

TỔNG QUAN VỀ MA TÚY VÀ NGHIỆN

BS. Nguyễn Song Chí Trung

Đại học Y Dược TP.HCM

MA TÚY LÀ GÌ?

Khi nói đến ma túy, ta thường nghĩ đến những chất như heroin, hàng đá, cần sa, thuốc lắc, LSD ... Theo cách hiểu thông thường, ma túy là những **chất gây nghiện bị cấm sử dụng**. Tuy nhiên, khi suy xét kĩ thì cách hiểu này không phù hợp. Trong khi vẫn bị cấm tại phần lớn các quốc gia, sử dụng cần sa đã và đang được nói lỏng quy định tại một số nước. Ví dụ như tại Canada, từ tháng 10 năm 2018, người từ 18 tuổi trở lên hoàn toàn được phép hút cần sa với mục đích giải trí. Như vậy, nếu hiểu ma túy là chất bất hợp pháp, thì cần sa có thể là ma túy ở nước này nhưng không phải là ma túy ở nước khác. Một thông tin khác ít người biết hơn, đó là trên thực tế **hầu như không có người nào nghiện thuốc lắc hay LSD** theo đúng nghĩa lâm sàng. Như vậy, nếu hiểu ma túy là chất gây nghiện thì thuốc lắc hay LSD cũng không phải là ma túy.

Trên bình diện khoa học, ma túy nên được hiểu theo định nghĩa của Tổ chức Y tế thế giới: đó là những chất **gây ra biến đổi các hoạt động tâm thần**. Cụ thể hơn, người sử dụng ma túy sẽ trải nghiệm các hiện tượng thay đổi nào đó về ý thức, tri giác, khí sắc, tư duy, hành vi .v.v...

Theo cách hiểu này, thì ngoài những chất được nhắc đến ở đầu bài, cả những chất sau đây cũng là ma túy: rượu bia, thuốc lá, trà, cà phê, thuốc điều trị rối loạn tâm thần, đường, chất béo.

Để phân biệt với khái niệm “ma túy” theo nghĩa thông thường, trong y học có thể sử dụng các thuật ngữ khác khi nói về ma túy: chất tác động tâm thần, chất hướng thần, hay đơn thuần là chất.

Như vậy, khái niệm ma túy theo y học có thể là khác với khái niệm “chất gây nghiện”. Một chất có khả năng gây nghiện thì đó là ma túy, nhưng một chất là ma túy theo y học thì chưa hẳn là có khả năng gây nghiện.

Câu hỏi:

1. Ma túy có thể có lợi không?
2. Shisha có phải là ma túy không?
3. Methadone có phải là ma túy không?

4. Trong các loại ma túy, chất nào gây chết nhiều nhất?
5. Tại sao “chất gây nghiện là ma túy, nhưng ma túy chưa hẳn là gây nghiện”?

PHÂN NHÓM MA TÚY THEO TÁC ĐỘNG TÂM THẦN

Có nhiều cách phân nhóm ma túy theo tác động tâm thần. Theo cách đơn giản nhất thì ma túy được chia thành 3 nhóm: yên dịu, kích thích và gây ảo giác.

Ma túy **yên dịu hay ức chế** làm **suy giảm hoạt động tâm lí và sinh lí** của người sử dụng. Chất yên dịu điển hình là thuốc an thần diazepam. Ngoài tác dụng gây buồn ngủ, thuốc này còn làm giảm hoạt động, suy nghĩ, lo lắng. Về mặt sinh lí, diazepam gây giảm hô hấp, tuần hoàn, hạ thân nhiệt và giãn cơ. Ở liều cao, diazepam có thể gây hôn mê, suy hô hấp, trụy tim mạch.

Ngoài **thuốc ngủ và an thần kinh**, trong nhóm ma túy yên dịu còn có **chất dạng thuốc phiện, rượu bia, thuốc kháng histamine, thuốc giãn cơ**.

Trái ngược với nhóm yên dịu, ma túy **kích thích** làm **gia tăng hoạt động tâm sinh lí** của người dùng. Ma túy kích thích điển hình là methamphetamine, hoạt chất của ma túy đá. Dưới ảnh hưởng của chất này, người dùng trở nên tỉnh táo, thích hoạt động, tăng cảm giác tự tin. Về mặt sinh lí, methamphetamine làm tăng nhịp tim, huyết áp và thân nhiệt. Ngược lại, khẩu vị của người dùng methamphetamine bị giảm, nghĩa là không còn thấy thèm ăn và ăn ít đi. Ở liều cao, methamphetamine có thể gây cảm giác bồn chồn, lo sợ, dẫn đến ảo giác, hoang tưởng, kích động.

Có nhiều chất khác nữa trong nhóm ma túy kích thích: **cocain, nicotine** (trong thành phần thuốc lá, thuốc lào, shisha), **caffein**, các **chất kích thích dạng amphetamine**, arecoline trong hạt cau.

Nhóm ma túy **gây ảo giác làm biến đổi, sai lệch về tri giác và nhận thức**. Cụ thể hơn, người dùng có thể tăng hoặc giảm cảm giác, xuất hiện ảo tưởng, ảo giác và hoang tưởng. Chất gây ảo giác điển hình là LSD (có trong tem giấy hay bùa lữĩ). Người dùng chất này có thể cảm nhận tường nhà xung quanh như đang chuyển động, tan chảy, thấy xuất hiện trước mắt các tia sáng hoặc khối hình học xoay chuyển, nghe bên tai các âm thanh kì quái, hoặc có thể nhận ra mình đang sống trong 1 thế giới huyền bí nào đó.

Các chất gây ảo giác khác là **cần sa** (hay bồ đề), **cần sa tổng hợp** (trong cỏ Mỹ), **MDMA** (hay thuốc lắc), **ketamine, psilocybin** (trong nấm thần). Tác động sinh lí

của các chất gây ảo giác có thể khác nhau. Trong khi thuốc lắc và LSD có tác dụng kích thích, cần sa lại có tác dụng êm dịu.

Trên thực tế, tác động của ma túy trên cơ thể còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác như: **liều lượng, tần suất, thời gian** sử dụng, **đường dùng, cơ địa** và **trạng thái tâm lí** của người sử dụng.

Với cách phân loại này, ta có thể áp dụng **nguyên tắc ván bập bênh** để suy đoán biểu hiện hội chứng cai của các chất ma túy. Theo nguyên tắc ván bập bênh, hội chứng cai gây ra triệu chứng trái ngược với tác dụng của nhiễm độc chất. Như vậy, người bị hội chứng cai chất yên dịu sẽ có biểu hiện bứt rứt, bồn chồn, lo âu, khó ngủ, gia tăng hoạt động thần kinh giao cảm với triệu chứng run rẩy, ớn lạnh, vã mồ hôi, mạch nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt. Ngược lại, người bị hội chứng cai chất kích thích sẽ buồn ngủ, ăn nhiều, trầm cảm.

Câu hỏi:

1. Phối hợp 2 loại ma túy của nhóm nào dễ gây tử vong nhất?
2. Hội chứng cai của nhóm ma túy nào là khó chịu nhất?
3. Biểu hiện ngộ độc do quá liều heroin và methadone là gì?
4. Hội chứng cai của chất gây ảo giác là gì?

PHÂN NHÓM MA TÚY THEO NGUỒN GỐC HÓA HỌC

Theo nguồn gốc qui trình hóa học, ma túy được chia làm 3 nhóm: tự nhiên, bán tổng hợp và tổng hợp.

Từ thời xa xưa, con người đã biết sử dụng đến nhiều sản phẩm thực vật trong thiên nhiên với mục đích thay đổi trạng thái tâm lý: hạt của cây cà phê, lá của cây thuốc lá, nhựa của hoa anh túc hay thuốc phiện, lá của cây coca, hoa, nụ, lá và cành của cây cần sa .v.v... Đây là các sản phẩm **ma túy tự nhiên dạng thô**.

Với kĩ thuật chiết xuất phát triển hơn, người ta sau đó biết tách các hoạt chất hướng thần chính từ những sản phẩm thực vật trên, để tạo ra các **ma túy tự nhiên dạng tinh chất** như: morphine, codein, cocain, dầu cần sa .v.v...

Với sự phát triển của ngành hóa, các nhà khoa học bắt đầu biết cách thay đổi cấu trúc hóa học của các chất ma túy tự nhiên, từ đó tạo ra các chất hướng thần mới có tác dụng mạnh hơn hoặc phù hợp hơn cho mục đích chữa bệnh. **Ma túy bán tổng hợp** được điều chế từ **ma túy tự nhiên bị biến đổi cấu trúc bởi phản ứng**

hóa học: heroin từ morphine, buprenorphine từ thebain (1 hoạt chất tự nhiên khác trong thuốc phiện).

Với công nghệ hóa dược hiện đại, người ta đã có thể **bào chế các chất hướng thần hoàn toàn từ các hợp chất căn bản trong phòng thí nghiệm, mà không cần đến các chất ma túy tự nhiên** như trước đây nữa. Sản phẩm của công nghệ này chính là ma túy tổng hợp: fentanyl, methadone, tramadol, cần sa tổng hợp, các chất kích thích dạng amphetamine .v.v...

Câu hỏi:

1. Hãy so sánh chi phí sản xuất, hoạt lực và khả năng gây nghiện của các loại ma túy theo nguồn gốc hóa học?

CÁC ĐƯỜNG SỬ DỤNG MA TÚY

HÚT: ma túy được đốt thành khói rồi hút (thường là qua miệng) vào phổi, vd: thuốc lá, heroin, methamphetamine, cần sa. Chất ma túy trong khí tại phổi sẽ thấm vào máu thông qua tế bào của thành đường hô hấp, rồi sau đó theo tĩnh mạch phổi về tim trái. Khi thất trái co bóp, động mạch chủ sẽ đưa chất ma túy đến não bộ và các cơ quan khác. Vì vậy, đường hút đem lại tác dụng tâm lí nhanh nhất, chỉ sau 7 – 10 giây. Nhưng do ma túy trong khí ở phổi không thể thấm vào máu hoàn toàn (khói thở ra ngoài vẫn còn chứa ma túy) nên lượng ma túy được hấp thu vào máu chỉ đạt 20 – 50% lượng sử dụng.

TIÊM: ma túy được pha thành dịch lỏng rồi tiêm, thường nhất là vào tĩnh mạch. Máu tĩnh mạch đưa ma túy về tim phải, sau đó theo động mạch phổi lên tuần hoàn phổi, về tim trái rồi mới được động mạch chủ đưa tới não và cơ quan. Do vậy, đường tiêm tĩnh mạch đem lại tác dụng tâm lí sau 15 – 30 giây (nếu tiêm bắp hoặc dưới da thì phải mất 3 – 5 phút). Đường tiêm không để ma túy thất thoát ra ngoài nên lượng ma túy được hấp thu vào máu là toàn bộ 100% lượng sử dụng.

NUỐT (UỐNG): ma túy được hấp thu qua thành ống tiêu hóa, thường là tại ruột non, sau đó được hệ tĩnh mạch cửa đưa tới gan “xử lí” trước khi vào hệ tuần hoàn chung của cơ thể. Vì vậy, lượng ma túy có tác dụng thực sự rất thay đổi và phụ thuộc vào 2 yếu tố: tỉ lệ hấp thu tại ống tiêu hóa và tỉ lệ bị chuyển hóa tại gan. Theo các nghiên cứu, tỉ lệ ma túy dùng đường nuốt đi vào tuần hoàn cơ thể (sinh khả dụng) là 20 – 60%. Thời gian tác dụng là sau 20 – 30 phút.

HÍT: ma túy được nghiền thành bột nhuyễn rồi hít bằng mũi, vd. heroin, cocain. Chất ma túy sẽ hấp thu qua màng niêm mạc mũi rồi vào máu tĩnh mạch. Thời gian tác dụng là sau 3 – 5 phút.

Ngoài ra, ma túy còn thể được dùng bằng đường nhét hậu môn, vd. methamphetamine, chất kích dục khác... Trong trường hợp này, ma túy được hấp thu vào máu qua niêm mạc trực tràng và có sẽ tác dụng sau 3 – 5 phút như đường hít. Một đường khác là qua da, vd. miếng dán nicotine giúp ma túy hấp thu qua da từ từ trong thời gian dài.

Câu hỏi:

1. Tại sao người nghiện heroin lại cảm thấy đường tiêm cho cảm giác “phê sướng” nhanh hơn đường hút?
2. Hãy sắp xếp thứ tự nguy cơ gây ngộ độc quá liều của các đường sử dụng.
3. Thời gian tác dụng nếu sử dụng ma túy qua đường tiêm động mạch bện?

NGHIỆN MA TÚY LÀ GÌ?

Người nghiện thường sử dụng ma túy thường xuyên, lượng nhiều và dẫn đến các tác hại nặng nề. Tuy nhiên, đây không phải là những đặc điểm riêng biệt của nghiện. Thậm chí, **hội chứng cai** (khi ngưng dùng ma túy) **cũng chưa phải là điểm chắc chắn để xác định tình trạng nghiện.**

Thuật ngữ chính thức hơn của nghiện là “lệ thuộc”. Có 2 dạng lệ thuộc là “lệ thuộc sinh lí” và “lệ thuộc tâm lí”.

LỆ THUỘC SINH LÍ (hay lệ thuộc cơ thể, thể chất): Ý nghĩa của lệ thuộc sinh lí là cơ thể cần được thường xuyên cung cấp một chất nào đó để duy trì các hoạt động sinh lý bình thường. Dấu hiệu chính của lệ thuộc sinh lí là **hội chứng cai**, và có thể kèm theo **hiện tượng dung nạp**.

HỘI CHỨNG CAI là các triệu chứng khó chịu cơ thể khi ngưng hoặc giảm liều đột ngột một chất nào đó đang được sử dụng thường xuyên trong một khoảng thời gian đủ dài. Khi bị hội chứng cai một chất nào, sử dụng chất đó vào sẽ làm giải tỏa nhanh chóng hội chứng cai. Nếu không sử dụng một chất hay thuốc nào, hội chứng cai ban đầu sẽ gia tăng dần, đạt đến đỉnh điểm, nhưng sau đó cơ thể sẽ tự thích nghi, triệu chứng cai giảm dần và kết thúc trong một khoảng thời gian dài hay ngắn tùy thuộc vào thời gian bán hủy của chất ma túy.

Khi cai chất dạng thuốc phiện, hội chứng cai (“vã” ma túy) thường biểu hiện rất rầm rộ: bồn chồn, lo lắng, ngáp, ớn lạnh, nổi da gà, ngạt mũi, chảy nước mắt, đau nhức, tiêu chảy, buồn nôn, nôn, khó ngủ, dẫn đờng tử. Với heroin, hội chứng cai tự nhiên đạt đỉnh điểm sau 2 – 3 ngày và kết thúc sau 7 – 10 ngày. Nhưng với methadone vốn có thời gian bán hủy dài hơn heroin (24 giờ so với 30 phút), hội chứng cai tự nhiên có thể chỉ đạt đỉnh sau 10 – 12 ngày và kéo dài đến 6 – 8 tuần.

Khi cai chất kích thích như methamphetamine, hội chứng cai giai đoạn cấp có biểu hiện là ăn nhiều, ngủ nhiều kéo dài 2 – 3 ngày. Sau đó là giai đoạn mãn tính với triệu chứng trầm cảm, lo âu, khó ngủ có thể kéo dài nhiều tuần.

Hội chứng cai có thể xuất hiện khi sử dụng nhiều loại thuốc điều trị như benzodiazepine (diazepam), thuốc giảm đau, thuốc hạ huyết áp, thuốc chống trầm cảm, corticosteroid ...

Bản chất của **cắt cơn giải độc** trong điều trị nghiện chính là hỗ trợ giúp cơ thể vượt qua được giai đoạn thích nghi hội chứng cai này.

