo lo âu, kích động, hoang tưởng, co giật..... hoặc phải dùng phối hợp với thuốc ATK (Nozitan...) và bình thần (Benzodiazepine).
 - Đang dùng liều cao, kéo dài, cắt thuốc đột ngột có thể gây co giật.
- 3. SSRI (Fluoxetin được dùng phổ biến nhất trong các SSRI) các tác dụng phụ của Fluoxetine là:**
- Trên hệ TK trung ương: đau đầu, lo âu, mất ngủ, ngủ gà gật (drawsiness), run, chóng mặt.
 - Trên hệ thống tiêu hoá: Buồn nôn, nôn, đi lỏng, khô miệng, chán ăn, đau vùng thượng vị.
 - Các hiện tượng khác: - Vã mồ hôi nhiều, sút cân (5% trọng lượng cơ thể).
 - Mất khoái cảm (anorgasmia), xuất tinh chậm, bất lực sinh dục (ở 5% bệnh nhân được điều trị).
 - Ngộ độc quá liều: Kích động vật vã bất an, mất ngủ, run, nôn, tăng nhịp tim, co giật.

46. CÁC THUỐC AN THẦN KINH MỚI

TS. Nguyễn Kim Việt

Viện Sức khoẻ Tâm thần Quốc gia, Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội
 Phó chủ nhiệm Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội

I- Khái niệm và thuật ngữ

1. Neuroleptics (An thần kinh)

- Là thuật ngữ được 2 nhà tâm thần học người Pháp là Jean Delay và Pierre Deniker đưa ra từ đầu những năm 50
- Là thuật ngữ hàm ý nhấn mạnh tác động trên hoạt tính tâm thần vận động (Psychomotor activity).
- Vẫn được dùng phổ biến trong tâm thần học hiện nay.

2. Trên lâm sàng và y văn còn nhiều tên gọi khác nữa:

- Antipsychotic: Thuốc chống loạn thần
- Dopamine receptor antagonists: Thuốc đối vận receptor dopamin.
- Major tranquilizers: Thuốc bình thần mạnh
- Antischizophrenia: Thuốc chữa TTPL.
- Ataractics: Thuốc chống kích thích, náo động.

3. Nhận xét

- Các tên gọi này không phải là hoàn toàn đồng nghĩa với nhau (Reserpine có tác dụng chống loạn thần xong không phải là đối vận receptor D2 như các ATK khác mà là tăng giải phóng các túi dự trữ trên synapse trong đó có cả Dopamine).
- Lúc đầu thử nghiệm trên điều trị TTPL về sau thấy có tác dụng trên cả các trạng thái loạn thần cấp và mãn tính khác (TTPL, rối loạn cảm xúc loạn thần...)
- Major tranquilizers có thể nhầm lẫn với minor tranquilizers (thuốc bình thần - Benzodiazepin).
- Gần đây đã thấy rõ các thuốc có tác dụng điều trị TTPL và loạn thần không chỉ tác dụng trên hệ Dopamine mà còn tác dụng trên cả hệ Serotonine, Histamin, Muscarin đó chính là cơ sở để tạo ra các ATK mới.

4. Khái niệm về ATK "cũ" và "mới"

a) ATK cũ, cổ điển (Classical neuroleptics)

ATK truyền thống (Conventional neuroleptics)

ATK điển hình (Typical neuroleptics)

Là các ATK mà cơ chế tác động cơ bản là trên hệ Dopaminergic (có ái lực mạnh với receptor D2 sau synapse)

- Khi tác dụng trên receptor D2 ở vùng mesolimbic (trung não hồi viền) sẽ làm giảm lượng Dopamine qua synapse và có tác dụng điều trị các triệu chứng dương tính loạn thần trên lâm sàng.
- Khi tác dụng trên receptor D2 ở vùng (Nigrostriatal) nhân đen, thể vân ® tranh chỗ của Dopamine đi qua synapse sẽ gây ra các triệu chứng ngoại tháp (EPS, neurological side effects).
- Khi tác dụng trên receptor D2 ở vùng trung não - vỏ não (mesocortical pathway) sẽ làm giảm

lượng Dopamine ở vùng này do vậy không có tác dụng mà còn làm nặng thêm các triệu chứng âm tính (vùng vỏ não thùy trán phụ trách tác dụng cao cấp...).

+ Tác động trên receptor D2 trên hệ thống ụ - phễu.

(tuberoinfundibular pathway) ® làm giảm lượng Dopamine ở vùng này ® gây tăng tiết prolactin trong máu (hyperprolactinemia): gây vú to ở nam, chảy sữa rối loạn kinh nguyệt, giảm tình dục ở phụ nữ...

+ Trên thực tế lâm sàng qua 40 năm dùng ATK cổ điển thấy:

- ATK cũ có tác dụng trên 50 - 70% các bệnh nhân loạn thần
- Không có tác dụng với các triệu chứng âm tính của TTPL
- 20 - 25% các trường hợp là kháng thuốc hoặc không dung nạp điều trị
- Đặc biệt có rất nhiều tác dụng phụ về thần kinh (còn gọi là Neurological side effects, hay triệu chứng ngoại tháp) gồm: dystonie, akathisia, parkinsonism, tardive dyskinesia, neuroleptic malignant syndrome, sedation, lowered convulsive threshold...). (non neurological side effects: tụt huyết áp tư thế, dị ứng thuốc, viêm gan nhiễm độc, giảm mất bạch cầu, vú to, tăng cân, rối loạn, mất kinh, giảm tình dục...). (Vì tác dụng phụ thần kinh này mà được gọi là ATK điển hình).

b) ATK mới: - Thời gian? Thế hệ mới?

- Không điển hình (atypical neuroleptics)

- SDA (Serotonin - Dopamin Antagonists)

với các đặc tính (tiêu chuẩn):

- Ít hay không có nguy cơ gây ra các triệu chứng phụ thần kinh
- Ít gây tác dụng tăng bài tiết sữa
- Có cả tác dụng trên các triệu chứng dương tính và đặc biệt là các triệu chứng âm tính của TTPL
- Có ái lực mạnh trên hệ Serotonergic (receptor 5-HT₂) (mạnh hơn với thụ thể D₂ từ 6 - 10 lần). Ngoài ra còn có cả tác dụng trên các receptor Muscarinic (kháng cholinergic), Histaminergic (Sedation) và α -adrenergic (giảm mạnh hạ huyết áp)
- Các loại ATK không điển hình:

+ Clozapine

+ Risperidol

+ Olanzapine

+ Rimoxipride

Trong đó Clozapine và Risperidol là hai loại được nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng rộng rãi nhất.

II- Cơ chế tác động của các ATK mới

1. Bảng so sánh giữa ATK cũ và mới về cơ chế tác động trên synapse thần kinh:

2. Cơ chế giải thích các ưu việt của ATK mới:

- Bình thường Serotonin gắn vào thụ thể 5-HT₂ thì sẽ ức chế giải phóng Dopamin.

- ATK cổ điển có ái lực mạnh với D2 hơn 5-HT2 nên sẽ chen vào thụ thể D2 ở vùng thể vân làm cho Dopamin không gắn vào được ® gây ra các triệu chứng ngoại tháp.
- SDA có ái lực với 5-HT2 làm cho Serotonin không gắn vào được 5-HT2 nên không ức chế được giải phóng Dopamin, dẫn đến làm tăng gắn kết Dopamin vào D2 ở thể vân ® giảm triệu chứng ngoại tháp.
- Do tác dụng đối vận mạnh với 5-HT2 các SDA sẽ hoạt hoá vùng vỏ não, thủy trước trán làm tăng tiết Dopamin ở vùng này và do vậy có tác dụng điều trị các triệu chứng âm tính của TTPL.

III- Giới thiệu một số thuốc ATK mới

1. Clozapine (Leponex)



- Được tổng hợp từ 1960
 - Có tác dụng ưu tiên trên hệ Dopamin ở mesolimbic hơn là ở Striatum (thể vân) ® có tác dụng điều trị loạn thần
 - Có ái lực thấp với receptor D2 (bằng nghiên cứu PET người ta thấy nếu 80% các receptor D2 bị gắn với thuốc thì sẽ gây ra triệu chứng ngoại tháp. Với Clozapine chỉ cần 30 - 60% các receptor D2 bị gắn kết đã có hiệu lực điều trị tốt).
- ↳ Clozapine ít hoặc không có triệu chứng ngoại tháp.

- Là thuốc không gắn kết chọn lựa: nghĩa là còn có cả tác dụng trên D1 D4, 5-HT2 M và receptor a.
- Có ái lực cao với các receptor 5-HT2 ở vỏ não thùy trán ® có tác dụng tốt với các triệu chứng âm tính.
- + Có 2 giai đoạn thử nghiệm lâm sàng về hiệu quả và tính dung nạp của Clozapine
- Giai đoạn 1: được thử nghiệm ở nhiều trung tâm với số lượng lớn bệnh nhân TTPL ảo giác Paranoid và triệu chứng âm tính. Clozapine liều 150 - 400 mg/ngày thấy có tác dụng tương đương với ATK cũ (Chlorpromazine). Không thấy tác dụng ngoại tháp xong lại thường gặp: tăng thân nhiệt (hyperthermia) và tăng tiết nước bọt, có tác dụng gây ngủ ở liều 10 - 25 mg.
- + Trong năm 1975 nghiên cứu ở Finland thấy: 16/3200 bệnh nhân được điều trị bằng Clozapine bị mất bạch cầu hạt (agranulocytosis) và 4/2900 bệnh nhân điều trị bằng Clozapine ở Thụy Sĩ (Switzerland) bị mất bạch cầu hạt.
- + Ở Đức Clozapine được dùng phổ biến từ những năm 70 và thấy có tác dụng trên 70% các trường hợp TTPL kháng thuốc. Sau theo dõi 7,5 năm tỷ lệ tái phát giảm từ 35% còn 21% hàng năm, và 50% không bị tái phát trong thời gian điều trị.
- + Ở Sweden: theo dõi một quần thể bệnh nhân từ 1974 - 1978 cho thấy: 36% bỏ cuộc do không dung nạp. Trong số còn lại: 36% tiến bộ mức vừa, 43% tiến bộ rõ rệt, 39% trở lại được với công việc (hồi phục hoàn toàn). 10/96 bệnh nhân xuất hiện giảm bạch cầu trung tính neutropenia), không bệnh nhân nào có triệu chứng ngoại tháp.
- + Ở Mỹ: nghiên cứu của Kane và cộng sự trên 319 bệnh nhân TTPL kháng thuốc thấy 38% đáp ứng tốt khi được điều trị bằng Clozapine. Tác dụng phụ thường gặp là: buồn ngủ, sốt, tiết nước bọt (hypersalivation).
- Giai đoạn 2: Clozapine được tái dùng trở lại từ 1/1990 ở Anh, Mỹ, Đan Mạch... với một chế độ theo dõi chặt chẽ về máu (hàng tuần - trong 18 tháng đầu, hàng tháng - trong thời kỳ tiếp sau). Thực hành lâm sàng cho thấy:
 - + 1/3 các bệnh nhân kháng thuốc ATK cũ có kết quả tốt.
 - + 1/3 bệnh nhân có tiến bộ
 - + 1/3 không đáp ứng.

