

# CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN THỰC THỂ

TS. BS. ĐẶNG HOÀNG HẢI

## MỤC TIÊU:

1. Định nghĩa được và xác định tầm quan trọng của rối loạn tâm thần thực thể.
2. Vận dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của bảng phân loại bệnh tật trên lâm sàng.
3. Nêu được nguyên tắc điều trị và vận dụng nguyên tắc này trên lâm sàng.

## 1. KHÁI NIỆM:

Trong BPLQTBTT lần 10, các rối loạn tâm thần thực thể bao gồm các loại bệnh của nhóm F0; (F00: Mất trí trong bệnh Alzheimer, F01: Mất trí trong bệnh mạch máu, . F07: Các rối loạn hành vi và nhân cách do bệnh lý não, tổn thương não và rối loạn chức năng não.

### 1.1. RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ BỆNH CƠ THỂ.

Theo kết quả của “Điều tra dịch tễ vùng” (Epidemiological catchment area) tại Hoa kỳ; ở người không bị bệnh mạn tính, tỷ lệ rối loạn lo âu là 6%; ở bệnh nhân tim mạch, tỷ lệ là 21%.

Bảng 1: tỷ lệ rối loạn lo âu của một số bệnh mạn tính

Bệnh cơ thể	Tần suất tại thời điểm	Tần suất suốt đời
Không bị bệnh	$6.0 \pm 0.6$	$12.4 \pm 1.0$
Viêm khớp	$11.9 \pm 2.6^c$	$20.7 \pm 3.3^c$
Đái tháo đường	$15.8 \pm 6.1$	$27.1 \pm 7.0^b$
Bệnh tim mạch	$21.0 \pm 5.7^c$	$28.3 \pm 5.8^d$
Bệnh phổi mạn tính	$10.0 \pm 2.5$	$21.0 \pm 4.1^b$
Cao huyết áp	$12.1 \pm 3.0^d$	$16.1 \pm 2.9$

Theo kết quả của “Điều tra Quốc gia về bệnh phối hợp” (National comorbidity survey) cũng được tổ chức tại Hoa kỳ, do Kessler công bố, tần suất trầm cảm trong 1 năm trong dân số chung là 10,3%; ở người không bị bệnh mạn tính tần suất này là 3,1%; ở người có một bệnh mạn tính, tần suất là 5,6%; ở người có hai bệnh mạn tính, tần suất là 12,5%.

Bảng 2: tỷ lệ trầm cảm ở người có bệnh mạn tính

Bệnh mạn tính	Trầm cảm	
	Tỷ lệ (%)	Độ lệch chuẩn
0	3.1	-0.1
1	5.6	-0.7
2+	12.5	-1.4

Các kết quả điều tra trên cho thấy có mối liên quan giữa bệnh cơ thể và rối loạn tâm thần.

### 1.2. LIÊN HỆ GIỮA RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ BỆNH CƠ THỂ.

Có nhiều giả thuyết khác nhau giải thích về mối liên hệ này:

#### 1. BỆNH CƠ THỂ LÀ YẾUỐ NGUY CƠ CỦA RỐI LOẠN TÂM THẦN:

Thí dụ, trong tai biến mạch máu não, tổn thương ở vỏ não có thể gây ra trầm cảm.

Bệnh cơ thể gây ra các rối loạn tâm thần theo nhiều cơ chế khác nhau:

a. Bệnh cơ thể gây những tổn thương ở hệ thần kinh; và rối loạn tâm thần là hậu quả sinh lý trực tiếp của bệnh cơ thể: các nghiên cứu về bứu não hoặc tai biến mạch máu não cho thấy, triệu chứng trầm cảm là hậu quả của tổn thương ở hệ thần kinh.

b. Bệnh cơ thể mạn tính hoặc nặng có thể là sang chấn tâm lý gây ra rối loạn lo âu hoặc rối loạn trầm cảm; trong trường hợp này, rối loạn tâm thần là phản ứng tâm lý đối với một số bệnh cơ thể.

## **2. RỐI LOẠN TÂM THẦN LÀ NGUYÊN NHÂN HOẶC YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY RA BỆNH CƠ THỂ:**

Nhiều nghiên cứu cho thấy trầm cảm là một yếu tố nguy cơ độc lập gây ra bệnh động mạch vành; trong một báo cáo của Laura A. Pratt (1996), dựa theo kết quả điều tra Dịch tễ vùng (Epidemiologic Catchments Area) ở Baltimore, người bị trầm cảm hoặc loạn cảm có nguy cơ bị ĐMV cao gấp 4,5 lần (95% CI, 1.65 to 12.44) ở người không bị trầm cảm hoặc loạn cảm.

Theo Bảng phân loại quốc tế bệnh tật lần 10 của Tổ chức Y tế thế giới (TCYTTG), chỉ có các trường hợp rối loạn tâm thần là hậu quả sinh lý trực tiếp của bệnh cơ thể mới được xếp vào nhóm rối loạn tâm thần thực thể.

Như vậy, rối loạn tâm thần thực thể là một bệnh cơ thể với triệu chứng tâm thần; nhóm này được xếp vào nhóm F0.

### **1.3. PHẠM VI CỦA RỐI LOẠN TÂM THẦN THỰC THỂ.**

Ngoài các bệnh cơ thể, khi tác động trên hệ thần kinh, gây ra các triệu chứng tâm thần; các nghiên cứu trên lâm sàng cho thấy một số thuốc điều trị cũng có thể gây ra các triệu chứng tâm thần, thí dụ: thuốc Levodopa dùng trong điều trị bệnh Parkinson hoặc corticosteroid cũng có thể gây ra trầm cảm; trên phương diện sinh lý bệnh, các thuốc này tác động trên hệ thần kinh, gây ra triệu chứng tâm thần; các rối loạn tâm thần cũng được xếp vào nhóm rối loạn tâm thần thực thể.

## **2. DỊCH TỄ HỌC.**

### **2.1. CÁC BỆNH CƠ THỂ**

Đối với các rối loạn tâm thần do các bệnh cơ thể, vẫn chưa có các số liệu điều tra về loại bệnh này. Các nghiên cứu về tỷ lệ trầm cảm, lo âu của những bệnh mạn tính cho thấy, rối loạn tâm thần trong các bệnh mạn tính có chiều hướng gia tăng trong thời gian gần đây.

### **2.2. CÁC CHẤT TÁC ĐỘNG TRÊN HỆ THẦN KINH:**

Đối với các loại bệnh tâm thần do sử dụng các chất tác động trên hệ thần kinh như các thuốc điều trị bệnh, các độc tố trong thiên nhiên như phân bón v.v...; hiện nay vẫn chưa có công trình nghiên cứu nào đề cập đến.

Bảng 3: kết quả điều tra của TCYTTG trên 14 quốc gia.

	RL	RL		RL	
	T. Thần	Lo âu		Khí sắc	
	Tỷ lệ	Tỷ lệ		Tỷ lệ	
Americas					
Colombia	17.7	9.9	55.9%	6.2	35.0%
Mexico	12.5	6.9	55.2%	5.1	40.8%

United States	26.1	18.2	69.7%	9.8	37.5%
Europe					
Belgium	10.4	6.2	59.6%	5	48.1%
France	14.3	9.7	67.8%	6.4	44.8%
Germany	8.6	5.9	68.6%	3.4	39.5%
Italy	7.2	5	69.4%	3.1	43.1%
Netherlands	11.4	7.2	63.2%	4.8	42.1%
Spain	8.4	5.2	61.9%	4.4	52.4%
Ukraine	19.1	7.4	38.7%	8.8	46.1%
Asia					
Japan	8.3	4.7	56.6%	3	36.1%
PRC Beijing	9.3	3.4	36.6%	2.7	29.0%
PRC Shanghai	4.5	2.6	57.8%	1.8	40.0%

### 3. NGUYÊN NHÂN:

Rối loạn tâm thần thực thể bao gồm hai nhóm lớn: rối loạn tâm thần thực thể (nhóm F0) và các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần (nhóm F1).

#### 3.1. NHÓM CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN THỰC THỂ

##### 3.1.1. BỆNH CỦA HỆ THẦN KINH:

\* Bệnh Parkinson: kết quả các nghiên cứu cho thấy có khoảng 25% bệnh nhân có triệu chứng loạn thần, thường là triệu chứng dương tính như ảo giác, hoang tưởng; một số khác lại có triệu chứng của Tâm thần phân liệt; khoảng 30-40% bệnh nhân có triệu chứng trầm cảm; khoảng 40% bệnh nhân bị rối loạn lo âu.

\* Bệnh động kinh: nhiều nghiên cứu cho thấy khoảng 7-12% người bệnh có triệu chứng loạn thần, đôi khi có cả triệu chứng của Tâm thần phân liệt, cao gấp 2 lần tỷ lệ loạn thần trong dân số chung; khoảng 7,5-25% người bệnh bị trầm cảm.

\* Tai biến mạch máu não: tỷ lệ trầm cảm ở người điều trị nội trú là 22%, ở nội trú là 24%; trong một nghiên cứu theo dõi trầm cảm ở người bị đột quy, kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ trầm cảm là 20-50%, thay đổi tùy theo thời gian theo dõi; một vài báo cáo cho thấy một số bệnh nhân cũng có triệu chứng loạn thần, theo tác giả Burville và Robinson, tỷ lệ trầm cảm ở người bị bệnh mạch máu não trong cộng đồng và trong khoa cấp tính là 15-20% cao hơn ở người không bị bệnh mạch máu não.

Bảng 4: Bệnh mạch máu não và rối loạn tâm thần.

Rối loạn tâm thần	Tỷ lệ	Tác giả
Mất trí do mạch máu	1.5/100.0; nữ ở lứa tuổi 75-79 tại Hoa kỳ	Rocca et al. 1991
	16.3/100.0 nam ở lứa tuổi trên 80 tại Ý.	Rocca et al. 1991
	10/100 trường hợp mất trí tại Hoa kỳ	Katzmen et al. 1988
Trầm cảm	Trong cộng đồng, 15/100 người bị đột quy	Burville et al. 1995
	Trong khoa cấp tính, 20/100 người bị đột quy	Robinson 1998
Lo âu	Trong khoa cấp tính, 6/100 người bị đột quy	Castillo et al. 1993
	Trong khoa cấp tính, 27/100 người bị đột quy	Castillo et al. 1993

	28/100 anxiety ± depression acute	Astrom et al. 1996
	3.5/100.0 anxiety neurosis in community	House et al. 1991
Loạn thần	<1/100 strokes in acute hospital	Robinson, Starkstein 1997

\* Bướu não: tỷ lệ rối loạn tâm thần trong bướu não thay đổi theo vị trí tổn thương, ở thùy trán, tỷ lệ này là 90%; ở thùy chẩm, tỷ lệ là 25%.

### 3.1.2. BỆNH NỘI TIẾT.

Các bệnh nội tiết như bệnh của tuyến giáp, phó giáp, thượng thận, v.v....

#### 3.1.2.1. Tuyến yên:

Các nghiên cứu về người bệnh bị u ở tuyến yên cho thấy 60 % người bệnh có rối loạn tâm thần. Rối loạn tâm thần bao gồm: lo âu, trầm cảm và loạn thần.

#### 3.1.2.2. Tuyến thượng thận:

Trong một báo cáo của Kelly, khi khảo sát 209 người bệnh Cushing, kết quả cho thấy, chỉ có 35% người bệnh không có triệu chứng tâm thần, 63% bị trầm cảm.

#### 3.1.2.3. Tuyến giáp.

Nhiều báo cáo trên lâm sàng cho thấy người bệnh suy hoặc cường giáp có triệu chứng loạn thần và trầm cảm.

#### 3.1.2.4. Đái tháo đường.

Theo kết quả của “Điều tra Quốc gia về bệnh phổi hợp”, tác giả Goodnick ước tính tỷ lệ trầm cảm ở người đái tháo đường là 8,5-27,3%.

### 3.1.3. BỆNH KHÁC.

#### 3.1.3.1. Bệnh tim mạch:

Từ những năm 1960, nhiều nghiên cứu mối liên hệ giữa bệnh tim mạch và trầm cảm cho thấy, bệnh nhân động mạch vành dễ bị trầm cảm, ước tính tỷ lệ trầm cảm là 17-27%, cao gấp 5 lần tỷ lệ trầm cảm ở người bình thường; khoảng 17,5% bệnh nhân có cơn đau thắt ngực có triệu chứng của rối loạn hoảng loạn.

#### 3.1.3.2. Bệnh hô hấp:

Bệnh nghẽn tắc phổi mạn tính: theo Karajgi, khoảng 16% bệnh nhân có triệu chứng lo âu.; theo Kvaal, tỷ lệ rối loạn lo âu ở các bệnh phổi mạn tính cao hơn tỷ lệ lo âu ở các bệnh mạn tính khác.

Bảng 5: Một số nguyên nhân của loạn tâm thần thực thể

		Sảng	Mất trí	RL trí nhớ	L thần	RL khí sắc	RL lo âu
Hệ thần kinh	CT sọ não	*		*	*		*
	TB MM não	*	*	*	*	*	*
	Động kinh	*			*	*	*
	Bướu não	*		*	*	*	*
	Parkinson				*	*	*
Hệ Nội tiết	T. Yên					*	*
	T. Giáp	*			*	*	
	T. Thượng thận					*	
	Đái tháo đường	*			*	*	
Tim	Suy tim					*	*

mạch	Động mạch vành					*	*
	Loạn nhịp						*
Tiêu hóa	Suy gan	*			*		
Tiết niệu	Suy thận	*			*		
T. nhiễm		*					

### 3.2. NHÓM CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ HÀNH VI DO SỬ DỤNG CÁC CHẤT TÁC ĐỘNG TÂM THẦN.

Nguyên nhân gây ra rối loạn tâm thần trong nhóm này là do các chất tác động trên hệ thần kinh.

Nhóm này bao gồm nhiều loại khác nhau như các thuốc điều trị, các chất độc trong thiên nhiên, v.v...

- Các thuốc hướng thần như: thuốc ngủ, giải lo âu, chống trầm cảm, chống co giật.
- Các thuốc dùng trong điều trị bệnh tim mạch như thuốc chữa loạn nhịp tim, điều trị cao huyết áp,
- Thuốc corticosteroide...
- Các độc chất trong môi trường như các thuốc diệt sâu rày...

Bảng 6: Các thuốc điều trị và triệu chứng tâm thần.

Thuốc	Tác dụng phụ
Digoxin (Lanoxin)	Áo thị
Angiotensin-converting enzyme inhibitors	Hưng cảm
Thiazide diuretics	Hưng cảm
$\beta$ -Adrenergic blockers	Mệt, rối loạn tình dục
Lidocaine (Dalcaine)	Sảng
Mexiletine (Mexitil)	Sảng
Amiodarone (Cordarone)	Nhược giác, kèm trầm cảm

## 4. CHẨN ĐOÁN:

### 4.1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH.

#### 4.1.1. NHÓM RỐI LOẠN TÂM THẦN THỰC THỂ (NHÓM F0).

Khi phân tích tiêu chuẩn chẩn đoán của nhóm rối loạn tâm thần thực thể (nhóm F0), có 1 tiêu chuẩn liên quan đến bệnh cơ thể.

Bảng 7: Tiêu chuẩn chẩn đoán của rối loạn tâm thần thực thể.

Loại	T. chuẩn	
Sảng	C	Bệnh sử, sự thăm khám cơ thể hoặc những xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ rối loạn là do những hậu quả sinh lý trực tiếp của một bệnh nội khoa tổng quát
Mất trí do bệnh cơ thể	C	Bệnh sử, sự thăm khám cơ thể hoặc những xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ rối loạn là hậu quả sinh lý trực tiếp của một trong các bệnh nội khoa tổng quát

Rối loạn trí nhớ	D	Bệnh sử, sự thăm khám cơ thể hoặc các xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ rối loạn là hiệu quả sinh lý trực tiếp của một bệnh nội khoa tổng quát
Loạn thần	B	Sau khi xem xét bệnh sử, khám cơ thể và làm các khám nghiệm bổ sung, có bằng chứng là rối loạn loạn thần này là do hậu quả sinh lý trực tiếp của một bệnh nội khoa tổng quát
RL khí sắc	B	Các tiền sử bệnh hoặc khám lâm sàng và các khám nghiệm bổ sung xác định rõ ràng rối loạn này là hậu quả sinh lý trực tiếp của một bệnh nội khoa tổng quát
RL lo âu	B	Tiền sử, khám cơ thể hay các xét nghiệm bổ sung chứng tỏ rằng rối loạn này là hậu quả trực tiếp của một bệnh đa khoa

Trên lâm sàng, để xác định liên hệ giữa triệu chứng tâm thần và bệnh cơ thể:

1. Bằng chứng có bệnh não, thương tổn hoặc loạn chức năng não hoặc bằng chứng có bệnh cơ thể kết hợp với những triệu chứng tâm thần.
2. Mối quan hệ về thời gian (nhiều tuần hoặc một vài tháng) giữa sự phát triển của bệnh cơ thể với sự khởi phát của triệu chứng tâm thần.
3. Sự hồi phục của triệu chứng tâm thần tiếp theo sự mất đi hoặc thuyên giảm của bệnh cơ thể.
4. Chẩn đoán phân biệt với bệnh tâm thần (chẳng hạn bệnh sử gia đình nặng nề hoặc stress thúc đẩy).

Theo các tiêu chuẩn kể trên, các triệu chứng tâm thần phải xảy ra sau khi bị bệnh cơ thể (tiêu chuẩn 2), thời gian này thay đổi từ vài ngày đến vài tháng tùy theo loại bệnh; và khi bệnh cơ thể thuyên giảm, triệu chứng tâm thần cũng phải thuyên giảm theo (tiêu chuẩn 3).

#### **4.1.2. NHÓM CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ HÀNH VI DO SỬ DỤNG CÁC CHẤT TÁC ĐỘNG TÂM THẦN**

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của nhóm các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần, người bệnh phải sử dụng một chất tác động trên hệ thần kinh; chất này có thể là chất gây nghiện, thuốc điều trị hoặc một chất độc; và triệu chứng tâm thần chỉ xảy ra trong các tình huống.

- Trong lúc sử dụng thuốc.

Đối với các thuốc điều trị, triệu chứng tâm thần xuất hiện trong suốt thời gian dùng thuốc, chỉ thuyên giảm khi giảm liều hoặc ngưng thuốc.