Muốn ngưng dùng chất mà không phải cắt cơn hội chứng cai thì có thể giảm liều thấp dần trước khi ngưng hẳn. Điều này có thể làm với các chất thuốc không gây nghiện. Nhưng với các chất gây nghiện như rượu bia, heroin, thuốc lá thì rất khó giảm liều dần vì cứ hễ sử dụng ma túy vào, dù chỉ là một lượng ít, thì cơn thèm nhớ sẽ trở dậy rất dữ dội, khiến người nghiện khó mà kiềm chế không đi tìm thêm ma túy. Do đó với ma túy gây nghiện, cắt cơn ngưng hẳn là khả thi hơn.

HIỆN TƯỢNG DUNG NẠP là khi sử dụng lặp đi lặp lại cùng một liều chất thì hiệu quả sẽ giảm dần, nếu muốn đạt được hiệu quả tương đương trước đây thì phải tăng liều.

Ở người nghiện, mức độ “phê” ma túy thường giảm dần theo thời gian sử dụng, nên họ có xu hướng tăng liều hoặc đổi đường dùng (từ hút sang tiêm) để tìm lại cảm giác “phê” như trước. Khi ngưng sử dụng ma túy trong một thời gian (vd sau đi cai), độ dung nạp sẽ mất dần đi và trở về như trước, nên nếu người nghiện sử dụng lại liều ma túy như trước khi ngưng thì rất dễ dẫn đến nguy cơ quá liều gây ngộ độc.

Sử dụng một chất khác trong cùng nhóm cũng có thể dẫn đến **hiện tượng dung nạp chéo**. Vì vậy, người uống methadone thường xuyên cũng sẽ có dung nạp chéo với heroin, giúp họ giảm thiểu nguy cơ ngộ độc nếu dùng quá liều heroin.

LỆ THUỘC TÂM LÍ là thèm muốn, thôi thúc buộc phải sử dụng chất ma túy. Ở người nghiện, cảm giác thèm nhớ thường xảy ra nhất là khi đang bị hội chứng cai.

Tuy nhiên, ngay cả khi cơ thể không bị triệu chứng cai nào, thèm nhớ vẫn có thể xuất hiện, một cách tự nhiên hay do có yếu tố gợi nhớ: thay đổi cảm xúc, gặp lại bạn bè cùng sử dụng ma túy, đi qua nơi bán ma túy...

Tâm trí của người nghiện luôn chỉ nghĩ đến việc tìm và sử dụng ma túy, khiến cho họ thờ ơ với mọi hoạt động công việc và vui chơi khác. Mức độ thèm nhớ có thể rất mãnh liệt, khiến cho họ vẫn tiếp tục sử dụng ma túy bất chấp mọi tác hại nặng nề về sức khỏe, quan hệ gia đình, tài chính, luật pháp...

Lệ thuộc tâm lý khiến người nghiện luôn ở trong trạng thái muốn sử dụng thêm ma túy, dù cơ thể không còn cần chất ma túy đó để cân bằng hoạt động sinh lý nữa. Vì vậy, người nghiện có thể sử dụng ma túy một cách mất kiểm soát, nghĩa là chỉ đến khi không còn ma túy để dùng nữa, hoặc mất hết hoàn toàn ý thức do quá liều thì mới dừng lại.

Ở những người cai nghiện đã hoàn thành qui trình cắt cơn giải độc, nghĩa là không còn hội chứng cai, cảm giác thèm nhớ ma túy vẫn còn có thể kéo dài rất lâu, thậm chí là nhiều năm, khiến cho họ luôn có nguy cơ tái nghiện.

Nghiện là thèm nhớ, thôi thúc sử dụng ma túy một cách mất kiểm soát, nghĩa là **cốt lõi của nghiện nằm ở lệ thuộc tâm lý**, chứ không phải lệ thuộc sinh lý.

Một người sử dụng chất (vd. thuốc ngủ, thuốc giảm đau, thuốc hạ huyết áp...) đến mức có hội chứng cai, nhưng không có lệ thuộc tâm lý thì chỉ bị lệ thuộc sinh lý vào chất đó, chứ không phải là nghiện. Mặt khác, nghiện các chất gây ảo giác như PCP có thể không có bất kỳ một triệu chứng cai nào. Như vậy, **hội chứng cai không phải là điều kiện cần, cũng không phải là điều kiện đủ của nghiện**. Tuy nhiên, lệ thuộc sinh lý là yếu tố để xác định mức độ nặng của nghiện.

Ức chế các suy nghĩ về ma túy có giúp cai nghiện thành công không?

Do thèm nhớ là yếu tố quan trọng nhất dẫn đến tái nghiện, người cai nghiện thường có xu hướng “cố quên” các suy nghĩ về ma túy để tránh việc tái sử dụng. Theo các nghiên cứu, chiến lược này có thể hiệu quả trong giai đoạn đầu khi người nghiện dùng mọi quyết tâm để “đè nén” cơn thèm nhớ. Tuy nhiên, ở giai đoạn sau đó, sẽ có hiện tượng “bùng phát” cơn thèm nhớ, khiến cho họ sử dụng ma túy ở mức độ còn nhiều hơn so với trước khi cố gắng kiềm chế. Vì vậy, người cai nghiện hoàn toàn **không nên ức chế các thèm nhớ ma túy** vì nó sẽ khiến gia tăng mức độ sử dụng ma túy sau này.

Lý do của nghiện ma túy là gì?

Các chất ma túy có mức độ gây nghiện khác nhau. Theo các nghiên cứu, thuốc lá là chất dễ khiến người sử dụng trở nên nghiện nhất (khoảng 1/3 những người sử dụng), tiếp đến là heroin (1/4 đến 1/5 người sử dụng). Ma túy đá có mức độ gây nghiện thấp hơn (khoảng 17% người sử dụng).

Như vậy, không phải ai sử dụng ma túy cũng sẽ trở thành nghiện. Điều này khiến các nhà khoa học đặt giả thuyết là di truyền có vai trò trong diễn tiến của nghiện. Theo nghiên cứu trên các cặp sinh đôi, di truyền quyết định 40 – 60% trong việc một người sử dụng ma túy có trở nên nghiện hay không.

Về sinh lí thần kinh, cảm giác thèm nhớ, thôi thúc tìm và sử dụng ma túy của người nghiện xuất phát từ nhân kế vách, một cấu trúc của não giữa. Não giữa là cơ quan quyết định các hành vi mang tính chất bản năng sống còn, thói quen, xung động. Người nghiện bị **rối loạn các cấu trúc não giữa** này do việc sử dụng ma túy thường xuyên gây nên, chứ không phải bị bất thường về đạo đức, luân lý.

Câu hỏi:

1. Trong 6 tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện của ICD-10, những tiêu chuẩn nào là thuộc về lệ thuộc tâm lí?
2. Tại sao nhiều người ngộ nhận rằng ma túy đá không gây nghiện như heroin?
3. Methadone có gây nghiện không?
4. Nên thực hiện biện pháp nào để phòng ngừa tái nghiện?

Số: **786** /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày **01** tháng **3** năm 2019

QUYẾT ĐỊNH

Ban hành Hướng dẫn can thiệp lạm dụng ma túy tổng hợp dạng Amphetamine

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật phòng, chống vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) số 64/2006/QH11 ngày 29 tháng 6 năm 2006;

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Xét đề nghị của Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Hướng dẫn can thiệp lạm dụng ma túy tổng hợp dạng Amphetamine”.

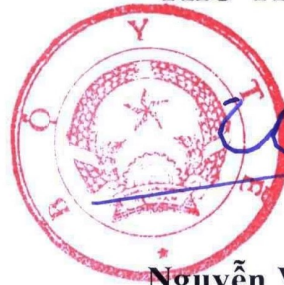
Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 3. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ; Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Vụ trưởng các Vụ, Cục trưởng các Cục trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các Tỉnh, Thành phố trực thuộc Trung ương và Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Phó Thủ tướng Vũ Đức Đam (để báo cáo);
- Ủy ban về CVĐXH của Quốc hội (để báo cáo);
- Văn phòng Chính phủ (để báo cáo);
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng (để biết);
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Lưu: VT, AIDS.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG



Nguyễn Viết Tiến

CHƯƠNG 4

ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN TRÊN BỆNH NHÂN LẠM DỤNG ATS

1. Chuyển gửi bệnh nhân rối loạn tâm thần liên quan đến sử dụng ATS đến cơ sở y tế

- Theo Tổ chức Y tế Thế giới, chỉ một tỷ lệ nhỏ người sử dụng ATS có rối loạn sử dụng và lệ thuộc vào loại ma túy này. Tuy nhiên rối loạn tâm thần liên quan đến sử dụng ATS có thể xảy ra ngay từ lần đầu tiên sử dụng ATS, rối loạn tâm thần cũng có thể xảy ra nhiều năm sau khi sử dụng thậm chí khi cơ thể đã đào thải sạch ATS.

- Các rối loạn tâm thần liên quan đến sử dụng ATS cần được chẩn đoán và điều trị tại cơ sở y tế. Do vậy các nhân viên xã hội hoặc cán bộ y tế cơ sở khi gặp một bệnh nhân có tiền sử sử dụng ATS (nếu khai thác được tiền sử) và có biểu hiện rối loạn tâm thần với các biểu hiện như: ảo thị, ảo thanh, ảo giác, bị hoang tưởng hay trong trạng thái kích động thì cần chuyển đến các cơ sở y tế, tốt nhất là các cơ sở y tế có chuyên khoa tâm thần để được chẩn đoán và điều trị.

2. Sàng lọc và chẩn đoán các rối loạn tâm thần liên quan đến lạm dụng ATS

- Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 3556/QĐ-BYT “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các rối loạn tâm thần thường gặp do sử dụng ma túy tổng hợp dạng Amphetamine” ngày 10 tháng 9 năm 2014.

- Theo Hướng dẫn này, các rối loạn tâm thần liên quan đến lạm dụng ATS bao gồm:

- + Ngộ độc ATS cấp;
- + Sử dụng gây hại;
- + Hội chứng nghiện ATS;
- + Trạng thái cai ATS;
- + Rối loạn loạn thần do sử dụng ATS;
- + Hội chứng quên;
- + Rối loạn loạn thần di chứng và khởi phát muộn (rối loạn nhân cách hoặc hành vi; mất trí; trạng thái loạn thần xuất hiện muộn).

2.1. Ngộ độc ATS cấp

2.1.1. Triệu chứng tâm thần

- Các triệu chứng thường gặp nhất là bệnh nhân có khoái cảm và cảm giác nhiều năng lượng, hưng phấn quá mức.

- Các triệu chứng khác thường gặp là lo âu, bồn chồn, ảo giác (ảo thị, ảo thanh...) kèm theo bệnh nhân có hành vi công kích, gây hấn, tấn công người khác, hành vi có tính định hình.

- Bệnh nhân có thể có biểu hiện ý tưởng bị theo dõi, bị truy hại

2.1.2. Biểu hiện cơ thể

- Biểu hiện cường giao cảm:
 - + Tăng nhịp tim
 - + Tăng huyết áp, đau ngực
 - + Tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ớn lạnh
 - + Giãn đồng tử
- Hội chứng serotonin:
 - + Buồn nôn
 - + Tăng trương lực cơ, tăng phản xạ gân xương
 - + Giật cơ, co giật
 - + Ảo giác
 - + Rối loạn ý thức: sáng, hôn mê...

2.1.3. Tính cấp diễn

Các triệu chứng trên xuất hiện cấp diễn, có liên quan trực tiếp hoặc rất nhanh sau khi sử dụng ATS (vài phút đến 3 giờ). Do các triệu chứng tâm thần, bệnh nhân thường gây rối nơi công cộng, ở các câu lạc bộ hoặc trong gia đình. Đây chính là lý do quan trọng để bệnh nhân sử dụng, nghiện ATS được đưa đến bệnh viện để được chẩn đoán và điều trị.

2.2. Rối loạn loạn thần do sử dụng ATS

2.2.1. Thường gặp

- Tuổi trẻ, chủ yếu là nam
- Địa điểm: thường ở nhà nghỉ, vũ trường...
- Phương thức sử dụng dễ gây loạn thần: sử dụng liều cao hoặc liên tục trong thời gian dài.
- Loại chất thường gây loạn thần: thuốc lắc (MDMA...).

2.2.2. Biểu hiện lâm sàng

2.2.2.1. Giai đoạn sớm (1 - 3 ngày đầu)

- Hoang tưởng:
 - + Thường gặp nhất là hoang tưởng bị truy hại, hoang tưởng bị theo dõi. Có thể gặp: hoang tưởng liên hệ, hoang tưởng bị chi phối. Ít gặp: hoang tưởng tự cao, hoang tưởng phát minh, ...
 - + Hoang tưởng thường xuất hiện bán cấp ở bệnh nhân sử dụng ATS lâu ngày hoặc nghiện ATS. Đôi khi hoang tưởng xuất hiện cấp diễn trong các trường hợp ngộ độc.
- Ảo giác: thường gặp nhất là ảo thanh, ảo thị. Ít gặp hơn là ảo xúc, ảo khứu...

Cần chẩn đoán phân biệt hoang tưởng và ảo giác do ATS với bệnh tâm thần phân liệt, rối loạn tâm thần do rượu, cần sa... đặc biệt ở thanh thiếu niên hoặc đã có tiền sử nghiện các chất khác với các triệu chứng loạn thần lần đầu, cấp diễn.

- Rối loạn cảm xúc, hành vi: thường do hoang tưởng, ảo giác chi phối
- Các triệu chứng cơ thể: đau đầu, đau cơ, bồn chồn, bứt rứt...

2.2.2.2. Giai đoạn từ ngày thứ tư trở đi

- Thông thường các triệu chứng loạn thần sẽ giảm dần dưới tác dụng của điều trị. Nếu hoang tưởng, ảo giác hết ngay sau 3 ngày điều trị thì đó là hoang tưởng cấp diễn trong ngộ độc ATS.

- Triệu chứng cai ATS (*xem hội chứng cai ATS*)

2.3. Trầm cảm liên quan đến sử dụng ATS

2.3.1. Biểu hiện lâm sàng

- Các triệu chứng đặc trưng: giảm năng lượng và dễ mệt mỏi, khí sắc trầm, giảm quan tâm thích thú.

- Các triệu chứng thường gặp: rối loạn giấc ngủ, giảm tập trung chú ý, giảm tự trọng, bi quan ảm đạm, ăn ít ngon miệng.

- Trầm cảm có thể xuất hiện ở người bệnh lạm dụng hoặc nghiện ATS, trong hội chứng cai ATS.

- Đặc biệt bệnh nhân có thể có ý tưởng và hành vi tự sát là triệu chứng cần lưu ý phát hiện sớm ở các bệnh nhân sử dụng ATS.

2.3.2. Điều trị trầm cảm liên quan sử dụng ATS

- Sử dụng các thuốc chống trầm cảm: uống mirtazapine 15-30mg/ngày hoặc sertraline 50mg/lần, 1-2 lần/ngày hoặc các thuốc chống trầm cảm khác thuộc nhóm SSRI.

- Thuốc giải lo âu: uống diazepam 5 mg/lần, 1-2 lần/ngày, không quá 07 ngày.

- Tư vấn tâm lý.

2.4. Trạng thái cai ATS

2.4.1. Biểu hiện lâm sàng

- Thường xuất hiện sau 1- 3 ngày sau khi giảm hoặc ngừng sử dụng ATS ở người nghiện ATS.

- Hội chứng cai có thể bị triệu chứng loạn thần che lấp hoặc mờ đi do điều trị thuốc chống loạn thần.

2.4.2. Chẩn đoán

- Các tiêu chuẩn chung đối với trạng thái cai (F1X.3) phải được đáp ứng;

- Có rối loạn khí sắc (ví dụ buồn hoặc mất khoái cảm);

- Hai trong 6 dấu hiệu sau đây phải có mặt:

+ Mất ngủ hoặc ngủ lịm và mệt mỏi

+ Chậm chạp hoặc kích động tâm thần vận động

+ Cảm giác thèm khát với một chất kích thích

+ Tăng khẩu vị

+ Có các giấc mơ khó chịu hoặc kỳ quặc

- Từ ngày thứ 4 sau khi giảm hoặc ngừng ATS, bệnh nhân thường xuất hiện thêm hội chứng trầm cảm.