2. Risperidol (Risperdal): được giới thiệu năm 1985



- Thuộc nhóm Benzisoxazol
- Đã được thử nghiệm mù đôi, với số lượng lớn bệnh nhân ở 7 trung tâm nghiên cứu lớn trên thế giới so sánh với tác dụng của Haloperidol và Clozapine để đi đến nhận xét là:
- Có tác dụng trên cả triệu chứng dương tính và âm tính của TTPL vì có ái lực cao với cả receptor D2 và 5-HT2
- ↳ Các nghiên cứu cho thấy khoảng 50% các receptor cả D2 và 5-HT2 bị gắn kết ở liều Risperidol 1 mg/ngày. Sự gắn kết này giải thích triệu chứng akathisia hay xuất hiện ở liều này.
- + Các nghiên cứu cho thấy :
- Akathisia: 60 - 65% D2 gắn kết với thuốc ở thể vắn
- Tác dụng chống loạn thần: 65 - 80% D2 gắn thuốc ở hệ thống trung não - thùy viền
- Tất cả các triệu chứng ngoại tháp: >80% D2 bị gắn kết ở hệ thống nhân đen thể vắn.

- Risperidol còn có cả tác động trên các receptor khác như α adrenergic, Histaminergic...
- Risperidol có tác dụng chống loạn thần tốt hơn cả ở liều từ 6 - 8 mg/ngày. ở liều này:
 - + Không gây triệu chứng Parkinson
 - + Có thể gặp akathisia, dystonia.
- Liều 4 - 6 mg Risperidol tương đương liều 400 mg Clozapine.
- Các chỉ định hiện nay của Risperidol:
 - + Triệu chứng dương tính và âm tính của TTPL
 - + TTPL kháng thuốc hay không dung nạp ATK cũ
 - + Bệnh tự kỷ trẻ em
 - + Loạn thần trong sa sút trí tuệ (do không có tác dụng kháng cholinergic nên không ảnh hưởng đến trí nhớ người bệnh).
 - + Các rối loạn cảm xúc có loạn thần
 - + Một số trạng thái ám ảnh cưỡng bức (obsessive compulsive disorder - OCD)

3. Olanzapine (Zyprexa): Được giới thiệu năm 1996



Thành Phần: Olanzapine.

Chỉ Định: Điều trị tấn công & điều trị duy trì bệnh tâm thần phân liệt & các loạn thần khác mà có các biểu hiện rõ rệt của các triệu chứng dương tính &/hoặc âm tính. Hiệu quả đối với các triệu chứng của cảm xúc thứ phát thường đi kèm với tâm thần phân liệt & các rối loạn tương tự. Hiệu quả để duy trì tình trạng lâm sàng cải thiện khi tiếp tục điều trị bằng olanzapine ở những bệnh nhân đã có đáp ứng với lần điều trị đầu tiên.

Liều Dùng: Khởi đầu 10 mg/ngày 1 lần, không cần chú ý đến bữa ăn. Sau đó chỉnh liều theo tình trạng lâm sàng, thay đổi từ 5-20 mg/ngày. Suy thận, suy gan, ≥ 65 t.: khởi đầu 5 mg, cẩn thận khi tăng liều.

Chống Chỉ Định: Quá mẫn với thành phần thuốc. Nguy cơ glaucom góc hẹp. Bệnh đái tháo đường.

Thận Trọng: Cẩn thận khi dùng cho bệnh nhân bị phì đại tuyến tiền liệt, tắc ruột liệt, hoặc các tình trạng liên quan; bệnh nhân có số lượng bạch cầu &/hoặc bạch cầu trung tính thấp; tiền sử ức chế/ngộ độc tủy xương do thuốc, ức chế tủy xương do bệnh kèm theo, xạ trị liệu hoặc hoá trị liệu; bệnh nhân có tăng bạch cầu ái toan hoặc bệnh tăng sinh tủy xương hoặc có tiền sử động kinh. Ngưng thuốc khi có biểu hiện hội chứng an thần kinh ác tính hoặc khi sốt cao không rõ nguyên nhân. Cần giảm liều hoặc ngưng thuốc khi có loạn vận động muộn. Phụ nữ có thai: kinh nghiệm dùng hạn chế. Không nên cho con bú khi dùng thuốc. TT khi lái xe & vận hành máy móc vì olanzapine có thể gây ngủ.

Phản Ứng Có Hại: Thường gặp ($> 10\%$): buồn ngủ & tăng trọng. Ít gặp (1-10%): chóng mặt, tăng cảm giác ngon miệng, phù ngoại biên, hạ HA tư thế đứng, khô miệng, táo bón. Đôi khi: tăng bạch cầu ái toan không triệu chứng, tăng men gan thoáng qua.

Tương Tác Thuốc: Than hoạt, hút thuốc, carbamazepine. TT khi dùng với thuốc tác động trên TKTW khác & rượu. Dopamine.

4. Một số thuốc khác:



Quetiapine (Seroquel) - 1997



Ziprasidone (Geodon) - 2001



Aripiprazole (Abilify) - 2002



Paliperidone (Invega) - 2006



Blonanserin (Lonasen) - 2008 (là thuốc mới nhất hiện nay)

47. ĐIỀU TRỊ SA SÚT TRÍ TUỆ

I. KHÁI NIỆM

- Sa sút trí tuệ (SSTT) là một hội chứng do các bệnh lý thực tổn não, bao gồm sự suy giảm rõ rệt (thường là mãn tính và tiến triển) ở nhiều lĩnh vực hoạt động nhận thức, đặc biệt là trí nhớ, trong khi ý thức không bị rối loạn.
- SSTT là bệnh nặng nề nhất và khá phổ biến trong các rối loạn tâm thần ở người già.

II. LÂM SÀNG

Gồm 3 nhóm triệu chứng lâm sàng

1. Các triệu chứng suy giảm nhận thức:

- Suy giảm trí nhớ, với những đặc điểm riêng cho từng loại nguyên nhân gây SSTT (về tính xuất hiện, phạm vi rối loạn, tiến triển...).
- Rối loạn định hướng, đặc biệt là rối loạn định hướng thị giác - không gian ở các bệnh nhân do các bệnh thoái triển não...
- Rối loạn khả năng hiểu biết và đáp ứng ngôn ngữ (vong ngôn).

- Rối loạn tri giác: mất khả năng nhận biết các đồ vật và các đối tượng quen thuộc (vong tri, tri giác sai thực tại...).
- Ngày càng vụng về, khó khăn trong các thao tác nghề nghiệp, sử dụng các trang thiết bị làm việc, sinh hoạt..., dần mất khả năng thực hiện các công việc thường ngày và cả việc tự chăm sóc cá nhân (vong hành).
- Giảm khả năng tính toán, quản lý kinh tế trong gia đình, khó khăn lúng túng trong giao tiếp, giải quyết các đòi hỏi của công việc và cuộc sống hàng ngày.

2. Các triệu chứng loạn thần, rối loạn cảm xúc, hành vi và nhân cách:

- Các hoang tưởng với màu sắc lừa tuổi (bị thiệt hại về tiền của, ghen tuông...).
- Các ảo giác đặc biệt là ảo thị, tri giác sai thực tại.
- Trầm cảm chủ yếu biểu hiện bằng các triệu chứng cơ thể.
- Lo âu - kích động ngôn ngữ và hành vi: các cơn kêu khóc ban đêm, cơn đi lang thang, tấn công xâm phạm...

Các biến đổi này xuất hiện từng thời kỳ, nhất thời và không hệ thống.

- Các biến đổi về nhân cách: trẻ con hóa, vị kỷ, thô bạo...
- Các triệu chứng về thần kinh: tư thế dáng điệu kỳ dị, các cơn co giật, xuất hiện các phản xạ nguyên thủy...

3. Các triệu chứng bệnh dẫn đến SSTT: TBMMN, u não, Parkinson...

III. CÁC BIỂU HIỆN CẬN LÂM SÀNG

Các biểu hiện cận lâm sàng thường gặp:

- *Chẩn đoán hình ảnh:*
 - + Phát hiện các dấu hiệu tổn thương não trong TBMM, u não, chấn thương...
 - + Các biểu hiện teo não: Alzheimer, Parkinson...
- *Thử nghiệm tâm lý:* MMSE (điểm < 23; tốc độ giảm 3 điểm/năm).

IV. CHẨN ĐOÁN SSTT

Tiêu chuẩn (ICD.10 - DSM.4)

- Suy giảm trí nhớ.
- Có 1 trong các biểu hiện suy giảm nhận thức khác: vong ngôn, vong tri, vong hành hoặc giảm khả năng tư duy trừu tượng.
- Các triệu chứng này kéo dài ≥ 6 tháng và gây ảnh hưởng đáng kể đến các hoạt động nghề nghiệp, xã hội và gia đình.
- Các triệu chứng khác có thể có: loạn thần, rối loạn cảm xúc, hành vi, nhân cách...

V. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị thuốc:

* Điều trị suy giảm nhận thức: 5 loại thuốc tác động cholinergic đã được FDA chấp thuận:

- TacRin (cổ điển): 40 - 120 mg/ngày (chia 2 - 3 lần).
- Donepezil (Aricept): 5 - 10 mg/ngày.
- Galantamine (Reminyl): 12 - 24 mg/ngày.
- Memantine (Ebixa): 300 - 600 mg/ngày
- Rivastigmine (EXELON): 3 - 6 mg/ngày

Việc điều trị có thể duy trì: 4 tháng đến 5 năm tùy bệnh nhân cụ thể.

* Các thuốc khác:

- Gingko biloba: 120 - 140 mg/ngày.
- Selingeline 10 mg/ngày
- Nootropyl: 800 - 1200 mg/ngày.
- Kháng viêm không thuộc nhóm Steroid.
- Vitamin E: 200 - 800 đv/ngày.
- Vitamin B₁₂, B₆...
- Cerebrolysin: 10 - 20 ml/ngày
- Gliatilin.

* Điều trị các rối loạn tâm thần, hành vi:

- ATK mới: Olanzapine, Risperdal, Solian...
- Chỉnh khí sắc: Valproate, Carbamazepine...
- Chống trầm cảm: SSRI...

Liều lượng các thuốc này tùy thuộc từng bệnh nhân cụ thể với nguyên tắc ½ liều người trẻ.