Bản 8: rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần (nhóm F1)

Loại	T. chuẩn	
Sảng do ngộ độc	D	Bệnh sử, sự thăm khám cơ thể hoặc các xét nghiệm lân cận lâm sàng cho thấy rõ hoặc : (1). sự xuất hiện các triệu chứng của tiêu chuẩn A và B trong lúc bị ngộ độc bởi 1 chất. (2). sự sử dụng thuốc là nguyên nhân liên quan đến rối loạn
Mất trí do ngộ độc hoặc cai	C D	Những thiếu sót không kéo dài quá thời gian thường lệ của sự ngộ độc hoặc cai một chất Bệnh sử, sự thăm khám cơ thể hoặc các xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ những thiếu sót có liên quan với những tác dụng dai dẳng của một chất được

		sử dụng (ví dụ : một chất gây ra một sự lạm dụng, một dược chất).
Rối loạn trí nhớ	C D	Những thiếu sót không kéo dài quá thời gian thường lệ của sự ngộ độc hoặc cai một chất Bệnh sử, sự thăm khám cơ thể hoặc các xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ những thiếu sót có liên quan với những tác dụng dai dẳng của một chất được sử dụng (ví dụ : một chất gây ra một sự lạm dụng, một dược chất).
Loạn thần	B	Sau khi xem xét bệnh sử, khám cơ thể hay thực hiện các khám nghiệm bổ sung có bằng chứng về (1) hoặc (2) : (1).các triệu chứng của tiêu chuẩn A đã xuất hiện trong thời gian ngộ độc hay trong thời gian cai một chất, hoặc trong vòng một tháng sau đó. (2).việc sử dụng thuốc có liên quan về mặt nguyên nhân với rối loạn loạn thần
RL khí sắc	B	Các tiền sử bệnh hoặc khám lâm sàng và các khám nghiệm bổ sung xác định rõ (1) hoặc (2) là hậu quả trực tiếp của việc sử dụng một chất
RL lo âu	B	Thông qua tiền sử, khám cơ thể hay các khám nghiệm bổ sung phát hiện được một trong hai yếu tố sau : (1).các triệu chứng của tiêu chuẩn A xuất hiện trong khi hoặc trong vòng ít hơn 1 tháng sau một tình trạng ngộ độc hay cai nghiện một chất. (2).việc sử dụng thuốc men có liên quan về mặt nguyên nhân với rối loạn

## 4.2. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT.

### 4.2.1. PHÂN BIỆT RỐI LOẠN TÂM THẦN THỰC THỂ VÀ CÁC LOẠI RỐI LOẠN TÂM THẦN KHÁC.

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của nhóm rối loạn tâm thần thực thể, cần chẩn đoán phân biệt giữa rối loạn tâm thần thực thể và một rối loạn tâm thần khác, ( các loạn tâm thần khác như loạn thần (nhóm F2), rối loạn khí sắc (nhóm F3) và rối loạn bệnh tâm căn có liên quan đến stress và dạng cơ thể (nhóm F4); các nhóm này không có nguyên nhân rõ ràng hoặc do sang chấn tâm lý),

Chẩn đoán phân biệt giữa rối loạn tâm thần thực thể và các rối loạn tâm thần khác dựa trên:

- Trong các rối loạn tâm thần khác, người bệnh không bị bệnh cơ thể; khác với rối loạn tâm thần thực thể, người bệnh bị một bệnh cơ thể.
- Trong trường hợp rối loạn tâm thần như nhóm loạn thần, rối loạn khí sắc có bệnh cơ thể, diễn tiến của triệu chứng tâm thần không tùy thuộc vào diễn tiến của bệnh cơ thể, như trong rối loạn tâm thần thực thể.
- Yếu tố tham khảo khác: trong bệnh sử của rối loạn tâm thần, người bệnh đã có những cơn rối loạn tâm thần, và những cơn này không có liên quan đến bệnh cơ thể hoặc sử dụng các chất tác động trên hệ thần kinh.

### 4.2.2. PHÂN BIỆT RỐI LOẠN TÂM THẦN DO BỆNH CƠ THỂ VÀ DO SỬ DỤNG CHẤT.

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của nhóm rối loạn tâm thần do sử dụng chất; cần phân biệt giữa nhóm này với nhóm rối loạn tâm thần không do sử dụng chất; (nhóm rối loạn tâm thần không do sử dụng chất bao gồm nhóm rối loạn tâm thần nội sinh (nhóm F2, F3 và F4) và nhóm rối loạn tâm thần do bệnh cơ thể (nhóm F0)).

Bảng 9: Chẩn đoán phân biệt giữa rối loạn tâm thần do sử dụng chất và do sử dụng chất

Loại	T. chuẩn	
Loạn thần do sử dụng chất	C	Rối loạn này không được giải thích rõ bởi một rối loạn tâm thần không được gây ra bởi một chất.
RL khí sắc do sử dụng chất	C	Rối loạn này không được giải thích rõ bởi một rối loạn tâm thần không được gây ra bởi một chất.
RL lo âu do sử dụng chất	C	Rối loạn này không được giải thích rõ bởi một rối loạn tâm thần không được gây ra bởi một chất.

Chẩn đoán phân biệt giữa rối loạn tâm thần do sử dụng chất và các rối loạn tâm thần nội sinh dựa trên:

- Trong rối loạn tâm thần nội sinh, người bệnh không sử dụng các chất tác động trên hệ thần kinh; khác với rối loạn tâm thần do sử dụng chất, người bệnh sử dụng chất tác động trên hệ thần kinh.
- Trong trường hợp người bệnh loạn thần hoặc bị rối loạn khí sắc có sử dụng chất, diễn tiến của triệu chứng tâm thần không tùy thuộc vào diễn tiến của chất được sử dụng; như trong rối loạn tâm thần do sử dụng chất tác động trên hệ thần kinh.

Bảng 10: Chẩn đoán phân biệt giữa mê sảng do bệnh cơ thể và do sử dụng chất

Mê sảng do bệnh cơ thể	Mê sảng do ngộ độc một chất
<p>A. Rối loạn ý thức (suy giảm rõ ràng ý thức về xung quanh) với sự suy giảm khả năng tập trung, hoặc di chuyển sự chú ý.</p> <p>B. Sự biến đổi về chức năng nhận thức (sự thiếu sót về trí nhớ, mất các định hướng lực, rối loạn về ngôn ngữ) hoặc có rối loạn tri giác.</p> <p>C. Rối loạn xảy ra trong thời gian ngắn (thông thường trong vài giờ hoặc vài ngày và thường dao động trong ngày).</p> <p>D. Bệnh sử, thăm khám hoặc những xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ rối loạn là do những hậu quả trực tiếp của một bệnh nội khoa tổng quát.</p>	<p>A. Rối loạn ý thức (nghĩa là suy giảm rõ ràng ý thức về xung quanh) với sự suy giảm khả năng huy động, tập trung, duy trì hoặc hoạt động sự chú ý.</p> <p>B. Sự biến đổi về chức năng nhận thức (giống như một sự thiếu sót về trí nhớ, một sự mất định hướng, một sự rối loạn về ngôn ngữ, hoặc có rối loạn tri giác không được giải thích rõ bằng một sự sa sút tâm thần có trước đó, đã cố định hoặc đang được tiến triển).</p> <p>C. Rối loạn xảy ra trong thời gian ngắn (thông thường trong vài giờ hoặc vài ngày và có chiều hướng diễn tiến một cách dao động suốt trong ngày).</p> <p>D. Bệnh sử, sự thăm khám cơ thể hoặc các xét nghiệm lân cận lâm sàng cho thấy rõ hoặc :</p> <p>(1). sự xuất hiện các triệu chứng của tiêu chuẩn A và B trong lúc bị ngộ độc bởi 1 chất.</p> <p>(2). sự sử dụng thuốc là nguyên nhân liên quan đến rối loạn.</p>

### 4.2.3. CHẨN ĐOÁN THỂ BỆNH TRONG NHÓM RỐI LOẠN TÂM THẦN THỰC THỂ VÀ DO SỬ DỤNG CHẤT.

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của các bệnh trong nhóm rối loạn tâm thần thực thể; có tiêu chuẩn chẩn đoán phân biệt với các bệnh khác của nhóm.

Bảng 11: Chẩn đoán phân biệt giữa rối loạn trí nhớ và loạn thần do bệnh cơ thể.

Rối loạn trí nhớ do bệnh cơ thể	Loạn thần do bệnh cơ thể
A. Có rối loạn về trí nhớ như giảm khả năng thu thập những thông tin mới hoặc nhớ lại những thông tin cũ. B. Rối loạn trí nhớ là nguyên nhân của sự rối loạn hoạt động xã hội hoặc nghề nghiệp. C. Phải loại trừ sáng hoặc mất trí. D. Bệnh sử, thăm khám hoặc các xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ rối loạn là hiệu quả trực tiếp của một bệnh đa khoa.	A. Các ảo giác hoặc hoang tưởng nổi bật B. Sau khi xem xét bệnh sử, khám cơ thể và làm các khám nghiệm bổ sung, có bằng chứng là rối loạn loạn thần này là do hậu quả sinh lý trực tiếp của một bệnh nội khoa tổng quát. C. Rối loạn này không được giải thích rõ bởi một rối loạn loạn thần khác. D. Rối loạn không xảy ra đơn độc trong tiến triển của sáng.

Khác biệt giữa các bệnh trong nhóm dựa vào:

Triệu chứng của bệnh: khi phân tích tiêu chuẩn chẩn đoán của rối loạn trí nhớ và loạn thần do bệnh cơ thể, có thể thấy nguyên nhân cả hai loại bệnh này đều là một bệnh cơ thể, chỉ có khác biệt là tiêu chuẩn triệu chứng.

Triệu chứng trong rối loạn trí nhớ do bệnh cơ thể là rối loạn trí nhớ khác với triệu chứng loạn thần (ảo giác, hoang tưởng) của loạn thần do bệnh cơ thể.

## 5. DIỄN TIẾN CỦA BỆNH:

Diễn tiến của loại bệnh này là diễn tiến của bệnh cơ thể hoặc do sử dụng chất.

Diễn tiến của rối loạn tâm thần do bệnh cơ thể hoặc các chất tác động trên hoạt động của hệ thần kinh cũng có một số điểm khác biệt.

### 5.1. DIỄN TIẾN CỦA RỐI LOẠN TÂM THẦN THỰC THỂ.

Bệnh cơ thể có thể là bệnh mạn tính; trong trường hợp này, diễn tiến của rối loạn tâm thần cũng là mạn tính.

### 5.2. DIỄN TIẾN CỦA RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ HÀNH VI DO SỬ DỤNG CÁC CHẤT TÁC ĐỘNG TÂM THẦN (NHÓM F1):

Đối với các chất tác động trên hoạt động của hệ thần kinh, có thể chia thành hai nhóm:

- Các thuốc khác: trong đó có thể có các thuốc hướng thần, điều trị tim mạch, hô hấp..., các triệu chứng tâm thần chỉ xảy ra sau khi sử dụng thuốc, khi ngưng thuốc, các triệu chứng này cũng thuyên giảm theo; thời gian thuyên giảm không được quá thời gian riêng biệt cho từng loại thuốc.
- Các chất gây nghiện: các triệu chứng tâm thần chỉ xảy ra trong thời gian ngộ độc, nghiện hoặc cai thuốc.

## **6. ĐIỀU TRỊ**

Điều trị rối loạn tâm thần thực thể bao gồm điều trị nguyên nhân và điều trị triệu chứng.

### **6.1. ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN.**

Đối với điều trị nguyên nhân, phương pháp điều trị thay đổi tùy theo nguyên nhân là bệnh cơ thể hoặc các chất tác động trên hoạt động tâm lý, các chất gây nghiện.

#### **6.1.1. RỐI LOẠN TÂM THẦN GÂY RA BỞI BỆNH CƠ THỂ.**

Điều trị các bệnh cơ thể tùy thuộc vào từng loại bệnh, thí dụ: chấn thương sọ não được điều trị tại chuyên khoa ngoại thần kinh, đái tháo đường tại chuyên khoa nội tiết.

#### **6.1.2. RỐI LOẠN TÂM THẦN GÂY RA BỞI CÁC THUỐC TÁC ĐỘNG TRÊN HOẠT ĐỘNG TÂM THẦN.**

Nếu các chất tác động này là các thuốc dùng trong điều trị, thí dụ: các thuốc Levodopa trong điều trị bệnh parkinson, thuốc chống trầm cảm trong điều trị trầm cảm..., có thể thay thế thuốc này bằng một loại thuốc thích hợp.

### **6.2. ĐIỀU TRỊ CÁC TRIỆU CHỨNG LOẠN THẦN.**

Điều trị các triệu chứng rối loạn tâm thần cũng tùy thuộc vào nguyên nhân của rối loạn tâm thần thực thể.

#### **6.2.1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ.**

##### **6.2.1.1. Rối loạn tâm thần gây ra bởi bệnh cơ thể,**

Hiện nay, trong điều trị loại rối loạn này, có nhiều khuynh hướng khác nhau.

- Không điều trị các triệu chứng tâm thần:

Theo khuynh hướng này, không cần thiết điều trị triệu chứng tâm thần, vì khi điều trị nguyên nhân, bệnh cơ thể thuyên giảm, các triệu chứng tâm thần cũng tự thuyên giảm, thí dụ: mê sảng trong bệnh nhiễm trùng; sau khi bệnh nhiễm trùng thuyên giảm, mê sảng cũng thuyên giảm theo.

- Nên điều trị các triệu chứng tâm thần.

Theo khuynh hướng này, triệu chứng tâm thần là một yếu tố nguy cơ đối với biến chứng cũng như tử vong của bệnh loạn tâm thần thực thể; theo một nghiên cứu về trầm cảm và tử vong trên bệnh nhân bị ngạnh tắc cơ tim (myocardial infarction: MI); tại bệnh viện tim mạch, ở Montreal, Quebec, trên 222 bệnh nhân, kết quả cho thấy, sau 6 tháng, tỷ lệ tử vong ở người bị trầm cảm cao hơn ở người không bị trầm cảm (adjusted hazard ratio, 4.29; 95% khoảng tin cậy, 3.14 - 5.44; P = .013). một số nghiên cứu khác cho thấy thuốc chống trầm cảm SSRI làm giảm tỷ lệ tử vong ở những người bị động mạch vành.

Như vậy, điều trị các triệu chứng tâm thần trong các bệnh cơ thể tùy thuộc thói quen của nhà điều trị. Tuy nhiên, nếu bệnh cơ thể là một bệnh mạn tính, triệu chứng tâm thần làm tăng tỷ lệ biến chứng và tử vong của bệnh cơ thể, trong trường hợp này, các triệu chứng tâm thần nên được điều trị.

##### **6.2.1.2. Rối loạn tâm thần gây ra bởi các chất tác động trên hoạt động tâm thần.**

Đối với nhóm này, diễn tiến của triệu chứng tâm thần thường tùy thuộc vào nồng độ của chất này trong máu và thời gian này tương đối ngắn; nên không cần thiết điều trị các triệu chứng tâm thần; chỉ dùng thuốc hướng thần khi các triệu chứng tâm thần gây nguy hiểm cho bản thân hoặc người chung quanh, thí dụ: trong cơn mê sảng, người bệnh có thể phá phách, tấn công người chung quanh.

### 6.3. LỰA CHỌN CÁC THUỐC HƯỚNG THẦN.

Lựa chọn thuốc hướng thần tùy thuộc vào triệu chứng tâm thần, loại bệnh cơ thể cũng như sinh hoạt của người bệnh.

#### 6.3.1. THEO TRIỆU CHỨNG BỆNH.

Tùy theo triệu chứng tâm thần, nhà điều trị có thể lựa chọn thuốc cho thích hợp; thí dụ, tình trạng kích động trong mê sảng, các thuốc chống loạn thần thường được sử dụng trong trường hợp này; tuy nhiên, nên tránh dùng các thuốc chống loạn thần cũ có tính chất kháng Cholinergique, như thuốc Chlorpromazine, vì thuốc có thể làm tình trạng mê sảng nặng hơn. Các thuốc BZD làm giảm trí nhớ, cần được hạn chế khi dùng trong mê sảng; nhưng, trong trường hợp mê sảng khi cai hoặc ngộ độc các chất gây nghiện, thuốc này lại thường được sử dụng,

Bảng 12: Các thuốc dùng trong điều trị các rối loạn tâm thần thực thể.

Thuốc hướng thần.	Sảng	Mất trí	RL trí nhớ	L thần	RL khí sắc	RL lo âu
Phenothiazine	-	-		+		
Butyrophenol	+	+		+		
CLT mới	+	+		+		
BZD (Benzodiazepine)	-	-	-	+		-
CTC 3 vòng, SSRI, SNRI, Mirtazapine					+	+

#### 6.3.2. THEO BỆNH CƠ THỂ.

Lựa chọn các thuốc hướng thần còn tùy thuộc vào các bệnh cơ thể hoặc các chất tác động trên hệ thần kinh, thí dụ: ở bệnh nhân Parkinson cần thận trọng khi cho các thuốc nhóm Butyrophenol (Haloperidol), hoặc đối với bệnh nhân đái tháo đường, không nên cho các thuốc chống loạn thần mới như Clozapine hoặc Olanzapine.

Bảng 13: Các thuốc chống loạn thần và các bệnh cơ thể.

	Thioridazine	Haloperidol	Clozapine	Risperidone	Olanzapine
CT sọ não	2	0	3	0	2
TB MM não	2	0	3	0	2
Parkinson	1	2	0(?)	1	0(?)
Đái tháo đường	1	1	3	2	3
Loạn nhịp	3	0	0	1	0
Hạ HA	2	1	3	1	1

Bảng 14: Các thuốc chống trầm cảm và các bệnh cơ thể.

	CTC 3 vòng	SSRI	SNRI	Mirtazapine
CT sọ não	-	+	+	+
TB MM não	-	+	+	+

Loạn nhịp	-	+	+	+
Hạ HA	-	+	+	+

### 6.3.3. THEO SINH HOẠT CỦA NGƯỜI BỆNH.

Lựa chọn thuốc còn tùy thuộc vào sinh hoạt và đặc điểm của người bệnh; thí dụ, đối với những người béo phì, hoặc có nguy cơ bị đái tháo đường, cần hạn chế cho các thuốc Clozapine và Olanzapine; đối với những tài xế, cần thận trọng đối với các thuốc có tác dụng êm dịu thần kinh như thuốc thioridazine thuộc nhóm Phénothiazine; gần đây, các tác giả còn quan tâm đến sinh hoạt tình dục; đối với những người bệnh có suy giảm hoạt động tình dục, nên tránh những thuốc làm giảm hoạt động này.

Bảng 15: Các thuốc chống loạn thần và sinh hoạt của người bệnh.

	Thioridazine	Haloperidol	Clozapine	Risperidone	Olanzapine
Lên cân	1	1	3	2	3
Em dịu thần kinh	2	1	3	1	1
Tình dục	2	2	0	3	0

## MÊ SÁNG (F05)

### 1. DỊCH TỄ HỌC.

Mê sáng thường gặp trong các bệnh đa khoa; theo số liệu của tác giả Steven C. Samuels, khoảng 10-30% người bệnh điều trị nội trú bị mê sáng; ở người bệnh ung thư giai đoạn cuối, tỷ lệ này lên đến 23-28%; ở bệnh viện của người lớn tuổi, tỷ lệ này là 44%.

### 2. CHẨN ĐOÁN.

#### 2.1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH.

Cơ mê sáng thường tiến triển nhanh chóng với các rối loạn ý thức từ nhẹ đến nặng (như u ám, ngủ gà, bán hôn mê, hôn mê), hoặc rối loạn định hướng lực (thời gian, không gian, bản thân, chung quanh); trong cơn, các ảo thị là những hình ảnh ghê rợn, làm người bệnh cảm thấy lo lắng, sợ hãi; có những hành động kích động như tấn công người khác hoặc trốn chạy; qua cơn, người bệnh có thể không nhớ rõ nội dung của cơn mê sáng.

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của STCĐTKBTT lần IV:

##### 2.1.1. MÊ SÁNG DO BỆNH CƠ THỂ.

- A. Rối loạn ý thức (suy giảm rõ ràng ý thức về xung quanh) với sự suy giảm khả năng tập trung, hoặc di chuyển sự chú ý.
- B. Sự biến đổi về chức năng nhận thức (sự thiếu sót về trí nhớ, mất các định hướng lực, rối loạn về ngôn ngữ) hoặc có rối loạn tri giác.
- C. Rối loạn xảy ra trong thời gian ngắn (thông thường trong vài giờ hoặc vài ngày và thường dao động trong ngày).
- D. Bệnh sử, thăm khám hoặc những xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ rối loạn là do những hậu quả trực tiếp của một bệnh nội khoa tổng quát.

##### 2.1.2. MÊ SÁNG DO NGỘ ĐỘC MỘT CHẤT.

- A. Rối loạn ý thức (nghĩa là suy giảm rõ ràng ý thức về xung quanh) với sự suy giảm khả năng huy động, tập trung, duy trì hoặc hoạt động sự chú ý.
- B. Sự biến đổi về chức năng nhận thức (giống như một sự thiếu sót về trí nhớ, một sự mất định hướng, một sự rối loạn về ngôn ngữ, hoặc có rối loạn tri giác không được giải thích rõ bằng một sự sa sút tâm thần có trước đó, đã cố định hoặc đang được tiến triển).
- C. Rối loạn xảy ra trong thời gian ngắn (thông thường trong vài giờ hoặc vài ngày và có chiều hướng diễn tiến một cách dao động suốt trong ngày).
- D. Bệnh sử, sự thăm khám cơ thể hoặc các xét nghiệm lân cận lâm sàng cho thấy rõ hoặc :

- (1). sự xuất hiện các triệu chứng của tiêu chuẩn A và B trong lúc bị ngộ độc bởi 1 chất.
- (2). sự sử dụng thuốc là nguyên nhân liên quan đến rối loạn.