2.5. Chẩn đoán nghiện ATS

2.5.1. Thường gặp

- Người trẻ tuổi
- Cả nam và nữ
- Thường tham gia các lễ hội, đi vũ trường, nhà nghỉ
- Có thời gian sử dụng, lạm dụng ATS trước đó.
- Tiền sử có các đợt rối loạn tâm thần và hành vi ngấn, cấp diễn. Cảm xúc không ổn định, dao động giữa hai thái cực: vui vẻ, nhanh nhẹn và buồn chán, chậm chạp.

2.5.2. Triệu chứng

- Có biểu hiện hội chứng nghiện ATS: 6 triệu chứng theo ICD- 10
- Sự thèm muốn mãnh liệt hoặc cảm giác bắt buộc phải sử dụng ATS;
 - Khó khăn trong việc kiểm soát các hành vi sử dụng ATS như khởi đầu, chấm dứt hoặc mức độ sử dụng;
 - Có hội chứng cai khi ngừng hoặc giảm sử dụng ATS;
 - Có hiện tượng tăng dung nạp với ATS
 - Ngày càng trở nên thờ ơ với các thú vui hoặc sở thích khác;
 - Tiếp tục sử dụng ATS mặc dù biết rõ về các hậu quả có hại.
- Để chẩn đoán xác định cần có ≥ 3 triệu chứng trên trong 12 tháng vừa qua.

2.5.3. Các biểu hiện khác có thể có

- Trạng thái loạn thần;
- Hội chứng trầm cảm;
- Xét nghiệm nước tiểu dương tính với ATS.

3. Rối loạn tâm thần đồng diễn trên bệnh nhân sử dụng ATS

3.1. Đặc điểm

- Tỷ lệ rối loạn tâm thần đồng diễn với rối loạn sử dụng chất trên thế giới rất cao, khoảng 40%. Đặc biệt, ở nhóm người sử dụng methamphetamine, tình trạng rối loạn tâm thần đồng diễn rất phổ biến.

- Các triệu chứng rối loạn tâm thần thường gặp ở người sử dụng ATS:
 - + Ảo giác;
 - + Hoang tưởng;
 - + Rối loạn suy nghĩ;
 - + Hành vi kỳ lạ, vô tổ chức;
 - + Tâm trạng thất thường;
- Việc sử dụng ATS có thể gây ra loạn thần ở cả những người không có lịch sử rối loạn tâm thần trước đó. Nhiều người tự hồi phục sau khi tác dụng của ma túy giảm bớt, nhưng có nhiều trường hợp có thể kéo dài nhiều ngày đến nhiều tháng hoặc hơn.

- Những bệnh nhân nhập viện do vấn đề tâm thần đồng diễn thường là những bệnh nhân có biểu hiện nặng. Có hiện tượng “hồi tưởng” và “dung nạp ngược” ở người sử dụng ATS, trong đó một người sử dụng ATS ở liều rất nhỏ trở nên loạn thần sau khi đã hồi phục hoặc tái phát loạn thần do các yếu tố gợi nhớ khác mà không phải sử dụng ATS.

3.2. Các dấu hiệu nhận biết loạn thần sắp xảy ra

- Hành vi, thái độ nghi ngờ người khác, đề phòng, cảnh giác quá mức;
- Đánh giá cao giá trị của 1 vật hay sự kiện một cách bất thường;
- Ảo giác, đánh giá sai môi trường xung quanh;
- Hành vi hỗn loạn, thường gắn liền với việc đánh giá sai môi trường hoặc giá trị của sự vật, sự kiện;

3.3. Các bước phản ứng

- Quan sát và tìm kiếm các vật thể nguy hiểm, lối thoát, người xung quanh... quyết định nên rời đi và gọi giúp đỡ hay ở lại và phản ứng cần trọng;
- Giải tán đám đông nhằm tránh nguy cơ bị thương hoặc làm nghiêm trọng tình hình;
- Đứng ở gần nơi thoát hiểm. Nếu xung quanh có các đồ vật nguy hiểm (trong bếp, trong xưởng làm việc...) ngay lập tức rời khỏi địa điểm đó;
- Cố gắng làm giảm mọi tiếng ồn có thể gây kích thích;
- Hỏi người đang có dấu hiệu loạn thần hoặc những người xung quanh người này có vừa sử dụng ma túy hay không;
- Quan sát xem có dấu hiệu quá liều ATS không để phản ứng kịp thời;
- Nếu loạn thần nghiêm trọng, gọi cho bệnh viện và cấp cứu để hỗ trợ.

3.4. Giao tiếp với người loạn thần cấp

- Chọn một người có kỹ năng và sự tự tin. Không giao tiếp nhiều người.
- Những người khác đứng yên quan sát. Có một người hỗ trợ khi cần thiết (khi người giao tiếp với bệnh nhân gọi, có thể quy ước 1 từ làm hiệu). Cố gắng xác định bệnh nhân có tiền sử bạo lực hay không.
- Giữ khoảng cách để bệnh nhân được thoải mái;
- Cố gắng giữ ngôn ngữ cơ thể an toàn với bệnh nhân: tay đặt 2 bên người, lòng bàn tay hướng ra ngoài, tiếp cận chậm rãi từ phía trước để không làm bệnh nhân giật mình;
- Cố gắng làm theo bệnh nhân – ngồi theo nếu họ đang ngồi, đi cùng nếu họ đang đi. Cho bệnh nhân thấy mình hiểu cảm giác của bệnh nhân và không tỏ ra đe dọa, nhưng cũng không tỏ ra yếu thế;
- Duy trì giao tiếp bằng mắt vừa phải;
- Dùng giọng trung bình, kể cả khi bệnh nhân to tiếng;
- Gọi tên bệnh nhân và giới thiệu tên mình;
- Cần thận giới thiệu với bệnh nhân về môi trường xung quanh và đảm bảo bệnh nhân an toàn;

- Mời bệnh nhân uống nước;
- Tìm hiểu nguyên nhân loạn thần và nhu cầu của bệnh nhân. Tỏ ra sẵn sàng giúp đỡ;
- Lắng nghe và tôn trọng bệnh nhân;
- Cho phép bệnh nhân suy nghĩ, nhưng vẫn quan sát từ xa để làm chủ tình hình;
- Luôn tỏ ra tự tin;
- Không cười hoặc phản đối những suy nghĩ hoang tưởng của bệnh nhân;
- Không giả vờ đồng ý với suy nghĩ hoang tưởng, vì bệnh nhân có thể nhận ra người đối diện đang nói dối. Có thể trả lời như sau:

Tôi có thể thấy anh/chị đang sợ. Tôi có thể giúp gì không?

- Không để bệnh nhân chặn đường thoát hiểm, nhưng cũng không chặn đường thoát hiểm của bệnh nhân;
- Không nói không, vì có thể kích thích hành vi bạo lực. Chỉ khẳng định những gì mình làm được.

3.5. Trầm cảm ở người sử dụng ATS

Trầm cảm là rối loạn thường gặp ở người sử dụng ATS.

3.5.1. Dấu hiệu trầm cảm thường gặp

- Tránh giao tiếp;
- Suy nghĩ tiêu cực;
- Buồn, cảm giác có lỗi, bi quan;
- Thay đổi về sức ăn, nhu cầu tình dục và năng lượng;

3.5.2. Cách tiếp cận can thiệp với người sử dụng ATS có trầm cảm đồng diễn

- Nguy cơ thấp: Có suy nghĩ tự tử nhưng không có yếu tố nguy cơ, có thể tự đảm bảo an toàn, có sự hỗ trợ:

- + Kiểm tra định kỳ;
- + Xác định các nguồn hỗ trợ và cách liên hệ;
- + Yêu cầu liên hệ ngay nếu trầm cảm trở nên nghiêm trọng;

- Nguy cơ cao: Có ý tưởng tự tử, có yếu tố nguy cơ, có kế hoạch chi tiết, có phương tiện tiến hành tự tử, có ít hỗ trợ xã hội, cảm thấy tuyệt vọng, không thể đảm bảo an toàn bản thân:

- + Yêu cầu cho phép chuyển gửi bệnh nhân đến cơ sở tâm thần chuyên khoa;
- + Nếu bệnh nhân có ý định tự tử ngay, đảm bảo bệnh nhân không ở một mình;
- + Gọi cấp cứu hoặc cảnh sát nếu cần;
- + Trao đổi với đồng nghiệp và người chịu trách nhiệm;

3.6. Rối loạn lo âu

- Các dấu hiệu thường thấy:
- + Lo âu quá mức;

- + Bồn chồn khó chịu;
 - + Tim đập nhanh;
 - + Ra mồ hôi; Thở nhanh, khó thở;
 - + Đau ngực hoặc cảm giác co cơ ngực;
 - + Hoảng loạn; Khó ngủ;
- Bệnh nhân có rối loạn lo âu nên được can thiệp trong môi trường ít kích thích, an toàn. Cán bộ y tế ban đầu nên chuyển gửi đến cơ sở y tế phù hợp.

4. Hướng dẫn các cơ sở y tế tiếp nhận, quản lý, điều trị các đối tượng có dấu hiệu tâm thần do sử dụng ATS

4.1. Tiếp nhận

Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có bác sĩ đã được Bộ Y tế hoặc Sở Y tế tập huấn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các rối loạn tâm thần thường gặp do sử dụng ma túy tổng hợp dạng Amphetamin” bao gồm:

- Trạm y tế xã, phường, thị trấn.
- Bệnh viện đa khoa tuyến huyện hoặc cơ sở điều trị Methadone.
- Bệnh viện tâm thần tỉnh; Trung tâm Phòng chống bệnh xã hội tỉnh; Bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh có đơn vị (khoa hoặc đơn nguyên) điều trị người bệnh tâm thần.
- Bệnh viện/viện tâm thần tuyến trung ương.
- Cơ sở có chức năng điều trị, cai nghiện ma túy (nhà nước và tư nhân) được thành lập theo quy định của pháp luật...

4.2. Điều trị

- Trạm y tế xã, phường, thị trấn điều trị tâm lý và điều trị triệu chứng đối với các rối loạn tâm thần do ATS: Hội chứng cai, trầm cảm mức độ nhẹ, vừa.

- Bệnh viện tuyến huyện, cơ sở có chức năng điều trị, cai nghiện ma túy (nhà nước và tư nhân) được thành lập theo quy định của pháp luật: điều trị tâm lý và điều trị triệu chứng đối với các rối loạn tâm thần do ATS: Hội chứng cai, loạn thần, ngộ độc cấp, trầm cảm các mức độ.

- Bệnh viện/viện tâm thần tuyến trung ương, bệnh viện tâm thần tỉnh, trung tâm phòng chống bệnh xã hội tỉnh, bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh có đơn vị (khoa hoặc đơn nguyên điều trị người bệnh tâm thần) điều trị tâm lý và điều trị triệu chứng đối với các rối loạn tâm thần do sử dụng ATS: Hội chứng cai, loạn thần, ngộ độc cấp, trầm cảm các mức độ, nghiện.

- Trường hợp người bệnh nặng, điều trị kém hiệu quả cần hội chẩn với tuyến trên để chuyển tuyến.

4.3. Quản lý

- Cho người bệnh ra (ra viện) khỏi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (chuyển về nơi gửi đến: gia đình hoặc cơ quan chức năng về phòng chống ma túy hoặc trạm y tế của xã, phường, thị trấn chủ quản theo dõi tiếp).

- Trong thời gian điều trị, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quản lý không để người bệnh sử dụng ATS.

5. Điều trị các rối loạn tâm thần trên bệnh nhân lạm dụng ATS

Ngày 10 tháng 9 năm 2014, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 3556/QĐ-BYT về việc ban hành “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các rối loạn tâm thần thường gặp do sử dụng ma túy tổng hợp dạng Amphetamine”. Theo Quyết định này, việc điều trị các rối loạn tâm thần trên bệnh nhân lạm dụng ATS như sau:

5.1. Điều trị nhiễm độc cấp ATS

5.1.1. Nguyên tắc điều trị

Việc điều trị trạng thái nhiễm độc do ATS chưa có điều trị đặc hiệu nhưng cần tuân thủ nguyên tắc:

- Đảm bảo hô hấp, tuần hoàn.
- Tăng thải trừ bằng truyền các dung dịch glucose, bù nước điện giải, cân bằng kiềm toan, bù vitamin.
- Điều trị triệu chứng
- Trường hợp nặng cần chuyển đến chuyên khoa chống độc, điều trị tích cực, cấp cứu...
- Tư vấn tâm lý.

5.1.2. Điều trị cụ thể

- Kiểm soát thân nhiệt: hạ nhiệt bằng các biện pháp vật lý như chườm mát không nên sử dụng các thuốc hạ sốt trong trường hợp tăng thân nhiệt do ATS).
- Truyền Ringer lactat để tăng đào thải.
- Nếu bệnh nhân có biểu hiện lo âu: diazepam 5- 10mg/lần, uống hoặc tiêm bắp, có thể sử dụng 2 lần/ ngày.
- Bệnh nhân kích động, có hoang tưởng, ảo giác cấp diễn: tiêm bắp haloperidol 5- 10mg/lần, có thể sử dụng 2 lần/ ngày.
- Nếu bệnh nhân có nhiều biểu hiện cơ thể, đặc biệt là rối loạn về tim mạch, biểu hiện nhiễm độc nặng... cần chuyển đến chuyên khoa chống độc, hồi sức tích cực, cấp cứu.

5.2. Rối loạn loạn thần do sử dụng ATS

5.2.1. Nguyên tắc

- Điều trị triệu chứng
- Điều trị các bệnh cơ thể (nhiễm virus viêm gan B, C, HIV...)
- Tư vấn tâm lý

5.2.2. Điều trị cụ thể

- Thuốc chống loạn thần:
 - + Nếu bệnh nhân trong trạng thái kích động hoặc không hợp tác điều trị: tiêm bắp haloperidol 5mg/lần, 1-3 lần/ngày, dùng trong 2-3 ngày đầu. Nếu bệnh nhân hợp tác điều trị: uống haloperidol 5mg/lần, 1-3 lần/ngày hoặc risperidone 2 mg/lần, 2-3 lần/ngày hoặc olanzapine 5mg/lần, 2-3 lần/ngày.

+ Các triệu chứng loạn thần thường mất đi sau 1- 2 tuần. Cần giảm dần liều và dừng sử dụng thuốc khi triệu chứng hết.

+ Trong quá trình điều trị trạng thái loạn thần ở người đang nghiện ATS có thể xuất hiện thêm trong bệnh cảnh các triệu chứng của hội chứng cai (ngày thứ 2-4) và cần lưu ý phối hợp thuốc.

- Thuốc giải lo âu: diazepam 5 mg/lần, 1-2 lần/ngày, không quá 07 ngày.

- Thuốc chống trầm cảm: uống mirtazapine 15-30mg/ngày hoặc sertraline 50mg/lần, 1-2 lần/ngày hoặc các thuốc chống trầm cảm khác thuộc nhóm SSRI.

- Điều trị các bệnh cơ thể phối hợp

- Lưu ý phát hiện và xử trí kịp thời các tác dụng không mong muốn do thuốc.

5.3. Trầm cảm liên quan đến sử dụng ATS

- Sử dụng các thuốc chống trầm cảm: uống mirtazapine 15-30mg/ngày hoặc sertraline 50mg/lần, 1-2 lần/ngày hoặc các thuốc chống trầm cảm khác thuộc nhóm SSRI.

- Thuốc giải lo âu: uống diazepam 5 mg/lần, 1-2 lần/ngày, không quá 07 ngày.

- Tư vấn tâm lý.

5.4. Trạng thái cai ATS

- Cách ly và giám sát, không để bệnh nhân sử dụng lại ATS.

- Liệu pháp tâm lý đối với bệnh nhân và gia đình bệnh nhân.

- Thuốc chống trầm cảm: uống mirtazapine 15-30mg/ngày hoặc sertraline 50mg/lần, 1-2 lần/ngày hoặc các thuốc chống trầm cảm khác thuộc nhóm SSRI.

- Thuốc giải lo âu: diazepam 5 mg/lần, 1-2 lần/ngày, uống hoặc tiêm bắp.