- Thuốc nâng cao thể trạng.

48. CÁC LIỆU PHÁP TÂM LÝ

Cử nhân tâm lý **Đỗ Thị Thu Hồng**

Bệnh viện Tâm thần ban ngày Mai Hương

Ở Việt Nam trước quá trình đổi mới và quá trình đô thị hoá ngày càng gia tăng, sức ép của công việc, sức ép của những biến đổi xã hội tác động lên đời sống tình cảm của các cá nhân trong nhiều nhóm xã hội khác nhau có thể dẫn đến những biến đổi cảm xúc, sai lệch hành vi, biến đổi nhân cách, ảnh hưởng tới sức khoẻ tâm thần của con người. Việc trị liệu tâm lý ngày càng có vai trò quan trọng. Vậy trị liệu tâm lý là gì? Có những hình thức nào có thể được áp dụng trong trị liệu tâm lý?

Chúng ta có thể hiểu trị liệu tâm lý là sự điều trị các rối loạn cảm xúc, hành vi, nhân cách và tâm thần thông qua giao tiếp dùng ngôn ngữ hay phi ngôn ngữ với người bệnh. Trong thực hành trị liệu tâm lý có thể bao gồm cả việc chữa trị các rối loạn và giúp người bệnh cách thức giải quyết các vấn đề trong cuộc sống.

Khi bàn đến trị liệu tâm lý có một vấn đề chúng ta cần quan tâm là trị liệu tâm lý thường bị nhầm với tư vấn. Điều này gây khó khăn trong việc lựa chọn phương pháp can thiệp. Tư vấn khác với trị liệu tâm lý ở chỗ tư vấn là mối quan hệ và hoạt động mang tính chuyên môn mà trong đó nhà tư vấn giúp đối tượng hiểu và giải quyết việc điều chỉnh vấn đề, đưa ra lời khuyên, sự đánh giá, hay chỉ dẫn đối tượng cách đánh giá và kiểm soát bản thân. Trong công tác tư vấn nhà tư vấn thường đưa ra các phương án để đối tượng lựa chọn phương án hợp lý cho việc quyết định, đánh giá một vấn đề gì đó.

Trị liệu tâm lý có hiệu quả trong điều trị bệnh trầm cảm, lo âu, rối loạn ám ảnh cưỡng bức, rối loạn nhân cách và một số rối loạn tâm thần khác. Trị liệu tâm lý thường được sử dụng kết hợp với điều trị thuốc đối với bệnh tâm thần phân liệt và các rối loạn lưỡng cực. Trong nhiều trường

hợp, sự phối hợp trị liệu tâm lý với điều trị thuốc tỏ ra có hiệu quả. Thuốc chống trầm cảm có thể nâng trạng thái cảm xúc, giúp người bệnh tham gia tích cực hơn vào quá trình trị liệu và đưa đến kết quả tốt hơn.

Có nhiều trường phái tâm lý, mỗi trường phái có cách xây dựng cơ sở lý thuyết khác nhau và đưa ra phương pháp trị liệu tâm lý cũng rất khác nhau.

Một số liệu pháp tâm lý chính:

Liệu pháp phân tâm (phân tích tâm lý): cho rằng người ta mắc bệnh là do những xung đột giữa những nhu cầu, những mong muốn mang tính bản năng với khả năng thoả mãn những nhu cầu, mong muốn đó. Người bệnh không ý thức được những nguyên nhân này, nên nhiệm vụ của nhà trị liệu là bằng nghiệp vụ chuyên môn của mình phải phát hiện ra những dồn nén, tức là những nguyên nhân gây bệnh. Khi nguyên nhân được soi sáng trên bình diện ý thức (được giải toả), thì xung đột sẽ hết, người bệnh sẽ khỏi bệnh.

Liệu pháp hành vi: không chú trọng đến nguyên nhân, chỉ tập trung vào điều chỉnh những hành vi lệch lạc. Người bệnh chỉnh hành vi theo mẫu đúng, có sự hướng dẫn đánh giá của nhà trị liệu và chế độ thưởng phạt rõ ràng. Người bệnh nhận thức được hành vi cần phải điều chỉnh như thế nào.

Liệu pháp nhận thức: cho rằng những ý nghĩ sai lệch và không được tổ chức (những suy nghĩ này có ảnh hưởng đến cảm xúc và hành vi của người bệnh) là điểm chung cho tất cả các rối loạn tâm lý. Việc đánh giá hiện thực và làm giảm những suy nghĩ này tạo sự tiến bộ về cảm xúc và hành vi. Nhà trị liệu bằng nhiều cách khác nhau tìm kiếm việc tạo ra những thay đổi nhận thức - thay đổi hệ thống tư duy và niềm tin của người bệnh - trong trật tự - để cuối cùng đem đến sự thay đổi trong cảm xúc và hành vi.

Ngoài ra còn có các liệu pháp tâm lý khác dựa theo sự phối hợp các cách tiếp cận tâm lý (như trị liệu nhận thức hành vi), hay không dựa theo một cách tiếp cận điển hình nào. Các nhà trị liệu có thể học nhiều trường phái tâm lý khác nhau và họ lựa chọn những hoạt động trị liệu phù hợp của mỗi trường phái tùy theo bối cảnh trị liệu, đặc điểm tâm lý cá nhân người bệnh.

Các hình thức trị liệu:

Có nhiều cách phân chia các hình thức trị liệu dựa trên những tiêu chuẩn khác nhau:

- Theo sự ảnh hưởng của Liệu Pháp Tâm Lý lên người bệnh có các liệu pháp trực tiếp và gián tiếp.
- Theo số lượng người bệnh tham gia có liệu pháp cá nhân, liệu pháp nhóm (liệu pháp gia đình cũng được coi là liệu pháp nhóm)
- Theo tính chất điều trị có trị liệu bệnh sinh (giải quyết nguyên nhân), trị liệu triệu chứng (nhằm xoá bỏ một số triệu chứng)
- Theo mục đích điều trị (Điều chỉnh hành vi, củng cố hành vi)
- Theo dạng hoạt động: Trò chuyện, trò chơi, hành vi, nghệ thuật: vẽ, âm nhạc, tâm kịch

Một số hình thức trị liệu tâm lý đang được áp dụng tại Bệnh viện tâm thần ban ngày Mai Hương:

- *Trò chuyện, giải thích hợp lý*: Nhà chuyên môn trò chuyện với người bệnh, tìm hiểu những khó khăn của họ, tìm hiểu nguyên nhân gây bệnh, giúp người bệnh bộc lộ bản thân, và khi cần thiết dùng lời lẽ hợp lý, logic giải thích cho người bệnh về cơ chế bệnh của họ, hay giúp học điều chỉnh các mối quan hệ và điều chỉnh thái độ cho phù hợp với chuẩn mực.

- *Liệu pháp tâm lý cá nhân*: cán bộ chuyên môn trực tiếp với một người bệnh.

- *Liệu pháp tâm lý nhóm*: người bệnh được phân nhóm theo những tiêu chuẩn nhất định và nói chuyện theo những chủ đề có sẵn hay có thể theo chủ đề tự do. Trong nhóm, người bệnh có thể bộc lộ ý kiến của mình, tìm kiếm sự giúp đỡ và đồng cảm của nhóm. Sinh hoạt nhóm giúp bệnh nhân có khả năng bộc lộ cảm xúc, suy nghĩ của mình, họ cảm thấy yên tâm vì họ không phải là người duy nhất có các vấn đề, trở nên tự tin hơn, có khả năng tốt hơn trong việc ứng phó với những khó khăn trong cuộc sống.

- *Lao động liệu pháp*: người bệnh được tự mình làm ra các sản phẩm như may vá, làm nến... Trong công việc họ phải tập trung chú ý, phải suy nghĩ. Việc tự làm ra sản phẩm đem lại niềm vui và sự tự tin cho người bệnh, họ cảm thấy mình có giá trị hơn.

- *Âm nhạc trị liệu*: âm nhạc có tác động rất lớn tới cảm xúc con người. Việc nghe nhạc hay tự mình được tham gia vào các hoạt động âm nhạc giúp người bệnh thể hiện cảm xúc, cải thiện trạng thái cảm xúc. Âm nhạc trị liệu là một phương pháp chữa trị bền vững và hiệu quả đối với người có nhu cầu về tâm lý xã hội, tình cảm, nhận thức và giao tiếp. Các kết quả nghiên cứu và thực tiễn y khoa đã chứng minh hiệu quả của âm nhạc, thậm trí với cả những bệnh nhân không đáp ứng với những cách chữa trị khác.

- *Tâm kịch*: giúp cho sự phát triển nhân cách và hoàn thiện sự cân bằng giữa nhận thức, cảm xúc và hành vi.

- *Thở dưỡng sinh - Thư giãn*:

Thở dưỡng sinh: nhịp thở, trương lực cơ và cảm xúc có mối qua hệ qua lại với nhau (Khi chúng ta hoảng sợ, nhịp thở dồn dập ...). Kiểm soát nhịp thở sẽ giúp điều chỉnh trương lực cơ và cảm xúc.

Thư giãn là một cách nhằm đạt được sự thư giãn dựa trên sự tập trung chú ý thụ động và nhận thức của cơ thể vào những cảm nhận đặc biệt. Nó tỏ ra có hiệu quả với những rối loạn liên quan đến stress bao gồm lo âu, căng thẳng, mất ngủ Các bệnh nội khoa mãn tính từ bệnh đau nửa đầu, viêm ruột kết, hội chứng đường ruột dễ bị kích thích, tiểu đường, cao huyết áp cho đến các bệnh về tuyến giáp và một số bệnh khác cũng được cải thiện khi luyện tập thư giãn.

- *Thiền định*: Một môn khoa học tâm lý cổ truyền có hiệu quả trong trị liệu tâm lý và được các bác sỹ và nhà tâm lý bước đầu áp dụng tại bệnh viện. Chữ thiền định rất đa dạng trong nhiều định nghĩa. Trong tiếng Anh, từ này được sử dụng một cách thoải mái để chỉ đến việc suy nghĩ về một cái gì đó. Các từ điển định nghĩa là trầm tư mặc tưởng, luyện tập tâm thức trong sự trầm mặc, chuyển chú ý đến một chủ đề của sự trầm mặc; để suy nghĩ, suy tư và nghiền ngẫm. Bậc giác ngộ, đức Phật Gotama, sử dụng từ bhavana để diễn tả những thực tập về sự phát triển của tinh thần. Từ này được dịch đại khái là thiền định. Thiền nói về những thực tập đặc biệt cho

tinh thần, những phương thức chính xác để chú tâm và thanh tịnh tinh thần. Khi chúng ta sử dụng từ thiền định ở đây, chúng ta sử dụng từ này trong ý nghĩa chuyên mục này. Hầu hết trong các ngôn ngữ Ấn Độ, có những từ rất đặc biệt dành cho nhiều loại thực tập thiền khác nhau, bởi vì Ấn Độ có một truyền thống phong phú về thiền. Những từ như dhyana, japa, traataka, saadhandaa, vipassanaa, (vidarshanaa), bhaavanaa, v.v..., nói về những loại thực tập khác nhau. Nói chung, thiền là một thực tập về sự chú tâm của tinh thần về những đối tượng khác nhau. Bởi vì sự chú tâm của tinh thần là điều kiện trước hết cho bất cứ một nhiệm vụ nào, đó là một nhân tố rất quan trọng trong việc khám phá hiện tượng thân tâm. Sự chú tâm có thể thực hành với vô số đối tượng: mắt thấy, tai nghe, sự tưởng tượng, lời nói, v.v...