##### 2.1.3. SÁNG DO CAI MỘT CHẤT.

- A. Rối loạn ý thức (nghĩa là suy giảm rõ ràng ý thức về xung quanh) với sự suy giảm khả năng điều khiển, tập trung, duy trì hoặc huy động sự chú ý.
- B. Sự biến đổi về chức năng nhận thức (giống như một sự thiếu sót về trí nhớ, một sự mất định hướng, một sự rối loạn về ngôn ngữ) hoặc có rối loạn tri giác không được giải thích rõ ràng một sự sa sút tâm thần có trước đó, đã cố định hoặc đang tiến triển.
- C. Rối loạn xảy ra trong thời gian ngắn (thông thường trong vài giờ hoặc vài ngày và có chiều hướng tiến triển một cách giao động suốt trong ngày).
- D. Bệnh sử, sự thăm khám cơ thể hoặc các xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ sự xuất hiện những triệu chứng của tiêu chuẩn A và B trong lúc có hội chứng cai hoặc ít lâu sau.

### 2.1.4. SÁNG DO NHIỀU NGUYÊN NHÂN.

A. Rối loạn ý thức (nghĩa là suy giảm rõ rệt ý thức về xung quanh) với sự suy giảm khả năng tập trung, duy trì hoặc hoạt động sự chú ý.

B. Sự biến đổi về chức năng nhận thức (giống như một sự thiếu sót về trí nhớ, một sự mất định hướng, một sự rối loạn về ngôn ngữ) hoặc có rối loạn tri giác không được giải thích rõ bằng một sự sa sút tâm thần có trước đó, đã cố định hoặc đang tiến triển.

C. Rối loạn xảy ra trong thời gian ngắn (thông thường trong vài giờ hoặc vài ngày và có chiều hướng diễn tiến một cách dao động suốt trong ngày).

D. Bệnh sử, sự thăm khám cơ thể hoặc các xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ sáng là do nhiều nguyên nhân bệnh (ví dụ. nhiều bệnh nội khoa tổng quát hoặc một bệnh nội khoa tổng quát cộng thêm một sự ngộ độc bởi một chất hoặc một tác dụng phụ của thuốc).

Khi phân tích các tiêu chuẩn chẩn đoán trên:

- Triệu chứng của mê sáng là rối loạn ý thức (tiêu chuẩn A), và rối loạn nhận thức bao gồm rối loạn định hướng lực, trí nhớ, ngôn ngữ hoặc rối loạn tri giác (tiêu chuẩn B); trong đó, rối loạn ý thức là triệu chứng chính.

- Cơn mê sáng thường diễn tiến từng cơn, mỗi cơn lâu khoảng vài giờ cho đến vài ngày, mức độ mỗi cơn thay đổi trong ngày.

- Cơn mê sáng này có thể gặp trong:

- a. Các bệnh cơ thể.
- b. Trong khi cai một số thuốc gây nghiện.
- c. Trong khi bị ngộ độc.

### 2.3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT.

#### 2.3.1. PHÂN BIỆT GIỮA MÊ SÁNG DO BỆNH CƠ THỂ VÀ DO SỬ DỤNG CHẤT:

Khi phân tích tiêu chuẩn chẩn đoán của sáng do bệnh cơ thể và do sử dụng chất tác động trên hệ thần kinh

Bảng 1: Tiêu chuẩn chẩn đoán của mê sáng do bệnh cơ thể và do sử dụng chất.

Sáng do bệnh cơ thể	Sáng do sử dụng chất
A. Rối loạn ý thức (suy giảm rõ ràng ý thức về xung quanh) với sự suy giảm khả năng tập trung, hoặc di chuyển sự chú ý.	A. Rối loạn ý thức (nghĩa là suy giảm rõ ràng ý thức về xung quanh) với sự suy giảm khả năng huy động, tập trung, duy trì hoặc hoạt động sự chú ý.
B. Sự biến đổi về chức năng nhận thức (sự thiếu sót về trí nhớ, mất các định hướng lực, rối loạn về ngôn ngữ) hoặc có rối loạn tri giác.	B. Sự biến đổi về chức năng nhận thức (giống như một sự thiếu sót về trí nhớ, một sự mất định hướng, một sự rối loạn về ngôn ngữ, hoặc có rối loạn tri giác không được giải thích rõ bằng một sự sa sút tâm thần có trước đó, đã cố định hoặc đang được tiến triển.
C. Rối loạn xảy ra trong thời gian ngắn (thông thường trong vài giờ hoặc vài ngày và thường dao động trong ngày).	C. Rối loạn xảy ra trong thời gian ngắn (thông thường trong vài giờ hoặc vài ngày và có chiều hướng diễn tiến một cách dao động suốt trong ngày).
	D. Bệnh sử, sự thăm khám cơ thể hoặc các xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ hoặc :

D. Bệnh sử, thăm khám hoặc những xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ rối loạn là do những hậu quả trực tiếp của một bệnh nội khoa tổng quát.	(1). sự xuất hiện các triệu chứng của tiêu chuẩn A và B trong lúc bị ngộ độc bởi 1 chất. (2). sự sử dụng thuốc là nguyên nhân liên quan đến rối loạn.
--	--

Khi so sánh tiêu chuẩn chẩn đoán của hai nhóm kể trên:

Cả hai loại rối loạn này đều có triệu chứng rối loạn ý thức, nhận thức (tiêu chuẩn A, B của sáng do bệnh cơ thể và do sử dụng chất), nhưng khác nhau ở tiêu chuẩn có liên quan đến nguyên nhân, trong sáng do bệnh cơ thể, triệu chứng tâm thần có liên quan đến bệnh cơ thể (tiêu chuẩn D), trong sáng do sử dụng chất tác động trên hệ thần kinh, triệu chứng tâm thần lại liên quan đến sử dụng chất tác động trên hệ thần kinh (tiêu chuẩn D).

### 2.3.2. PHÂN BIỆT MÊ SÁNG VỚI MẤT TRÍ.

Khi phân tích tiêu chuẩn chẩn đoán của mê sáng và mất trí do bệnh cơ thể

Bảng 2: Tiêu chuẩn chẩn đoán của mê sáng và mất trí do bệnh cơ thể.

Mê sáng do bệnh cơ thể	Mất trí do bệnh cơ thể
A. Rối loạn ý thức (suy giảm rõ ràng ý thức về xung quanh) với sự suy giảm khả năng tập trung, hoặc di chuyển sự chú ý.	A, Có sự xuất hiện nhiều rối loạn về nhận thức: (1) Rối loạn trí nhớ (mất khả năng thu nhập các thông tin mới hoặc nhớ lại các thông tin cũ). (2) Một (hoặc nhiều) rối loạn về nhận thức sau đây: (a) Vong ngôn (rối loạn ngôn ngữ) (b) Mất dùng cử động (không có khả năng thực hiện một vận động mặc dù những chức năng vận động còn nguyên vẹn). (c) Mất nhận thức (không thể nhận dạng những đồ vật mặc dù các chức năng về giác quan còn nguyên vẹn). (d) Rối loạn chức năng thực hành (dự định, tổ chức, sắp xếp thời gian, tư duy trừu tượng).
B. Sự biến đổi về chức năng nhận thức (sự thiếu sót về trí nhớ, mất các định hướng lực, rối loạn về ngôn ngữ) hoặc có rối loạn tri giác.	B, Những rối loạn trong các đề mục A1 và A2 là nguyên nhân của sự thay đổi về hoạt động xã hội hoặc nghề nghiệp.
C. Rối loạn xảy ra trong thời gian ngắn (thông thường trong vài giờ hoặc vài ngày và thường dao động trong ngày).	C, Bệnh sử, thăm khám cơ thể hoặc những xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rối loạn trên là hậu quả trực tiếp của các bệnh nội khoa tổng quát,
D. Bệnh sử, thăm khám hoặc những xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ rối loạn là do những hậu quả trực tiếp của một bệnh nội khoa tổng quát.	D, Phải chẩn đoán loại trừ sáng.

Khi so sánh tiêu chuẩn chẩn đoán của hai nhóm kể trên:

Cả hai loại rối loạn này đều thuộc nhóm thực thể (tiêu chuẩn D) của mê sáng do bệnh cơ thể và C của mất trí do bệnh cơ thể), nhưng khác nhau ở tiêu chuẩn có liên quan đến triệu chứng, trong mê sáng do bệnh cơ thể, triệu chứng tâm thần chính là rối loạn ý thức (tiêu

chuẩn A); trong mất trí do bệnh cơ thể triệu chứng tâm thần chính là rối loạn trí nhớ và nhận thức (tiêu chuẩn A).

### **3. NGUYÊN NHÂN:**

#### **3.1. BỆNH CƠ THỂ.**

##### **3.1.1. BỆNH THẦN KINH:**

Các bệnh thần kinh có thể gây ra mê sảng, như chấn thương sọ não, u não, xuất huyết não, tai biến mạch máu não, động kinh.

##### **3.1.2. BỆNH NỘI TIẾT.**

- Tuyến giáp: Asher, khi theo dõi những người bệnh suy giáp, nhận thấy có một số người bệnh có tình trạng mê sảng.
- Đái tháo đường: trên lâm sàng, khi đường huyết tăng hoặc giảm, người bệnh có thể rơi vào tình trạng mê sảng.
- Suy tuyến thượng thận.

##### **3.1.3. CÁC BỆNH KHÁC.**

**3.1.3.1. Bệnh tim mạch:** các bệnh tim mạch như suy tim, thiếu máu cơ tim, tim loạn nhịp.

**3.1.3.2. Bệnh hô hấp:** phổi bị tắc mạn tính

**3.1.3.3. Bệnh nhiễm trùng:** sốt rét, thương hàn...

Trong các bệnh truyền nhiễm, các tác giả nhận thấy lượng cytokines trong máu gia tăng. Trong các thử nghiệm trên thú vật, khi tiêm vào não thất của vật thí nghiệm với interleukin-1 (IL-1), tiền chất của cytokine; chất này làm giảm hoạt động của hệ thống acetylcholine; cytokines có thể làm thay đổi tính thấm thấu ở vách các mao mạch, ảnh hưởng đến biến dưỡng của tế bào thần kinh

**3.1.3.4. Suy thận**

**3.1.3.5. Suy gan.**

Trong các bệnh viêm gan, xơ gan, suy gan, lượng ammonia trong máu gia tăng có thể gây ra mê sảng; như trong bệnh lý não của gan (hepatic encephalopathy) lượng ammonia không được biến dưỡng tồn đọng; bệnh cảnh lâm sàng này tương tự như bệnh cảnh lâm sàng khi dùng.

#### **3.2. DO CÁC CHẤT TÁC ĐỘNG TRÊN HOẠT ĐỘNG TÂM THẦN.**

- Thuốc tim mạch: các thuốc dùng trong tim mạch như thuốc điều trị loạn nhịp lidocaine hoặc procainamide (Promine) cũng có thể gây ra tình trạng mê sảng
- Thuốc kháng cholinergic: nhiều nghiên cứu trên vật thử nghiệm cho thấy có mối liên quan giữa mức độ mê sảng và nồng độ acetyl choline trong máu; khi nồng độ này càng thấp, mức độ mê sảng càng nặng, trên lâm sàng, các thuốc đồng vận với acetyl choline như physostigmine thường được dùng để điều trị mê sảng do dùng thuốc kháng cholinergic.
- Thuốc đồng vận với Dopamine: trong tiêu chuẩn chẩn đoán B, có rối loạn tri giác, bao gồm những triệu chứng hoang tưởng, ảo giác; các công trình thử thuốc cho thấy các triệu chứng này liên quan đến gia tăng hoạt động của hệ thống Dopamine; trên lâm sàng, các thuốc chống loạn thần làm giảm lượng Dopamine cũng cải thiện triệu chứng mê sảng. Những chất đồng vận với Dopamine như psychostimulants, carbidopa và levodopa (Sinemet), bupropion (Wellbutrin), và amantadine (Symmetrel), đều có thể gây ra mê sảng; tuy nhiên, khi hoạt động của Dopamine bị suy giảm lại ảnh hưởng đến tình trạng oxy hóa.

- Thuốc đồng vận với serotonin: trong các công trình thử thuốc của nhóm chống trầm cảm SSRI, khi dùng quá liều, người bệnh có thể bị hội chứng Sérotonine, người bệnh bị hôn mê, trên lâm sàng, trong một số bệnh nhân bị suy gan, lượng serotonin cao có thể gây ra mê sảng, hội chứng cai serotonin cũng có thể bị mê sảng.
- Thuốc điều trị động kinh: thuốc valproate, đơn trị liệu hoặc đa trị liệu phối hợp với các thuốc kháng động kinh khác; hiện nay, cơ chế thuốc kháng động kinh gây ra tình trạng mê sảng chưa được hiểu rõ, có thể do thuốc tác động trên sự tổng hợp chu trình urea
- Các thuốc khác: thuốc kháng sinh, steroide, gây mê, thuốc tim mạch, thuốc điều trị cao huyết áp, thuốc điều trị ung thư, thuốc chữa đau...

## **4. ĐIỀU TRỊ.**

### **4.1. ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN :**

**4.1.1. ĐỐI VỚI SẢNG DO BỆNH CƠ THỂ:** người bệnh cần điều trị tại các chuyên khoa có liên quan như bứu não, chấn thương sọ não điều trị tại khoa giải phẫu thần kinh, suy giáp điều trị tại khoa nội tiết.

**4.1.2. ĐỐI VỚI SẢNG DO SỬ DỤNG CÁC THUỐC ĐIỀU TRỊ:** như ngộ độc các thuốc điều trị.

- Nếu vừa bị ngộ độc: bệnh nhân còn tỉnh táo, có thể rửa dạ dày, hoặc tiêm Apomorphine kích thích cho người bệnh ói ra; nếu bệnh nhân hôn mê nặng, đặt ống thông vào dạ dày, bơm dung dịch ngọt để rửa ruột.
- Dùng các thuốc lợi tiểu.

### **4.2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHƯ TRONG TRƯỜNG HỢP HÔN MÊ.**

### **4.3. ĐIỀU TRỊ CÁC TRIỆU CHỨNG TÂM THẦN:**

Bảng tác dụng của thuốc chống loạn thần cho thấy tác dụng của thuốc trên bệnh tâm thần, cơ thể và sinh hoạt của người bệnh.

Bảng này giúp cho nhà điều trị lựa chọn thuốc phù hợp với bệnh tâm thần, cơ thể và sinh hoạt của người bệnh; thí dụ, người bệnh bị mê sảng, có những hành vi nguy hiểm như tấn công người khác; người bệnh bị, đái tháo đường, rối loạn nhịp tim.

Khi phân tích trường hợp này, người bệnh có trục I là mê sảng, trục III là bệnh đái tháo đường, và trục V là triệu chứng kích động.

Lựa chọn thuốc theo trục III, bệnh nhân bị đái tháo đường, thuốc Risperidone được lựa chọn trong điều trị, vì thuốc này không có tác dụng phụ là đái tháo đường.

Lựa chọn theo triệu chứng kích động, các thuốc chống loạn thần đều có hiệu quả tương tự nhau, nên tất cả các thuốc chống loạn thần đều có thể được sử dụng trong trường hợp này.

Khi phân tích ảnh hưởng của các triệu chứng kích động (trục V) và đái tháo đường (trục III); theo số liệu thống kê của Hoa kỳ, chưa có tỷ lệ tử vong do hành vi giết người; tỷ lệ tử vong của đái tháo đường là 0,24/10.000; trong trường hợp này, nên thuốc Risperidone được sử dụng trong điều trị.

Đối với tình trạng bỏ thuốc của các thuốc chống loạn thần, tỷ lệ bỏ thuốc của thuốc chống loạn thần cũ cao hơn của các thuốc chống loạn thần mới; tỷ lệ bỏ thuốc của thuốc chống loạn thần cũ đã hạn chế hiệu quả điều trị của thuốc này.

Bảng 3: Tác dụng của các thuốc hướng thần.

	CLT cũ	Risperidone	Clozapine	Olanzapine
Tr/c dương tính	40%	53%		
Tr/c âm tính	73%	69%	1	1
Parkinson	30%	6%	?	?
Động kinh	2	5-10%	1	2
Đái tháo đường	1	1	36,6% / 5 năm	2
Hạ HA tư thế	3	2	1	1
Rối loạn nhịp tim	2	1	1	1
Mất bạch cầu hạt đa nhân.	1	0,73% / năm đầu	1	1
Dung nạp	50%	1	1	1
Ngủ	2	1	3	1
Tiết sữa	3	1	2	1
An uống	1	2	1	2
Rối loạn hoạt động tình dục	2	?	1	1

## MẤT TRÍ (SA SÚT)

### 1. DỊCH TỄ HỌC.

Mất trí có thể gặp trong các bệnh tai biến mạch máu não, hoặc do sử dụng các chất gây nghiện như rượu, thuốc ngủ, hoặc một số các chất khác.

Mất trí thường gặp ở người lớn tuổi, tỷ lệ bệnh mất trí thay đổi theo lứa tuổi; trên 65 tuổi, tỷ lệ này là 5%, trên 85 tuổi, tỷ lệ là 20-40%.

### 2. CHẨN ĐOÁN.

#### 2.1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH.

Người bệnh có những rối loạn trí nhớ; bao gồm trí nhớ gần như người bệnh hay quên những chuyện vừa xảy ra trong ngày, như để quên đồ đạc, quên việc vừa làm..., hoặc trí nhớ xa như không nhớ những chuyện cũ, như trường mình đã học, ngày sinh của người thân... Có thể kiểm tra trí nhớ của người bệnh bằng cách đưa một bảng danh sách tên của người thân trong gia đình, bảo bệnh nhân ghi nhớ; sau vài phút, yêu cầu họ lập lại.

Vong ngôn thể hiện qua việc người bệnh có khó khăn trong lựa từ để diễn đạt ý tưởng của mình; thân nhân trong gia đình nhận xét người bệnh nói khó hiểu, có thể kiểm tra vong ngôn bằng cách hỏi bệnh nhân tên các đồ vật trong phòng như bàn, ghế hoặc các bộ phận trong cơ thể như mắt, mũi, cằm, vai...

Mất dùng cử động: người bệnh mất khả năng sử dụng động tác như vẫy tay chào tạm biệt, viết thư; hoặc không làm được động tác sinh hoạt hằng ngày như mặc quần áo, làm vệ sinh...

Mất nhận thức: người bệnh không nhận ra các vật dụng dùng thường ngày như bàn, ghế, bút, chìa khoá...

Rối loạn chức năng thực hành: là triệu chứng nổi bật trong sa sút tâm thần; người bệnh không thể thực hiện các hoạt động đơn giản, thí dụ: bảo người bệnh đi mua đồ, người bệnh không thể trả tiền được; trong hành vi trả tiền, người bệnh cần biết rõ họ phải trả bao nhiêu tiền, họ đang có bao nhiêu tiền; họ phải đưa bao nhiêu tiền và người bán hàng sẽ trả bao nhiêu tiền; khi phân tích hoạt động tâm lý trên, có thể thấy, người bệnh phải có khả năng vạch ra kế hoạch, thực hiện từng bước trong kế hoạch này...

Mất trí có thể gặp trong các bệnh bệnh cơ thể như bệnh Alzheimer, bệnh mạch máu não, thiếu năng tuyến giáp, hoặc do sử dụng thuốc êm dịu thần kinh, êm dịu thần kinh.

Tiêu chuẩn chẩn đoán của STCĐTKBTT lần IV:

### **2.1.1. MẤT TRÍ DO MỘT BỆNH ĐA KHOA**

A, Có sự xuất hiện nhiều rối loạn về nhận thức:

(1) Rối loạn trí nhớ (mất khả năng thu nhập các thông tin mới hoặc nhớ lại các thông tin cũ).

(2) Một (hoặc nhiều) rối loạn về nhận thức sau đây:

(a) Vong ngôn (rối loạn ngôn ngữ)

(b) Mất dùng cử động (không có khả năng thực hiện một vận động mặc dù những chức năng vận động còn nguyên vẹn).

(c) Mất nhận thức (không thể nhận dạng những đồ vật mặc dù các chức năng về giác quan còn nguyên vẹn).

(d) Rối loạn chức năng thực hành (dự định, tổ chức, sắp xếp thời gian, tư duy trừu tượng).

