

SỞ Y TẾ TP HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN NHÂN ÁI

RỐI LOẠN LOẠN THẦN CẤP VÀ NHẤT THỜI

BSCKI. NGUYỄN THỊ PHƯƠNG

Bình phước, ngày 08 tháng 11 năm 2023

I. MỤC TIÊU

- Mô tả được đặc điểm lâm sàng loạn thần cấp
- Trình bày được tiêu chuẩn chẩn đoán loạn thần cấp
- Nêu được nguyên tắc điều trị loạn thần cấp

1. ĐỊNH NGHĨA

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

2. NGUYÊN NHÂN

- ▶ **2.1. Yếu tố gia đình:** Các nghiên cứu cho tỷ lệ từ 20 đến 33% bệnh nhân tiền sử gia đình có rối loạn tâm thần như: tâm thần phân liệt, rối loạn cảm xúc (trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực), rối loạn loạn thần cấp...
- ▶ **2.2. Vai trò của sang chấn tâm lý (stress):** Một số các nghiên cứu cho thấy khoảng 20-30% bệnh nhân có kết hợp với sang chấn tâm lý, như: tang tóc, mất mát tài sản, đổ vỡ hôn nhân, tình yêu...

2.3. Vai trò của nhân cách:

Có một số nét nhân cách bất thường ở bệnh nhân rối loạn loạn thần cấp và nhất thời: nét nhân cách nhạy cảm, dễ bị tổn thương, nét nhân cách dạng phân liệt (khép kín, không cởi mở, ít quan hệ...)

3. CHẨN ĐOÁN

▶ 3.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

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

▶ Trong giai đoạn loạn thần nếu có rối loạn khí sắc thì các triệu chứng này không có đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán cơn hưng cảm hay trầm cảm. Trong bệnh sử không

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

- ▶ Rối loạn loạn thần cấp đa dạng không có các triệu chứng tâm thần phân liệt
- ▶ (F23.0): Khởi bệnh cấp, trong vòng 2 tuần hay ngắn hơn.
- ▶ Biểu hiện lâm sàng các triệu chứng loạn thần ảo giác hoang tưởng thay đổi thường xuyên về nội dung cũng như mức độ của triệu chứng có khi trong cùng một ngày. Rối loạn khí sắc cũng thay đổi liên tục theo nội dung của các triệu chứng loạn thần.
- ▶ Bệnh cảnh lâm sàng không đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán của bệnh tâm thần phân liệt hoặc rối loạn khí sắc.

3.2. Các thể lâm sàng theo ICD – 10:

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

- ▶ Các triệu chứng ảo giác hoang tưởng luôn thay đổi về nội dung cũng như mức độ từ ngày này sang ngày khác. Rối loạn khí sắc thay đổi tùy theo với rối loạn loạn thần.
- ▶ Biểu hiện lâm sàng đáp ứng tiêu chuẩn triệu chứng của bệnh tâm thần phân liệt

▶ **3.2. Các thể lâm sàng theo ICD – 10 (TT):**

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

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

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

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

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

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

▶ Các triệu chứng hoang tưởng tương đối bền vững.

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

▶ **3.2. Các thể lâm sàng theo ICD – 10 (TT):**

- ▶ **Các rối loạn loạn thần cấp và nhất thời khác (F23.8):** Các rối loạn loạn thần cấp không thể xếp vào bất cứ thể bệnh kể trên có thể ghi theo mã số này.
- ▶ **Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời không biệt định (F23.9):** Bao gồm: loạn thần phản ứng (ngắn) không biệt định khác.





Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời



ẢO GIÁC - XÚC GIÁC



4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

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

Loạn thần do các chất tác động tâm thần (rượu, cocain, chất dạng amphetamine...):

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

5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT (TT)

▶ **Bệnh tâm thần phân liệt:**

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

6. ĐIỀU TRỊ

1. Liệu pháp sinh học:

- Liệu pháp hóa dược: chọn thuốc, chọn liều, phối hợp thuốc, chọn thời gian giảm liều và ngừng thuốc.