Thiền Vipassana là phương thuốc chữa bệnh phổ biến cho nỗi đau khổ chung. Nhưng điều này không có nghĩa là khoa tâm thần học không có chỗ đứng trong việc giúp đỡ nhân loại đang đau khổ. Đối với những người bệnh tâm thần, không có khả năng để theo học thiền Vipassana, một công việc hết sức tế nhị. Các bác sĩ chuyên môn về tâm thần học có thể giúp đỡ, làm giảm nỗi đau khổ của những người bệnh tâm thần. Ngoại trừ một nhóm nhỏ với các bệnh tâm thần quá nặng, thiền Vipassana rất hữu dụng cho tất cả mọi người.

49. ĐIỀU TRỊ BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT TẠI CỘNG ĐỒNG

TS. Phạm Đức Thịnh

Bệnh TTPL là 1 bệnh tâm thần nặng có khuynh hướng tiến triển mạn tính. Bệnh thường phát triển ở lứa tuổi trưởng thành (18 - 40 tuổi), ở cả nam và nữ và chiếm tỷ lệ từ 0,5 - 1% dân số. Phần lớn bệnh nhân điều trị tại gia đình và cộng đồng (98%) chỉ có số ít điều trị tại bệnh viện khi bệnh trầm trọng, cấp tính.

Điều trị bệnh TTPL ở cộng đồng bao gồm:

1. Phục hồi chức năng tâm lý xã hội
2. Phục hồi chức năng nghề nghiệp, lao động liệu pháp
3. Liệu pháp hoá dược

I- Phục hồi chức năng tâm lý xã hội

Như chúng ta biết bệnh nhân tâm thần thường bị xã hội mặc cảm, miệt thị, mọi người xa lánh, ít được tham gia các hoạt động xã hội cũng như các hoạt động nghề nghiệp. Nhưng phần lớn bệnh nhân tâm thần lại sống ở gia đình, ở cộng đồng xã hội. Chính vì vậy cần phải tuyên truyền giáo dục cho cộng đồng có thái độ đúng đắn đối với người bệnh như lời khuyến cáo của WHO

"Đừng gạt bỏ hãy chăm sóc", nhân ngày sức khoẻ tâm thần (7/4/2001).

+ Đối với cộng đồng, cơ quan:

Đó là những địa điểm bệnh nhân sinh sống, học tập hoặc công tác, mọi người cần phải thông cảm, thấu hiểu bệnh tật của bệnh nhân. Đặc biệt là bệnh tâm thần phân liệt để có thái độ cư xử đúng mức tránh gây căng thẳng về tâm lý cho bệnh nhân. Tạo điều kiện bố trí công việc phù hợp như lao động nghề nghiệp đơn giản, lao động chân tay hoặc lao động thông thường nhẹ nhàng mà người bệnh có thể làm được.

Tạo điều kiện cho bệnh nhân tham gia hội họp, các hoạt động văn hoá văn nghệ vui chơi giải trí trong cộng đồng.

Động viên khuyến khích họ khi làm tốt nhiệm vụ được phân công.

+ Đối với gia đình:

Gia đình phải thực sự là tổ ấm của mọi thành viên. Tạo không khí tình cảm thoải mái hài hoà trong gia đình, mọi người phải thực sự thông cảm hiểu biết nhau. Tránh gây căng thẳng, xích mích, to tiếng, tranh luận hoặc cãi nhau, hiểu lầm nhau... đó đều là những yếu tố thuận lợi (stress) để bệnh phát triển, tái phát.

Khi gia đình phát hiện các biểu hiện bất thường của một người trong gia đình cần phải đưa đi khám bệnh các thầy thuốc, tư vấn tâm lý đặc biệt các bác sĩ chuyên khoa. Phát hiện sớm, điều trị tích cực là phương châm chính của công tác chăm sóc sức khoẻ tâm thần tại cộng đồng.

Gia đình quản lý thuốc và cho bệnh nhân uống theo đúng qui định của bác sĩ chuyên khoa để tránh tái phát bệnh và duy trì cuộc sống bình thường của bệnh nhân. Không tự ý ngừng thuốc.

Gia đình thường xuyên thông tin chính xác, đúng sự thật cho các bác sĩ về biểu hiện bất thường của bệnh nhân và những tiến triển tốt.

Tránh điều trị bằng các phương pháp chưa rõ công năng tác dụng như mê tín, cúng bái, các cây thuốc lá v.v...

+ Đối với bệnh nhân:

Giải thích cho họ hiểu tình trạng bệnh tật, những điều cần biết về bệnh TTPL. Hiểu rõ việc cần thiết phải duy trì uống thuốc đều đặn và thực hiện theo lời khuyên của thầy thuốc. Tránh mọi stress về tâm lý trong cuộc sống hàng ngày. Tham gia tập luyện, rèn luyện sức khoẻ và các chế độ thời gian làm việc thích hợp. Tránh thức khuya hoặc suy nghĩ bi quan, chán nản về bệnh. Trường hợp cảm thấy không bình thường cần phải đến bác sĩ thăm khám để điều chỉnh liều lượng thuốc hoặc thay đổi thuốc.

II- Phục hồi chức năng nghề nghiệp - Lao động liệu pháp

Đây là phương pháp cần có sự quan tâm của cộng đồng xã hội, gia đình và bản thân.

Trước tiên phải duy trì nề nếp sinh hoạt hàng ngày trong gia đình, cơ quan và đặc biệt nếp sống cá nhân: ăn, ngủ và các vệ sinh cá nhân điều độ, tự giác thực hiện. Mọi người nhắc nhở để đảm bảo các hoạt động đều đặn thường xuyên.

- Bệnh nhân tự giác tham gia các hoạt động gia đình: dọn dẹp nhà cửa, thổi cơm, quét nhà, dọn vườn v.v...

- Tham gia các lao động chân tay trong gia đình; lao động sản xuất nông nghiệp, tăng gia sản xuất, các dịch vụ nhỏ hoặc các công việc đơn giản của cơ quan.

Trường hợp bệnh nhân ổn định tốt cần tham gia các công việc nghề nghiệp trước đây đã làm hoặc giảm bớt một phần khối lượng công việc.

Như chúng ta biết lao động sản xuất ra của cải vật chất đồng thời lao động cũng cải tạo con người làm cho con người hoàn thiện hơn. Chính vì vậy lao động là vinh quang là nghĩa vụ thiêng liêng của mỗi công dân.

50. LIỆU PHÁP ÂM NHẠC ĐIỀU TRỊ TÂM THẦN

Âm nhạc là một trong những nhu cầu không thể thiếu trong đời sống chúng ta. Nó giúp con người cảm thấy yêu đời, gần gũi nhau thêm và mang lại sự cân bằng về tâm sinh lý hơn.

Ngoài việc hưởng thụ về mặt cảm xúc, ít ai hiểu rằng âm nhạc có công dụng trong việc điều trị một số bệnh lý phổ biến ở con người, đặc biệt là những căn bệnh thiên về phương diện tinh thần.

Ngay cả những người đang khỏe mạnh cả về thể chất lẫn tinh thần vẫn cần đến âm nhạc nhằm giúp giảm thiểu những căng thẳng. Nghe đánh nhịp theo tiếng nhạc có khả năng giúp cơ thể hoàn toàn thư giãn. Hơn thế, âm nhạc còn kích thích những hoạt động về thể chất, mang lại cảm giác phấn chấn. Điều này lý giải tại sao khi thưởng thức âm nhạc, nhiều người có khuynh hướng làm việc bền bỉ và hăng hái hơn.

Công dụng của liệu pháp âm nhạc

Nghiên cứu cho biết, việc sử dụng âm nhạc trong trị bệnh luôn mang lại kết quả khả quan cho người lớn, trẻ đang độ tuổi trưởng thành và cả trẻ em. Liệu pháp này giúp bệnh nhân có thể bộc lộ cảm xúc, khống chế và giảm căng thẳng, tăng cường sức khỏe về mặt tinh thần, gia tăng khả năng tái phục hồi cơ thể sau thời gian điều trị bệnh cũng như hỗ trợ một cách tích cực cho quá trình giao tiếp.

Liệu pháp âm nhạc có thể vận dụng đối với những người kém phát triển về tâm thần, mất khả năng học hỏi... để giúp họ vượt qua những trở ngại trong việc hấp thu những điều mới, góp phần hỗ trợ cho các bệnh nhân mắc chứng giảm trí nhớ, nhất là ở người cao tuổi, cũng như các bệnh lý khác có liên quan đến trí nhớ, những người phải đối mặt với những căn bệnh đau đớn về thể xác dù mãn tính hoặc cấp tính, người bị tổn thương não bộ, người bị chứng căng cơ, người nghiện rượu v.v...

Trường hợp phụ nữ trong quá trình sinh nở, liệu pháp âm nhạc còn giúp giảm những cơn đau trong quá trình chuyển dạ. Trong quá trình điều trị, âm nhạc còn có tác dụng khuyến khích người bệnh vận động nhiều hơn cũng như giúp họ giảm căng thẳng và thư giãn.

Hiện nay, một số bệnh viện tiên tiến trên thế giới còn vận dụng liệu pháp âm nhạc để giúp bệnh nhân cải thiện tâm trạng, chống suy nhược cơ thể. Tại một số trường học dành cho trẻ em khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, âm nhạc còn đóng vai trò tích cực trong việc giúp các em phục hồi một số chức năng nhất định, cải thiện kỹ năng giao tiếp và tăng cường các hoạt động về mặt thể chất.

Hơn thế, âm nhạc còn có tác động một cách tích cực đến trí thông minh, nhất là ở trẻ em. Bộ não của trẻ em có khuynh hướng phát triển từ những kinh nghiệm trong cuộc sống hàng ngày và sự tiếp thu của não bộ.