B, Những rối loạn trong các đề mục A1 và A2 là nguyên nhân của sự thay đổi về hoạt động xã hội hoặc nghề nghiệp.

C, Bệnh sử, thăm khám cơ thể hoặc những xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rối loạn trên là hậu quả trực tiếp của các bệnh nội khoa tổng quát,

D, Phải chẩn đoán loại trừ sảng.

### **2.1.2. MẤT TRÍ DO SỬ DỤNG CHẤT**

A. Có sự xuất hiện nhiều thiếu sót về nhận thức được chứng tỏ cùng một lúc bởi :

(1). Sự biến đổi trí nhớ (mất sự biến đổi khả năng thu nhập các thông tin mới hoặc nhớ lại các thông tin đã thu thập trước đó).

(2). Một (hoặc nhiều) rối loạn về nhận thức sau đây :

(a). Vong ngôn (rối loạn ngôn ngữ)

(b). Mất dùng cử động (biến đổi khả năng thực hiện một vận động mặc dù những chức năng vận động còn nguyên vẹn).

(c). Mất nhận thức (không thể lĩnh hội hay nhận dạng những đồ vật mặc dù các chức năng về giác quan còn nguyên vẹn).

(d). Rối loạn những chức năng thực hành (dự định, tổ chức, sắp xếp thời gian tư duy trừu tượng).

B. Những thiếu sót về nhận thức trong tiêu chuẩn A1 và A2 đều là nguồn gốc của sự biến đổi đáng kể về chức năng xã hội hoặc nghề nghiệp và tiêu biểu cho một sự suy sụp đáng kể so với mức độ chức năng trước đó.

C. Những thiếu sót không phải chỉ có xảy ra trong sảng và kéo dài quá thời gian thường lệ của sự ngộ độc hoặc cai một chất.

D. Bệnh sử, sự thăm khám cơ thể hoặc các xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ những thiếu sót có liên quan về nguyên nhân với những tác dụng dai dẳng của một chất được sử dụng (ví dụ : một chất gây ra một sự lạm dụng, một được chất).

### **2.1.3. MẤT TRÍ DO NHIỀU NGUYÊN NHÂN**

A. Có sự xuất hiện nhiều thiếu sót về nhận thức được chứng tỏ cùng một lúc bởi :

(1). Sự biến đổi trí nhớ (mất sự biến đổi khả năng thu nhập các thông tin mới hoặc nhớ lại các thông tin đã thu thập trước đó).

(2). Một (hoặc nhiều) rối loạn về nhận thức sau đây :

(a). Vong ngôn (rối loạn ngôn ngữ)

(b). Mất dùng cử động (biến đổi khả năng thực hiện một vận động mặc dù những chức năng vận động còn nguyên vẹn).

(c). Mất nhận thức (không thể lĩnh hội hay nhận dạng những đồ vật mặc dù các chức năng về giác quan còn nguyên vẹn).

(d). Rối loạn những chức năng thực hành (dự định, tổ chức, sắp xếp thời gian tư duy trừu tượng).

B. Những thiếu sót về nhận thức trong tiêu chuẩn A1 và A2 đều là nguồn gốc của sự biến đổi đáng kể về chức năng xã hội hoặc nghề nghiệp và tiêu biểu cho một sự suy sụp đáng kể so với mức độ chức năng trước đó.

C. Bệnh sử, sự thăm khám cơ thể hoặc các xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ rối loạn có nhiều nguyên nhân (ví dụ : chấn thương sọ não với sử dụng rượu mãn tính, sa sút tâm thần loại Alzheimer với sa sút tâm thần do mạch máu thứ phát).

D. Những thiếu sót không chỉ xảy ra đơn độc trong diễn tiến của sáng.

Khi phân tích tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Triệu chứng của mất trí là rối loạn trí nhớ và các triệu chứng rối loạn nhận thức khác; trong đó rối loạn trí nhớ là triệu chứng chính (tiêu chuẩn A).

- Các triệu chứng trên ảnh hưởng trên sinh hoạt của người bệnh; người bệnh khó thích nghi với đời sống hằng ngày như tự làm vệ sinh, mua bán những thứ cần thiết cho cuộc sống...; họ cần được sự giúp đỡ của người chung quanh (tiêu chuẩn B).

- Mất trí này có thể gặp trong các bệnh cơ thể, hoặc do sử dụng một số chất. (tiêu chuẩn C).

## 2.3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT.

### 2.3.1. PHÂN BIỆT GIỮA MẤT TRÍ DO BỆNH CƠ THỂ VÀ DO SỬ DỤNG CHẤT:

Khi phân tích tiêu chuẩn chẩn đoán của mất trí do bệnh cơ thể và do sử dụng chất tác động trên hệ thần kinh

Bảng 1: Tiêu chuẩn chẩn đoán của mất trí do bệnh cơ thể và mất trí do sử dụng chất.

Mất trí do bệnh cơ thể	Mất trí do sử dụng chất
<p>A, Có sự xuất hiện nhiều rối loạn về nhận thức:</p> <p>(1) Rối loạn trí nhớ (mất khả năng thu nhập các thông tin mới hoặc nhớ lại các thông tin cũ).</p> <p>(2) Một (hoặc nhiều) rối loạn về nhận thức sau đây:</p> <p>(a) Vong ngôn (rối loạn ngôn ngữ)</p> <p>(b) Mất dùng cử động (không có khả năng thực hiện một vận động mặc dù những chức năng vận động còn nguyên vẹn).</p> <p>(c) Mất nhận thức (không thể nhận dạng những đồ vật mặc dù các chức năng về giác quan còn nguyên vẹn).</p> <p>(d) Rối loạn chức năng thực hành</p>	<p>A. Có sự xuất hiện nhiều thiếu sót về nhận thức được chứng tỏ cùng một lúc bởi :</p> <p>(1).Sự biến đổi trí nhớ (mất sự biến đổi khả năng thu nhập các thông tin mới hoặc nhớ lại các thông tin đã thu thập trước đó).</p> <p>(2).Một (hoặc nhiều) rối loạn về nhận thức sau đây :</p> <p>(a).Vong ngôn (rối loạn ngôn ngữ)</p> <p>(b).Mất dùng cử động (biến đổi khả năng thực hiện một vận động mặc dù những chức năng vận động còn nguyên vẹn).</p> <p>(c).Mất nhận thức (không thể lĩnh hội hay nhận dạng những đồ vật mặc dù các chức năng về giác quan còn nguyên vẹn).</p> <p>(d).Rối loạn những chức năng thực hành (dự định, tổ chức, sắp xếp thời gian tư duy trừu tượng).</p>

(dự định, tổ chức, sắp xếp thời gian, tư duy trừu tượng).	B.Những thiếu sót về nhận thức trong tiêu chuẩn A1 và A2 đều là nguồn gốc của sự biến đổi đáng kể về chức năng xã hội hoặc nghề nghiệp và tiêu biểu cho một sự suy sụp đáng kể so với mức độ chức năng trước đó.
B. Những rối loạn trong các đề mục A1 và A2 là nguyên nhân của sự thay đổi về hoạt động xã hội hoặc nghề nghiệp.	C.Những thiếu sót không phải chỉ có xảy ra trong sáng và kéo dài quá thời gian thường lệ của sự ngộ độc hoặc cai một chất.
C. Bệnh sử, thăm khám cơ thể hoặc những xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rối loạn trên là hậu quả trực tiếp của các bệnh nội khoa tổng quát,	D.Bệnh sử, sự thăm khám cơ thể hoặc các xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ những thiếu sót có liên quan về nguyên nhân với những tác dụng dai dẳng của một chất được sử dụng (ví dụ : một chất gây ra một sự lạm dụng, một dược chất)
D. Phải chẩn đoán loại trừ sáng.	

Cả hai loại rối loạn này đều có triệu chứng rối loạn ý thức, nhận thức (tiêu chuẩn A,B của sáng do bệnh cơ thể và do sử dụng chất), nhưng khác nhau ở tiêu chuẩn có liên quan đến nguyên nhân, trong mất trí do bệnh cơ thể, triệu chứng tâm thần có liên quan đến bệnh cơ thể (tiêu chuẩn C), trong mất trí do sử dụng chất tác động trên hệ thần kinh, triệu chứng tâm thần lại liên quan đến sử dụng chất tác động trên hệ thần kinh (tiêu chuẩn D).

### 2.3.2. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT GIỮA MẤT TRÍ VÀ MÊ SÁNG. (XEM Ở TRÊN)

## 3. NGUYÊN NHÂN.

### 3.1. BỆNH CƠ THỂ.

#### 3.1.1. BỆNH THẦN KINH:

- Mất trí do thoái hoá hệ thần kinh ở vùng hải mã: bệnh Alzheimer, 65% người bị sa sút ở lứa tuổi trên 65 là do bệnh này, 10% còn lại là sa sút do thể Lewy; bệnh Pick ...
- Mất trí do bệnh di truyền.
- Mất trí do bệnh mạch máu não: ở nhóm tuổi trên 65, loại bệnh này chiếm tỷ lệ khoảng 15%.

#### 3.1.2. BỆNH NỘI TIẾT: như thiếu năng tuyến giáp, suy dinh dưỡng như thiếu B<sub>12</sub>.

#### 3.1.3. BỆNH KHÁC: mất trí do bệnh truyền nhiễm như giang mai não...

### 3.2. CÁC CHẤT.

Đối với các chất gây nghiện, việc sử dụng lâu dài các thuốc ngủ, giải lo âu hoặc rượu có thể đưa đến tình trạng mất trí.

Bảng 2: Các chất gây nghiện và mất trí

	Mất trí
Rượu	*
Thuốc ngủ, giải lo âu	*
Dung môi dễ bay hơi	*
Các chất khác	*

## 4. ĐIỀU TRỊ.

### 4.1. TRIỆU CHỨNG LOẠN THẦN:

Bảng tác dụng của thuốc chống loạn thần cho thấy tác dụng của thuốc trên bệnh tâm thần, cơ thể và sinh hoạt của người bệnh.

Bảng này giúp cho nhà điều trị lựa chọn thuốc phù hợp với bệnh tâm thần, cơ thể và sinh hoạt của người bệnh; thí dụ, người bệnh bị mất trí do bệnh cơ thể, có triệu chứng hoang tưởng bị hại; người bệnh còn bị rối loạn nhịp tim.

Khi phân tích trường hợp này, người bệnh có trục I là mất trí do bệnh cơ thể, trục III là rối loạn nhịp tim và trục V là triệu chứng hoang tưởng bị hại (điểm số 41-60).

Lựa chọn thuốc theo trục III, bệnh nhân bị rối loạn nhịp tim, thuốc Risperidone được lựa chọn trong điều trị, vì thuốc này không có tác dụng phụ là rối loạn nhịp tim.

Lựa chọn theo triệu chứng hoang tưởng bị hại, các loại thuốc chống loạn thần mới có hiệu quả trên triệu chứng hoang tưởng bị hại, nên có thể sử dụng trong trường hợp này.

Tuy nhiên, khi phân tích ảnh hưởng của các triệu chứng hoang tưởng (trục V) và rối loạn nhịp tim (trục III); theo số liệu thống kê của Hoa Kỳ, tỷ lệ tử vong của bệnh tim mạch là 0,45/10.000; và hoang tưởng bị hại không gây thiệt hại đáng kể, nên thuốc Risperidone được sử dụng trong điều trị.

Bảng 3: Tác dụng của thuốc chống loạn thần.

	CLT cũ	Risperidone	Clozapine	Olanzapine
Cơn loạn thần đầu tiên	56%	63%		65%
Kháng thuốc	4-10%	25-60%	35-60%	1
Tự tử			1	2
Tr/c dương tính	40%	53%		
Tr/c âm tính	73%	69%	1	1
Tử vong	2	3	1	1
Parkinson	30%	6%	?	?
Động kinh	2	5-10%	1	2
Đái tháo đường	1	1	36,6% / 5 năm	2
Hạ HA tư thế	3	2	1	1
Rối loạn nhịp tim	2	1	1	1
Mất bạch cầu hạt đa nhân.	1	0,73%/ năm đầu	1	1
Dung nạp	50%	1	1	1
Em dịu	2	1	3	1
Tiết sữa	3	1	2	1
Lên cân	1	2	1	2
Rối loạn hoạt động tình dục	2	?	1	1

## 4.2. TRIỆU CHỨNG TRẦM CẢM.

Bảng 4 cho thấy tác dụng của thuốc chống trầm cảm trên triệu chứng trầm cảm, bệnh cơ thể và sinh hoạt của người bệnh.

Bảng này giúp cho nhà điều trị chọn lựa các thuốc chống trầm cảm trong điều trị, thí dụ; một người bị mất trí, sau đó có một số triệu chứng trầm cảm với các triệu chứng buồn, mệt mỏi nằm lì suốt ngày. Người bệnh bị rối loạn nhịp tim.

Khi phân tích trường hợp này, người bệnh có trục I là mất trí và một số triệu chứng như buồn (điểm số 41-60), nằm lì không hoạt động (điểm số 21-40), và trục III là rối loạn nhịp tim.

Bảng tác dụng của thuốc chống trầm cảm cho thấy, hiệu quả điều trị của các thuốc chống trầm cảm tương đương nhau; như vậy, cả 4 loại thuốc chống trầm cảm trên đều có thể dùng trong điều trị người bệnh.

Khi lựa chọn thuốc theo rối loạn nhịp tim (trục III), theo bảng tác dụng của thuốc chống trầm cảm, thuốc nhóm SSRI có thể được sử dụng trong điều trị; vì nhóm thuốc này không ảnh hưởng trên nhịp tim..

Khi so sánh các ảnh hưởng của triệu chứng mệt mỏi (trục V) và rối loạn nhịp tim (trục III); theo số liệu thống kê của Hoa kỳ, tỷ lệ tử vong của bệnh tim mạch là 2,04/10.000 người trong 1 năm, tỷ lệ tử vong này quan trọng hơn triệu chứng mệt mỏi, và thuốc nhóm SSRI có thể sử dụng trong trường hợp này.

Bảng 4: Tác dụng của thuốc chống trầm cảm.

Tình trạng bệnh	TCA	SSRI	SNRI	Mirtazapine
Buồn				
Chán nản				
Ăn ít	10-12%	2	?	12-25%
Ngủ ít	1	2	?	1
Giảm hoạt động				
Mệt mỏi				
Ý tưởng bi quan.				
Suy nghĩ chậm chạp				
Tự tử	1	1	?	?
Tai biến mạch máu não	3	?	2	1
Parkinson	2	?	?	?
Động kinh	4-20%	0,3%	?	?
Đái tháo đường	2	1	?	?
Loạn nhịp tim	2	1	2	?
Động mạch vành	3	1	2	1
Tai biến mạch máu não	3	?	2	1
Parkinson	2	?	?	?
Động kinh	4-20%	0,3%	?	?

## RỐI LOẠN TRÍ NHỚ THỰC THỂ (F04)

### 1. DỊCH TỄ HỌC.

Trên lâm sàng, rối loạn này thường gặp trên các bệnh thần kinh như chấn thương sọ não, tai biến mạch máu não, bầm não; hoặc do sử dụng lâu dài các thuốc ngủ, giải lo âu, rượu.

### 2 CHẨN ĐOÁN.

#### 2.1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH.

Trong rối loạn trí nhớ thực thể, người bệnh chỉ có rối loạn trí nhớ, tương tự như trong mất trí; rối loạn trí nhớ này ảnh hưởng trên sinh hoạt của người bệnh.

Rối loạn này có thể gặp trong các chấn thương sọ não, tai biến mạch máu não, do uống rượu. Tiêu chuẩn chẩn đoán của Sổ tay chẩn đoán thống kê bệnh tâm thần.

##### 2.1.1. RỐI LOẠN TRÍ NHỚ DO BỆNH ĐA KHOA.

- A. Có rối loạn về trí nhớ như giảm khả năng thu thập những thông tin mới hoặc nhớ lại những thông tin cũ.
- B. Rối loạn trí nhớ là nguyên nhân của sự rối loạn hoạt động xã hội hoặc nghề nghiệp.
- C. Phải loại trừ sang hoặc mất trí.
- D. Bệnh sử, thăm khám hoặc các xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ rối loạn là hiệu quả trực tiếp của một bệnh đa khoa.

##### 2.1.2. RỐI LOẠN TRÍ NHỚ DAI DẶNG GÂY BỞI MỘT CHẤT

- A. Có biến đổi về trí nhớ được chứng tỏ bằng sự biến đổi khả năng thu thập những thông tin mới hoặc nhớ lại những thông tin đã được thu thập từ trước.
- B. Rối loạn trí nhớ là nguồn gốc của sự biến đổi đáng kể về chức năng xã hội hoặc nghề nghiệp và tương trưng cho một sự suy sụp đáng kể so với mức độ chức năng trước đó.
- C. Rối loạn trí nhớ không phải chỉ có xảy ra trong diễn tiến của sang hoặc của sa sút tâm thần và kéo dài quá thời gian thường lệ của một sự ngộ độc hoặc cai một chất.
- D. Bệnh sử, sự thăm khám cơ thể hoặc những xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ rối loạn trí nhớ có liên quan về nguyên nhân với các tác dụng dai dẳng của việc sử dụng một chất (ví dụ : một chất gây ra sự lạm dụng, một dược chất).

Khi phân tích tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Triệu chứng chính của loại rối loạn này là rối loạn trí nhớ, bao gồm rối loạn trí nhớ gần và xa (tiêu chuẩn A).
- Rối loạn trí nhớ trên sinh hoạt của người bệnh (tiêu chuẩn B)
- Rối loạn này có thể gặp trong trường hợp người bệnh bị một bệnh bệnh cơ thể, hoặc do sử dụng một chất.

#### 2.3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT.

##### 2.3.1. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT GIỮA RỐI LOẠN TRÍ NHỚ DO BỆNH CƠ THỂ VÀ DO SỬ DỤNG CHẤT.

Khi phân tích tiêu chuẩn chẩn đoán của rối loạn trí nhớ do bệnh cơ thể và do sử dụng chất tác động trên hệ thần kinh

Bảng 1: Tiêu chuẩn chẩn đoán của rối loạn trí nhớ do bệnh cơ thể và do sử dụng chất.

Rối loạn trí nhớ do bệnh cơ thể	Rối loạn trí nhớ do sử dụng chất
A. Có rối loạn về trí nhớ như giảm khả năng thu thập những thông tin mới	A. Có biến đổi về trí nhớ được chứng tỏ bằng sự biến đổi khả năng thu thập những thông tin mới hoặc nhớ lại những thông tin đã được thu thập từ trước.

<p>hoặc nhớ lại những thông tin cũ.</p> <p>B. Rối loạn trí nhớ là nguyên nhân của sự rối loạn hoạt động xã hội hoặc nghề nghiệp.</p> <p>C. Phải loại trừ sáng hoặc mất trí.</p> <p>D. Bệnh sử, thăm khám hoặc các xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ rối loạn là hiệu quả trực tiếp của một bệnh đa khoa.</p>	<p>B.Rối loạn trí nhớ là nguồn gốc của sự biến đổi đáng kể về chức năng xã hội hoặc nghề nghiệp và tương trưng cho một sự suy sụp đáng kể so với mức độ chức năng trước đó.</p> <p>C.Rối loạn trí nhớ không phải chỉ có xảy ra trong diễn tiến của sáng hoặc của sa sút tâm thần và kéo dài quá thời gian thường lệ của một sự ngộ độc hoặc cai một chất.</p> <p>D.Bệnh sử, sự thăm khám cơ thể hoặc những xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ rối loạn trí nhớ có liên quan về nguyên nhân với các tác dụng dai dẳng của việc sử dụng một chất (ví dụ : một chất gây ra sự lạm dụng, một dược chất).</p>
--	---

Khi so sánh tiêu chuẩn chẩn đoán của hai nhóm kể trên:

Cả hai loại rối loạn này đều có triệu chứng rối loạn trí nhớ (tiêu chuẩn A của rối loạn trí nhớ do bệnh cơ thể và do sử dụng chất), nhưng khác nhau ở tiêu chuẩn có liên quan đến nguyên nhân, trong rối loạn trí nhớ do bệnh cơ thể, triệu chứng rối loạn trí nhớ có liên quan đến bệnh cơ thể (tiêu chuẩn D), trong rối loạn trí nhớ do sử dụng chất tác động trên hệ thần kinh, triệu chứng rối loạn trí nhớ lại liên quan đến sử dụng chất tác động trên hệ thần kinh (tiêu chuẩn D).