6. Chỉ số đánh giá điều trị các rối loạn tâm thần

6.1. Đánh giá trước can thiệp

6.1.1. Sàng lọc ASSIST

- Số bệnh nhân sàng lọc ASSIST;

- Số (%) mức độ sử dụng methamphetamine theo kết quả sàng lọc ASSIST ở mức độ trung bình;

- Số (%) mức độ sử dụng methamphetamine theo kết quả sàng lọc ASSIST ở mức độ cao.

6.1.2. Xét nghiệm nước tiểu

- Số bệnh nhân được xét nghiệm nước tiểu;

- Số (%) bệnh nhân được xét nghiệm nước tiểu dương tính với Methamphetamine.

6.1.3. Sàng lọc về sức khỏe tâm thần

- Số bệnh nhân được sàng lọc mức độ rối loạn sử dụng chất theo DSM V;

- Số (%) bệnh nhân có mức độ rối loạn sử dụng chất trung bình trở lên theo DSM V;

- Số bệnh nhân được sàng lọc DASS-21;

- Số (%) bệnh nhân có mức độ vừa trở lên về trầm cảm theo thang DASS-21;
- Số (%) bệnh nhân có mức độ vừa trở lên về lo âu theo thang DASS-21;
- Số (%) bệnh nhân có mức độ vừa trở lên về stress theo thang DASS-21;
- Số bệnh nhân có mức độ vừa về tất cả (trầm cảm, lo âu, stress) theo thang DASS-21;
- Số bệnh nhân được sàng lọc theo Psychosis;
- Số (%) bệnh nhân có hoang tưởng, ảo giác theo chẩn đoán Psychosis;
- Số (%) bệnh nhân có nguy cơ về SKTT được chuyển gửi;
- Số (%) bệnh nhân được chuyển gửi chuyên khoa SKTT có tiến bộ về SKTT.

6.1.4. Đánh giá về nhu cầu và thực trạng tiếp cận dịch vụ HIV

- Số (%) bệnh nhân biết tình trạng nhiễm HIV;
- Trong số HIV (+): số bệnh nhân đã được điều trị ARV;

6.2. Theo dõi và đánh giá trong can thiệp

- Số bệnh nhân đồng ý tham gia can thiệp MET/MI
- Số bệnh nhân tham gia tất cả các buổi can thiệp MET/MI
- Số bệnh nhân giảm sử dụng ATS sau các buổi can thiệp
- Số bệnh nhân đồng ý tham gia can thiệp CM
- Số bệnh nhân tham gia can thiệp CM
- Số bệnh nhân giảm sử dụng ATS sau các buổi can thiệp CM
- Số bệnh nhân đồng ý tham gia nhận tin nhắn
- Số bệnh nhân trả lời tin nhắn trong quá trình can thiệp
- Số bệnh nhân giảm sử dụng ATS sau các buổi can thiệp CM
- Số bệnh nhân ngừng tham gia can thiệp
- Tổng số buổi TTGD được tổ chức trong 2 tháng can thiệp
- Số cán bộ y tế tham gia vào mỗi buổi TTGD (trung bình)
- Số đối tượng được mời đến buổi TTGD (trung bình)
- Số đối tượng được tham gia buổi TTGD (trung bình)

6.3. Đánh giá và theo dõi sau can thiệp

- Số bệnh nhân có tiến bộ về điểm đánh giá SKTT sau can thiệp
- Số bệnh nhân ngừng và giảm sử dụng ATS sau can thiệp
- Số bệnh nhân ngừng tham gia can thiệp
- Số bệnh nhân tuân thủ điều trị Methadone khi được can thiệp giảm sử dụng ATS
- Số bệnh nhân có cải thiện chất lượng cuộc sống sau can thiệp
- Số bệnh nhân có cải thiện mối quan hệ trong gia đình và công việc sau can thiệp.

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành tài liệu chuyên môn
“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp”

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp”.

Điều 2. Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp” được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cả nước.

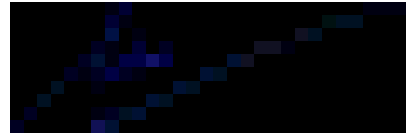
Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Chánh thanh tra Bộ, Tổng Cục trưởng, Cục trưởng và Vụ trưởng các Tổng cục, Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Giám đốc các Bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế, Thủ trưởng Y tế các ngành chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế; Website Cục KCB;
- Lưu: VT, KCB, PC.

**KT. BỘ TRƯỞNG,
THỨ TRƯỞNG**



Nguyễn Trường Sơn

Bài 7

RỐI LOẠN TÂM THẦN DO RƯỢU

1. ĐỊNH NGHĨA

Rượu là chất tác động tâm thần, rối loạn tâm thần do rượu là nhóm các rối loạn phức tạp, đa dạng phát sinh và phát triển có liên quan chặt chẽ đến nghiện rượu

Rối loạn tâm thần do rượu là hậu quả tác động trực tiếp, kéo dài của rượu lên não.

2. NGUYÊN NHÂN

Một số yếu tố thuận lợi cho nghiện rượu: tuổi; các nhân tố văn hóa xã hội; di truyền

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán nghiện rượu

Nghiện rượu: Theo ICD 10 (1992), chẩn đoán nghiện rượu khi có từ 3 trở lên các biểu hiện sau đây xảy ra cùng nhau trong vòng ít nhất 1 tháng hoặc nếu tồn tại trong khoảng thời gian ngắn hơn 1 tháng, thì cần lặp đi lặp lại cùng nhau trong khoảng thời gian 12 tháng: Thêm muốn mạnh mẽ hoặc cảm thấy buộc phải sử dụng rượu; Khó khăn trong việc kiểm soát tập tính sử dụng rượu về mặt thời gian bắt đầu, kết thúc hoặc mức sử dụng; Một trạng thái cai sinh lý khi ngừng hay giảm bớt sử dụng rượu; Có bằng chứng về hiện tượng tăng dung nạp (chịu đựng) rượu như: cần phải tăng liều để loại bỏ những cảm giác khó chịu do thiếu rượu gây ra; Dành ra những thú vui hoặc những thích thú trước đây; Tiếp tục sử dụng rượu mặc dù có bằng chứng rõ ràng về hậu quả tai hại.

Hội chứng cai: là biểu hiện đặc trưng của nghiện, hội chứng này xuất hiện khi ngừng hoặc giảm đột ngột lượng rượu tiêu thụ. Ba trong các dấu hiệu sau phải có mặt:

Run: run, mi mắt và khi duỗi tay; vã mồ hôi; buồn nôn, hoặc nôn ọe; nhịp tim nhanh hoặc tăng huyết áp; kích động tâm thần vận động; đau đầu; mất ngủ; cảm giác khó ở hoặc mệt mỏi; các ảo tưởng ảo giác về thính giác, thị giác hoặc xúc giác nhất thời; động kinh cơn lớn. Hội chứng cai rượu kéo dài từ vài giờ đến nhiều ngày tùy mức độ nghiện rượu.

3.2. Chẩn đoán loạn thần do rượu

Loạn thần do rượu là trạng thái loạn thần liên quan chặt chẽ tới quá trình sử dụng rượu, biểu hiện bằng rối loạn cảm xúc, hành vi, hoang tưởng, ảo giác... Các biểu hiện rối loạn tâm thần thường mất đi sau 1-6 tháng ngừng sử dụng rượu.

3.2.1. Sảng rượu (sảng run)

Sảng rượu là một trạng thái loạn thần cấp tính và trầm trọng, thường xuất hiện ở người nghiện rượu mạn tính, khi cơ thể bị suy yếu hay vì một bệnh lý nào đó (nhiễm khuẩn, chấn thương...). Sảng rượu cũng có thể xuất hiện sau khi cai rượu tương đối, tuyệt đối hoặc sau khi sử dụng số lượng lớn.

Lâm sàng:

a. Giai đoạn khởi phát:

Sảng rượu có thể khởi phát cấp tính hay từ từ. Trong giai đoạn này chủ yếu mệt mỏi, chán ăn, rối loạn giấc ngủ, rối loạn thần kinh thực vật.

Thay đổi cảm xúc: hoảng hốt, lo âu. Bệnh tiến triển nặng dần, nhất là về chiều tối, có thể có ảo tưởng thị giác, hồi ức...

a. *Giai đoạn toàn phát:*

Ý thức mê sảng hoặc lú lẫn; Các ảo tưởng và ảo giác sinh động, triệu chứng run nặng. Thường có hoang tưởng, kích động, mất ngủ...

Rối loạn năng lực định hướng thời gian và không gian, định hướng xung quanh có thể lộn xộn. Mức độ mờ ý thức thường nặng lên về chiều tối.

Các ảo giác như: ảo thị, ảo thanh, ảo giác xúc giác...

Hoang tưởng cũng rất thường gặp và thường là các hoang tưởng cảm thụ.

Có thể có kích động, rối loạn giấc ngủ...

Các rối loạn toàn thân rõ rệt: run chân tay; run lưỡi; vã mồ hôi, sốt nhẹ...

Các triệu chứng kéo dài thường không quá 1 tuần.

Chẩn đoán phân biệt.

Mê sảng không do rượu; sa sút trí tuệ; tâm thần phân liệt

3.2.2. Ảo giác do rượu.

Ảo giác do rượu là trạng thái loạn thần do rượu. Thường gặp ở người nghiện rượu mạn tính.

Lâm sàng: khởi phát cấp tính hay từ từ, có thể kèm hoang tưởng. ảo thính; ảo thị; ảo giác xúc giác.

3.2.3. Hoang tưởng do rượu.

Hoang tưởng ghen tuông: Phát triển trên cơ sở nghiện rượu mạn tính.

Lúc đầu hoang tưởng ghen tuông chỉ xuất hiện trong trạng thái say, về sau trở thành thường xuyên và có nội dung vô lý.

Hoang tưởng ghen tuông có thể kèm theo các ý tưởng bị theo dõi, bị đầu độc.

Hoang tưởng bị hại: Có thể cùng xuất hiện với hoang tưởng bị theo dõi hoặc hoang tưởng ghen tuông...

Chẩn đoán xác định loạn thần do rượu với hoang tưởng/ảo giác chiếm ưu thế:

Trạng thái loạn thần xuất hiện trong khi hoặc ngay sau sử dụng rượu (thường trong vòng 48 giờ). Các ảo giác, hoang tưởng chiếm vị trí hàng đầu.

Không chẩn đoán khi có ngộ độc hoặc cai rượu phối hợp; sử dụng chất gây ảo giác.

Không chẩn đoán khi: ảo giác, hoang tưởng có trước khi lạm dụng rượu hoặc những giai đoạn tái diễn không liên quan đến rượu.

Chẩn đoán phân biệt hoang tưởng/ảo giác do rượu:

Tâm thần phân liệt; sảng rượu (sảng run)

3.2.4. Trầm cảm do rượu.

Lâm sàng

Bệnh cảnh thường không điển hình, giảm khí sắc ít gặp, khí sắc không ổn định, buồn bực, cáu kỉnh, công kích, mệt mỏi, mất sinh lực, mất quan tâm thích thú, giảm hoạt động.

Mất ngủ và ác mộng cũng là triệu chứng rất thường gặp

Tiêu chuẩn chẩn đoán:

Khởi phát các triệu chứng trầm cảm xảy ra trong vòng hai tuần có sử dụng rượu. Các triệu chứng trầm cảm tồn tại hơn 48 tiếng, không vượt quá 6 tháng.

Chẩn đoán phân biệt: trầm cảm có trước khi lạm dụng hoặc nghiện rượu.

3.2.5. Hội chứng quên do rượu

Lâm sàng: Đây là một trong các thể bệnh não thực tổn mạn tính do rượu. Bệnh loạn thần Korsakov xảy ra trong giai đoạn muộn của nghiện rượu.

Chẩn đoán phân biệt: hội chứng quên thực tổn không do rượu, hội chứng thực tổn khác dẫn đến suy giảm trí nhớ rõ rệt, rối loạn trầm cảm.

3.2.6. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: trước và sau điều trị.
- Sinh hoá máu: Glucose, ure, creatinin, acid uric; CK (trước và sau điều trị, nếu bất thường xét nghiệm hàng ngày trong tuần đầu); điện giải đồ (trước và sau điều trị, xét nghiệm hàng ngày trong tuần đầu điều trị nếu có bất thường); GOT, GPT (đánh giá trước điều trị và sau 1 tuần và 2 tuần điều trị), GGT, protein, albumin, bilirubin TP và TT, lipid máu (cholesterol, triglycerid, LDL, HDL).
- Đông máu cơ bản, tổng phân tích nước tiểu
- Định lượng nồng độ cồn trong máu, trong hơi thở.
- Vi sinh: HIV, HbsAg, Anti HCV, huyết thanh chẩn đoán giang mai.
- XQ tim phổi; siêu âm ổ bụng; nội soi dạ dày...
- Trắc nghiệm tâm lý: thực hiện trước và sau điều trị.
- Mức độ trầm cảm (HDRS, Beck); mức độ lo âu (HARS, Zung); mức độ rối loạn sử dụng rượu (AUDIT); mức độ cai rượu (CIWA); đặc điểm nhân cách (EPI, MMPI); mức độ rối loạn giấc ngủ (PSQI); ngoài ra có thể thực hiện các trắc nghiệm đánh giá rối loạn nhận thức (MMSE), rối loạn stress-lo âu-trầm cảm (DASS)...
- Điện tâm đồ; điện não đồ, lưu huyết não, CT, MRI....
- Các xét nghiệm cận lâm sàng nếu có bất thường cần kiểm tra hàng ngày.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị tích cực toàn diện và lâu dài

Điều trị kết hợp bằng hóa dược và tâm lý, phục hồi chức năng tại cộng đồng:

Điều trị bằng hóa dược:

Hội chứng cai rượu (bù nước và điện giải, vitamin nhóm B liều cao, thuốc bình thần, an thần kinh)

Loạn thần do rượu (thuốc an thần kinh, bình thần, bù nước và điện giải, vitamin nhóm B liều cao)

Trầm cảm do rượu (thuốc chống trầm cảm, bù nước và điện giải, vitamin nhóm B liều cao)

Liệu pháp tâm lý:

- Liệu pháp tâm lý cá nhân, gia đình
- Liệu pháp nhận thức hành vi

Phục hồi chức năng tại cộng đồng: Liệu pháp tái thích ứng xã hội

Điều trị các bệnh lý cơ thể đi kèm (bệnh lý gan, dạ dày, hô hấp...)

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị

Giải độc và điều trị hội chứng cai bằng thuốc

Tạo phản xạ ghét sợ rượu bằng thuốc và/hoặc điều trị chống tái sử dụng rượu

Chống loạn thần đối loạn thần do rượu với hoang tưởng, ảo giác

Chống trầm cảm đối với rối loạn trầm cảm do rượu.

Thuốc bảo vệ tế bào gan: aminoleban, silymarin, boganic...

Thuốc tăng cường và nuôi dưỡng não: piracetam, ginkgo giloba, cholin alfoscerate, vinpocetin...

4.3. Điều trị cụ thể

4.3.1. Hội chứng cai rượu

Người bệnh cần phải nhập viện điều trị nội trú.

Điều trị hội chứng cai bằng các thuốc bình thần: benzodiazepin (10-30mg/ngày) dùng đường uống hoặc tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch, bổ sung thuốc chống loạn thần nếu có hoang tưởng, ảo giác, rối loạn hành vi....

Các thuốc chống loạn thần: chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau (ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 3 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn).

Thuốc an thần kinh điển hình (cổ điển):

Haloperidol: viên 1,5mg, viên 5 mg, ống 5mg, liều 5-30mg/24 giờ

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

Risperidon: viên 1mg, 2mg, liều 1-12mg/24 giờ.

Olanzapin: viên 5mg, 10mg, liều 5-60mg/24 giờ

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

Clozapin: viên 25mg, 100mg, liều 50-800mg/24 giờ

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

Bồi phụ nước và điện giải: dung dịch ringer lactat, natriclorua 0,9%, glucose 5% số lượng 2-4 lít/ngày đường truyền tĩnh mạch, có thể bù dịch đường uống bằng oresol.

Bổ sung vitamin nhóm B (B1, B6, B12) đặc biệt là vitamin B1 liều cao 1 g/ngày nên dùng đường tiêm.