Năm giác quan của trẻ có thể kích thích những tế bào chuyển tiếp của não bộ (còn gọi là những khớp

thần kinh) và tạo ra hàng triệu những tế bào này. Khi chúng xuất hiện càng nhiều, trẻ sẽ càng trở nên thông minh hơn. Nghiên cứu cho biết, một trong những tác động về thính giác bằng cách nghe nhạc trẻ còn có khả năng tập trung vào việc học tập của trẻ.

Âm nhạc còn giúp giảm thiểu những căng thẳng về tinh thần có nguy cơ gây tổn thương cho não bộ của trẻ. Việc cho trẻ học sử dụng một nhạc cụ nào đó cũng sẽ tác động đến tốc độ suy nghĩ và ý niệm về không gian lẫn thời gian một cách hoàn hảo hơn, nhất là về bộ môn toán học.

Âm nhạc và giai điệu dưới nhiều hình thức khác nhau là một phần không thể thiếu trong đời sống của trẻ thơ. Với trẻ thơ, âm nhạc có sức mạnh thật kỳ diệu. Nó giúp một đứa trẻ nhút nhát, rụt rè trở nên mạnh dạn và tự tin hơn hoặc biến một đứa trẻ ngỗ nghịch trở thành một đứa trẻ trầm tính hơn.

Qua một bài hát, trẻ có thể tiếp nhận thêm nhiều vốn từ mới, khái niệm mới, tên gọi của một số loài vật, màu sắc, cây cỏ, vật dụng... Những khái niệm mang tính trừu tượng đối với trẻ như yêu chuộng hoà bình và tự do, tình cảm gia đình, lòng yêu đất nước... Có thể giúp trẻ cảm thụ một cách dễ dàng hơn, nhờ có âm nhạc.

Điều trị bằng liệu pháp âm nhạc

Đây là liệu pháp đặc biệt kết hợp sử dụng âm nhạc để mang lại sự cân bằng và giúp con người vượt qua những bất ổn về tinh thần, thể chất, xã hội và nhận thức. Nguyên tắc điều trị cần được thực hiện theo sự hướng dẫn của các nhà liệu pháp chuyên về lĩnh vực này.

Đầu tiên, nhà liệu pháp sẽ lập ra một bảng theo dõi tổng thể về tình trạng tâm lý và thể chất của người bệnh để tìm hiểu rõ những hoạt động của bệnh nhân trong xã hội, các kỹ năng nhận thức và khả năng giao tiếp của bệnh nhân với cộng đồng... Sau đó, nhà liệu pháp sẽ quyết định chọn loại nhạc lý nào cũng như thời gian điều trị cho từng bệnh nhân.

Theo một số ý kiến, để áp dụng liệu pháp điều trị này cần phải có năng khiếu về âm nhạc hoặc chỉ có một số nhạc lý mới có khả năng vận dụng trong việc điều trị. Điều này hoàn toàn sai lạc vì thực tế cho thấy, tất cả loại nhạc đều có khả năng hỗ trợ hiệu quả trong quá trình điều trị của bệnh nhân. Việc chọn loại nhạc nào trong thời gian điều trị cần tùy thuộc vào sở thích của từng bệnh nhân, tình trạng bệnh lý và mục đích điều trị của họ.

Qui trình điều trị có thể bao gồm nhiều liệu pháp âm nhạc khác nhau. Trong số đó, bệnh nhân có thể được nghe nhạc, sáng tác nhạc phẩm, biểu diễn ca khúc, thảo luận về ca từ và cuối cùng sẽ học cách thưởng thức âm nhạc.

Bạn sẽ chọn cho mình loại nhạc nào?

- Khi bạn cảm thấy mỏi ở lưng hoặc đau đầu đó, hãy chọn thể loại nhạc jazz. Với những người mắc tính viêm khớp mạn tính, khi nghe loại nhạc jazz mỗi ngày giúp giảm thiểu cơn đau khoảng 20%. Chính nhạc jazz đã góp phần kích hoạt não bộ tiết ra chất endorphin, hóa chất có khả năng làm giảm những cơn đau nhức.

- Khi bạn cảm thấy lo lắng, hãy chọn thể loại nhạc có giai điệu chậm rãi. Khi bạn lắng nghe và cảm nhận những âm thanh có giai điệu nhẹ nhàng, chậm rãi sẽ giúp huyết áp giảm, nhịp thở ổn định và điều hòa hơn. Từ đó, bạn sẽ có cảm giác thư giãn và mọi lo lắng hầu như không còn nữa.

- Khi cần kích hoạt trí não, hãy chọn thể loại nhạc cổ điển. Những loại nhạc cổ điển như của Mozart có tác dụng kích hoạt não bộ, tăng cường trí nhớ và cải thiện chỉ số thông minh.

Tuy các nghiên cứu vẫn chưa lý giải nguyên nhân của tiết tấu, nhịp điệu của thể loại cổ điển tương tự như các tiết tấu hiện đại, nhưng kết quả mang lại cho chúng ta thì khác nhau. Trẻ sơ sinh thường được khuyến khích nghe loại nhạc này.

- Khi cần tăng hiệu quả của các bài tập thể dục, hãy chọn thể loại nhạc khiêu vũ. Những loại nhạc có tiết tấu, dồn dập có tác dụng một cách mạnh mẽ như chất caffeine, giúp kích thích não bộ tiết ra chất adrenaline một cách nhanh chóng và mang lại cảm giác hưng phấn trong khi tập luyện.

Hơn thế, nếu bạn thực hành tập luyện trên máy chạy bộ, khi nghe nhạc sẽ không cảm thấy mệt mỏi mà còn tập luyện dai sức hơn so với những người khác không nghe nhạc.

- Muốn vui vẻ và hạnh phúc hơn, hãy chọn thể loại nhạc tình cảm. Nếu bạn đang ở trong tâm trạng u sầu hãy mở to âm thanh của những bản nhạc tình ca. Những ca từ chứa chan tình cảm này có tác dụng liên kết con người lại với nhau và làm dịu đi những cảm xúc, mang lại những tình cảm ấm áp thật diệu kỳ.

- Muốn giải quyết vấn đề tốt hơn, hãy chọn thể loại nhạc rock'n roll. Khi bạn phải đối diện với những vấn đề nan giải và hóc búa, hãy thư giãn bằng một điệu nhạc rock'n roll, nó sẽ giúp cải thiện tình hình và giúp bạn tìm ra lối thoát của vấn đề.

51. TÂM LÝ LIỆU PHÁP

Ai trong chúng ta cũng đều biết đến hình ảnh một bệnh nhân tâm thần đang nằm dài trên ghế sofa kể chuyện đời mình để bác sĩ phân tích và tìm cách chữa bệnh.

Hình ảnh này lúc đầu du nhập vào tâm trí những người Việt bằng phim ảnh Tây phương nhưng bây giờ không còn mới mẻ gì đối với người Việt nữa vì con số bệnh nhân tâm thần người Việt hiện nay rất đông và có nhiều người đã từng được chữa trị như vậy. Tuy nhiên, ý niệm về bệnh tâm thần cũng như tâm lý trị liệu vẫn còn khá xa lạ đối với chúng ta. Xin thử tìm hiểu về cách trị liệu này để biết rõ hơn về một phương cách chữa bệnh tâm thần.

Tâm lý trị liệu là chữ dùng cho một cách trị bệnh tâm thần bằng cách nói chuyện về tình trạng bệnh và những vấn đề liên hệ của mình với một bác sĩ tâm lý. Qua những lần nói chuyện như vậy, bệnh nhân tìm biết về nguyên nhân bệnh của mình và hiểu rõ hơn về nó. Bệnh nhân cũng có thể hiểu được về những ý tưởng cũng như những cách cư xử đã gây nhiều khó khăn cho họ để có thể thay đổi; có thể dò tìm về những mối liên hệ giữa mình với người khác và những kinh nghiệm sống; tìm cách thay đổi cho tốt đẹp và để giải quyết vấn đề; và đặt ra những mục đích nhằm hiện thực cho tương lai. Tâm lý trị liệu có thể giúp bệnh nhân tìm lại được niềm vui và nắm vững đời sống của mình, làm mất đi những triệu chứng của bệnh tâm thần như cảm giác vô vọng và sự giận dữ. Có nhiều cách tâm lý trị liệu. Nếu có thắc mắc về tâm lý trị liệu, bệnh nhân nên hỏi bác sĩ của mình để hiểu rõ ràng hơn.

Trị liệu bao lâu?

Tâm lý trị liệu có thể ngắn hạn, chỉ vài lần gặp bác sĩ trong vòng vài tuần hoặc có thể phải gặp bác sĩ nhiều lần trong một thời gian dài, có khi vài năm. Bệnh nhân có thể gặp bác sĩ một mình,

cùng với người phối ngẫu, với cả gia đình hay nguyên một nhóm.

Nhiều khi tâm lý trị liệu được phối hợp với những cách chữa trị khác như thuốc chẳng hạn. Điều này tùy thuộc vào loại bệnh, thời gian bệnh nhân đã bệnh bao lâu, những bệnh khác đi kèm theo, những cách chữa trị đã dùng qua hoặc cả sự tốn kém hay tùy theo bảo hiểm của bệnh nhân nữa. Bệnh nhân nên bàn với bác sĩ xem cách nào thích hợp nhất cho mình.

Những loại tâm lý trị liệu

Thường có những loại như sau

Liệu pháp hành vi (behavior therapy)

Cách này chú trọng đến việc làm sao thay đổi những thói tật cư xử đã gây ra vấn đề. Bác sĩ thường dùng một hệ thống tạm gọi là “khen thưởng”, nêu rõ và khen ngợi khi có cách cư xử tốt và cách “làm giảm bớt ảnh hưởng” (desensitization). Cách làm giảm bớt ảnh hưởng là cách cho đối đầu với chính cái đã gây ra lo lắng, sợ hãi, khó chịu để vượt qua được những điều ấy. Thí dụ nếu bệnh nhân sợ nhiễm vi trùng và rửa tay suốt ngày, họ sẽ được “huấn luyện” làm sao để ngưng được việc rửa tay quá nhiều này.

Liệu pháp nhận thức (cognitive therapy)

Loại chữa trị này giúp bệnh nhân nhận diện và sửa đổi những cách suy nghĩ bị méo mó khiến đưa đến những cảm giác và cách cư xử gây ra vấn đề, tự làm giảm giá trị và tự phá hủy mình. Lối trị liệu này dựa trên nhận định rằng cách mình nhận thức về những kinh nghiệm trong đời sống sẽ ảnh hưởng đến cách mình cảm xúc và cư xử. Nếu bạn bị bệnh buồn chán chẳng hạn, bạn sẽ cảm nhận về chính bạn và cuộc sống của bạn một cách tiêu cực, điều này khiến bạn càng buồn chán hơn. Lối trị liệu này cũng chú trọng vào vấn đề hiện có của bệnh nhân để làm giảm bớt triệu chứng của bệnh thay vì chỉ dựa trên những chuyện đã qua hay còn nằm bên dưới. Tuy nhiên, khác với lối trị liệu về cách cư xử, những kinh nghiệm sống của bệnh nhân là một phần quan trọng trong việc chữa trị.