### **2.3.2. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT GIỮA RỐI LOẠN TRÍ NHỚ THỰC THỂ VÀ MÊ SÁNG:**

Khi phân tích tiêu chuẩn chẩn đoán của rối loạn trí nhớ thực thể và mê sáng

Bảng 2: Tiêu chuẩn chẩn đoán của rối loạn trí nhớ thực thể và mê sáng.

Rối loạn trí nhớ do bệnh cơ thể	Mê sáng do bệnh cơ thể
<p>A. Có rối loạn về trí nhớ như giảm khả năng thu thập những thông tin mới hoặc nhớ lại những thông tin cũ.</p> <p>B. Rối loạn trí nhớ là nguyên nhân của sự rối loạn hoạt động xã hội hoặc nghề nghiệp.</p> <p>C. Phải loại trừ sáng hoặc mất trí.</p> <p>D. Bệnh sử, thăm khám hoặc các xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ rối loạn là hiệu quả trực tiếp của một bệnh đa khoa.</p>	<p>A. Rối loạn ý thức (suy giảm rõ ràng ý thức về xung quanh) với sự suy giảm khả năng tập trung, hoặc di chuyển sự chú ý.</p> <p>B. Sự biến đổi về chức năng nhận thức (sự thiếu sót về trí nhớ, mất các định hướng lực, rối loạn về ngôn ngữ) hoặc có rối loạn tri giác.</p> <p>C. Rối loạn xảy ra trong thời gian ngắn (thông thường trong vài giờ hoặc vài ngày và thường dao động trong ngày).</p> <p>D. Bệnh sử, thăm khám hoặc những xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ rối loạn là do những hậu quả trực tiếp của một bệnh nội khoa tổng quát.</p>

Khi so sánh tiêu chuẩn chẩn đoán của hai nhóm kể trên:

Cả hai loại rối loạn này đều thuộc nhóm thực thể (tiêu chuẩn D của rối loạn trí nhớ, mê sảng do bệnh cơ thể), nhưng khác nhau ở tiêu chuẩn có liên quan đến triệu chứng, trong rối loạn trí nhớ do bệnh cơ thể, triệu chứng tâm thần chính là rối loạn trí nhớ (tiêu chuẩn A), trong mê sảng do bệnh cơ thể triệu chứng tâm thần chính là rối loạn ý thức và nhận thức (tiêu chuẩn A, B).

### 2.3.3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT GIỮA RỐI LOẠN TRÍ NHỚ THỰC THỂ VÀ MẤT TRÍ:

Khi phân tích tiêu chuẩn chẩn đoán của rối loạn trí nhớ thực thể và mất trí

Bảng 3: Tiêu chuẩn chẩn đoán của rối loạn trí nhớ thực thể và mất trí.

RL trí nhớ do bệnh cơ thể	Mất trí do bệnh cơ thể
A. Có rối loạn về trí nhớ như giảm khả năng thu thập những thông tin mới hoặc nhớ lại những thông tin cũ.	A, Có sự xuất hiện nhiều rối loạn về nhận thức: (1) Rối loạn trí nhớ (mất khả năng thu nhập các thông tin mới hoặc nhớ lại các thông tin cũ). (2) Một (hoặc nhiều) rối loạn về nhận thức sau đây: (a) Vong ngôn (rối loạn ngôn ngữ) (b) Mất dùng cử động (không có khả năng thực hiện một vận động mặc dù những chức năng vận động còn nguyên vẹn). (c) Mất nhận thức (không thể nhận dạng những đồ vật mặc dù các chức năng về giác quan còn nguyên vẹn). (d) Rối loạn chức năng thực hành (dự định, tổ chức, sắp xếp thời gian, tư duy trừu tượng).
B. Rối loạn trí nhớ là nguyên nhân của sự rối loạn hoạt động xã hội hoặc nghề nghiệp.	B, Những rối loạn trong các đề mục A1 và A2 là nguyên nhân của sự thay đổi về hoạt động xã hội hoặc nghề nghiệp.
C. Phải loại trừ sảng hoặc mất trí.	
D. Bệnh sử, thăm khám hoặc các xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ rối loạn là hiệu quả trực tiếp của một bệnh đa khoa.	C, Bệnh sử, thăm khám cơ thể hoặc những xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rối loạn trên là hậu quả trực tiếp của các bệnh nội khoa tổng quát,  D, Phải chẩn đoán loại trừ sảng.

Khi so sánh tiêu chuẩn chẩn đoán của hai nhóm kể trên:

Cả hai loại rối loạn này đều thuộc nhóm thực thể (tiêu chuẩn D của rối loạn trí nhớ do bệnh cơ thể và C của mất trí do bệnh cơ thể), nhưng khác nhau ở tiêu chuẩn có liên quan đến triệu chứng, trong rối loạn trí nhớ do bệnh cơ thể, triệu chứng tâm thần chính là rối loạn trí nhớ (tiêu chuẩn A), trong mất trí do bệnh cơ thể triệu chứng tâm thần chính là rối loạn trí nhớ và nhận thức (tiêu chuẩn A).

### 3. NGUYÊN NHÂN.

#### 3.1. BỆNH CƠ THỂ.

- Chấn thương não: như trong tai nạn giao thông, thùy thái dương dễ bị tổn thương gây ra rối loạn trí nhớ.
- Thiếu máu: vùng hải mã được nuôi dưỡng bởi nhánh động mạch sau, bất cứ tổn thương nào của mạch máu đều có thể gây ra hội chứng quên thực thể.
- Các bệnh gây ra tình trạng thiếu O<sub>2</sub>, như trong các bệnh hô hấp, tim mạch, hồng cầu..., vùng hải mã rất nhạy cảm với O<sub>2</sub>
- U não: cũng có thể gây nên hội chứng này.

#### 3.2. LIÊN QUAN CÁC CHẤT.

Thiếu thiamine có thể gây ra hội chứng quên thực thể, trong đó có những bệnh liên quan đến lạm dụng, nghiện rượu...

Bảng 4: Các chất gây ra rối loạn trí nhớ

	RL trí nhớ
Rượu	*
Thuốc ngủ, giải lo âu	*
Các chất khác	*

#### 4. ĐIỀU TRỊ: chưa có điều trị đặc hiệu cho loại rối loạn này.

## LOẠN THẦN THỰC THỂ (F06.0)

### 1. DỊCH TỄ HỌC.

Trên lâm sàng, loạn thần thực thể có thể gặp trong các bệnh thần kinh như chấn thương sọ não, tai biến mạch máu não, bثور não, và nhất là bệnh động kinh; trong các bệnh động kinh thái dương, tỷ lệ loạn thần thực thể có thể là 40%.

Một số chất gây nghiện cũng có thể gây ra các triệu chứng loạn thần trong giai đoạn cai hoặc ngộ độc.

### 2. CHẨN ĐOÁN.

#### 2.1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH.

Bệnh cảnh lâm sàng cho thấy người bệnh thường có hoang tưởng liên hệ, bị hại, bị mất cắp, ảo thanh; trong một số trường hợp, người bệnh có triệu chứng của tâm thần phân liệt.

Bệnh có thể gặp trong một số bệnh thần kinh, động kinh, v.v...

Tiêu chuẩn chẩn đoán của sổ tay chẩn đoán thống kê bệnh tâm thần lần IV:

##### 2.1.1. RỐI LOẠN LOẠN THẦN DO BỆNH CƠ THỂ.

A. Các ảo giác hoặc hoang tưởng nổi bật

B. Sau khi xem xét bệnh sử, khám cơ thể và làm các khám nghiệm bổ sung, có bằng chứng là rối loạn loạn thần này là do hậu quả sinh lý trực tiếp của một bệnh nội khoa tổng quát.

C. Rối loạn này không được giải thích rõ bởi một rối loạn loạn thần khác.

D. Rối loạn không xảy ra đơn độc trong tiến triển của sang.

##### 2.1.2. RỐI LOẠN LOẠN THẦN GÂY RA BỞI MỘT CHẤT

A. Các ảo giác hoặc các ý nghĩ hoang tưởng chiếm vị trí hàng đầu. Ghi chú : không tính đến các ảo giác mà bệnh nhân nhận thức được rằng chúng được gây ra bởi một chất.

B. Sau khi xem xét bệnh sử, khám cơ thể hay thực hiện các khám nghiệm bổ sung có bằng chứng về (1) hoặc (2) :

(1). Các triệu chứng của tiêu chuẩn A đã xuất hiện trong thời gian ngộ độc hay trong thời gian cai một chất, hoặc trong vòng một tháng sau đó.

(2). Việc sử dụng thuốc có liên quan về mặt nguyên nhân với rối loạn loạn thần.

C. Rối loạn này không được giải thích rõ bởi một rối loạn loạn thần không được gây ra bởi một chất.

D. Rối loạn này không xảy ra đơn độc trong tiến triển của sảng.

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Trong rối loạn này, triệu chứng chính là ảo giác, hoang tưởng và các triệu chứng loạn thần khác như triệu chứng âm tính, căng trương lực và vô tổ chức không được đề cập.

- Rối loạn này có thể gặp trong các bệnh cơ thể hoặc do sử dụng chất (xem phần nguyên nhân).

## 2.3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

### 2.3.1. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT VỚI NHÓM LOẠN THẦN (NHÓM F2):

Khi phân tích tiêu chuẩn chẩn đoán của loạn thần thực thể với nhóm loạn thần.

Bảng 1: Tiêu chuẩn chẩn đoán của loạn thần thực thể với nhóm loạn thần.

Loạn thần do bệnh cơ thể	Tâm thần phân liệt
A. Các ảo giác hoặc hoang tưởng nổi bật	A. Cơn loạn thần: có sự xuất hiện 2 (hoặc hơn) trong số các triệu chứng sau đây, (1). ý nghĩ hoang tưởng (2). ảo giác (3). ngôn ngữ vô tổ chức (4). hành vi tác phong cực kỳ vô tổ chức. (5). các triệu chứng âm tính,
B. Sau khi xem xét bệnh sử, khám cơ thể và làm các khám nghiệm bổ sung, có bằng chứng là rối loạn loạn thần này là do hậu quả sinh lý trực tiếp của một bệnh nội khoa tổng quát.	B. Rối loạn hoạt động xã hội nghề nghiệp :
C. Rối loạn này không được giải thích rõ bởi một rối loạn loạn thần khác.	C. Thời gian : rối loạn tồn tại ít nhất là 6 tháng.. D. Chẩn đoán phân biệt với rối loạn cảm xúc phân liệt và rối loạn khí sắc:
D. Rối loạn không xảy ra đơn độc trong tiến triển của sảng.	E. Chẩn đoán phân biệt với loạn thần thực tổn hay do sử dụng một chất:. F. ....

Khi so sánh tiêu chuẩn chẩn đoán của hai nhóm kể trên:

Cả hai loại rối loạn này đều có chung tiêu chuẩn liên quan đến triệu chứng, (tiêu chuẩn A của loạn thần thực thể và nhóm loạn thần), nhưng khác nhau ở tiêu chuẩn có liên quan đến nguyên nhân, trong loạn thần do bệnh cơ thể, triệu chứng tâm thần là hậu quả của bệnh cơ thể, trong nhóm loạn thần, triệu chứng loạn thần không liên quan đến bệnh cơ thể.

### 2.3.2. PHÂN BIỆT GIỮA LOẠN THẦN DO BỆNH CƠ THỂ VỚI LOẠN THẦN DO SỬ DỤNG CHẤT:

Khi phân tích tiêu chuẩn chẩn đoán của loạn thần do bệnh cơ thể với loạn thần do sử dụng chất.

Bảng 2: Tiêu chuẩn chẩn đoán của loạn thần do bệnh cơ thể với loạn thần do sử dụng chất.

Loạn thần do bệnh cơ thể	Loạn thần do sử dụng chất
A. Các ảo giác hoặc hoang tưởng nổi bật	A. Các ảo giác hoặc các ý nghĩ hoang tưởng chiếm vị trí hàng đầu. Ghi chú : không tính đến các ảo giác mà bệnh nhân nhận thức được rằng chúng được gây ra bởi một chất.
B. Sau khi xem xét bệnh sử, khám cơ thể và làm các khám nghiệm bổ sung, có bằng chứng là rối loạn loạn thần này là do hậu quả sinh lý trực tiếp của một bệnh nội khoa tổng quát.	B. Sau khi xem xét bệnh sử, khám cơ thể hay thực hiện các khám nghiệm bổ sung có bằng chứng về (1) hoặc (2) : (1). các triệu chứng của tiêu chuẩn A đã xuất hiện trong thời gian ngộ độc hay trong thời gian cai một chất, hoặc trong vòng một tháng sau đó. (2). việc sử dụng thuốc có liên quan về mặt nguyên nhân với rối loạn loạn thần.
C. Rối loạn này không được giải thích rõ bởi một rối loạn loạn thần khác.	C. Rối loạn này không được giải thích rõ bởi một rối loạn loạn thần không được gây ra bởi một chất.
D. Rối loạn không xảy ra đơn độc trong tiến triển của sáng.	D. Rối loạn này không xảy ra đơn độc trong tiến triển của sáng.

Khi so sánh tiêu chuẩn chẩn đoán của hai nhóm kể trên:

Cả hai loại rối loạn này đều có triệu chứng loạn thần (tiêu chuẩn A của loạn thần do bệnh cơ thể và do sử dụng chất), nhưng khác nhau ở tiêu chuẩn có liên quan đến nguyên nhân, trong loạn thần do bệnh cơ thể, triệu chứng tâm thần có liên quan đến bệnh cơ thể (tiêu chuẩn B), trong loạn thần do sử dụng chất tác động trên hệ thần kinh, triệu chứng tâm thần lại liên quan đến sử dụng chất tác động trên hệ thần kinh (tiêu chuẩn D).

### 2.3.3. PHÂN BIỆT GIỮA LOẠN THẦN THỰC THỂ VÀ MÊ SÁNG.

Khi phân tích tiêu chuẩn chẩn đoán của loạn thần thực thể và mê sáng

Bảng 3: Tiêu chuẩn chẩn đoán của loạn thần thực thể và mê sáng.

Loạn thần thực thể	Mê sáng
A. Các ảo giác hoặc hoang tưởng nổi bật	A. Rối loạn ý thức (suy giảm rõ ràng ý thức về xung quanh) với sự suy giảm khả năng tập trung, hoặc di chuyển sự chú ý.
B. Sau khi xem xét bệnh sử, khám cơ thể và làm các khám nghiệm bổ sung, có bằng chứng là rối loạn loạn thần này là do hậu quả sinh lý trực tiếp của một bệnh nội khoa tổng quát.	B. Sự biến đổi về chức năng nhận thức (sự thiếu sót về trí nhớ, mất các định hướng lực, rối loạn về ngôn ngữ) hoặc có rối loạn tri giác.
C. Rối loạn này không được giải thích rõ bởi một rối loạn loạn thần khác.	C. Rối loạn xảy ra trong thời gian ngắn (thông thường trong vài giờ hoặc vài ngày và thường dao động trong ngày).

D. Rối loạn không xảy ra đơn độc trong tiến triển của sảng.

D. Bệnh sử, thăm khám hoặc những xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ rối loạn là do những hậu quả trực tiếp của một bệnh nội khoa tổng quát.

Khi so sánh tiêu chuẩn chẩn đoán của hai nhóm kể trên:

Cả hai loại rối loạn này đều thuộc nhóm thực thể (tiêu chuẩn C của loạn thần do bệnh cơ thể và D của mê sảng do bệnh cơ thể), nhưng khác nhau ở tiêu chuẩn có liên quan đến triệu chứng, trong loạn thần do bệnh cơ thể, triệu chứng tâm thần chính là ảo giác, hoang tưởng (tiêu chuẩn A), trong mê sảng do bệnh cơ thể triệu chứng tâm thần chính là rối loạn ý thức và nhận thức (tiêu chuẩn A).

### 3. NGUYÊN NHÂN.

#### 3.1. BỆNH CƠ THỂ.

##### 3.1.1. BỆNH THẦN KINH:

- Trong tai biến mạch máu não: loại bệnh này tương đối hiếm, nhưng có nhiều báo cáo cho thấy triệu chứng loạn thần có thể xảy ra sau khi bị đột quy; tuy nhiên chưa có số liệu liên quan đến tần suất của thể bệnh này.

- Động kinh: dựa trên nhiều nghiên cứu khác nhau, tỷ lệ loại bệnh này ở người bị động kinh là 7-12% cao hơn 2 lần tỷ lệ trong dân số chung.

Chỗ tổn thương ở người bệnh này thường là thùy thái dương bên trái.

- Chấn thương sọ não: khoảng 7% đến 20% người bệnh chấn thương sọ não có triệu chứng loạn thần, phần lớn triệu chứng loạn thần xảy ra trong 2 năm đầu sau khi bị chấn thương sọ não, triệu chứng thường là triệu chứng dương tính như ảo giác, hoang tưởng, ít khi gặp triệu chứng âm tính.

- Bệnh Parkinson: khoảng 25% trường hợp Parkinson có triệu chứng loạn thần, thường là triệu chứng ảo thị, cũng có thể gặp ảo thanh, ảo xúc giác; một số có triệu chứng hoang tưởng, như hoang tưởng ghen tuông, liên quan đến tình dục, một số khác có triệu chứng loạn thần tương tự như triệu chứng của tâm thần phân liệt.

Nguyên nhân có thể là do rối loạn hoạt động của hệ thống Dopamine hoặc là do thuốc điều trị Parkinson.

**3.1.2. BỆNH NỘI TIẾT:** như suy hoặc cường giáp trạng, suy hoặc cường thượng thận, đái tháo đường.

**3.1.3. BỆNH KHÁC.** Bệnh nhiễm trùng: như systemic lupus erythematosus and HIV); và thiếu sót về dinh dưỡng (như vitamin B<sub>12</sub> và thiamine).

Bảng 4: Tỷ lệ loạn thần trong một số bệnh cơ thể.

Nguyên nhân	Tỷ lệ
Tai biến mạch máu não	?
Động kinh	7-12%
Chấn thương sọ não	7-20%
Parkinson	25%
Bệnh nội tiết	?

#### 3.2. DO CÁC CHẤT.

Các thuốc có tính chất cholinergic (như benztropine [Cogentin]); thuốc tim mạch (như digoxin [Lanoxin], procainamide [Promine], methyl dopa); điều trị ung thư (như

procarbazine); corticosteroid (như prednisone [Cordrol] và dexamethasone [Decadron]); thuốc kháng parkinson (như L-dopa và bromocriptine); kháng lao (như, isoniazid [Laniazid]).

#### 4. ĐIỀU TRỊ.

Bảng tác dụng của thuốc chống loạn thần cho thấy tác dụng của thuốc trên bệnh tâm thần, cơ thể và sinh hoạt của người bệnh.

Bảng này giúp cho nhà điều trị lựa chọn thuốc phù hợp với bệnh tâm thần, cơ thể và sinh hoạt của người bệnh; thí dụ, người bệnh Parkinson có các triệu chứng hoang tưởng bị hại; người bệnh còn bị rối loạn nhịp tim.

Khi phân tích trường hợp này, người bệnh có trục I là loạn thần thực thể, trục III là bệnh Parkinson, rối loạn nhịp tim và trục V là triệu chứng loạn thần (hoang tưởng bị hại).

Lựa chọn thuốc theo trục III, bệnh nhân bị Parkinson, rối loạn nhịp tim, thuốc Clozapine và Olanzapine được lựa chọn trong điều trị, vì hai loại thuốc này không có tác dụng phụ trên Parkinson và rối loạn nhịp tim.

Lựa chọn theo triệu chứng hoang tưởng bị hại, cả 3 loại thuốc chống loạn thần mới đều có hiệu quả trên triệu chứng hoang tưởng..

Khi phân tích ảnh hưởng của các triệu chứng hoang tưởng bị hại (trục V) và Parkinson, rối loạn nhịp tim (trục III); theo số liệu thống kê của Hoa kỳ, tỷ lệ tử vong của bệnh tim mạch là 0,45/10.000; như vậy, tỷ lệ tử vong của rối loạn nhịp tim quan trọng hơn triệu chứng hoang tưởng bị hại, trong trường hợp này, cả hai loại thuốc Olanzapine và Clozapine đều có thể được sử dụng.