Thuốc hỗ trợ chức năng gan: aminoleban, silymarin, boganic, các amin phân nhánh khác...

Bổ sung dinh dưỡng, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

Thuốc dinh dưỡng thần kinh:

Thuốc tăng cường chức năng nhận thức:

Điều trị các rối loạn cơ thể kèm theo.

Liệu pháp tâm lý

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

Giai đoạn tiếp theo có thể cho điều trị ngoại trú disulfiram 125-250 mg/ngày, naltrexol 25-50mg/ngày...

4.3.2. Điều trị sáng rượu trong trạng thái cai

Diazepam 10-30mg/ngày dùng đường uống hoặc tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch

Các thuốc chống loạn thần: chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau (ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 3 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn)

Thuốc an thần kinh điển hình (cổ điển):

Haloperidol: viên 1,5 mg, viên 5 mg, ống 5 mg, liều 5-30 mg/24 giờ

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

Risperidon: viên 1 mg, 2 mg, liều 1 - 12 mg/24 giờ.

Olanzapin: viên 5 mg, 10 mg, liều 5 - 60 mg/24 giờ

Clozapin: viên 25 mg, 100 mg, liều 50 - 800 mg/24 giờ

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

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

Bù đủ nước và điện giải: dung dịch ringer lactat, natriclorua 0,9%, glucose 5% số lượng 2 - 4 lít/ngày đường truyền tĩnh mạch hoặc bù đường uống bằng oresol.

Bổ sung vitamin nhóm B (B1, B6, B12) đặc biệt là vitamin B1 liều cao 1 g/ngày nên dùng đường tiêm.

Thuốc bảo vệ tế bào gan: Aminoleban, Silymarin, Boganic, các amin phân nhánh khác...

Bổ sung dinh dưỡng, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

Thuốc dinh dưỡng thần kinh

Thuốc tăng cường chức năng nhận thức

Điều trị các bệnh lý cơ thể kèm theo

Trường hợp nặng cần phải tiến hành các biện pháp hồi sức tích cực hoặc chuyển khoa điều trị hồi sức tích cực.

Liệu pháp tâm lý

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

4.3.3. Điều trị loạn thần do rượu

Các thuốc chống loạn thần: chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau (ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 3 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn)

Thuốc an thần kinh điển hình (cổ điển):

Haloperidol: viên 1,5mg, viên 5 mg, ống 5mg, liều 5-30mg/24 giờ

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

Levomepromazin: viên 25mg, liều 25-500mg/24 giờ.

Thioridazin: viên 50mg, liều 100-300mg/24 giờ

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

Risperidon: viên 1mg, 2 mg, liều 1-12mg/24 giờ

Olanzapin: viên 5 mg, 10 mg, liều 5-60mg/24 giờ

Amisulprid: viên 50mg, 200mg, 400mg, liều 200-800mg/24giờ

Clozapin: viên 25mg, 100mg, liều 50-800mg/24 giờ

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

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

Thuốc giải lo âu: lựa chọn một trong số các thuốc sau: benzodiazepin 5-30mg/ngày, lorazepam, bromazepam....

Thuốc giải lo âu non-benzodiazepin: lựa chọn một trong số các thuốc sau: etifoxine 50-200mg/ngày, cao lạp tiên.

Bù đủ nước và điện giải: dung dịch ringer lactat, natriclorua 0,9%, glucose 5% số lượng 1-3 lít/ngày đường truyền tĩnh mạch hoặc bù đường uống bằng oresol.

Bổ sung vitamin nhóm B (B1, B6, B12) đặc biệt là vitamin b1 liều cao 1 g/ngày nên dùng đường tiêm.

Thuốc bảo vệ tế bào gan: aminoleban, silymarin, boganic, các amin phân nhánh khác...

Bổ sung dinh dưỡng, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

Thuốc dinh dưỡng thần kinh:

Thuốc tăng cường chức năng nhận thức:

Một số thuốc điều trị rối loạn giấc ngủ: lựa chọn một trong số các thuốc sau: zopiclon 3,75-15mg/ngày, melatonin...

Liệu pháp tâm lý, vận động trị liệu, hoạt động trị liệu..

Kết hợp các biện pháp hóa dược, tâm lý và xã hội để không tái sử dụng rượu. Có thể phối hợp Disulfiram 125-250 mg/ ngày, Naltrexol 25-50mg/ngày

4.3.4. Điều trị rối loạn trầm cảm do rượu:

Các thuốc chống trầm cảm: chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau (ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 3 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn)

Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin:

Fluoxetin 20mg, liều 10-40 mg/ngày

Paroxetin 20mg, liều 20-60mg/ngày

Sertralin 50mg, liều 50-200mg/ngày

Fluvoxamin 100mg, liều 100-300mg/ngày

Escitalopram 10/20 mg, liều 10-20mg/ngày

Citalopram, liều 10-60mg/ngày

Thuốc tác động kép:

Venlafaxin 37,5mg, liều 75-225mg/ngày

Mirtazapin 30mg, liều 30-60mg/ngày

Các thuốc chống trầm cảm 3 vòng:

Amitriptylin 25mg, liều 50-100mg/ngày

Clomipramin 25mg, liều 50-75mg/ngày

Imipramin, liều 10-150mg/ngày

Các loại chống trầm cảm khác:

Tianeptin, liều từ 12,5 -50mg/ngày

Phối hợp với các nhóm thuốc chống loạn thần, giải lo âu nhóm benzodiazepin hoặc Non-benzodiazepin trong những trường hợp cần thiết.

Bù đủ nước và điện giải: dung dịch ringer lactat, natriclorua 0,9%, glucose 5% số lượng 1-3 lít/ngày đường truyền tĩnh mạch hoặc bù đường uống bằng oresol.

Bổ sung vitamin nhóm B (B1, B6, B12) đặc biệt là vitamin B1 liều cao 1 g/ngày nên dùng đường tiêm.

Thuốc bảo vệ tế bào gan: aminoleban, silymarin, boganic, các amin phân nhánh khác...

Bổ sung dinh dưỡng, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

Thuốc dinh dưỡng thần kinh:

Thuốc tăng cường chức năng nhận thức:

Liệu pháp tâm lý: Liệu pháp cá nhân, liệu pháp gia đình, liệu pháp tạo động lực, liệu pháp nhận thức hành vi.

Phục hồi chức năng tại cộng đồng: liệu pháp tái thích ứng xã hội (vận động trị liệu, hoạt động trị liệu, tạo công ăn việc làm cho người bệnh...)

Chế độ dinh dưỡng:

Trong trường hợp bệnh nhân không ăn được thì bù bằng truyền dịch

Bệnh nhân ăn bằng đường miệng: thức ăn giàu chất dinh dưỡng, dễ tiêu hóa, đầy đủ 4 nhóm

Điều trị bệnh lý kết hợp.**5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

Nghiện rượu là một bệnh lý tiến triển mạn tính, cần điều trị lâu dài và có sự phối hợp của gia đình, nhiều cơ quan, đoàn thể, cộng đồng.

Nghiện rượu thường dẫn đến các biến đổi về tính cách, có thể dẫn đến các rối loạn tâm thần và gây nhiều hậu quả về các bệnh cơ thể.

6. PHÒNG BỆNH**6.1. Phòng bệnh nghiện rượu:**

Phổ biến rộng rãi trong cộng đồng tác hại của rượu với cơ thể, tâm thần và xã hội.

Có quy định chặt chẽ trong việc sản xuất, phân phối và sử dụng rượu.

Chú trọng đến các đối tượng: gia đình có người nghiện rượu, khủng hoảng trong cuộc sống, người bệnh tâm thần...

6.2. Phòng bệnh loạn thần do rượu:

Điều trị tích cực cho các đối tượng lạm dụng rượu, nghiện rượu; dự phòng tái nghiện.

Điều trị các rối loạn cơ thể, tăng cường vitamin nhóm B.

Bài 8

NGHIỆN CÁC CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN

1. ĐỊNH NGHĨA

Chất dạng thuốc phiện là tên gọi chung cho nhiều chất như: những chất tự nhiên (nhựa thuốc phiện), chất bán tổng hợp, tổng hợp (morphin, heroin, methadon...).

Nghiện chất dạng thuốc phiện bao gồm sự lệ thuộc cả về cơ thể và tâm thần. Sự lệ thuộc tâm thần là cơ sở sinh học gây ra tái nghiện.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Các nguyên nhân tâm lý.

Tò mò thích cảm giác lạ của thanh thiếu niên. Khuynh hướng bắt trước người lớn dùng rượu, thuốc lá, ma túy... để tự khẳng định là mình đã trưởng thành...

Phản ứng do bất hoà trong gia đình, xã hội. Việc sử dụng ma túy được coi là một phương thức để thoát ly khỏi các stress cuộc sống.

2.2. Các nguyên nhân xã hội và gia đình

Gia đình lơ là giáo dục, không quan tâm, không có thái độ phê phán rõ ràng, nghiêm túc, đôi khi còn che dấu việc sử dụng chất (ma túy) của con cháu. Hoặc bố mẹ quá chiều chuộng con cái, cho tiêu sài theo sở thích. Gia đình thường xuyên có xung đột.

Công tác quản lý ở các trường học không chặt chẽ. Chính quyền chưa có biện pháp hữu hiệu để triệt phá các ổ tiêm chích.

2.3. Các nguyên nhân sinh học: nghiện chất là bạn đồng hành với các bệnh tâm thần

Các bệnh trầm cảm, lo âu, tâm thần phân liệt...

Nhân cách bệnh chống đối xã hội...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Hội chứng nghiện các chất dạng thuốc phiện

Theo ICD 10 (1992), chẩn đoán nghiện rượu khi có từ 3 trở lên các biểu hiện sau đây xảy ra cùng nhau trong vòng ít nhất 1 tháng hoặc nếu tồn tại trong khoảng thời gian ngắn hơn 1 tháng, thì cần lặp đi lặp lại cùng nhau trong khoảng thời gian 12 tháng: Thèm muốn mạnh mẽ hoặc cảm thấy buộc phải sử dụng chất dạng thuốc phiện; Khó khăn trong việc kiểm tra tập tính sử dụng chất dạng thuốc phiện (về thời gian, mức, cách sử dụng); Có hội chứng cai đặc trưng khi ngừng hay giảm sử dụng chất dạng thuốc phiện; Có bằng chứng về hiện tượng dung nạp chất dạng thuốc phiện đang được sử dụng; Xao nhãng các thú vui, thích thú trước đây để dành thời gian tìm kiếm hay sử dụng cũng như hồi phục sau tác động của chất dạng thuốc phiện; Tiếp tục sử dụng mặc dù có các bằng chứng rõ ràng về hậu quả do sử dụng chất dạng thuốc phiện.

3.2. Hội chứng cai các chất dạng thuốc phiện:

Theo ICD-10 hội chứng cai chất dạng thuốc phiện gồm ít nhất ba trong số các dấu hiệu sau phải có mặt:

Cảm giác thèm khát đối với một loại thuốc phiện; Ngạt mũi hoặc hắt hơi; Chảy nước mắt; Đau cơ hoặc chuột rút; Co cứng bụng; Buồn nôn, nôn; Ỉa chảy; Giãn đồng tử; Nổi da gà, hoặc ớn lạnh; Nhịp tim nhanh hoặc tăng huyết áp; Ngáp; Ngủ không yên

3.3. Cận lâm sàng:

Test nước tiểu bằng que thử 4 chân, 6 chân (morphin, amphetamin, MDMA, THC) hoặc xét nghiệm nước tiểu tìm CDTP và các loại ma túy khác.

Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (trước và sau điều trị, nếu bất thường cần kiểm tra hàng ngày

Tổng phân tích nước tiểu

Sinh hoá máu: Glucose, ure, creatinin, acid uric, lipid máu (cholesterol, triglycerid, LDL, HDL); CK, GOT, GPT, GGT, điện giải đồ (trước và sau điều trị)

Vi sinh: HIV, HbsAg, Anti HCV, huyết thanh chẩn đoán giang mai.

Xquang tim phổi

Siêu âm ổ bụng

Trắc nghiệm tâm lý nhằm đánh giá: mức độ trầm cảm (HDRS, Beck...); mức độ lo âu (HARS, Zung...); đặc điểm nhân cách (EPI, MMPI...); mức độ rối loạn giấc ngủ (PSQI)....

Các trắc nghiệm tâm lý trên cần thực hiện trước và sau điều trị.

Ngoài ra có thể thực hiện các trắc nghiệm đánh giá rối loạn nhận thức (MMSE), rối loạn stress-lo âu-trầm cảm (DASS), đánh giá mức độ rối loạn sử dụng rượu (AUDIT) và mức độ cai rượu (CIWA) nếu có sử dụng kèm rượu...

Điện tâm đồ, điện não đồ, lưu huyết não, CT, MRI...

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc chung

- Chọn liệu pháp nào phù hợp với người bệnh và điều kiện của cơ sở điều trị
- Sau điều trị hội chứng cai cần tiếp tục điều trị duy trì lâu dài chống tái nghiện
- Cần điều trị toàn diện cả các yếu tố sinh học, tâm lý, xã hội và cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa thầy thuốc gia đình và cộng đồng trong quá trình điều trị.
- Điều trị hội chứng cai: có nhiều phương pháp (thuốc an thần kinh hoặc clonidin hoặc liệu pháp tâm lý...)
- Điều trị chống tái nghiện: naltrexon
- Điều trị thay thế bằng methadon hoặc buprenorphin
- Điều trị các bệnh lý cơ thể phối hợp (nếu có).

4.2. Sơ đồ/Phác đồ điều trị

- **Điều trị hội chứng cai:** có nhiều phương pháp
- **Điều trị duy trì chống tái phát:** naltrexon

- Điều trị thay thế bằng methadon, buprenorphin.

4.3. Điều trị cụ thể

4.3.1. Điều trị hội chứng cai

Thuốc giải lo âu: dẫn xuất benzodiazepin như diazepam viên 5 mg (sử dụng đường uống hoặc đường tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch).

Cần sử dụng trước tiên và liên tục nhất là trong 1-2 ngày đầu.

Không cho diazepam nếu: dị ứng với diazepam, suy hô hấp mất bù, nhược cơ.

Hai ngày đầu: uống 4 viên mỗi lần - cách 4 giờ lại cho uống 1 lần cho đến khi hết bồn chồn và ngủ yên. Sau khi tỉnh giấc nếu vẫn còn lo âu thì tiếp tục cho thuốc.

Ngày thứ 3 và thứ 4 bắt đầu giảm liều: 2 viên một lần, cách 6-8 giờ

Ngày thứ 5 cắt hẳn thuốc để tránh khả năng gây nghiện diazepam.

(Trong một số trường hợp cần thiết có thể sử dụng diazepam kéo dài hơn)

Thuốc an thần kinh: levomepromazin

Nếu có triệu chứng nặng (vật vã, kích động...) hay phức tạp (cảm giác dò bò trong xương...) thì mới sử dụng levomepromazin.

Cách cho thuốc: levomepromazin viên nén 25mg.

Lần đầu cho uống 2 viên.

Lần 2: sau một giờ nếu chưa an dịu và huyết áp tối đa bằng hay cao hơn 100mmHg thì cho uống thêm 4 viên.

Lần 3: sau một giờ nếu vẫn chưa an dịu và huyết áp như trên thì cho uống thêm 4 viên.

Lần 4 và những lần sau: đợi sau 2 giờ nếu chưa an dịu và huyết áp như trên thì cho uống thêm 2 viên

Khi bệnh nhân ngủ dậy không có hội chứng cai thì không cần cho thêm levomepromazin. Chăm sóc và theo dõi huyết áp thường xuyên.

Trường hợp bệnh nhân có các rối loạn cảm xúc, hành vi kèm theo có thể sử dụng phối hợp các thuốc an thần kinh khác.

Thuốc giảm đau paracetamol

Nếu bệnh nhân đau nhức cơ bắp nhiều dùng thuốc giảm đau paracetamol 0,5g

Uống mỗi lần 2 viên, uống từ 2-3 lần trong 24 giờ. Có thể dùng trong 3 ngày đầu.