Kết hợp liệu pháp nhận thức - hành vi (Cognitive Behavioral Therapy - CBT)

Lối trị liệu này kết hợp cả cách chữa trị nhận thức và cư xử để nhận diện được những tin tưởng

và thái độ không lành mạnh, tiêu cực và thay thế bằng những tin tưởng lành mạnh và tích cực. Cách này dựa trên nhận định rằng chính những tư tưởng của bạn, không phải người hay hoàn cảnh chung quanh, làm cho bạn cư xử như vậy. Ngay cả khi một hoàn cảnh mà bạn không thích không thay đổi được, bạn vẫn có thể thay đổi lối suy nghĩ và cư xử một cách tích cực hơn.

Chữa trị bằng nghệ thuật sáng tạo

Cách chữa trị này dùng sự sáng tạo để giúp những bệnh nhân không thể tự diễn tả cảm nghĩ và ý tưởng của mình được. Nghệ thuật sáng tạo có thể giúp bạn tăng sự tự nhận thức, đối phó với những triệu chứng và những kinh nghiệm đau thương và đưa đến những thay đổi tích cực (positive). Những lối chữa trị này gồm có: vẽ, nhảy múa, diễn kịch, âm nhạc, ngay cả làm đồ gốm nữa.

Chữa trị bằng biện chứng

Cách này, như tên của nó, được nghĩ ra từ “biện chứng pháp” của triết học. Những ý tưởng có vẻ như “chống đối” nhau được đưa ra phân tích và cuối cùng đưa đến một giải pháp. Thí dụ như bệnh nhân có thể tập chấp nhận mình là ai trong lúc cố gắng thay đổi tư tưởng và cách cư xử của mình. Cách chữa trị này có mục tiêu chính là dạy cách cư xử cho bệnh nhân để giúp họ chịu đựng được stress; kiểm soát được những cảm xúc của họ; và làm quan hệ với những người chung quanh họ được tốt đẹp hơn. Cách này được dùng cho những người bị những rối loạn về cá tính và thường có ý định tự tử. Hiện nay nó cũng được dùng cho những bệnh khác như nghiện ma túy hay rối loạn về ăn uống.

Chữa trị bằng cách “phơi bày”

Trong lối chữa trị này, bệnh nhân được cố tình cho gặp ngay chuyện hay vật mà họ sợ. Cách này hiệu nghiệm cho những bệnh như chứng bị ám ảnh và không cưỡng lại được (obsessive-compulsive) hay hội chứng hậu chấn thương. Phải đối phó với chính chuyện họ sợ nhưng dưới một tình trạng có kiểm soát, bệnh nhân sẽ học được cách đối phó với nỗi sợ này.

Phân tích tâm lý

Trong lối chữa trị này, bệnh nhân tìm hiểu về những kỷ niệm, biến cố, cảm xúc trong quá khứ

để hiểu được cảm xúc và cách cư xử hiện tại của họ. Cách này dựa trên lý thuyết cho rằng những biến cố thời thơ ấu và những xúc tác sinh học tạo ra một tiềm thức đưa bạn đến cách suy nghĩ, cảm xúc và cư xử hiện có. Bạn được hướng dẫn tìm biết về tiềm thức này để có thể thay đổi cuộc đời bạn. Bạn cũng có thể được hướng dẫn phân tích những giấc mơ hoặc nói chuyện về bất cứ điều gì bạn đang suy nghĩ trong óc.

Còn rất nhiều loại tâm lý trị liệu khác như Interpersonal therapy, Play therapy, Psychoeducation...

Điều cần biết khi được áp dụng tâm lý trị liệu

Trong khi được chữa trị bằng phương pháp này, bệnh nhân có thể cảm thấy ngã lòng hoặc khó chịu, nhất là thời gian đầu. Nhưng sau một vài tuần, bạn sẽ thấy đỡ bị những triệu chứng bệnh hơn như đỡ bị dẫn dắt, có thể suy nghĩ và quyết định dễ dàng hơn, liên hệ với người khác tốt đẹp hơn và có khả năng ứng phó tốt hơn.

Nếu những điều này không xảy ra, bạn cần nói chuyện với bác sĩ vì có thể bạn không được chữa bằng một phương pháp thích hợp. Tâm lý trị liệu cần được “may cắt” cho “vừa” với bệnh nhân. Không thể áp dụng cùng một phương pháp cho tất cả mọi người.

52. THIỀN TỰ CHỮA BỆNH

Lương y Võ Hà

Trong thời đại ngày nay, để tồn tại và phát triển trước một cuộc sống nhiều thách thức và một môi trường luôn thay đổi, con người phải đối mặt với nhiều áp lực tâm lý. Chính những yếu tố gây Stress đã ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe. Stress có thể làm rối loạn tiêu hóa, tim mạch, sinh dục, rối loạn nội tiết, làm suy giảm khả năng miễn dịch và dẫn đến nhiều chứng bệnh nghiêm trọng. Trong những trường hợp này, Thiền là một liệu pháp đối trị trực tiếp và hữu hiệu. Hành Thiền không những có thể giải tỏa những cảm xúc âm tính, cải thiện hành vi mà còn giúp tăng cường nội khí, nâng cao sức đề kháng và sự thích nghi của cơ thể đối với môi trường.

Nguồn gốc của Thiền

Từ Thiền của Việt nam hay Zen của Nhật bản đều được phiên âm từ "Ch'an" của Trung hoa. Những chữ này đều xuất phát từ chữ Dhyna, có nguồn gốc ở bộ kinh Áo Nghĩa Thư (Upanishad). Đây là một bộ kinh thuộc triết học Bà la môn đã có từ thời thượng cổ ở Ấn độ. Theo tư tưởng

Ấn độ, phàm muốn hiểu được chân tướng của một sự vật ta phải hòa mình làm một với sự vật đó. Thiền là quá trình tập trung tư tưởng, lặng lẽ suy tư, không để ngoại cảnh chi phối, là quá trình đồng nhất hóa với sự vật để hiểu được bản chất của nó. Thiền nguyên là một hình thức tu trì của những tông phái triết học ở Ấn độ. Sau khi Phật giáo ra đời, khoảng năm 520, Thiền được Bồ đề Đạt ma, một du tăng của Phật giáo truyền sang Trung hoa. Bồ đề Đạt ma nguyên là một tu sĩ thuộc Bà la môn giáo. Từ đây Thiền thuần lý và triết học của Ấn độ đã được giáo lý Phật giáo bổ sung và phát triển cả về nội dung lý luận lẫn phương pháp thực hành trong bối cảnh của truyền thống đạo học nguyên thủy của Trung hoa. Sau đó khi du nhập vào Nhật bản, Thiền lại được hòa trộn với tinh thần lễ giáo và nghệ thuật của Nhật bản. Như vậy Thiền được phổ biến sau này ở các nước châu Á đã hội tụ nhiều nét văn hóa đặc sắc của phương Đông. Đến khoảng đầu thế kỷ thứ hai mươi, do công của một giáo sư người Nhật, ông D.T. Suzuki, Thiền được giới thiệu sang các nước Anh, Pháp, Đức... Vào giai đoạn này, sau những cuộc cách mạng khoa học kỹ thuật, văn minh nhân loại đã tiến thêm nhiều bước mới. Đời sống vật chất không ngừng được nâng lên nhưng tâm hồn con người dường như lại thêm lo âu, bất an hoặc cô đơn, trống rỗng. Thiền đã có mặt kịp lúc để lấp bớt khoảng trống này. Dưới cái nhìn duy lý và thực tiễn của người phương Tây, Thiền đã nhanh chóng được tiếp nhận và quảng bá rộng rãi như là một hình thức giáo dục đạo đức và tâm linh. Vượt qua khỏi ranh giới của tôn giáo, sự hợp nhất giữa thân và tâm của Thiền giúp giải quyết những vấn đề do tâm lý gây ra và là phương pháp chữa trị cho nhiều chứng bệnh của xã hội hiện đại để mang lại hạnh phúc và sức khỏe cho con người. Cũng ở thời gian này, Tổ chức Y tế Thế giới đã đánh giá lại ý nghĩa của từ sức khỏe "**Sức khỏe là sự thoải mái hoàn toàn về các mặt thể chất, tâm thần và xã hội chứ không phải chỉ là tình trạng không bệnh tật**". Có lẽ vì những lý do này, khi chuyển ngữ sang phương Tây, người ta đã dùng từ "Meditation" để dịch từ Zen. "Meditation" có cùng ngữ căn "Mederi" với từ "Medicine" với hàm ý là một phương pháp chữa bệnh.

Thiền là liệu pháp đối trị của những chứng bệnh tâm thể

Đối với y học phương Tây, tác nhân tâm lý được xem là một yếu tố gây bệnh chỉ được Cullen nói đến vào khoảng năm 1776 với tên gọi là rối loạn thần kinh chức năng. Sau đó, năm 1936, giáo sư Hans Selye, người sáng lập viện chống Stress ở Montreal, Canada đã chính thức dùng thuật ngữ Stress để chỉ **những phản ứng của cơ thể đối với những yếu tố gây khó chịu trong môi trường sống**. Sớm hơn nhiều so với phương Tây, trên cơ sở những lý luận về khí và khí hóa, lại là những người có khuynh hướng duy tâm, thường hướng nội và phản quán, các nhà y gia cổ đại của phương Đông đã sớm nhận ra ảnh hưởng của những cảm xúc tiêu cực lên sức khỏe của con người. Hàng ngàn năm trước, sách Nội kinh đã ghi nhận "bách bệnh giai sinh vu khí". Người xưa cho rằng những cảm xúc thái quá sẽ làm rối loạn khí hóa của những tạng phủ tương ứng và qua mối quan hệ sinh khắc sẽ dẫn đến sự mất quân bình của cả hệ thống. Do đó, những rối loạn này chính là nguyên nhân của những bệnh về nội thương. Ví dụ những người quá suy tư căng thẳng thường ăn uống kém ngon, dễ rối loạn tiêu hóa. Điều này xảy ra vì sự suy tư quá độ làm ảnh hưởng đến khí hóa của tỳ vị vì "Tư thương Tỳ". Hơn nữa, sự căng thẳng lâu

ngày làm Can khí uất kết có thể dẫn đến loét dạ dày, tá tràng, triệu chứng mà Đông y thường gọi là "Can phạm Vị". Đôi khi những rối loạn khí hoá do cảm xúc có thể gây ra những triệu chứng bệnh lý có thể thấy được ngay. Thử quan sát một người đang bực phát cơn tức giận. Toàn thân nóng lên, mồ hôi vã ra, nhịp tim tăng, hơi thở gấp, các cơ bắp như căng lên. Ở một số người khác cơn nóng giận có thể làm cho toàn thân ngứa ngáy, đau thắt ở ngực hoặc như bị bóp chặt ở bao tử. Đó là một trường hợp điển hình về rối loạn khí hóa do cảm xúc. Trong trường hợp nêu trên, Đông y cho rằng "Nộ thương Can", sự tức giận đã làm cho Can khí nghịch hành, dẫn đến các triệu chứng Can Đờm hỏa thịnh, thuộc Dương chứng. Trên thực tế, nếu bản thân không có các bệnh thực thể gì khác, chúng ta chỉ cần thực hành thư giãn để sơ tiết Can khí hoặc chú tâm quan sát hơi thở vào và ra để đạt đến tâm bình, khí hoà hoặc chuyển tâm nghĩ đến một sự kiện vui vẻ đã xảy ra trong đời để khí của mẹ là Can Mộc được tiết bớt sang cho con là Tâm Hỏa (sự vui vẻ thuộc Tâm Hỏa và Mộc sinh Hỏa) thì các triệu chứng trên sẽ tự biến mất. Đó là ví dụ về những cách kiểm soát cảm xúc để làm chủ bản thân.