Bảng 5: Tác dụng của thuốc chống loạn thần.

	CLT cũ	Risperidone	Clozapine	Olanzapine
Cơn loạn thần đầu tiên	56%	63%		65%
Kháng thuốc	4-10%	25-60%	35-60%	1
Tự tử			1	2
Tr/c dương tính	40%	53%		
Tr/c âm tính	73%	69%	1	1
Tử vong	2	3	1	1
Parkinson	30%	6%	?	?
Động kinh	2	5-10%	1	2
Đái tháo đường	1	1	36,6% / 5 năm	2
Hạ HA tư thế	3	2	1	1
Rối loạn nhịp tim	2	1	1	1
Mất bạch cầu hạt đa nhân.	1	0,73%/ năm đầu	1	1
Dung nạp	50%	1	1	1
Em dị	2	1	3	1
Tiết sữa	3	1	2	1
Lên cân	1	2	1	2
Rối loạn hoạt động tình dục	2	?	1	1

## RỐI LOẠN CẢM XÚC THỰC THỂ (F06.3)

Nhóm này bao gồm: rối loạn hưng cảm thực thể (F06.30), rối loạn lưỡng cực thực thể(F06.31), rối loạn trầm cảm thực thể(F06.32) và rối loạn cảm xúc hỗn hợp thực thể(F06.33).

Bài này chỉ trình bày rối loạn trầm cảm thực thể.

### 1. DỊCH TỄ HỌC:

Khi phân tích các bệnh mạn tính, tác giả Burvill nhận thấy tỷ lệ trầm cảm ở người bị tai biến mạch máu não là 23%; tác giả Sano nhận xét tỷ lệ trầm cảm ở người bệnh Parkinson là 51%; tác giả Goodnick cũng nhận thấy tỷ lệ trầm cảm ở người đái tháo đường là 8,5-27,3%.

Nghiên cứu dịch tễ các bệnh tâm thể		
Tác giả	Bệnh	Tỷ lệ trầm cảm (%)
Burvill et al.	Tai biến mạch máu não	23
Robinson et al.	Tai biến mạch máu não	27
Sano et al.	Bệnh Parkinson	51
Greenwald et al.	Bệnh Alzheimer	11
Goodnick et al.	Đái tháo đường	8.5- 27.3
Brown et al.	HIV	5.6-12.2

*“Study involved hospitalized patients.*

Adapted from Sutor B, Rummans TA, Jowsey SG, et al. Major depression in medically ill patients. *Mayo Clinic Proc* 1998;73(4):329€“337, with permission.

### 2. CHẨN ĐOÁN.

#### 2.1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Trong bệnh cảnh lâm sàng, người bệnh, thường cảm thấy buồn, không có nguyên do rõ rệt, mệt mỏi, chán nản, ăn ít, ngủ ít; trong bệnh sử người bệnh có thể bị một số bệnh mạn tính như đái tháo đường, động mạch vành, hoặc đang dùng thuốc corticosteroide..

Tiêu chuẩn chẩn đoán của sổ tay chẩn đoán thống kê bệnh Tâm thần lần IV

##### 2.1.1. RỐI LOẠN KHÍ SẮC DO BỆNH CƠ THỂ.

A. Một rối loạn khí sắc nổi bật và dai dẳng chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng và đặc trưng bởi 1 trong 2 (hoặc cả 2) tiêu chuẩn sau :

(1)Khí sắc trầm cảm hoặc giảm rõ rệt sự quan tâm hoặc thích thú đối với tất cả hoặc gần như tất cả các hoạt động.

(2)Sự tăng khí sắc hoặc khí sắc hưng phấn hoặc dễ bực tức.

B. Trong tiền sử bệnh, khám lâm sàng và các xét nghiệm bổ sung xác định rõ ràng rối loạn này là hậu quả trực tiếp của một bệnh đa khoa.

C. Chẩn đoán phân biệt với một rối loạn tâm thần khác (ví dụ : rối loạn điều chỉnh với khí sắc trầm do phản ứng tâm lý với một bệnh đa khoa).

D. Phải loại trừ trạng thái sáng.

E. Các triệu chứng gây ra một sự thay đổi trong hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc trong các lãnh vực quan trọng khác.

##### 2.1.2. RỐI LOẠN KHÍ SẮC GÂY RA BỞI MỘT CHẤT.

A. Một rối loạn khí sắc nổi bật và dai dẳng chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng và đặc trưng bởi 1 trong 2 (hoặc cả 2) tiêu chuẩn sau :

(1).Khí sắc trầm cảm hoặc giảm rõ rệt sự quan tâm hoặc thích thú đối với tất cả hoặc gần như tất cả các hoạt động.

(2).Sự tăng khí sắc hoặc khí sắc hưng phấn hoặc dễ bực tức.

B. Các tiền sử bệnh hoặc khám lâm sàng và các khám nghiệm bổ sung xác định rõ (1) hoặc (2) là hậu quả trực tiếp của việc sử dụng một chất.

C. Rối loạn này không được giải thích rõ bởi một rối loạn khí sắc khác không gây ra bởi một chất. hoặc có các dấu hiệu khác gợi ý đến sự tồn tại độc lập của một rối loạn khí sắc không gây ra bởi một chất (ví dụ : tiền sử có nhiều giai đoạn trầm cảm chủ yếu tái phát).

D. Chẩn đoán loại trừ sáng.

E. Các triệu chứng dẫn đến một sự đau khổ đáng kể về lâm sàng hoặc một sự biến đổi trong hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc trong các lãnh vực quan trọng khác.

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Triệu chứng chính của loại rối loạn này là trầm cảm (tiêu chuẩn (1)) hoặc hưng cảm (tiêu chuẩn (2)); các triệu chứng này không bắt buộc đáp ứng tiêu chuẩn triệu chứng của trầm cảm hoặc hưng cảm.

- Rối loạn này ảnh hưởng trên sinh hoạt của người bệnh.

- Rối loạn này có thể gặp trong một số bệnh cơ thể hoặc do sử dụng chất.

### 2.3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT.

#### 2.3.1. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT GIỮA TRẦM CẢM THỰC THỂ VÀ TRẦM CẢM:

Khi phân tích tiêu chuẩn chẩn đoán của trầm cảm thực thể và trầm cảm.

Bảng 1: Tiêu chuẩn chẩn đoán của trầm cảm thực thể và trầm cảm.

Trầm cảm do bệnh cơ thể	Trầm cảm chủ yếu
<p>A. Một rối loạn khí sắc nổi bật và dai dẳng chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng và đặc trưng bởi 1 trong 2 (hoặc cả 2) tiêu chuẩn sau :</p> <p>(1). Khí sắc trầm cảm hoặc giảm rõ rệt sự quan tâm hoặc thích thú đối với tất cả hoặc gần như tất cả các hoạt động.</p> <p>(2). Sự tăng khí sắc hoặc khí sắc hưng phấn hoặc dễ bực tức.</p>	<p>A. Có ít nhất có 5 trong số các triệu chứng sau đây hiện diện cùng lúc trong thời gian 2 tuần, trong 5 triệu chứng nói trên phải có ít nhất một trong các triệu chứng phải là hoặc (1) khí sắc trầm cảm hoặc (2) mất thích thú hoặc mất thú vui.</p> <p>(1). Khí sắc trầm cảm gần như suốt ngày, hầu như mỗi ngày,</p> <p>.....</p> <p>(9). Ý nghĩ về sự chết tái diễn (không chỉ là sợ chết),</p>
<p>B. Trong tiền sử bệnh, khám lâm sàng và các xét nghiệm bổ sung xác định rõ rằng rối loạn này là hậu quả trực tiếp của một bệnh đa khoa.</p>	<p>B. Các triệu chứng không đáp ứng các tiêu chuẩn của giai đoạn hỗn hợp.</p>
<p>C. Chẩn đoán phân biệt với một rối loạn tâm thần khác (ví dụ : rối loạn điều chỉnh với khí sắc trầm do phản ứng tâm lý với một bệnh đa khoa).</p>	<p>C. Các triệu chứng gây ra một sự đau khổ đáng kể về mặt lâm sàng hoặc sự biến đổi hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc trong các lãnh vực quan trọng khác.</p>
<p>D. Phải loại trừ trạng thái sáng.</p>	<p>D. Các triệu chứng không phải do các tác động sinh lý trực tiếp của một chất.</p>
<p>E. Các triệu chứng gây ra một sự thay đổi trong hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc trong các lãnh vực quan trọng khác.</p>	<p>E. ...</p>

Khi so sánh tiêu chuẩn chẩn đoán của hai nhóm kể trên:

Cả hai loại rối loạn này đều có chung tiêu chuẩn có liên quan đến triệu chứng, (tiêu chuẩn A của trầm cảm do bệnh cơ thể và trầm cảm chủ yếu, nhưng khác nhau ở tiêu chuẩn liên quan đến nguyên nhân. trong trầm cảm do bệnh cơ thể, triệu chứng trầm cảm là hậu quả của bệnh cơ thể (tiêu chuẩn B), trong trầm cảm chủ yếu, triệu chứng trầm cảm không liên quan đến bệnh cơ thể (tiêu chuẩn D).

### 2.3.2. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT GIỮA TRẦM CẢM DO BỆNH CƠ THỂ VÀ DO SỬ DỤNG CHẤT.

Khi phân tích tiêu chuẩn chẩn đoán của trầm cảm do bệnh cơ thể và do sử dụng chất.

Bảng 2: Tiêu chuẩn chẩn đoán của trầm cảm do bệnh cơ thể và do sử dụng chất.

Trầm cảm do bệnh cơ thể	Trầm cảm do sử dụng chất
<p>A. Một rối loạn khí sắc nổi bật và dai dẳng chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng và đặc trưng bởi 1 trong 2 (hoặc cả 2) tiêu chuẩn sau :</p> <p>(1). Khí sắc trầm cảm hoặc giảm rõ rệt sự quan tâm hoặc thích thú đối với tất cả hoặc gần như tất cả các hoạt động.</p> <p>(2). Sự tăng khí sắc hoặc khí sắc hưng phấn hoặc dễ bực tức.</p> <p>B. Trong tiền sử bệnh, khám lâm sàng và các xét nghiệm bổ sung xác định rõ rằng rối loạn này là hậu quả trực tiếp của một bệnh đa khoa.</p> <p>C. Chẩn đoán phân biệt với một rối loạn tâm thần khác (ví dụ : rối loạn điều chỉnh với khí sắc trầm do phản ứng tâm lý với một bệnh đa khoa).</p> <p>D. Phải loại trừ trạng thái sáng.</p> <p>E. Các triệu chứng gây ra một sự thay đổi trong hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc trong các lãnh vực quan trọng khác.</p>	<p>A. Một rối loạn khí sắc nổi bật và dai dẳng chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng và đặc trưng bởi 1 trong 2 (hoặc cả 2) tiêu chuẩn sau :</p> <p>(1). Khí sắc trầm cảm hoặc giảm rõ rệt sự quan tâm hoặc thích thú đối với tất cả hoặc gần như tất cả các hoạt động.</p> <p>(2). Sự tăng khí sắc hoặc khí sắc hưng phấn hoặc dễ bực tức.</p> <p>B. Các tiền sử bệnh hoặc khám lâm sàng và các khám nghiệm bổ sung xác định rõ (1) hoặc (2) là hậu quả trực tiếp của việc sử dụng một chất.</p> <p>C. Rối loạn này không được giải thích rõ bởi một rối loạn khí sắc khác không gây ra bởi một chất. hoặc có các dấu hiệu khác gợi ý đến sự tồn tại độc lập của một rối loạn khí sắc không gây ra bởi một chất (ví dụ : tiền sử có nhiều giai đoạn trầm cảm chủ yếu tái phát).</p> <p>D. Chẩn đoán loại trừ sáng.</p> <p>E. Các triệu chứng dẫn đến một sự đau khổ đáng kể về lâm sàng hoặc một sự biến đổi trong hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc trong các lãnh vực quan trọng khác.</p>

Cả hai loại rối loạn này đều có triệu chứng tâm thần chính là trầm cảm (tiêu chuẩn A, của trầm cảm do bệnh cơ thể và do sử dụng chất), nhưng khác nhau ở tiêu chuẩn có liên quan đến nguyên nhân, trong trầm cảm do bệnh cơ thể, triệu chứng tâm thần có liên quan đến bệnh cơ thể (tiêu chuẩn C), trong trầm cảm do sử dụng chất tác động trên hệ thần kinh, triệu chứng tâm thần lại liên quan đến sử dụng chất tác động trên hệ thần kinh (tiêu chuẩn C).

### 2.3.3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT GIỮA TRẦM CẢM THỰC THỂ VÀ MÊ SÁNG.

Khi phân tích tiêu chuẩn chẩn đoán của trầm cảm thực thể và mê sáng

Bảng 3: Tiêu chuẩn chẩn đoán của trầm cảm thực thể và mê sảng.

Trầm cảm do bệnh cơ thể	Mê sảng
<p>A. Một rối loạn khí sắc nổi bật và dai dẳng chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng và đặc trưng bởi 1 trong 2 (hoặc cả 2) tiêu chuẩn sau :</p> <p>(1). Khí sắc trầm cảm hoặc giảm rõ rệt sự quan tâm hoặc thích thú đối với tất cả hoặc gần như tất cả các hoạt động.</p> <p>(2). Sự tăng khí sắc hoặc khí sắc hưng phấn hoặc dễ bực tức.</p> <p>B. Trong tiền sử bệnh, khám lâm sàng và các xét nghiệm bổ sung xác định rõ ràng rối loạn này là hậu quả trực tiếp của một bệnh đa khoa.</p> <p>C. Chẩn đoán phân biệt với một rối loạn tâm thần khác (ví dụ : rối loạn điều chỉnh với khí sắc trầm do phản ứng tâm lý với một bệnh đa khoa).</p> <p>D. Phải loại trừ trạng thái sảng.</p> <p>E. Các triệu chứng gây ra một sự thay đổi trong hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc trong các lĩnh vực quan trọng khác.</p>	<p>A. Rối loạn ý thức (suy giảm rõ ràng ý thức về xung quanh) với sự suy giảm khả năng tập trung, hoặc di chuyển sự chú ý.</p> <p>B. Sự biến đổi về chức năng nhận thức (sự thiếu sót về trí nhớ, mất các định hướng lực, rối loạn về ngôn ngữ) hoặc có rối loạn tri giác.</p> <p>C. Rối loạn xảy ra trong thời gian ngắn (thông thường trong vài giờ hoặc vài ngày và thường dao động trong ngày).</p> <p>D. Bệnh sử, thăm khám hoặc những xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ rối loạn là do những hậu quả trực tiếp của một bệnh nội khoa tổng quát.</p>

Khi so sánh tiêu chuẩn chẩn đoán của hai nhóm kể trên:

Cả hai loại rối loạn này đều thuộc nhóm thực thể (tiêu chuẩn B của trầm cảm do bệnh cơ thể và D của mê sảng do bệnh cơ thể), nhưng khác nhau ở tiêu chuẩn có liên quan đến triệu chứng, trong trầm cảm do bệnh cơ thể, triệu chứng tâm thần chính là trầm cảm (tiêu chuẩn A), trong mê sảng do bệnh cơ thể triệu chứng tâm thần chính là rối loạn ý thức và nhận thức (tiêu chuẩn A,B).

### 3. NGUYỄN NHÂN.

#### 3.1..BỆNH CƠ THỂ.

##### 3.1.1. BỆNH CỦA HỆ THẦN KINH

- Đột quy:

Dựa trên kết quả của nhiều nghiên cứu khác nhau, tần suất trung bình của người bị đột quy điều trị nội trú là 22%, ở người điều trị ngoại trú là 24%, trong cộng đồng là 14%; các kết quả nghiên cứu khác cho thấy, sau khi bị đột quy trong 1 tháng đến 1 năm, tỷ lệ là 20-50%.

- Parkinson:

Trong phân tích kết quả của 40 công trình nghiên cứu trên 6.000 bệnh nhân Parkinson, tỷ lệ trầm cảm ở người bệnh Parkinson được ước tính là 30-40%.

Trong hệ thần kinh của người bệnh bị trầm cảm, có sự suy thoái của nhân ventral tegmental, ảnh hưởng trên hoạt động của hệ thống dẫn truyền Dopamine mesolimbic được

coi là cơ chế gây ra trầm cảm. Phần khác, trong hệ thần kinh của người bệnh, có thể có sự suy thoái của nhân xanh, nhân đường đan cầu, nhân basalis, tất cả đều có thể gây ra trầm cảm.

- Động kinh.

Trong các nghiên cứu trên người bệnh động kinh, tỷ lệ trầm cảm được ước tính là 7,5-25%. Ở người bệnh động kinh bị trầm cảm, tổn thương thường là thùy thái dương bên trái

- U não:

### **3.1.2. NỘI TIẾT:**

- Đái tháo đường.

Theo kết quả điều tra trong cộng đồng, người ta ước tính có khoảng 11,4% người đái tháo đường bị trầm cảm; tỷ lệ trầm cảm ở người đái tháo đường của hai loại type 1 và 2, đều cao hơn ở người không bị đái tháo đường (type 1: OR = 2.9, 95% CI 1.6–5.5,  $\chi^2 = 12.8$ ,  $P = 0.0003$ ) (type 2: OR = 2.9, 95% CI 2.3–3.7,  $\chi^2 = 84.3$ ,  $P < 0.0001$ ), tỷ lệ trầm cảm ở hai loại này tương tự nhau (2.9 vs. 2.9, Breslow-Day  $\chi^2 = 0.004$ ,  $P = 0.95$ ).

- Cushing:

Trong một báo cáo của Kelly, khi khảo sát 209 người bệnh Cushing, kết quả cho thấy, chỉ có 35% người bệnh không có triệu chứng rối loạn Tâm thần, 63% bị trầm cảm.

Theo Starkman, có mối liên quan giữa thể bệnh trầm cảm và nồng độ ACTH trong máu, lượng ACTH càng thấp, trầm cảm càng nhẹ.

Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác cho thấy có mối liên quan giữa cortisol trong máu và triệu chứng trầm cảm; trong một nghiên cứu so sánh tỷ lệ trầm cảm ở người bị và không bị Cushing có lượng cortisol cao; tỷ lệ trầm cảm ở hai nhóm kể trên không khác biệt nhau.

Suy thượng thận: trong các bệnh nhân bị suy thượng thận, có lượng Na và Ka trong máu thấp, cũng có thể bị trầm cảm; trong trường hợp này, ACTH có thể ảnh hưởng trên lượng cortisol trong máu.

- Tuyên giáp: thiếu năng tuyến giáp cũng có thể gây ra trầm cảm, và ảnh hưởng trên hiệu quả điều trị của thuốc chống trầm cảm.

### **3.1.3. BỆNH KHÁC.**

- Động mạch vành.

Từ những năm 1960, tỷ lệ trầm cảm ở người bệnh động mạch vành cao hơn ở người bình thường; kết quả nhiều nghiên cứu dịch tễ học cho thấy, tỷ lệ trầm cảm ở người động mạch vành là 17-27%, cao gấp 5 lần ở người bình thường.

- Bệnh ung thư: tỷ lệ trầm cảm trong ung thư thường cao hơn trong dân số chung.

Một số thuốc dùng trong điều trị ung thư có thể gây ra trầm cảm như corticosteroids (dexamethasone và prednisone), hoá dược (interferon, interleukin-2, vincristine, procarbazine, l-asparaginase). Trầm cảm còn có thể do biến chứng của ung thư trên hệ thần kinh, nội tiết, và dinh dưỡng.

## **3.2. DO SỬ DỤNG CÁC CHẤT.**

Thuốc: corticosteroid; thuốc kháng parkinsonian (như L-dopa và bromocriptine); điều trị cao huyết áp (như  $\beta$ -blockers và methyl dopa [Aldomet]); thuốc điều trị ung thư (như vincristine [Oncovin], vinblastine [Velban], thuốc ngừa thai.