Thuốc chống co thắt: Spasfon

Nếu bệnh nhân có triệu chứng đau quặn ở bụng do co thắt đường tiêu hóa cần dùng thêm Spasfon viên nén 80mg, uống mỗi lần 2 viên, uống từ 2-3 lần trong 24 giờ.

Thuốc chống tiêu chảy và mất nước

Tiêu chảy và nôn trong hội chứng cai thường do tăng nhu động ruột, có thể dùng spasfon với liều lượng ở trên

Nếu tiêu chảy kéo dài kèm theo vã mồ hôi, gây trạng thái mất nước, cần cho uống thêm dung dịch oresol (dung dịch uống glucose- điện giải).

Clonidin

Clonidin 0,15mg x 1/2 – 1 viên một lần, uống thêm liều tiếp theo khi có hội chứng cai, liều trung bình 2 – 8 viên/ngày.

Khi HA < 90/60 mmHg hoặc mạch < 60 lần/phút tạm dừng uống thuốc, sau 30 phút kiểm tra mạch HA ổn định sử dụng thuốc.

Duy trì trong 3 ngày, từ ngày thứ 4 bắt đầu giảm liều, sau khoảng 10 ngày có thể dừng thuốc khi hết hẳn triệu chứng cai các chất dạng thuốc phiện.

Nếu bệnh nhân ngủ kém hoặc bồn chồn khó chịu nhiều có thể dùng thêm diazepam trong 3-5 ngày.

Nếu bệnh nhân đau mỗi cơ khớp nhiều có thể thêm paracetamol.

Bù đủ nước và điện giải: dung dịch ringer lactat, natriclorua 0,9%, glucose 5% số lượng 1-2 lít/ngày đường truyền tĩnh mạch hoặc bù đường uống bằng oresol.

Bổ sung vitamin nhóm B (B1, B6, B12)...

Thuốc bảo vệ tế bào gan: aminoleban, silymarin, boganic, các amin phân nhánh khác...

Bổ sung dinh dưỡng, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

Thuốc dinh dưỡng thần kinh:

Thuốc tăng cường chức năng nhận thức:

4.3.2. Điều trị duy trì chống tái phát

Quy trình sử dụng thuốc Naltrexon

Những điều cần chuẩn bị trước khi điều trị thuốc naltrexon

Khám lâm sàng: tình trạng sức khỏe chung, tình hình thai sản (nữ),

Xét nghiệm: tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, chức năng gan (SGOT, SGPT), chức năng thận (protein niệu); thử nước tiểu tìm chất ma túy Opioid (bằng sắc ký lớp mỏng hoặc que thử). Đặc biệt là nghiệm pháp Naloxon để đảm bảo sạch chất ma túy Opioid trong nước tiểu.

Liệu trình sử dụng thuốc naltrexon

Ngày đầu tiên: uống 1/2 viên (25 mg naltrexone hydroclorid). Sau 30 phút, nếu không thấy hội chứng cai uống tiếp 1/2 viên (25mg)

2 đến 3 tuần đầu uống 1 viên/ ngày (50 mg naltrexone hydroclorid).

Các tuần tiếp theo uống cách nhật:

Thứ 2: uống 1-2 viên (50-100 mg naltrexone hydroclorid)

Thứ 4: uống 1-2 viên (50-100 mg naltrexone hydroclorid)

Thứ 6: uống 1-3 viên (50-150 mg naltrexone hydroclorid)

Hoặc

Thứ 3: uống 1-2 viên (50-100 mg naltrexone hydroclorid)

Thứ 5: uống 1-2 viên (50-100 mg naltrexone hydroclorid)

Thứ 7: uống 1-3 viên (50-150 mg naltrexone hydroclorid)

Giám sát:

Xét nghiệm nước tiểu tìm các chất nhóm opioid tháng đầu: 2 tuần/lần; tháng sau: 4 tuần/lần; trong trường hợp nghi ngờ cần thử nước tiểu đột xuất.

Kiểm tra chức năng gan ít nhất 3 tháng/ lần. Nếu men gan tăng cao, tùy từng trường hợp thầy thuốc sẽ quyết định dừng sử dụng thuốc. Thời gian điều trị: điều trị duy trì cho người nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc naltrexon phải kéo dài ít nhất 12 tháng để đạt kết quả chống tái nghiện.

Xử lý các tác dụng không mong muốn trong những ngày đầu sử dụng thuốc

Mất ngủ, bồn chồn: diazepam 5mg uống 1- 2 viên/ lần trước khi đi ngủ.

Đau bụng: Thuốc alverin citrat 40 mg, uống 1-2 viên/lần

Tiêu chảy: Dung dịch oresol uống theo chỉ dẫn

Đau đầu: paracetamol 500mg, uống 1 viên/lần

Buồn nôn: primperal 10mg/ lần

Chóng mặt: cinarizin 25mg / ngày, ...

Mệt mỏi: bổ sung vitamin dinh dưỡng, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

Thuốc bổ gan, thuốc dinh dưỡng thần kinh, thuốc tăng cường chức năng nhận thức:...

4.3.3. Chiến lược “giảm hại” bằng Methadon

Giai đoạn dò liều:

Thường kéo dài 2 tuần trong quá trình điều trị, khởi đầu 15 – 30 mg tùy từng bệnh nhân (liều thấp 15 – 20 mg, trung bình 20 – 25 mg, cao 25 – 30 mg). Khi sử dụng liều 25 – 30 mg cần thận trọng và theo dõi sát bệnh nhân. Trong 3 ngày đầu tiên không tăng liều (trừ trường hợp bệnh nhân uống methadon vẫn xuất hiện hội chứng cai nặng)

Bệnh nhân sẽ giảm hội chứng cai chứ không mất hoàn toàn, nếu bệnh nhân có biểu hiện nhiễm độc phải giảm liều điều trị.

Sau 3 – 5 ngày điều trị nếu vẫn còn hội chứng cai tăng 5 – 10mg/ngày, trong 1 tuần tổng liều tăng không quá 20mg.

Giai đoạn chỉnh liều:

Thường bắt đầu từ tuần thứ 3 và kéo dài 1 – 3 tháng. Giai đoạn này bác sĩ theo dõi các biểu hiện hội chứng cai, cảm giác thèm nhớ chất dạng thuốc phiện của bệnh nhân. Tăng 5 – 15mg/ngày sau 3 – 5 ngày và tổng liều tăng trong 1 tuần không quá 30mg.

Giai đoạn duy trì liều:

Đây là giai đoạn mà bệnh nhân sử dụng liều thuốc hiệu quả, hết cảm giác thèm nhớ, hạn chế tối đa tác dụng phụ. Liều duy trì tùy từng bệnh nhân, trung bình 60 – 120 mg, thấp nhất 15mg/ngày.

Ngừng điều trị:

Khi bệnh nhân có nguyện vọng cai methadon.

Với liều methadon > 40mg/ngày: giảm 10mg/1 lần/1 tuần.

Với liều methadon < 40mg/ngày: giảm 5mg/ 1 lần/1 tuần. Với liều này có ngừng methadon hoàn toàn mà không cần giảm liều.

Bỏ điều trị và tái sử dụng:

Bỏ 1 ngày: không đổi liều.

Bỏ 2 ngày: cho liều như bình thường nếu không có biểu hiện nhiễm độc.

Bỏ 3 ngày: khám bệnh nhân và xét liều như bình thường.

Bỏ 4 ngày: bác sĩ khám và cho 1/2 liều.

Bỏ 5 ngày: bác sĩ khám và uống 1/2 liều tùy bệnh nhân.

Bỏ >5 ngày: điều trị lại như bệnh nhân mới sử dụng methadon.

Theo dõi quá trình điều trị

Theo dõi tiến triển lâm sàng:

Các hành vi nguy cơ cao tiếp diễn trong quá trình điều trị.

Tiến triển của các bệnh cơ thể kèm theo.

Người bệnh có thai trong quá trình điều trị.

Xét nghiệm nước tiểu: giúp điều chỉnh liều methadon thích hợp. Khi nghi ngờ người bệnh sử dụng CDTP bất hợp pháp trong quá trình điều trị.

Nếu người bệnh vẫn tiếp tục sử dụng CDTP sau nhiều lần điều chỉnh tư vấn cần cân nhắc ngừng điều trị nếu cần thiết. Người bệnh phải uống methadon hàng ngày dưới sự giám sát chặt chẽ của cán bộ y tế, phối hợp gia đình, cộng đồng, các tổ chức xã hội.

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

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

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Nghiện CDTP là một bệnh lý tiến triển mạn tính, cần điều trị lâu dài và có sự phối hợp của nhiều cơ quan, đoàn thể, cộng đồng.

Biến chứng thường gặp và nguy hiểm nhất là ngộ độc do sử dụng CDTP quá liều. Ngoài ra các nguy cơ lây nhiễm các HIV, viêm gan B,C...

6. PHÒNG BỆNH

Phổ biến rộng rãi trong cộng đồng về những tác hại của các CDTP đối với cơ thể, tâm thần và xã hội. Hướng thanh thiếu niên vào cuộc sống lành mạnh.

Xử lý nghiêm việc sản xuất, phân phối và sử dụng các CDTP bất hợp pháp, quản lý và sử dụng đúng chỉ định và mục đích đối với các CDTP hợp pháp.

Chú trọng đặc biệt đến các đối tượng: gia đình có người sử dụng chất, khủng hoảng trong cuộc sống, người bệnh tâm thần...

Bài 9

RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ HÀNH VI LIÊN QUAN SỬ DỤNG CẦN SA

1. ĐỊNH NGHĨA

Cần sa là tên tiếng Việt của cannabis, còn được gọi là marijuana. Các tên khác như tài mà, dầu gai, cỏ, bồ đà... Cần sa đã được sử dụng từ lâu để lấy sợi, hay dùng như chất ma túy, trị bệnh. Cần sa được hút (cuốn thành điếu, trộn với thuốc lá, hút bằng ống), hoặc uống “trà”, ăn (bánh, rau).

2. NGUYÊN NHÂN

Cần sa là loại ma túy phổ biến, dễ tiếp cận. Sử dụng cần sa là hợp pháp ở một số quốc gia.

Một số yếu tố thuận lợi:

- Rối loạn hành vi ở trẻ em và thanh thiếu niên, rối loạn chống đối xã hội
- Môi trường: thất bại trong học tập, hút thuốc lá, gia đình bất ổn...
- Yếu tố sinh học: các yếu tố di truyền....

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Nhiễm độc cấp do sử dụng cần sa (ICD 10- F12.0):

- Phải có bằng chứng rõ ràng của việc mới sử dụng cần sa ở liều đủ cao để gây ngộ độc.
- Phải có các triệu chứng, dấu hiệu ngộ độc dưới đây:
- Phải có ít nhất 1 trong các triệu chứng sau: Khoái cảm và mất ức chế; lo âu hoặc kích động; đa nghi hoặc ý tưởng paranoid; chậm nhận biết về thời gian; suy giảm sự chú ý; suy giảm sự xét đoán; rối loạn về thời gian phản ứng; ảo thính, ảo thị hoặc ảo giác xúc giác; ảo giác những vấn đề duy trì được định hướng; giải thể nhân cách; tri giác sai thực tại; hoặc rối loạn hoạt động chức năng cá nhân.
- Ít nhất phải có một trong các dấu hiệu sau: tăng khẩu vị; khô miệng; phù nề mô liên kết; hoặc nhịp tim nhanh.
- Các dấu hiệu trên không thể quy cho một bệnh nội khoa không liên quan đến việc sử dụng cần sa, và không thể quy cho một rối loạn hành vi và rối loạn tâm thần khác.

3.1.2. Sử dụng cần sa gây hại (F12.1):

- Phải có bằng chứng rõ ràng về việc sử dụng cần sa gây ra các tổn hại về tâm thần và cơ thể, bao gồm rối loạn sự xét đoán hoặc rối loạn hành vi chức năng, có thể dẫn tới sự mất khả năng hoặc có những hậu quả có hại đối với các mối quan hệ giữa các cá nhân.
- Bản chất của sự tổn hại cần được xác định rõ ràng (và thỏa mãn nhà nghiên cứu)

- Sử dụng kéo dài trong vòng ít nhất 1 tháng hoặc lặp đi lặp lại trong khoảng thời gian 12 tháng
- Rối loạn này không đáp ứng các tiêu chuẩn đối với bất kỳ rối loạn hành vi hoặc rối loạn tâm thần nào khác liên quan đến cần sa, trong cùng khoảng thời gian đó (ngoại trừ nhiễm độc cấp cần sa).

3.1.3. Hội chứng nghiện cần sa (F12.2):

- $\geq 3/6$ biểu hiện dưới đây trong 12 tháng vừa qua:
 - + Thèm muốn mãnh liệt hoặc cảm thấy buộc phải sử dụng cần sa.
 - + Khó khăn trong việc kiểm tra thói quen sử dụng cần sa.
 - + Xuất hiện h/c cai cần sa khi ngừng hoặc giảm đáng kể liều lượng các chất có cần sa đang sử dụng.
 - + Khuynh hướng tăng liều để chấm dứt hậu quả do liều thấp gây ra
 - + Sao nhãng dần các thú vui, ham thích vốn có.
 - + Tiếp tục sử dụng cần sa mặc dù đã có bằng chứng rõ ràng về tác hại của cần sa đối với bản thân, gia đình và xã hội.

3.1.4. Trạng thái cai cần sa (F12.3):

- Phải có bằng chứng rõ ràng về việc mới giảm hoặc ngừng sử dụng cần sa sau khi đã sử dụng cần sa lặp đi, lặp lại với liều cao và thời gian kéo dài.
- H/c cai (sinh lý) của cần sa gồm (ở người nghiện nặng):
 - + Kích thích, dễ cáu, đứng ngồi không yên
 - + Mất ngủ
 - + Chán ăn
 - + Buồn nôn nhẹ
 - + Run, vã mồ hôi, đau cơ...
 - + Kéo dài vài giờ đến 7 ngày.
- Các dấu hiệu trên không thể quy cho một bệnh nội khoa không liên quan đến việc sử dụng cần sa, và không thể quy cho một rối loạn tâm thần hoặc một rối loạn hành vi khác.

3.1.5. Rối loạn loạn thần do sử dụng cần sa (F12.5)

Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Khởi phát của các triệu chứng loạn thần phải xảy ra trong khi hoặc trong vòng 2 tuần có sử dụng cần sa
- Các triệu chứng loạn thần phải tồn tại hơn 48 tiếng
- Sự kéo dài của rối loạn này phải không vượt quá 6 tháng (nếu dài hơn thì cần cân nhắc chẩn đoán rối loạn loạn thần di chứng và khởi phát muộn liên quan sử dụng cần sa: F12.7).

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Các rối loạn tâm thần do các chất an dũ gây ảo giác khác.

3.3. Cận lâm sàng

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

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị triệu chứng, xác định đúng rối loạn tâm thần mắc phải.
- Lựa chọn các thuốc hợp lý, đúng thuốc, đúng liều lượng.
- Hóa dược:

- Thuốc an thần kinh (khi có các triệu chứng loạn thần như hoang tưởng, ảo giác, kích động...)
- Thuốc chống trầm cảm (khi có dấu hiệu trầm cảm, lo âu...)
- Thuốc bình thần, giải lo âu
- Liệu pháp tâm lý: cá nhân, gia đình

4.2. Sơ đồ/Phác đồ điều trị

- Điều trị hóa dược
- Các thuốc bình thần
- Các thuốc chống loạn thần
- Các thuốc chống trầm cảm
- Liệu pháp cá nhân, liệu pháp gia đình, liệu pháp tạo động lực, liệu pháp nhận thức hành vi, liệu pháp tái thích ứng xã hội...

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

Các thuốc chống loạn thần: chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau (ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 3 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn)

Thuốc an thần kinh điển hình (cổ điển):

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

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

Haloperidol: viên 1,5mg, viên 5 mg, ống 5mg, liều 5-30mg/24 giờ

Thioridazin: viên 50mg, liều 100-300mg/24 giờ

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

Amisulprid: viên 50mg, 200mg, 400mg, liều 200-800mg/24giờ

Clozapin: viên 25mg, 100mg, liều 50-800mg/24 giờ

Risperidon: viên 1mg, 2mg, liều 1-12mg/24 giờ.