Trong thời đại ngày nay, để tồn tại và phát triển trước một cuộc sống nhiều thách thức và một môi trường luôn thay đổi, con người phải đối mặt với nhiều áp lực tâm lý. Chính những yếu tố gây Stress là nguyên nhân của nhiều bệnh tật. Stress có thể làm rối loạn tiêu hóa, tim mạch, rối loạn nội tiết, làm suy giảm khả năng miễn dịch khiến cơ thể dễ bị bệnh tật tấn công hoặc làm trầm trọng thêm những chứng bệnh đang tiềm tàng. Trong những trường hợp này, việc giải toả Stress, điều hoà được cảm xúc phải là ưu tiên hàng đầu. Nói chung, thư giãn hay căng thẳng, tập trung tư tưởng vào một sự kiện này hay chuyển sang một sự kiện khác là khả năng tự nhiên ở mỗi người. Tuy nhiên, ở một số trường hợp bệnh lý, khi hệ thần kinh đã quá tải, đã vượt quá giới hạn để tự hồi phục, tự điều chỉnh thì người bệnh cần một quá trình luyện tập hoặc điều trị. Trong những trường hợp này, Thiền là một liệu pháp đối trị trực tiếp và hữu hiệu. Ông Herbert Benson, giáo sư đại học Harvard, người sáng lập Viện Y học Tâm thể ở Boston (Mind-Body Medical Institute) cho biết "từ 60% đến 80% số lượng bệnh nhân đến khám ở các phòng mạch đều có liên quan đến Stress. Các ca bệnh này đáp ứng rất kém đối với thuốc và phẫu thuật nhưng lại rất tốt đối với các liệu pháp tiếp cận tâm thể". Ông cho rằng các liệu pháp thư giãn và Thiền làm giảm sự căng cơ, giúp giải tỏa những tình trạng lo âu, sợ hãi, bất an, dễ bị kích thích và đặc biệt là làm giảm hoạt hóa các nội tiết tố Stress.

Hiện nay có một phương pháp Thiền đã được chính thức đưa vào giảng dạy và thực hành lâm sàng tại nhiều trường đại học Y ở phương Tây, kể cả một số trường đại học lớn ở Mỹ như Umass, Stanford, Duke, Virginia, San Francisco,... Đó là MBSR. MBSR là những chữ viết tắt của thuật ngữ "**Mindfulness Based Stress Reduction**", tạm dịch là "**giảm Stress dựa trên sự tỉnh giác**". MBSR được xem là một **liệu pháp bổ sung** giúp điều chỉnh tinh thần, cảm xúc và cải thiện sức khỏe. Đây là một kỹ thuật Thiền định nhằm phát triển chánh niệm, tức khả năng nhận biết điều gì đang xảy ra nơi thân hoặc tâm, qua đó có thể làm chủ được bản thân và điều hòa cảm xúc. MBSR đã được giáo sư Jon Kabat – Zinn khởi xướng đưa vào thực hành lâm sàng từ đầu những năm 1970. Hiện nay Trung tâm Y học và Giáo dục Tỉnh giác CFM (the Center For

Mindfulness in Medicine, Healh Care and Society) thuộc trường Đại học Y Massachusettes (UMASS), được xem là cơ sở y tế lớn nhất và lâu đời nhất ở Mỹ trong lĩnh vực quảng bá, giáo dục và điều trị bằng MBSR. Một liệu trình MBSR tiêu chuẩn kéo dài 8 tuần lễ. Chương trình gồm hai phần. Phần huấn luyện tại lớp mỗi tuần một lần, mỗi lần một buổi từ 2 giờ đến 2 giờ rưỡi. Riêng lần cuối cùng thường được tổ chức vào cuối tuần và kéo dài khoảng 7 hoặc 8 giờ. Phần tự thực hành tại nhà khoảng 1 giờ mỗi ngày. Cho đến nay, hàng chục ngàn người đã được hưởng lợi từ chương trình huấn luyện và điều trị này. Kết quả cho thấy MBSR giúp điều trị những bệnh về tim mạch, các chứng đau nhức mãn tính, rối loạn chức năng, dạ dày, ruột, chứng đau nửa đầu, cao huyết áp, mất ngủ, âu lo, hoảng loạn,... Hiện nay, trên thế giới đã có hơn 200 bệnh viện hoặc cơ sở y tế có thực hành điều trị bằng MBSR.

Thiền là một liệu pháp chỉnh thể

Thiền là một truyền thống văn hóa đặc sắc của phương Đông. Do đó liệu pháp Thiền cũng phản ánh đầy đủ tính chất "chỉnh thể" và "Trời người hợp nhất" của nền y học cổ truyền. Chỉnh thể hay nhất thể (holistic) là quan điểm xem con người là một tổng thể hợp nhất. Mỗi triệu chứng, mỗi bộ phận đều phải được xem xét và điều chỉnh trong mối tương quan chung nhằm mang lại sự cân bằng và hài hòa cho cả tổng thể. Chẳng hạn, ở một bệnh nhân loét dạ dày, liệu pháp chỉnh thể sẽ lưu ý giải quyết tình trạng thấp nhiệt ở dạ dày hoặc căng thẳng tâm lý trong sinh hoạt để cải thiện khí hoá ở Tỳ vị hơn là cố tìm một loại kháng sinh để tiêu diệt vi khuẩn gây loét. Ở những chứng viêm mũi mãn tính, Đông y cho rằng do Âm hư gây ra Hỏa vượng. Do đó cách chữa phải đặt nặng việc bổ thận để nạp khí, bổ Âm phải tàng Dương, hơn là chỉ dùng những chất hàn lạnh để trừ hư Hỏa. Dù hư Hỏa có tạm được khống chế nhưng nếu làm trầm trọng thêm sự mất quân bình Âm Dương hoặc suy sụp thêm sức đề kháng thì bệnh không thể dứt được... Nói chung, theo quan điểm này thì sự nâng cao chính khí và sự hài hòa bên trong mới chính là nguồn gốc của sức khỏe. Chừng nào mà sự hài hòa còn chưa đạt được hoặc sức miễn dịch chưa được cải thiện thì sự cứu chữa chỉ là cục bộ hoặc tạm thời và sự biến mất của một triệu chứng sẽ có thể gây ra một triệu chứng khác ở một tổ chức khác. Do đó, với ý nghĩa hòa hợp hay hợp nhất giữa các tổ chức trong cơ thể, hợp nhất giữa thân và tâm và cuối cùng là giữa con người và vũ trụ, Thiền là đỉnh cao của liệu pháp chỉnh thể và cũng là chỗ gặp nhau giữa y học và các nền học thuật khác của phương Đông. Giống như những nhà khí công, những người hành trì Thiền lâu năm có định lực cao, trình độ khí hóa được nâng lên, có thể dùng năng lực Thiền để hóa giải bệnh tật hoặc chữa bệnh cho người khác. Về mặt thần kinh, thông qua quá trình thư giãn và nội quán, Thiền duy trì trạng thái yên tĩnh của đại não, có thể điều hòa thần kinh giao cảm, phục hồi tính tự điều chỉnh và tự hoàn thiện vốn có của hệ thần kinh trung ương. Đây cũng là một cơ chế mang tính chỉnh thể vì sự hài hòa và hoàn thiện của hệ thần kinh sẽ tác động trở lại để điều hòa hoạt động nội tiết, nội tạng, tái lập tình trạng khí hóa bình thường để phục hồi sức khỏe. Cũng vì lý do này, những liệu pháp thư giãn & Thiền không chỉ có hiệu quả trên những bệnh tâm thể mà còn thông qua việc nâng cao sức miễn dịch và cải thiện lưu thông khí huyết để phục hồi dần những cơ quan đã bị tổn thương.

Nói chung trong quá trình hành Thiền, "thần tĩnh tức âm sinh", tâm không duyên ra ngoài sẽ giữ được khí, ngưng thần định ý tại Đan điền sẽ gia tăng chân khí. Do đó công năng dưỡng âm tồn thần và nâng cao chính khí của tọa Thiền hoàn toàn phù hợp với tinh thần "nhiếp sinh" của Nội kinh, có thể chữa được bệnh, tăng cường sức khỏe, kéo dài tuổi thọ và giúp gia tăng sự thích nghi của cơ thể đối với những điều kiện thay đổi của môi trường sống.