#### 4. ĐIỀU TRỊ.

Bảng 4 cho thấy tác dụng của thuốc chống trầm cảm trên triệu chứng trầm cảm, bệnh cơ thể và sinh hoạt của người bệnh.

Bảng này giúp cho nhà điều trị chọn lựa các thuốc chống trầm cảm trong điều trị trầm cảm thực thể, thí dụ; một người bị tai biến mạch máu não, sau đó bị trầm cảm với các triệu chứng buồn, ngủ ít, ăn ít, hay quên, tự tử.

Khi phân tích trường hợp này, người bệnh có trục I là trầm cảm thực thể, trong trục I có triệu chứng tự tử (điểm số 1-20), ngủ ít và ăn ít (điểm số 21-40), buồn và hay quên (điểm số 41-60) và trục III là tai biến mạch máu não.

Bảng tác dụng của thuốc chống trầm cảm cho thấy, hiệu quả điều trị của các thuốc chống trầm cảm tương đương nhau; như vậy, cả 4 loại thuốc chống trầm cảm trên đều có thể dùng trong điều trị người bệnh.

Nếu lựa chọn thuốc chống trầm cảm theo triệu chứng như tự tử (điểm số 1-20), ăn ít ngủ ít (điểm số 21-40), buồn và hay quên (điểm số 41-60); thuốc chống trầm cảm 3 vòng có thể điều trị các triệu chứng tự tử, ngủ ít, ăn ít, có thể được dùng trong điều trị người bệnh này.

Khi lựa chọn thuốc theo bệnh tai biến mạch máu não (trục III), bảng tác dụng của thuốc chống trầm cảm cho thấy, có thể sử dụng thuốc nhóm SSRI trong điều trị, vì tỷ lệ tử vong của nhóm này thấp nhất.

Nếu lựa chọn thuốc theo bệnh tai biến mạch máu não, thuốc chống trầm cảm 3 vòng có tác dụng kháng cholinergic có thể gây ra tình trạng mê sảng; các thuốc nhóm SNRI có thể gây ra rối loạn nhịp tim, nên tai biến mạch máu não dễ bị tái phát; cả hai loại thuốc này không được sử dụng trong trường hợp này, chỉ có nhóm SSRI không có tác dụng kháng cholinergic, không gây ra rối loạn nhịp tim, có thể sử dụng trong trường hợp này.

Khi so sánh các ảnh hưởng của triệu chứng tự tử (trục V) và bệnh tai biến mạch máu não (trục III); theo số liệu thống kê của Hoa kỳ, tỷ lệ tử vong của tự tử là 0,1/10.000 người trong năm, khoảng 70% số người này là bệnh nhân trầm cảm; tỷ lệ tử vong của tai biến mạch máu não là 0,45/10.000 người trong năm; như vậy, tỷ lệ tử vong ở người bị tai biến mạch máu não cao hơn ở tự tử của người trầm cảm, và thuốc nhóm SSRI có thể sử dụng trong trường hợp này.

Bảng 4: Tác dụng của thuốc chống trầm cảm trên trầm cảm, bệnh cơ thể và sinh hoạt.

	TCA	SSRI	SNRI	Mirtazapine
Thuyên giảm	1	1	1	1
An ít	2	4	3	1
Ngủ ít	1	2	?	1
Tự tử	1	1	?	?
Kháng thuốc	2	1	2	1
Phòng ngừa	1	1	1	1
Quá liều	3	1	2	1
Tai biến mạch máu não	3	2	?	1
Parkinson	2	?	?	?
Động kinh	2	1	?	?
Đái tháo đường	2	1	?	?

Loạn nhịp tim	2	1	2	?
Động mạch vành	3	1	2	1
Ung thư	1	1	?	?
Mất bạch cầu hạt đa nhân	?	?	?	2
Bỏ thuốc	3	1	2	1
Tình dục	3	1	2	?
Thai kỳ	1	1	1	1
Tiêu hóa	3	1	2	?

## **RỐI LOẠN LO ÂU THỰC TỬ (F06.4):**

### **1. DỊCH TỄ HỌC.**

Theo kết quả của “Điều tra dịch tễ vùng” (Epidemiological catchment area) tại Hoa Kỳ; do Wells KB công bố, nếu tần suất của rối loạn lo âu là 11,9%; ở người không bị bệnh mạn tính, tần suất này là 6%; như vậy, phân nửa số bệnh nhân rối loạn lo âu có liên quan đến bệnh cơ thể.

### **2. CHẨN ĐOÁN.**

#### **2.1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:**

Tiêu chuẩn chẩn đoán lo âu thực thể của Sổ tay chẩn đoán thống kê bệnh tâm thần lần IV:

##### **2.1.1. RỐI LOẠN LO ÂU DO BỆNH ĐA KHOA.**

*A. Rối loạn lo âu như: cơn hoảng loạn, ám ảnh hay cưỡng chế chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng.*

*B. Tiền sử, khám cơ thể hay các xét nghiệm bổ sung chứng tỏ rằng rối loạn này là hậu quả trực tiếp của một bệnh đa khoa.*

*C. Rối loạn không được giải thích rõ bởi một rối loạn tâm thần khác (ví dụ : rối loạn thích nghi kèm lo âu, phản ứng tâm lý đối với bệnh đa khoa).*

*D. Phải loại trừ trạng thái sáng.*

*E. Rối loạn này gây ra sự biến đổi hoạt động xã hội, nghề nghiệp hay trong các lãnh vực quan trọng khác.*

##### **2.1.2. RỐI LOẠN LO ÂU GÂY RA BỞI MỘT CHẤT.**

*A. Lo âu, cơn hoảng loạn hay ám ảnh hoặc cưỡng bức chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng.*

*B. Thông qua tiền sử, khám cơ thể hay các khám nghiệm bổ sung phát hiện được một trong hai yếu tố sau :*

*(1). Các triệu chứng của tiêu chuẩn A xuất hiện trong khi hoặc trong vòng ít hơn 1 tháng sau một tình trạng ngộ độc hay cai nghiện một chất.*

*(2). Việc sử dụng thuốc men có liên quan về mặt nguyên nhân với rối loạn.*

*C. Rối loạn này không được giải thích rõ bởi một rối loạn lo âu không do một chất gây ra. Những luận cứ giúp chúng ta nghĩ rằng các triệu chứng này thuộc về Rối loạn lo âu không được gây ra bởi một chất có thể bao gồm những điểm sau : các triệu chứng xuất hiện trước khi bắt đầu sử dụng chất (hay thuốc men); các triệu chứng tồn tại trong một thời gian đáng kể (ví dụ : khoảng một tháng) sau khi chấm dứt một cơn cai nghiện cấp hay ngộ độc nặng hoặc chúng xảy ra quá mức so với những gì người ta chờ đợi xảy ra đối với một loại chất nào đó hoặc số lượng chất đã sử dụng hoặc thời gian sử dụng;*

hoặc có những luận điểm khác gợi đến sự xuất hiện một rối loạn lo âu riêng biệt không gây ra bởi một chất (ví dụ : tiền sử về những giai đoạn tái phát không liên quan đến một chất).

D. Rối loạn này không chỉ xảy ra đơn độc trong diễn tiến của sảng.

E. Rối loạn này gây ra sự đau khổ có ý nghĩa về lâm sàng hay sự biến đổi hoạt động xã hội, nghề nghiệp hay trong các lãnh vực quan trọng khác.

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Triệu chứng chính của loại rối loạn này là lo âu (tiêu chuẩn A; các triệu chứng này bắt buộc đáp ứng tiêu chuẩn triệu chứng của rối loạn lo âu).
- Rối loạn này ảnh hưởng trên sinh hoạt của người bệnh.
- Rối loạn này có thể gặp trong một số bệnh cơ thể hoặc do sử dụng chất.

### 2.3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT.

#### 2.3.1. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT GIỮA LO ÂU THỰC THỂ VÀ RỐI LOẠN LO ÂU:

Khi phân tích tiêu chuẩn chẩn đoán của lo âu thực thể và rối loạn lo âu.

Bảng 1: So sánh tiêu chuẩn chẩn đoán của lo âu thực thể và rối loạn lo âu.

Rối loạn lo âu do bệnh cơ thể	Ảnh hưởng xã hội
A. Lo âu, các cơn hoảng sợ hay rối loạn ám ảnh nghi thức chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng.	A. Khi bệnh nhân phải tiếp xúc với những người xa lạ hoặc bị người khác chú ý, quan sát.
B. Tiền sử, khám cơ thể hay các khám nghiệm bổ sung chứng tỏ rằng rối loạn này là hậu quả sinh lý trực tiếp của một bệnh nội khoa tổng quát.	B. Tình huống này khiến cho người bệnh lo âu hoặc lên cơn hoảng loạn
C. Rối loạn không được giải thích rõ bởi một rối loạn tâm thần khác (ví dụ : Rối loạn thích nghi kèm lo âu trong đó yếu tố gây sang chấn là một bệnh nội khoa tổng quát).	C. Bệnh nhân ý thức được tính chất vô lý của sự sợ hãi.
D. Rối loạn này không chỉ xảy ra đơn độc trong diễn tiến của sảng.	D. Trước các tình huống trên, người bệnh thường tìm cách tránh né.
E. Rối loạn này gây ra sự đau khổ có ý nghĩa về lâm sàng hay sự biến đổi hoạt động xã hội, nghề nghiệp hay trong các lãnh vực quan trọng khác.	E. Rối loạn này gây trở ngại cho sinh hoạt của bệnh nhân, như làm việc, học tập, hay mối quan hệ với người khác.
	F. Ở bệnh nhân nhỏ hơn 18 tuổi, thời gian bệnh phải kéo dài tối thiểu 6 tháng.
	G. Cần chẩn đoán phân biệt với các trường hợp lo âu do bệnh tâm thần thực thể như sử dụng một chất tác động hoạt động tâm thần (ví dụ : chất gây lạm dụng, thuốc men), hoặc do một bệnh đa khoa.
	H. ....

Khi so sánh tiêu chuẩn chẩn đoán của hai nhóm kể trên:

Cả hai loại rối loạn này đều có triệu chứng lo âu (tiêu chuẩn A), nhưng khác nhau ở tiêu chuẩn có liên quan đến nguyên nhân, trong rối loạn lo âu do bệnh cơ thể, triệu chứng lo âu là hậu quả trực tiếp của một bệnh cơ thể (tiêu chuẩn B); trong ám ảnh sợ xã hội, không có mối liên hệ giữa triệu chứng lo âu với bệnh cơ thể (tiêu chuẩn G).

### 2.3.2. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT GIỮA LO ÂU DO BỆNH CƠ THỂ VÀ DO SỬ DỤNG CHẤT.

Khi phân tích tiêu chuẩn chẩn đoán của lo âu do bệnh cơ thể và do sử dụng chất

Bảng 2: Tiêu chuẩn chẩn đoán của lo âu do bệnh cơ thể và do sử dụng chất.

Rối loạn lo âu do bệnh cơ thể	Rối loạn lo âu do sử dụng chất
A. Lo âu, các cơn hoảng sợ hay rối loạn ám ảnh nghi thức chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng.	A.Lo âu, cơn hoảng loạn hay ám ảnh hoặc cưỡng bức chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng.
B. Tiền sử, khám cơ thể hay các khám nghiệm bổ sung chứng tỏ rằng rối loạn này là hậu quả sinh lý trực tiếp của một bệnh nội khoa tổng quát.	B.Thông qua tiền sử, khám cơ thể hay các khám nghiệm bổ sung phát hiện được một trong hai yếu tố sau : (1).các triệu chứng của tiêu chuẩn A xuất hiện trong khi hoặc trong vòng ít hơn 1 tháng sau một tình trạng ngộ độc hay cai nghiện một chất. (2).việc sử dụng thuốc men có liên quan về mặt nguyên nhân với rối loạn.
C. Rối loạn không được giải thích rõ bởi một rối loạn tâm thần khác (ví dụ : Rối loạn thích nghi kèm lo âu trong đó yếu tố gây sang chấn là một bệnh nội khoa tổng quát).	C. Rối loạn này không được giải thích rõ bởi một rối loạn lo âu không do một chất gây ra..
D. Rối loạn này không chỉ xảy ra đơn độc trong diễn tiến của sang.	D.Rối loạn này không chỉ xảy ra đơn độc trong diễn tiến của sang.
E. Rối loạn này gây ra sự đau khổ có ý nghĩa về lâm sàng hay sự biến đổi hoạt động xã hội, nghề nghiệp hay trong các lãnh vực quan trọng khác.	E.Rối loạn này gây ra sự đau khổ có ý nghĩa về lâm sàng hay sự biến đổi hoạt động xã hội, nghề nghiệp hay trong các lãnh vực quan trọng khác.

Cả hai loại rối loạn này đều có triệu chứng lo âu (tiêu chuẩn A của lo âu do bệnh cơ thể và do sử dụng chất), nhưng khác nhau ở tiêu chuẩn có liên quan đến nguyên nhân, trong lo âu do bệnh cơ thể, triệu chứng lo âu có liên quan đến bệnh cơ thể (tiêu chuẩn B), trong lo âu do sử dụng chất tác động trên hệ thần kinh, triệu chứng lo âu lại liên quan đến sử dụng chất tác động trên hệ thần kinh (tiêu chuẩn B).

### 2.3.3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT GIỮA LO ÂU THỰC THỂ VÀ MÊ SÁNG.

Khi phân tích tiêu chuẩn chẩn đoán của lo âu thực thể và mê sáng.

Bảng 3: Tiêu chuẩn chẩn đoán của lo âu thực thể và mê sáng.

Rối loạn lo âu do bệnh cơ thể	Mê sáng
A. Lo âu, các cơn hoảng sợ hay rối loạn ám ảnh nghi thức chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng.	A. Rối loạn ý thức (suy giảm rõ ràng ý thức về xung quanh) với sự suy giảm khả năng tập trung, hoặc di chuyển sự chú ý.
B. Tiền sử, khám cơ thể hay các khám nghiệm bổ sung chứng tỏ rằng rối loạn này là hậu quả sinh lý trực tiếp của một bệnh nội khoa tổng quát.	B. Sự biến đổi về chức năng nhận thức (sự thiếu sót về trí nhớ, mất các định hướng lực, rối loạn về ngôn ngữ) hoặc có rối loạn tri giác.
C. Rối loạn không được giải thích rõ bởi một rối loạn tâm thần khác (ví dụ : Rối loạn thích nghi kèm lo âu trong đó yếu tố gây sang chấn là một bệnh nội khoa tổng quát).	C. Rối loạn xảy ra trong thời gian ngắn (thông thường trong vài giờ hoặc vài ngày và thường dao động trong ngày).
D. Rối loạn này không chỉ xảy ra đơn độc trong diễn tiến của sang.	D. Bệnh sử, thăm khám hoặc những xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rõ rối loạn là do những hậu quả trực tiếp của một bệnh nội khoa tổng quát.
E. Rối loạn này gây ra sự đau khổ có ý nghĩa về lâm sàng hay sự biến đổi hoạt động xã hội, nghề nghiệp hay trong các lãnh vực quan trọng khác.	

Khi so sánh tiêu chuẩn chẩn đoán của hai nhóm kể trên:

Cả hai loại rối loạn này đều thuộc nhóm thực thể (tiêu chuẩn B của lo âu do bệnh cơ thể và D của mê sáng do bệnh cơ thể), nhưng khác nhau ở tiêu chuẩn có liên quan đến triệu chứng, trong lo âu do bệnh cơ thể, triệu chứng tâm thần chính là rối loạn lo âu (tiêu chuẩn A), trong mê sáng do bệnh cơ thể triệu chứng tâm thần chính là rối loạn ý thức và nhận thức (tiêu chuẩn A, B).

## 3. NGUYÊN NHÂN.

### 3.1. BỆNH CƠ THỂ.

#### 3.1.1. BỆNH THẦN KINH:

- Đột quy: 25-35% bệnh nhân đột quy bị rối loạn lo âu, nếu rối loạn lo âu kéo dài trên 3 năm, có thoái hóa của vùng vỏ não và dưới vỏ; Rối loạn lo âu lan tỏa ảnh hưởng trên phục hồi sinh hoạt của người bệnh.

- Chấn thương sọ não: rối loạn lo âu thường gặp trong chấn thương sọ não, rối loạn ám ảnh nghi thức có thể chiếm 6,5% trường hợp; trên phương diện giải phẫu bệnh lý, chưa xác định được mối liên quan giữa vị trí tổn thương và các loại rối loạn lo âu.

- Bệnh Parkinson: khoảng 40% bệnh nhân Parkinson có triệu chứng lo âu.

#### 3.1.2. BỆNH TIM MẠCH.

Rối loạn hoảng loạn: trong bệnh nhân điều trị ngoại trú, 9,2% bị rối loạn hoảng loạn. Ở phòng cấp cứu, tỷ lệ này là 17,5%.

Rối loạn lo âu và bệnh mạch vành có ảnh hưởng xấu trên nhau, thí dụ, trong rối loạn hoảng loạn, gia tăng nhịp tim và huyết áp, có thể gây ra cơn đau thắt ngực, cơn đau này lại làm gia tăng tình trạng hoảng loạn. Ngược lại rối loạn hoạt động tim mạch làm gia

tăng hoạt động của hệ giao cảm, làm cho rối loạn lo âu nặng hơn, tạo vòng lẩn quẩn. Trong trường hợp này, cơn đau thắt ngực đáp ứng ít hoặc không đáp ứng với thuốc tim mạch.

Trong một nghiên cứu theo dõi bệnh nhân bị rối loạn hoảng loạn trong 35 năm, Coryell nhận thấy, ở nam, tỷ lệ tử vong vì bệnh tim mạch cao hơn ở người bình thường, tác giả Bowen nhận thấy tỷ lệ tử vong do bệnh tim mạch ở người bị rối loạn lo âu trong 10 năm cao hơn ở nhóm chứng (RR=3,0). Nhiều nghiên cứu khác nhau cho thấy có mối liên hệ giữa lo âu và ngành tắc cơ tim, tác giả Kawachi cũng nhận thấy tỷ lệ tử vong do bệnh tim mạch ở nam bị rối loạn hoảng loạn,

Sau cơn đau thắt ngực cấp, người bệnh thường cảm thấy lo lắng, đối với người điều trị nội trú, ước tính có 50% người bị lo lắng, tác giả Moser nhận thấy, rối loạn lo âu ở người bị tim mạch dễ có nguy cơ thiếu máu cơ tim, tái phát, và tử vong (RR=5), theo Januzzi lo âu làm tăng số lần bị tái phát gấp 2 lần, tỷ lệ tử vong gấp 3 lần, và tăng tỷ lệ chết đột tử gấp 6 lần. Trên phương diện sinh lý học, rối loạn hoạt động của hệ thống dưới đồi gây ra rối loạn hệ thần kinh giao cảm và trục hạ đồi- tuyến yên- thượng thận.

Trong nghiên cứu của Framingham Heart Study, người đàn ông bị rối loạn lo âu có nguy cơ bị cao huyết áp gấp 2,5 lần. Rối loạn lo âu làm tăng hoạt động của hệ giao cảm và tăng lượng catecholamines trong máu gây nên tình trạng cao huyết áp, và làm tăng lượng lipid trong huyết tương gây ra tình trạng xơ cứng mạch máu.

Nghiên cứu về mối liên quan giữa lo âu và chết đột tử cho thấy nguyên nhân là rối loạn nhịp tim, như ventricular arrhythmias. Các bệnh nhân bị rối loạn hoảng loạn dễ bị chết đột tử,

### **3.1.3. BỆNH PHỔI.**

- Bệnh nghẽn tắc phổi mạn tính (COPD): thường bị rối loạn lo âu, nhất là cơn hoảng loạn, theo Karajgi, tỷ lệ rối loạn lo âu có thể lên đến 16%, tỷ lệ rối loạn hoảng loạn là 8%, đối với bệnh nhân nội trú, tỷ lệ này là 34%; trong các công trình nghiên cứu khác, tỷ lệ này là 13-51%; theo tác giả Kvaal, tỷ lệ rối loạn lo âu trong bệnh này cao hơn ở các bệnh mạn tính khác; nhiều cuộc điều tra khác nhau cho thấy rối loạn hoảng loạn thường gặp trong bệnh hô hấp.