Olanzapin: viên 5mg, 10mg, liều 5-60mg/24 giờ

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

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

Các thuốc chống trầm cảm: chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau (ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 3 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn)

Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin:

Fluoxetin 20mg, liều 10-40 mg/ngày

Paroxetin 20mg, liều 20-60mg/ngày

Sertralin 50mg, liều 50-200mg/ngày

Fluvoxamin 100mg, liều 100-300mg/ngày

Escitalopram 10/20 mg, liều 10-20mg/ngày

Citalopram, liều 10-60mg/ngày

Thuốc tác động kép:

Venlafaxin 37,5mg, liều 75-225mg/ngày

Mirtazapin 30mg, liều 30-60mg/ngày

Các thuốc chống trầm cảm 3 vòng:

Amitriptylin 25mg, liều 50-100mg/ngày

Clomipramin 25mg, liều 50-75mg/ngày

Imipramin, liều 10-150mg/ngày

Các loại chống trầm cảm khác:

Tianeptin, liều từ 12,5 -50mg/ngày

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

Muối Valproat 200mg-2500mg/ ngày

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

Carbamazepin, liều 400-1200mg/ngày

Oxcarbazepin, liều 1200 – 2400mg/ngày

Lamotrigin, liều 100 – 400 mg/ngày

Topiramate: 50 – 400mg/ngày

Gabapentin: 300 – 1800mg/ngày

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

Diazepam: 5 - 30mg/ngày

Lorazepam: 1 - 4mg/ngày

Clonazepam: 1 - 8mg/ngày

Bromazepam: 3 - 6mg/ngày

Các nhóm thuốc giải lo âu, gây ngủ khác: lựa chọn một trong các thuốc sau: etifoxine, tofisopam, cao lạc tiên, zopiclon, eszopiclon, melatonin.

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

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

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

Thuốc tăng cường chức năng nhận thức

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

Điều trị các bệnh cơ thể kết hợp

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

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

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

Các rối loạn thường tiến triển mạn tính, đòi hỏi điều trị lâu dài

5.2. Biến chứng

Thường liên quan đến sử dụng các thuốc an thần kinh, các tác dụng phụ ngoại tháp, hội chứng giống parkinson...

6. PHÒNG BỆNH

Phòng bệnh cấp 1:

Quản lý nhà nước về các chất gây nghiện nói chung và chất ma túy nói riêng, trong đó có cần sa.

Thực hiện tuyên truyền thông tin đại chúng về tác hại của cần sa nhằm hạn chế người sử dụng cần sa.

Phòng bệnh cấp 2:

Tầm soát các đối tượng đã sử dụng cần sa nhằm phát hiện sớm các rối loạn tâm thần.

Phòng bệnh cấp 3:

Quản lý các bệnh nhân sử dụng đã có vấn đề rối loạn tâm thần.

Giúp bệnh nhân phục hồi việc làm, hòa nhập xã hội.

Bài 10

RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ HÀNH VI LIÊN QUAN SỬ DỤNG COCAIN

1. ĐỊNH NGHĨA

Cocain là một trong những chất gây nghiện lạm dụng phổ biến ở Mỹ và các nước châu Âu. Cocain được chiết xuất từ cây coca có nguồn gốc từ Nam Mỹ. Cocain được sử dụng dưới 2 dạng bột và crack là chủ yếu. Hiện cocain chưa phổ biến ở Việt Nam. Các rối loạn tâm thần và hành vi liên quan đến cocain còn chưa được quan tâm nhiều.

2. NGUYÊN NHÂN

Đồng diễn các rối loạn tâm thần như rối loạn cảm xúc lưỡng cực, tâm thần phân liệt, rối loạn hành vi ở trẻ em và thanh thiếu niên hoặc rối loạn nhân cách chống đối xã hội ở người lớn.

Yếu tố gia đình và môi trường: sử dụng cocain ở bố mẹ, môi trường bạo lực thời thơ ấu, gia đình bất ổn...

Sử dụng các chất ma túy khác

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định.

3.1.1. Nhiễm độc cấp do sử dụng cocain (ICD 10- F14.0):

- Phải có bằng chứng rõ ràng của việc mới sử dụng cocain ở liều đủ cao để gây ngộ độc.
- Phải có các triệu chứng, dấu hiệu ngộ độc dưới đây:
- Phải có ít nhất 1 trong các triệu chứng sau: Khoái cảm và cảm giác nhiều năng lượng; tăng độ cảnh tỉnh; hành vi hoặc niềm tin phóng đại; lãng mạn hoặc tấn công người khác; thích tranh cãi; cảm xúc không ổn định; hành vi định hình; ảo thanh, ảo thị hoặc ảo giác xúc giác; ý tưởng paranoid hoặc rối loạn hoạt động chức năng cá nhân.
- Ít nhất phải có hai trong các dấu hiệu sau: nhịp tim nhanh (đôi khi nhịp chậm), loạn nhịp tim, tăng huyết áp (đôi khi hạ huyết áp), vã mồ hôi và gai lạnh, buồn nôn hoặc nôn, giảm cân, giãn đồng tử, kích động tâm thần vận động (đôi khi chậm chạp tâm thần vận động), yếu cơ, đau ngực, co giật.

3.1.2. Sử dụng cocain gây hại (F14.1):

- Phải có bằng chứng rõ ràng về việc sử dụng cocain gây ra các tổn hại về tâm thần và cơ thể, bao gồm rối loạn sự xét đoán hoặc rối loạn hành vi chức năng, có thể dẫn tới sự mất khả năng hoặc có những hậu quả có hại đối với các mối quan hệ giữa các cá nhân.
- + Bản chất của sự tổn hại cần được xác định rõ ràng (và thỏa mãn nhà nghiên cứu)

- + Sử dụng kéo dài trong vòng ít nhất 1 tháng hoặc lặp đi lặp lại trong khoảng thời gian 12 tháng
- + Rối loạn này không đáp ứng các tiêu chuẩn đối với bất kỳ rối loạn hành vi hoặc rối loạn tâm thần nào khác liên quan đến cocain, trong cùng khoảng thời gian đó (ngoại trừ nhiễm độc cấp cocain).

3.1.3. Hội chứng nghiện cocain (F14.2):

- $\geq 3/6$ biểu hiện dưới đây xảy ra cùng nhau trong vòng ít nhất 1 tháng hoặc nếu tồn tại trong khoảng thời gian ngắn hơn 1 tháng, thì cần lặp đi lặp lại cùng nhau trong khoảng thời gian 12 tháng.
 - + Thèm muốn mãnh liệt hoặc cảm thấy buộc phải sử dụng cocain.
 - + Khó khăn trong việc kiểm tra thói quen sử dụng cocain.
 - + Xuất hiện hội chứng cai cocain khi ngừng hoặc giảm đáng kể liều lượng các chất có cocain đang sử dụng.
 - + Khuynh hướng tăng liều để chấm dứt hậu quả do liều thấp gây ra.
 - + Sao nhãng dần các thú vui, ham thích vốn có.
 - + Tiếp tục sử dụng cocain mặc dù đã có bằng chứng rõ ràng về tác hại của cocain đối với bản thân, gia đình và xã hội.

3.1.4. Trạng thái cai cocain (F14.3):

- Phải có bằng chứng rõ ràng về việc mới giảm hoặc ngừng sử dụng cocain sau khi đã sử dụng cocain lặp đi, lặp lại với liều cao và thời gian kéo dài.
 - + Có rối loạn khí sắc (buồn hoặc mất khoái cảm)
 - + Hội chứng cai (sinh lý) của cocain gồm (ở người nghiện nặng)
 - + Ngủ lịm hoặc mệt mỏi
 - + Chậm chạp hoặc kích động tâm thần vận động
 - + Cảm giác thèm khát đối với cocain
 - + Tăng khẩu vị
 - + Mất ngủ hoặc ngủ nhiều
 - + Có các giấc mơ kỳ quặc hoặc khó chịu.
- Các dấu hiệu trên không thể quy cho một bệnh nội khoa không liên quan đến việc sử dụng cocain, và không thể quy cho một rối loạn tâm thần hoặc một rối loạn hành vi khác.

3.1.5. Rối loạn loạn thần do sử dụng cocain (F14.5):

- Tiêu chuẩn chẩn đoán:
 - + Khởi phát của các triệu chứng loạn thần phải xảy ra trong khi hoặc trong vòng 2 tuần có sử dụng cocain

- + Các triệu chứng loạn thần phải tồn tại hơn 48 tiếng
- + Sự kéo dài của rối loạn này phải không vượt quá 6 tháng (nếu dài hơn thì cần cân nhắc chẩn đoán rối loạn loạn thần di chứng và khởi phát muộn liên quan sử dụng cocain: F14.7).

3.2. Cận lâm sàng

- Sử dụng test nhanh qua nước tiểu để phát hiện bệnh nhân dùng cocain.
- Sử dụng test nhanh 4 hoặc 6 nhóm qua nước tiểu để phát hiện bệnh nhân dùng các chất ma túy khác.
- Xét nghiệm sinh hóa máu tìm chất gây nghiện ở những trung tâm chống độc ở các phòng xét nghiệm có đủ điều kiện.
- tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (trước và sau điều trị)
- Sinh hoá máu: Glucose, ure, creatinin, acid uric, lipid máu (cholesterol, triglycerid, LDL, HDL), CK, GOT, GPT, GGT, điện giải đồ (trước sau điều trị)
- Vi sinh: HIV, HbsAg, Anti HCV, huyết thanh chẩn đoán giang mai.
- Tổng phân tích nước tiểu
- X quang tim phổi
- Nội soi tai mũi họng: là thăm dò cần được làm thường quy với người bệnh sử dụng cocain do những tác dụng nghiêm trọng và phổ biến của cocain trên đường hô hấp trên.
- Điện tâm đồ và siêu âm tim: cần chỉ định thường quy do tác dụng nghiêm trọng và phổ biến của cocain trên hệ tim mạch.
- Siêu âm ổ bụng
- Trắc nghiệm tâm lý nhằm đánh giá:
 - Mức độ trầm cảm (HDRS, Beck); mức độ lo âu (HARS, Zung...); đặc điểm nhân cách (EPI, MMPI...); mức độ rối loạn giấc ngủ (PSQI)
 - Các trắc nghiệm tâm lý trên cần thực hiện trước và sau điều trị.
 - Ngoài ra có thể thực hiện các trắc nghiệm đánh giá rối loạn nhận thức (MMSE), rối loạn stress-lo âu-trầm cảm (DASS), đánh giá mức độ rối loạn sử dụng rượu (AUDIT) và mức độ cai rượu (CIWA) nếu có sử dụng kèm rượu...
- Điện não đồ, lưu huyết não, CT sọ não, MRI sọ não...

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị triệu chứng, xác định đúng rối loạn tâm thần mắc phải
- Lựa chọn các thuốc hợp lý, đúng thuốc, đúng liều lượng
- Liệu pháp tâm lý

4.2. Sơ đồ/Phác đồ điều trị

- Điều trị hóa dược
- Các thuốc bình thần
- Các an thần kinh
- Các thuốc chống trầm cảm
- Điều trị bệnh lý kết hợp
- Liệu pháp tâm lí: cá nhân, gia đình...

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

Các thuốc chống loạn thần: chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau (ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 3 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn)

Thuốc an thần kinh điển hình (cổ điển):

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

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

Haloperidol: viên 1,5mg, viên 5 mg, ống 5mg, liều 5-30mg/24 giờ

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

Amisulprid: viên 50mg, 200mg, 400mg, liều 200-800mg/24giờ

Clozapin: viên 25mg, 100mg, liều 50-800mg/24 giờ

Risperidon: viên 1mg, 2mg, liều 1-12mg/24 giờ.

Olanzapin: viên 5mg, 10mg, liều 5-60mg/24 giờ

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

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

Các thuốc chống trầm cảm: chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau (ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 3 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn)

Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin:

Fluoxetin 20mg, liều 10-40 mg/ngày

Paroxetin 20mg, liều 20-60mg/ngày

Sertralin 50mg, liều 50-200mg/ngày

Fluvoxamin 100mg, liều 100-300mg/ngày

Escitalopram 10/20 mg, liều 10-20mg/ngày

Citalopram liều 10-60mg/ngày

Thuốc tác động kép:

Venlafaxin 37,5mg, liều 75-225mg/ngày

Mirtazapin 30mg, liều 30-60mg/ngày

Các thuốc chống trầm cảm 3 vòng:

Amitriptylin 25mg, liều 50-100mg/ngày

Clomipramin 25mg, liều 50-75mg/ngày

Imipramin, liều 10-150mg/ngày

Các loại chống trầm cảm khác:

Tianeptin, liều từ 12,5 -50mg/ngày

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

Muối Valproat, liều 1200-1500mg/ngày, liều tối đa 60mg/kg/ngày

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

Carbamazepin, liều 400-1200mg/ngày

Oxcarbazepin, liều 1200 – 2400mg/ngày

Lamotrigin, liều 100 – 400 mg/ngày

Topiramát: 50 – 400mg/ngày

Gabapentin: 300 – 1800mg/ngày

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

Diazepam: 5 - 30mg/ngày

Lorazepam: 1 - 4mg/ngày

Clonazepam: 1 - 8mg/ngày

Bromazepam: 3 - 6mg/ngày

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

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

Bổ sung vitamin dinh dưỡng, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

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

Thuốc tăng cường chức năng nhận thức:...,

Vận động, hoạt động trị liệu, vật lý trị liệu...

Điều trị bệnh lý kết hợp,..

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

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

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

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng: Các rối loạn thường tiến triển mạn tính, đòi hỏi điều trị lâu dài

5.2. Biến chứng

Hô hấp: Tổn thương phế quản, phổi

Mũi họng: xung huyết, viêm loét niêm mạc mũi

Lây nhiễm virus viêm gan B, C, HIV

Các biến chứng thần kinh: loạn trương lực cơ, đau đầu migraine, có thể gây nhồi máu não, các cơn co giật

Tim mạch: Nhồi máu cơ tim hoặc ngoại tâm thu thất

Tử vong.

6. PHÒNG BỆNH

Phòng bệnh cấp 1:

Quản lý nhà nước về các chất gây nghiện nói chung và chất ma túy nói riêng, trong đó có cocain.

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

Phòng bệnh cấp 2:

Tầm soát các đối tượng đã sử dụng cocain nhằm phát hiện sớm các rối loạn tâm thần.

Phòng bệnh cấp 3:

Quản lý các bệnh nhân sử dụng đã có vấn đề rối loạn tâm thần.

Giúp bệnh nhân phục hồi việc làm, hòa nhập xã hội.

Bài 11

RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ HÀNH VI DO SỬ DỤNG CÁC CHẤT GÂY ẢO GIÁC

1. ĐỊNH NGHĨA

Các chất gây ảo giác là chất gây ra trạng thái kích thích hệ thần kinh trung ương, tăng sự tỉnh táo, tăng hoạt động thể lực, khoái cảm... và gây ra các rối loạn tâm thần như lo âu, trầm cảm, rối loạn giấc ngủ, hoang tưởng, ảo giác, kích động và hành vi bạo lực... gồm nhiều chất: axit lysergic diethylamid (LSD), psilocybin, mescaline, psilocybin, các chất dạng amphetamin (ATS) và kể cả một số dung môi hữu cơ, ...

2. NGUYÊN NHÂN

Do sự tổng hợp dễ dàng vật bất hợp pháp các chất gây ảo giác.