Liệu pháp Thiền và những suy nghĩ tích cực

Khi xem một vở kịch tốt hoặc một phim hay, trong những lúc cao trào, ta thường bị thu hút vào vở diễn hoặc vai diễn. Thương cảm, rơi lệ hoặc bức xúc, tức giận,... Trong những phút giây đó, không chỉ người diễn viên mà cả người xem đều đã như hóa thân thành một người khác chứ không còn là người diễn viên hoặc bản thân chúng ta của những lúc bình thường. Những truyền thống tư tưởng phương Đông đều quan niệm thân và tâm là một thể thống nhất. Suy nghĩ và cảm xúc luôn tác động đến phần thể xác. Điều này không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe mà còn cả nhận thức và từ nhận thức sẽ dẫn đến hành động. Chính những cảm xúc và nhận thức lâu ngày đã hình thành nên tập tính và tình trạng sức khỏe ở mỗi người. Do đó có thể nói **mỗi người chính là những điều mà người đó suy nghĩ**. Mỗi người trong chúng ta vì những lý do khác nhau đã vô tình bị tập nhiễm một số hành vi mà chúng ta không muốn nhưng đã không thể cưỡng lại được. Kỹ thuật tự ám thị (auto-suggestion) thông qua thiền định có thể giúp cải thiện tình trạng này. I.P. Pavlov một nhà sinh lý học nổi tiếng của nước Nga đã chứng minh rằng mọi phản xạ thần kinh dù cao hay thấp, mọi thói quen, quá trình rèn luyện, học tập, lao động đều là những quá trình hình thành nên những phản xạ. Trong hành Thiền, việc hóa thân, việc đồng nhất hóa với một sự vật mới, một ý niệm mới hoặc một con người mới đã được tái hiện liên tục và nhiều lần trong một điều kiện tâm lý đặc biệt. Điều kiện tâm lý đặc biệt chính là tình trạng thư giãn hoặc nhập tĩnh khi mà não trở nên nhạy cảm khác thường trong việc tiếp nhận và hoạt hóa những thông tin liên quan, đến những ý niệm hoặc hình ảnh được gợi ra. Nói cách khác, khi ở vào tình trạng thư giãn ta có thể dùng lời nói hoặc những hình ảnh tưởng tượng thích hợp để cải thiện những tình trạng tâm lý hoặc vật lý của cơ thể, những điều mà trong điều kiện bình thường ta không thể thực hiện được. Hiệu ứng này thường được vận dụng trong các phương pháp dưỡng sinh, khí công, thôi miên, tự ám thị và cả trong nhiều nghi thức tôn giáo. Ví dụ, bình thường ta không thể ra lệnh hoặc tự nhủ để nhịp tim chậm lại hoặc huyết áp giảm xuống. Tuy nhiên, trong điều kiện thư giãn hoặc lúc thiu thiu ngủ nếu ta "thấy" hoặc "nghĩ" rằng tim đang đập chậm lại hoặc huyết áp đang hạ xuống thì tần số tim sẽ giảm và huyết áp sẽ hạ. Hãy lưu ý từ "thấy" mà không phải là "nhìn". Từ "thấy" hoặc "nghĩ" ở đây hàm nghĩa không có sự phân tích hoặc cố gắng về mặt ý thức. Đây là một nguyên tắc quan trọng của Thiền cũng như của sự **tự ám thị**. Nguyên tắc này có thể được gọi một cách vắn tắt nhưng khá chính xác là sự **tập trung không căng thẳng**. Tập trung vào một từ khóa, một câu ám thị, hoặc một cảnh vật... nhưng phải ở trong điều kiện tĩnh lặng và không căng thẳng. Chính sự tĩnh lặng và không căng thẳng giúp duy trì tình trạng nhập tĩnh đồng thời nâng cao tính nhạy cảm trong việc tiếp nhận và hình thành nên những cung phản xạ mới. Về mặt khoa học, nhập tĩnh ứng với tình trạng cơ

bấp thư giãn hoàn toàn và sóng não hạ thấp từ nhịp Beta nhanh và không ổn định xuống nhịp Alpha hoặc Theta chậm và ổn định hơn. Trong điều kiện này bất kỳ sự căng thẳng nào kể cả sự căng thẳng của quá trình chú ý (chẳng hạn phân tích, lý luận về vấn đề đang chú ý) đều sẽ làm thay đổi sóng não và phá vỡ sự nhập tĩnh. Chính sự tự ám thị trong điều kiện thư giãn hoặc gần nhập tĩnh giúp thúc đẩy nhanh quá trình hình thành nên những cung phản xạ mới cho yêu cầu chữa bệnh hoặc cải thiện hành vi, nhân cách. Ở nhiều bệnh nhân mắc những bệnh mãn tính đã trải qua điều trị lâu dài, tính trầm trọng không phải ở chính căn bệnh mà ở tâm lý chán nản, trầm uất. Tâm lý này phát xuất từ suy nghĩ mình là gánh nặng của gia đình hoặc do thiếu niềm tin vào thầy, vào thuốc. Yêu cầu điều trị trong những trường hợp này là phải giải tỏa được trầm uất và tăng cường niềm tin sẽ khỏi bệnh. Đó là lý do tại sao thiền và những suy nghĩ tích cực lại hữu hiệu trong hầu hết những bệnh kinh niên. Với liệu pháp thiền, có thể nói người bệnh chính là thầy thuốc và sức miễn dịch được nâng lên chính là thuốc chữa bệnh.

Sau đây là một vài thí dụ về sự phối hợp giữa thư giãn & Thiền và những suy nghĩ tích cực:

Để đạt được mục đích thư giãn và bình an cho tâm trí, người tập có thể nghĩ đến những cảnh quang mà mình ưa thích hoặc đã từng trải qua. Rừng thông bạt ngàn, gió thổi vi vu. Bãi cát trắng xóa, sóng biển nhấp nhô. Cánh đồng lúa rì rào, gió thổi mơn man. Cảnh núi non hùng vĩ, thác nước trắng xóa,... Nằm hoặc ngồi thoải mái ở một nơi yên tĩnh, thoáng mát. Mắt khép nhẹ. Hít thở điều hòa, thì thở ra chậm và dài hơn thì hít vào. Tập trung tư tưởng nghĩ đến cảnh quang đã định. Hình dung rõ ràng quang cảnh như đang hiện ra trước mắt mình. Lặng lẽ quan sát để từ từ tiến đến dung hợp giữa người và cảnh, thấy mình hòa tan vào cảnh hoặc quên đi bản thân mình.

Để gia tăng nội khí hoặc để điều trị các chứng hư Hỏa gây căng thẳng, nhức đầu, khó ngủ, hồi hộp,... có thể tập trung vào bụng dưới. Ngồi bán già hoặc kiết già. Lưng thẳng. Eo hơi thót lại. Cầm hơi thu vào. Đầu lưỡi chạm nướu răng trên. Buông lỏng phần vai và hai tay. Mắt khép nhẹ. Hít thở điều hòa. Tập trung tâm ý quán tưởng khắp chung quanh mình đang có gió nhẹ thổi vào vùng bụng dưới.

Để chữa bệnh, trị đau nhức, để làm tan một chỗ bị sưng huyết hoặc một tổ chức bị u xơ, có thể quán hơi thở vào và ra. Hít vào sâu đến bụng dưới. Thở ra chậm, nhẹ và đều. Trong lúc thở ra tập trung ý quán một luồng trực khí màu xám từ chỗ bị đau theo hơi thở thoát ra các đầu ngón chân (nếu ở vùng hạ thể) hoặc đỉnh đầu, hoặc những đầu ngón tay (nếu ở vùng thượng thể). Có rất nhiều nghiên cứu về hiệu ứng vật lý của những suy nghĩ tích cực. Đáng kể nhất là công trình nghiên cứu của Bác sĩ Carl Simonton về điều trị ung thư. Ông hướng dẫn cho bệnh nhân thư giãn và hình dung những bạch cầu của họ là những chiến sĩ "tìm và diệt". Đội quân dũng mãnh đã chiến đấu, chiến thắng và mang đi các tế bào ung thư đã chết. Công trình nghiên cứu trên 110 bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối đã cho kết quả 25% hoàn toàn khỏi bệnh, 30% ung thư ngừng phát triển, và ở 10% khác khối u ung thư bắt đầu nhỏ dần.

Ông Emile Coue (1857-1926), một chuyên gia điều trị tâm lý người Pháp là người đã từng hướng dẫn và điều trị cho hàng chục ngàn bệnh nhân bằng phương pháp ám thị và tự ám thị.

Đến với ông có thể là những người bị mất ngủ, hoảng loạn, nói lắp, nghiện thuốc, béo phì, động kinh, suyễn và cả những bệnh nhân tim mạch, tiểu đường, u xơ, viêm khớp. Ông đã đề xuất một công thức ám thị đơn giản chung cho nhiều trường hợp khác nhau, để điều chỉnh hành vi hoặc để thay đổi những điều kiện tâm lý, vật lý cho việc cải tạo sức khỏe. Nguyên văn câu ám thị là **"Tous les jours a tous points de vue, je vais de mieux en mieux"** đã được chuyển sang Anh ngữ **"Day by day, in every way, I am getting better and better"**, tạm dịch **"Mỗi ngày qua, tôi tốt đẹp hơn lên về mọi phương diện"**. Ông khuyên người bệnh thực hành ám thị hai lần mỗi ngày. Mỗi lần tự nhắm 20 lần câu ám thị nêu trên. Cần làm một xâu chuỗi có 20 hạt để lần chuỗi tương ứng với 20 lần nhắm niệm. Việc lần chuỗi vừa bảo đảm đủ số cần niệm, vừa có tác dụng tạo thêm phản xạ có điều kiện cho những lần sau. Thực hành lúc **vừa thức dậy, sắp sửa xuống giường và liền trước khi nằm xuống ngủ**. Đây là những lúc mà chúng ta còn ngái ngủ hoặc buồn ngủ. Do đó khi đã nhắm mắt và tập trung vào câu ám thị thì tâm chỉ tồn tại có ý niệm đó, những tạp niệm rất khó xen vào. Về mặt thần kinh, những thời điểm này gần giống như lúc chúng ta luyện tập thư giãn hoặc chuẩn bị nhập tĩnh nên cũng là lúc tốt nhất để tiếp nhận những thông tin tích cực cho việc tạo nên những cung phản xạ mới.

Lưu ý

Kết quả hành Thiền sẽ khác nhau do khả năng tập trung tư tưởng của mỗi người. Điều này tùy thuộc vào căn cơ và các điều kiện trợ duyên khác như chế độ ăn uống, sinh hoạt, giao tiếp... Thiền được xem là một liệu pháp bổ sung được dùng song hành với các biện pháp chữa bệnh chính thống khác. Do đó việc gia giảm hoặc thay thế các loại thuốc trong việc điều trị phối hợp với Thiền cần theo sự chỉ dẫn của bác sĩ điều trị.

53. TÀI LIỆU TRA CỨU

TRANG WEB :

Benhhoc.com, yhocquany.com, ykhoanet.vn, thuocsuckhoe.com, thuocbietduoc.com.vn,...

Tiếng Việt

1. Nguyễn Kim Việt – Tâm Thần học. NXBYH 1981
2. Cơ sở lâm sàng của Tâm thần học. Bloch Sidney, Singh Brucses. NXBYH 2001

3. Nguyễn Hữu Kỳ. Giáo trình tâm thần học. Trường ĐH Y Khoa Huế. 2004
4. ICD 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi . WHO 1992
5. Triệu chứng học tâm thần. GS.Nguyễn Kim Việt (Chủ biên). ĐH Y Hà Nội. 2008

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

HẾT.



*Mọi lý thuyết đều chỉ là **màu xám**, chỉ có cây đời mãi mãi **xanh tươi**...*