- Suyễn: các cơn suyễn có thể gây nên rối loạn hoảng loạn. Các nghiên cứu cho thấy, rối loạn lo âu thường gặp trong loại bệnh này; ở người trưởng thành, tỷ lệ này thay đổi trong khoảng 6,5%-24%; trong một điều tra sức khỏe theo tiêu chuẩn STCĐTKBTT, có mối liên hệ giữa suyễn và rối loạn lo âu, đặc biệt ở trường hợp bệnh nặng. Khi phân tích các loại rối loạn lo âu: rối loạn hoảng sợ (OR=4,6), Rối loạn lo âu lan tỏa (OR=3,1), các loại rối loạn lo âu khác (OR=2,7).

Trong một nghiên cứu khác, tỷ lệ cơn hoảng sợ trong suyễn là 30%, triệu chứng thở nhanh có thể gặp trong bệnh phổi và rối loạn hoảng sợ; triệu chứng này của rối loạn lo âu, hoảng sợ có thể gây ra cơn suyễn.

### **3.2. DO CHẤT.**

- Thuốc điều trị: trong bệnh hô hấp như theophylline, pseudoephedrine [Sudafed], and albuterol); trong bệnh thần kinh như kháng parkinsonian, trong bệnh tim mạch, các thuốc chống trầm cảm (như nhóm SSRI); giải lo âu; corticosteroid; insulin; thyroid preparations; and caffeine preparations.

- Các chất độc: như carbon monoxide, sơn, and gasoline fumes may induce anxiety.

#### 4. ĐIỀU TRỊ.

Bảng 4 cho thấy tác dụng của thuốc chống trầm cảm trên triệu chứng lo âu, bệnh cơ thể và sinh hoạt của người bệnh.

Bảng này giúp cho nhà điều trị chọn lựa các thuốc chống trầm cảm trong điều trị lo âu thực thể, thí dụ; một người bị động mạch vành, sau đó bị rối loạn lo âu lan tỏa.

Khi phân tích trường hợp này, người bệnh có trục I là lo âu thực thể, trục III là bệnh động mạch vành.

Bảng tác dụng của thuốc chống trầm cảm cho thấy, hiệu quả điều trị của các thuốc chống trầm cảm trên lo âu lan tỏa, cho thấy hai loại thuốc nhóm SSRI và SNRI tương đương nhau; như vậy, cả 2 loại thuốc chống trầm cảm trên đều có thể dùng trong điều trị người bệnh.

Khi lựa chọn thuốc theo bệnh động mạch vành (trục III), theo bảng tác dụng của thuốc chống trầm cảm, có thể sử dụng thuốc nhóm SSRI trong điều trị, vì tỷ lệ tử vong của nhóm này thấp nhất.

Nếu lựa chọn thuốc theo bệnh động mạch vành, thuốc chống trầm cảm 3 vòng và thuốc của nhóm SNRI có thể gây ra rối loạn nhịp tim, làm tăng tỷ lệ tử vong của bệnh động mạch vành, chỉ có nhóm SSRI không gây ra rối loạn nhịp tim, có thể sử dụng trong trường hợp này.

Khi so sánh các ảnh hưởng của rối loạn lo âu lan tỏa (trục V) và bệnh động mạch vành (trục III); theo số liệu thống kê của Hoa kỳ, tỷ lệ tử vong của động mạch vành là 2,04/10.000 người trong năm; tỷ lệ này quan trọng hơn các triệu chứng của rối loạn lo âu lan tỏa; trong trường hợp này, có thể sử dụng thuốc SSRI trong điều trị.

Bảng 4: tác dụng của thuốc chống trầm cảm.

	TCA	SSRI	SNRI	Mirtazapine
RL ám ảnh sợ	1	1	1	?
RL lo âu lan tỏa	?	1	1	?
RL hoảng loạn	?	1	?	1
RL ám ảnh nghi thức	1	1	?	1
Quá liều	3	1	2	1
Tai biến mạch máu não	3	2	?	1
Parkinson	2	?	?	?
Động kinh	2	1	?	?
Đái tháo đường	2	1	?	?
Loạn nhịp tim	2	1	2	?
Động mạch vành	3	1	2	1
Ung thư	1	1	?	?
Mất bạch cầu hạt đa nhân	?	?	?	2
Bỏ thuốc	3	1	2	1
Tình dục	3	1	2	?
Thai kỳ	1	1	1	1
Tiêu hóa	3	1	2	?

## CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ.

1. Theo bảng phân loại quốc tế lần 10, rối loạn tâm thần thực thể được áp dụng cho (\*\*\*):
  - a. Rối loạn tâm thần là hậu quả sinh lý trực tiếp của bệnh cơ thể.
  - b. Rối loạn tâm thần là phản ứng tâm lý đối với một số bệnh cơ thể.
  - c. Rối loạn tâm thần là nguyên nhân hoặc yếu tố nguy cơ gây ra bệnh cơ thể.
  - d. Cả 3 câu trên đều đúng.
2. Trong loạn tâm thần do sử dụng chất gây nghiện, triệu chứng tâm thần xảy ra trong tình huống nào sau đây (\*\*\*):
  - a. Trong lúc cai.
  - b. Trong lúc ngộ độc.
  - c. Trong lúc dùng thuốc.
  - d. Cả 3 câu trên đều đúng.
3. Chẩn đoán phân biệt giữa rối loạn tâm thần thực thể và rối loạn tâm thần khác dựa vào (\*\*\*):
  - a. Nguyên nhân.
  - b. Triệu chứng.
  - c. Ảnh hưởng của bệnh trên sinh hoạt của người bệnh.
  - d. Cả 3 câu trên đều đúng.
4. Chẩn đoán phân biệt giữa rối loạn tâm thần do sử dụng chất và rối loạn tâm thần khác dựa vào (\*\*\*):
  - a. Nguyên nhân.
  - b. Triệu chứng.
  - c. Ảnh hưởng của bệnh trên sinh hoạt của người bệnh.
  - d. Cả 3 câu trên đều đúng.
5. Điều trị triệu chứng tâm thần ở người bị loạn tâm thần thực thể (\*\*\*):
  - a. Bắt buộc đối với các trường hợp tâm thần thực thể.
  - b. Chỉ dùng trong trường hợp triệu chứng tâm thần làm tăng tỷ lệ biến chứng và tử vong.
  - c. Không cần điều trị.
  - d. Cả 3 câu trên đều đúng.
6. Lựa chọn thuốc hướng thần tùy thuộc vào (\*\*\*):
  - a. Diễn tiến của bệnh.
  - b. Triệu chứng tâm thần.
  - c. Ảnh hưởng của bệnh trên sinh hoạt của người bệnh.
  - d. Cả 3 câu trên đều đúng.
7. Lựa chọn thuốc hướng thần tùy thuộc vào (\*\*\*):
  - a. Bệnh cơ thể.
  - b. Diễn tiến của bệnh.
  - c. Ảnh hưởng của bệnh trên sinh hoạt của người bệnh.
  - d. Cả 3 câu trên đều đúng.
8. Lựa chọn thuốc hướng thần tùy thuộc vào (\*\*\*):
  - a. Loại bệnh cơ thể.
  - b. Diễn tiến của bệnh.
  - c. Triệu chứng tâm thần.
  - d. Cả 2 câu a và c đều đúng.

9. Lựa chọn thuốc hướng thần tùy thuộc vào (\*\*\*):
- Sinh hoạt của người bệnh.
  - Diễn tiến của bệnh.
  - Triệu chứng tâm thần.
  - Cả 2 câu a và c đều đúng.
10. Theo tác giả tác giả Steven C. Samuels, tỷ lệ mê sảng trong các bệnh đa khoa là (\*\*):
- 10-30%.
  - 20-40%.
  - 30-50%.
  - 40-60%.
11. Tỷ lệ mê sảng trong các bệnh viện ở người lớn tuổi được ước tính là (\*):
- 20-30%.
  - 30-40%.
  - 40-50%.
  - 50-60%.
12. Triệu chứng chính của mê sảng (\*\*):
- Rối loạn ý thức.
  - Trí nhớ.
  - Hoang tưởng, ảo giác.
  - Lo âu.
13. Phân biệt giữa mê sảng do bệnh cơ thể và do sử dụng chất dựa trên (\*\*\*):
- Nguyên nhân.
  - Triệu chứng,
  - Ảnh hưởng của bệnh trên sinh hoạt của người bệnh.
  - Cả 3 câu trên đều đúng.
14. Phân biệt giữa mê sảng và mất trí dựa trên (\*\*\*):
- Nguyên nhân.
  - Triệu chứng,
  - Ảnh hưởng của bệnh trên sinh hoạt của người bệnh.
  - Cả 3 câu trên đều đúng.
15. Trong các bệnh nhiễm trùng, chất nào có thể gây ra tình trạng mê sảng (\*\*).
- Dopamine.
  - Serotonine.
  - Acetylcholine.
  - Cytokine.
16. Thuốc levodopa (kháng Parkinson) có thể gây ra mê sảng do tác dụng trên (\*\*):
- Dopamine.
  - Serotonine.
  - Acetylcholine.
  - cytokine.
17. Thuốc chống trầm cảm nhóm SSRI có thể gây ra mê sảng do tác dụng trên (\*\*):
- Dopamine.
  - Serotonine.
  - Acetylcholine.
  - cytokine.

18. Thuốc kháng động kinh như Valproat có thể gây ra mê sảng do tác dụng trên (\*\*):
- Dopamine.
  - Serotonine.
  - Acetylcholine.
  - Urea.
19. Tỷ lệ bệnh mất trí ở người trên 65 tuổi là (\*):
- 3%.
  - 4%.
  - 5%.
  - 6%.
20. Tỷ lệ bệnh mất trí ở người trên 85 tuổi là (\*):
- 10-30%.
  - 20-40%.
  - 30-50%.
  - 40-60%.
21. Triệu chứng chính của mất trí là (\*\*):
- Rối loạn trí nhớ.
  - Vọng ngôn.
  - Mất dùng cử động.
  - Mất nhận thức.
22. Mất trí có ảnh hưởng trên sinh hoạt của người bệnh (\*\*).
- Có ảnh hưởng, nhưng không đáng kể.
  - Có ảnh hưởng trên sinh hoạt như làm việc,
  - Ảnh hưởng nặng trên sinh hoạt của người bệnh như không làm được những việc đơn giản (mua sắm đồ đạc).
  - Ảnh hưởng nghiêm trọng trên sinh hoạt của người bệnh như không tự làm vệ sinh được.
23. Chẩn đoán phân biệt giữa mất trí do bệnh cơ thể với mất trí do sử dụng chất dựa vào (\*\*\*):
- Nguyên nhân.
  - Triệu chứng.
  - Ảnh hưởng của bệnh trên sinh hoạt.
  - Cả 3 câu trên đều đúng.
24. Ở người bị mất trí trên 65 tuổi, bệnh Alzheimer chiếm tỷ lệ (\*):
- 35%.
  - 45%.
  - 55%.
  - 65%.
25. Ở người bị mất trí trên 65 tuổi, bệnh mất trí do mạch máu não chiếm tỷ lệ (\*):
- 15%.
  - 25%.
  - 35%.
  - 45%.
26. Chẩn đoán phân biệt giữa rối loạn trí nhớ thực thể với mê sảng dựa vào (\*\*\*):
- Nguyên nhân.
  - Triệu chứng.
  - Ảnh hưởng của bệnh trên sinh hoạt.

- d. Cả 3 câu trên đều đúng.
27. Chẩn đoán phân biệt giữa rối loạn trí nhớ thực thể với mất trí dựa vào (\*\*\*):
- Nguyên nhân.
  - Triệu chứng.
  - Ảnh hưởng của bệnh trên sinh hoạt.
  - Cả 3 câu trên đều đúng.
28. Chẩn đoán phân biệt giữa loạn thần thực thể với nhóm loạn thần (nhóm F2) dựa vào (\*\*\*):
- Nguyên nhân.
  - Triệu chứng.
  - Ảnh hưởng của bệnh trên sinh hoạt.
  - Cả 3 câu trên đều đúng.
29. Chẩn đoán phân biệt giữa loạn thần thực thể với mê sảng dựa vào (\*\*\*):
- Nguyên nhân.
  - Triệu chứng.
  - Ảnh hưởng của bệnh trên sinh hoạt.
  - Cả 3 câu trên đều đúng.
30. Trong động kinh, tỷ lệ loạn thần thực thể cao gấp (\*):
- 2 lần tỷ lệ trong dân số chung.
  - 3 lần tỷ lệ trong dân số chung.
  - 4 lần tỷ lệ trong dân số chung.
  - 5 lần tỷ lệ trong dân số chung.
31. Trong chấn thương sọ não, tỷ lệ loạn thần được ước tính là (\*):
- 7-20%.
  - 10-25%.
  - 15-35%.
  - 20-40%
32. Trong chấn thương sọ não, triệu chứng loạn thần thường gặp là (\*):
- Hoang tưởng.
  - Ảo giác.
  - Âm tính
  - hai câu a và b đều đúng.
33. Trong bệnh Parkinson, tỷ lệ loạn thần được ước tính là (\*):
- 15%.
  - 25%.
  - 35%.
  - 45%
34. Trên người bệnh loạn thần thực thể bị đái tháo đường cần thận trọng khi cho thuốc (\*\*):
- Chống loạn thần cũ.
  - Clozapine.
  - Olanzapine.
  - 2 câu b và c đều đúng.
35. Chẩn đoán phân biệt giữa trầm cảm thực thể với trầm cảm (nhóm F3) dựa vào (\*\*\*):
- Nguyên nhân.
  - Triệu chứng.
  - Ảnh hưởng của bệnh trên sinh hoạt.

- d. Cả 3 câu trên đều đúng.
36. Chẩn đoán phân biệt giữa trầm cảm thực thể với mê sảng dựa vào (\*\*\*):
- Nguyên nhân.
  - Triệu chứng.
  - Ảnh hưởng của bệnh trên sinh hoạt.
  - Cả 3 câu trên đều đúng.
37. Sau khi bị đột quy trong 1 tháng đến 1 năm, tỷ lệ trầm cảm được ước tính là (\*):
- 10-40%.
  - 20-50%.
  - 30-60%.
  - 40-70%
38. Trong bệnh đái tháo đường, tỷ lệ trầm cảm cao hơn ở người không bị đái tháo đường với OR (\*):
- 1,9.
  - 2,9.
  - 3,9.
  - 4,9
39. Theo Kelly, tỷ lệ trầm cảm trong bệnh Cushing là (\*):
- 35%.
  - 65%.
  - 63%.
  - Cả 3 câu trên đều sai.
40. Trong bệnh động mạch vành, tỷ lệ trầm cảm cao hơn ở người không bị bệnh động mạch vành là (\*\*):
- 2 lần.
  - 3 lần.
  - 4 lần.
  - 5 lần.
41. Trong bệnh nhân bị trầm cảm thực thể do động mạch vành, không nên dùng thuốc chống trầm cảm nào sau đây (\*\*):
- Sertraline.
  - Citalopram.
  - Mirtazapine.
  - Thuốc chống trầm cảm 3 vòng
42. Chẩn đoán phân biệt giữa lo âu thực thể với rối loạn lo âu (nhóm F4) dựa vào (\*\*\*):
- Nguyên nhân.
  - Triệu chứng.
  - Ảnh hưởng của bệnh trên sinh hoạt.
  - Cả 3 câu trên đều đúng.
43. Chẩn đoán phân biệt giữa lo âu thực thể với mê sảng dựa vào (\*\*\*):
- Nguyên nhân.
  - Triệu chứng.
  - Ảnh hưởng của bệnh trên sinh hoạt.
  - Cả 3 câu trên đều đúng.
44. Trong đột quy, tỷ lệ rối loạn lo âu là (\*):

- a. 15-25%.
  - b. 25-35%.
  - c. 35-45%.
  - d. 45-55%
45. Tỷ lệ lo âu trong bệnh Parkinson (\*),
- a. 20%.
  - b. 30%.
  - c. 40%.
  - d. 50%.
46. Trong bệnh nghẽn tắc phổi mạn tính, rối loạn lo âu thường gặp là (\*\*):
- a. Rối loạn lo âu ám ảnh sợ.
  - b. Rối loạn lo âu lan tỏa.
  - c. rối loạn hoảng loạn.
  - D. Rối loạn ám ảnh nghi thức.
47. Theo Karajgi, tỷ lệ rối loạn lo âu trong nghẽn tắc phổi mạn tính là (\*):
- a. 8%.
  - b. 16%.
  - c. 34%.
  - d. 50%.
48. Theo Karajgi, tỷ lệ rối loạn hoảng loạn trong nghẽn tắc phổi mạn tính là (\*):
- a. 8%.
  - b. 16%.
  - c. 34%.
  - d. 50%.
49. Theo kết quả các điều tra về bệnh tâm thần, tỷ lệ rối loạn hoảng loạn trên người bị suyễn (\*).
- a. Tương tự như tỷ lệ trong dân số chung.
  - b. Cao hơn tỷ lệ trong dân số chung, OR:2,7.
  - c. Cao hơn tỷ lệ trong dân số chung, OR:3,1
  - d. Cao hơn tỷ lệ trong dân số chung, OR:4,6
50. Theo kết quả các điều tra về bệnh tâm thần, tỷ lệ rối loạn lo âu lan tỏa trên người bị suyễn .
- a. Tương tự như tỷ lệ trong dân số chung.
  - b. Cao hơn tỷ lệ trong dân số chung, OR:2,7.
  - c. Cao hơn tỷ lệ trong dân số chung, OR:3,1
  - d. Cao hơn tỷ lệ trong dân số chung, OR:4,6

### ĐÁP ÁN:

1.a	2.d	3.a	4.a	5.b	6.b	7.a	8.d	9.d	10.a
11.c	12.a	13.a	14.b	15.d	16.a	17.b	18.d	19.c	20.b
21.a	22.d	23.a	24.d	25.a	26.b	27.b	28.a	29.a	30.a
31.a	32.d	33.b	34.d	35.a	36.b	37.b	38.b	39.c	40.d
41.d	42.a	43.b	44.b	45.c	46.c	47.b	48.a	49.d	50.c

## TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Elizabeth M. Galik, Peter Rabins, Constantine G. Lyketsos (2006) , “*Dementia*”, Psychosomatic Medicine , 1st Edition, Lippincott Williams & Wilkins, pp. 514- 536.
2. Hillel Grossman M.D (2005) “*Amnestic Disorders*”, Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, pp.1094-1107.
3. Judith A. Neugroschl M.D, Alexander Kolevzon M.D, Steven C. Samuels M.D, Deborah B. Marin M.D (2005). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, pp. 1069-1094.
4. Kenneth L. Davis M.D (2005). “*Cognitive Disorders: Introduction and Overview*” Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, pp. 1054-1055.
5. Martin Allan Drooker M.D (2005), “*Other Cognitive Disorders and Mental Disorders Due to a General Medical Condition*” Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, pp. 1069-1094.
6. Sadock, Benjamin James; Sadock, Virginia Alcott (2007), “*Overview*”, Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry:10th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, pp 320- 323.
7. Sadock, Benjamin James; Sadock, Virginia Alcott(2007), “*Delirium*”, Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry:10th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, pp 323- 330.
8. Sadock, Benjamin James; Sadock, Virginia Alcott (2007), “*Dementia*”, Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry:10th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, pp 330- 345.
9. Sadock, Benjamin James; Sadock, Virginia Alcott (2007), “*Amnestic Disorders*”, Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry:10th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, pp 345- 351.
10. Sadock, Benjamin James; Sadock, Virginia Alcott (2007), “*Mental Disorders Due to a General Medical Condition*”, Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry:10th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, pp 351- 373.
11. Soenke Boettger, Miriam Friedlander, William Breitbart (2006), “*Delirium*”, Psychosomatic Medicine , 1st Edition, Lippincott Williams & Wilkins, pp. 494- 513.
12. Stephen Ross, Eric Collins, Marc Galanter (2006), “*Substance Abuse*”, Psychosomatic Medicine , 1st Edition, Lippincott Williams & Wilkins, pp. 462- 493.
13. Steven C. Samuels M.D, Judith A. Neugroschl M.D (2005), “*Delirium*” Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, pp. 1055-1069.