- phác đồ điều trị: liệu pháp hóa dược + liệu pháp tâm lý

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

► *Các thuốc an thần kinh cổ điển:*

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

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

6. ĐIỀU TRỊ (TT)

- Haloperidol: viên 1,5mg, viên 5 mg, ống 5mg, liều 5-30mg/24 giờ.
- Thioridazin: viên 50mg, liều 100-300mg/ngày.
- ▶ *Các thuốc an thần kinh không điển hình (mới):*
 - Amisulpirid: viên 50mg, 200mg, 400mg, liều 200-800mg/24 giờ
 - Clozapin: viên 25mg, 100mg, liều 50-800mg/24 giờ
 - Risperidon: viên 1mg, 2mg, liều 1-12mg/24 giờ
 - Olanzapin: viên 5mg, 10mg, liều 5-30mg/24 giờ
 - Quetiapin: viên 50mg, 200mg, 300mg, liều 600-800 mg/ ngày
 - Aripiprazol: viên 5mg, 10 mg, 15mg, 30mg, liều 10-15 mg/ngày, (tối đa là 30 mg/ngày).

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

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

- Haldol decanoat: ống 50mg/ml, tiêm bắp sâu 25-50mg/ lần, (4 tuần tiêm nhắc lại)
- Flupentixol decanoat ống 20mg/ml, tiêm bắp sâu 20-40mg/ lần, 2-4 tuần tiêm nhắc lại.
- Fluphenazin decanoat ống 25mg/ml, tiêm bắp sâu 12,5-50mg/ lần, (tối đa là 100 mg/ngày), 3-4 tuần tiêm nhắc lại.
- Aripiprazol, liều tiêm 300mg hoặc 400mg, 4 tuần tiêm nhắc lại.

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

- Nhóm thuốc bình thần, giải lo âu: nhóm benzodiazepins: diazepam, lorazepam, bromazepam, alprazolam,... non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedanxio, zopiclon...
- Nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: propanolol...
- Thuốc chống trầm cảm: SSRI, TCA, SNRI
- Thuốc chỉnh khí sắc: Muối valproat, divalproex, carbamazepin, oxcarbazepin,

. Liệu pháp tâm lý:

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

Liệu pháp lao động và phục hồi chức năng

Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, điều trị duy trì

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

- Liệu pháp gia đình...
- Dinh dưỡng: Bổ sung dinh dưỡng, vitamin, khoáng chất: vitamin nhóm B, chế độ ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...
- Nuôi dưỡng tế bào thần kinh: Piracetam, ginkgo biloba, vinpocetin, choline alfoscerate, nicergoline, ...
- Thuốc hỗ trợ gan, thuốc tăng cường chức năng nhận thức...

7. PHÒNG BỆNH

- ▶ Hiện chưa xác định được nguyên nhân gây bệnh chính xác, do đó phòng bệnh cần:
- ▶ Rèn luyện tính tự lập, biết cách thích ứng với môi trường và các điều kiện khó khăn của cuộc sống.
- ▶ Tránh các stress trong cuộc sống, học cách chia sẻ, giảm căng thẳng.

7. PHÒNG BỆNH (TT)

- ▶ Theo dõi những người có yếu tố di truyền (bố, mẹ, ông bà, anh chị em họ hàng) bị các bệnh rối loạn phân liệt để phát hiện sớm và điều trị sớm.
- ▶ Tiếp tục theo dõi bệnh nhân sau khi ra viện, duy trì điều trị và theo dõi bệnh theo chuyên khoa. Tránh cho bệnh nhân làm việc quá sức, căng thẳng, điều trị các bệnh cơ thể tích cực (nếu có) tránh tái phát bệnh.



CHÂN THÀNH CẢM ƠN QUÝ ĐỒNG

NGHIỆP LÀNG NGHE