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

Việc một số nhóm người (đặc biệt là giới trẻ) có những nhận thức sai lệch cho rằng sử dụng các chất gây ảo giác là thời thượng, hiện đại lôi kéo người khác sử dụng.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán nghiện chất gây ảo giác

Theo ICD 10 (1992), chẩn đoán nghiện ATS khi có từ 3 trở lên các biểu hiện sau đây xảy ra cùng nhau trong vòng ít nhất 1 tháng hoặc nếu tồn tại trong khoảng thời gian ngắn hơn 1 tháng, thì cần lặp đi lặp lại cùng nhau trong khoảng thời gian 12 tháng:

Thèm muốn chất ATS buộc phải sử dụng; Khó kiểm soát được tần suất và liều lượng dùng ATS; Khi ngừng sử dụng hoặc giảm bớt liều dùng xuất hiện hội chứng cai; Lượng sử dụng ATS ngày càng tăng; Xao nhãng hời hợt và thú vui trước đây; Tiếp tục sử dụng ATS biết rằng nó có tác hại

3.2. Chẩn đoán rối loạn tâm thần do chất gây ảo giác

Tiêu chuẩn chẩn đoán chung cho rối loạn tâm thần do sử dụng chất gây ảo giác: (theo ICD-10)

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

Các triệu chứng phải tồn tại hơn 48 tiếng

Sự kéo dài của rối loạn này phải không vượt quá 6 tháng (nếu dài hơn thì cần cân nhắc chẩn đoán rối loạn tâm thần di chứng và khởi phát muộn liên quan sử dụng ATS: F16.7).

Không chẩn đoán khi loạn thần có trước khi lạm dụng ATS

Biểu hiện rối loạn tâm thần do Methamphetamin có thể là rối loạn giấc ngủ, rối loạn lo âu, trầm cảm, hoang tưởng, ảo giác, kích động và các hành vi bạo lực.

3.2.1. Rối loạn giấc ngủ

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

3.2.2. Rối loạn lo âu

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

3.2.3. Rối loạn trầm cảm

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

3.2.4. Ảo giác

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

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

3.2.5. Hoang tưởng

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

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

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

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

Chẩn đoán phân biệt

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

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

Kích động do rượu và nhiễm độc các dạng ma túy khác, các thuốc hướng thần...

3.3. Cận lâm sàng

- Sử dụng test nhanh 4 hoặc 6 nhóm qua nước tiểu để phát hiện bệnh nhân dùng các chất ma túy.
- Xét nghiệm sinh hóa máu tìm chất ma túy ở trung tâm chống độc có các phòng xét nghiệm có đủ điều kiện.
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: xét nghiệm trước và sau điều trị hoặc hàng ngày trong 1 tuần đầu nhập viện khi có bất thường
- Sinh hoá máu: Glucose, ure, creatinin, acid uric, CK (xét nghiệm trước và sau điều trị hoặc hàng ngày trong 1 tuần đầu nhập viện khi có bất thường); điện giải đồ (xét nghiệm trước và sau điều trị hoặc hàng ngày trong 1 tuần đầu nhập viện khi có bất thường); GOT, GPT (đánh giá trước điều trị và sau 1 tuần và 2 tuần

điều trị); GGT, protein, Albumin, bilirubin, lipid máu (cholesterol, triglycerid, LDL, HDL).

- Vi sinh: HIV, HbsAg, Anti HCV, huyết thanh chẩn đoán giang mai.
- Tổng phân tích nước tiểu
- XQ tim phổi
- Siêu âm ổ bụng
- Trắc nghiệm tâm lý nhằm đánh giá:
- Mức độ trầm cảm (HDRS, Beck)
- Mức độ lo âu (HARS, Zung)
- Mức độ rối loạn sử dụng rượu (AUDIT) nếu có sử dụng kèm rượu.
- Đặc điểm nhân cách (EPI, MMPI)
- Mức độ rối loạn giấc ngủ (PSQI)
- Các trắc nghiệm tâm lý trên cần thực hiện trước và sau điều trị.
- Ngoài ra có thể thực hiện các trắc nghiệm đánh giá rối loạn nhận thức (MMSE), rối loạn stress-lo âu-trầm cảm (DASS)...
- Điện tâm đồ
- Điện não đồ, lưu huyết não, CT sọ não, MRI sọ não....
- Các xét nghiệm cận lâm sàng nếu có bất thường cần kiểm tra hàng ngày.
- Nếu có bất thường thực hiện xét nghiệm cận lâm sàng theo hội chẩn chuyên khoa.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Đảm bảo duy trì các chức năng sinh tồn như các bệnh nội khoa khác nếu đe dọa tính mạng cần phải cấp cứu người bệnh trước. Nếu kèm theo kích động có thể kết hợp thuốc chống loạn phần bằng đường tiêm.

Khi người bệnh đã qua cơn nguy hiểm tính mạng và nếu xuất hiện các rối loạn tâm thần thì xử trí tùy theo bệnh cảnh lâm sàng.

4.2. Sơ đồ/ Phác đồ điều trị

Thuốc bình thần, giải lo âu: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Benzodiazepin liều từ 5- 30 mg/ ngày, sử dụng trong vòng 1 tuần, tránh kê đơn lâu dài. (Trong những trường hợp cần thiết có thể dùng kéo dài nhiều ngày hơn)

Thuốc giải lo âu non-benzodiazepin: etifoxine 50-200mg/ngày, sedaxio, ...

Một số thuốc điều trị rối loạn giấc ngủ: zopiclon 3,75-15mg/ngày, melatonin, ...

Chống chỉ định: mẫn cảm với thuốc, nhược cơ, suy hô hấp, suy gan, suy thận nặng.

Thuốc chống trầm cảm: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau, ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp thuốc tối đa 3 loại để hạn chế tác dụng phụ.

Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin:

Fluoxetin 20mg, liều 10-40 mg/ngày

Paroxetin 20mg, liều 20-60mg/ngày

Sertralin 50mg, liều 50-200mg/ngày

Fluvoxamin 100mg, liều 100-300mg/ngày

Escitalopram 10/20 mg, liều 10-20mg/ngày

Citalopram, liều 10-60mg/ngày

Thuốc tác động kép:

Venlafaxin 37,5mg, liều 75-225mg/ngày

Mirtazapin 30mg, liều 30-60mg/ngày

Các thuốc chống trầm cảm 3 vòng:

Amitriptylin 25mg, liều 50-100mg/ngày

Clomipramin 25mg, liều 50-75mg/ngày

Imipramin, liều 10-150mg/ngày

Các loại chống trầm cảm khác:

Tianeptin, liều từ 12,5 -50mg/ngày

Thuốc chống loạn thần: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau, ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp thuốc tối đa 3 loại để hạn chế tác dụng phụ.

Thuốc an thần kinh điển hình (cổ điển):

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

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

Haloperidol: viên 1,5mg, viên 5 mg, ống 5mg, liều 5-30mg/24 giờ

Thioridazin: viên 50mg, liều 100-300mg/24 giờ.

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

Amisulpride: viên 50mg, 200mg, 400mg, liều 200-800mg/24giờ

Clozapin: viên 25mg, 100mg, liều 50-800mg/24 giờ

Risperidon: viên 1mg, 2mg, liều 1-12mg/24 giờ.

Olanzapin: viên 5mg, 10mg, liều 5-60mg/24 giờ

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

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

Thuốc chỉnh khí sắc: điều trị rối loạn hưng cảm, chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau

Muối Valproat 200mg-2500mg/ ngày

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

Carbamazepin, liều 400-1200mg/ngày

Oxcarbazepin, liều 1200 – 2400mg/ngày

Lamotrigin, liều 100 – 400 mg/ngày

Topiramát: 50 – 400mg/ngày

Gabapentin: 300 – 1800mg/ngày

Thuốc tăng cường và nuôi dưỡng não: Piracetam, citicolin, ginkgo biloba, vinpocetin, cholin alfoscerat, cinnarizin...

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

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

Thuốc tăng cường chức năng nhận thức:...,

Vận động, hoạt động trị liệu, vật lý trị liệu...

Điều trị bệnh lý kết hợp

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

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

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

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

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

6. PHÒNG BỆNH

Phòng bệnh cấp 1:

Quản lý nhà nước về các chất gây nghiện nói chung và chất ma túy nói riêng trong đó có các chất dạng amphetamin.

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

Phòng bệnh cấp 2: Tầm soát các đối tượng sử dụng các chất dạng amphetamin nhằm phát hiện sớm các rối loạn tâm thần.

Phòng bệnh cấp 3:

Điều trị tích cực các rối loạn tâm thần và hành vi liên quan đến sử dụng chất dạng amphetamin.

Điều trị cai nghiện và dự phòng tái nghiện....

Bài 12

RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ HÀNH VI DO SỬ DỤNG NHIỀU CHẤT MA TÚY

1. ĐỊNH NGHĨA

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

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

2. NGUYÊN NHÂN

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

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

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

3. CHẨN ĐOÁN

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

3.1. Chẩn đoán nghiện các chất ma túy

Theo ICD 10 (1992), chẩn đoán nghiện các chất ma túy khi có từ 3 biểu hiện sau đây xảy ra cùng nhau trong vòng ít nhất 1 tháng hoặc nếu tồn tại trong khoảng thời gian ngắn hơn 1 tháng, thì cần lặp đi lặp lại cùng nhau trong khoảng thời gian 12 tháng:

Thèm muốn mạnh mẽ hoặc cảm thấy buộc phải sử dụng các chất ma túy.

Khó khăn trong việc kiểm soát tập tính sử dụng các chất ma túy về mặt thời gian bắt đầu, kết thúc hoặc mức sử dụng.

Một trạng thái cai sinh lý khi ngừng hay giảm bớt sử dụng các chất ma túy.

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

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

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

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

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

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

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

Các triệu chứng phải tồn tại hơn 48 tiếng

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

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

3.2.1. Rối loạn giấc ngủ:

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

3.2.2. Rối loạn lo âu:

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

3.2.3. Rối loạn trầm cảm

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

3.2.4. Ảo giác

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

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

3.2.5. Hoang tưởng

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

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

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

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

Chẩn đoán phân biệt:

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

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

3.3. Cận lâm sàng

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

4. ĐIỀU TRỊ

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

Đảm bảo duy trì các chức năng sinh tồn như các bệnh nội khoa khác nếu đe dọa tính mạng cần phải cấp cứu người bệnh trước. Nếu kèm theo kích động có thể kết hợp thuốc chống loạn phần bằng đường tiêm.

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

4.2. Sơ đồ/Phác đồ điều trị

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

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

4.3.1. Các thuốc chống loạn thần

Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau (ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 3 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn)

Thuốc an thần kinh điển hình (cổ điển):

Haloperidol: viên 1,5mg, viên 5 mg, ống 5mg, liều 5-30mg/24 giờ

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

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

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

Amisulprid: viên 50mg, 200mg, 400mg, liều 200-800mg/24giờ

Clozapin: viên 25mg, 100mg, liều 50-800mg/24 giờ

Risperidon: viên 1mg, 2mg, liều 1-12mg/24 giờ.

Olanzapin: viên 5mg, 10mg, liều 5-60mg/24 giờ

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

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

4.3.2. Các thuốc chống trầm cảm

Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau (ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 3 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn)

Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin:

Fluoxetin 20mg, liều 10-40 mg/ngày

Paroxetin 20mg, liều 20-60mg/ngày

Sertralin 50mg, liều 50-200mg/ngày
Fluvoxamin 100mg, liều 100-300mg/ngày
Escitalopram 10/20 mg, liều 10-20mg/ngày
Citalopram, liều 10-60mg/ngày

Thuốc tác động kép:

Venlafaxin 37,5mg, liều 75-225mg/ngày
Mirtazapin 30mg, liều 30-60mg/ngày

Các thuốc chống trầm cảm 3 vòng:

Amitriptylin 25mg, liều 50-100mg/ngày
Clomipramin 25mg, liều 50-75mg/ngày

Imipramin, liều 10-150mg/ngày

Các loại chống trầm cảm khác:

Tianeptin: liều từ 12,5 -50mg/ngày

4.3.4. Các thuốc chỉnh khí sắc

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

Muối Valproat 200mg-2500mg/ ngày

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

Carbamazepin, liều 400-1200mg/ngày

Oxcarbazepin, liều 1200 – 2400mg/ngày

Lamotrigin, liều 100 – 400 mg/ngày

Topiramát: 50 – 400mg/ngày

Gabapentin: 300 – 1800mg/ngày

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

Diazepam: 5 - 30mg/ngày

Lorazepam: 1 - 4mg/ngày

Clonazepam: 1 - 8mg/ngày

Bromazepam: 3 - 6mg/ngày

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

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

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

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

Thuốc tăng cường chức năng nhận thức:

Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu...

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

Điều trị các bệnh cơ thể kết hợp.

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

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

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG:

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

6. PHÒNG BỆNH:

Phòng bệnh cấp 1:

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

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

Phòng bệnh cấp 2:

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

Phòng bệnh cấp 3:

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

Điều trị cai nghiện hoặc giảm hại.

Điều trị dự phòng tái nghiện.

Bài 13

BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT

1. ĐỊNH NGHĨA

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

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

2. NGUYÊN NHÂN

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

3. CHẨN ĐOÁN

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

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

9) Biến đổi thường xuyên và có ý nghĩa về chất lượng toàn diện của tập tính có những biểu hiện như là mất thích thú, thiếu mục đích, lười nhác, thái độ mê mải suy nghĩ về bản thân và cách ly xã hội.

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

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

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

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

3.2. Các thể lâm sàng bệnh tâm thần phân liệt

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

3.3. Chẩn đoán phân biệt

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

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

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

3.4.1. Các xét nghiệm cơ bản

Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hoá, vi sinh (HIV, VGB, VGC)

Xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm tìm chất ma túy, huyết thanh chẩn đoán giang mai...

3.4.2. Chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng

XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng

Điện não đồ, điện tâm đồ, lưu huyết não, siêu âm doppler xuyên sọ... Trong một số trường hợp sử dụng CT scanner sọ não, MRI sọ não...

3.4.3. Các trắc nghiệm tâm lý

Trắc nghiệm tâm lý đánh giá triệu chứng dương tính và âm tính PANSS

Trắc nghiệm nhân cách: EPI, MMPI, trắc nghiệm tâm lý khác như BDI, Zung, HDRS, HARS, HAD, MMSE...

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

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

Hóa dược liệu pháp có vai trò quan trọng, đặc biệt với các triệu chứng dương tính. Cần phối hợp nhiều liệu pháp điều trị: tâm lý, lao động và tái thích ứng xã hội, đặc biệt đối với các triệu chứng âm tính.

Đơn trị liệu, khi đáp ứng kém hoặc không có đáp ứng thì sử dụng đa trị liệu phối hợp 2 loại an thần kinh khác nhau, hạn chế phối hợp từ 3 loại an thần kinh trở lên.

Theo dõi chặt chẽ quá trình sử dụng thuốc để phát hiện và xử trí kịp thời các tác dụng phụ của thuốc an thần kinh.

Giáo dục gia đình, cộng đồng thay đổi thái độ đối với bệnh nhân TTPL (tránh mặc cảm, kì thị người bệnh). Phối hợp chặt chẽ giữa thầy thuốc, gia đình và cộng đồng trong việc chăm sóc bệnh nhân.

Phát hiện và giải quyết kịp thời các yếu tố thúc đẩy bệnh tái phát.

Điều trị duy trì sau cơn loạn thần đầu tiên, quản lý, theo dõi phòng tái phát tại cộng đồng.

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị:

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

4.2.1. Liệu pháp hóa dược: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Các thuốc an thần kinh cổ điển:

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

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

Haloperidol: viên 1,5mg, viên 5 mg, ống 5mg, liều 5-30mg/24 giờ

Thioridazin: viên 50mg, liều 100-300mg/ngày

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

Amisulpirid: viên 50mg, 200mg, 400mg, liều 200-800mg/24giờ

Clozapin: viên 25mg, 100mg, liều 50-800mg/24 giờ

Risperidon: viên 1mg, 2mg, liều 1-12mg/24 giờ

Olanzapin: viên 5mg, 10mg, liều 5-30mg/24 giờ

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

Aripiprazol viên 5mg, 10 mg, 15mg, 30mg, liều 10-15 mg/ngày, (tối đa là 30 mg/ngày)

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

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

Haldol decanoat: ống 50mg/ml, tiêm bắp sâu 25-50mg/ lần, (4 tuần tiêm nhắc lại)

Flupentixol decanoat ống 20mg/ml, tiêm bắp sâu 20-40mg/ lần, 2-4 tuần tiêm nhắc lại.

Fluphenazin decanoat ống 25mg/ml, tiêm bắp sâu 12,5-50mg/ lần,(tối đa là 100 mg/ngày), 3-4 tuần tiêm nhắc lại.

Aripiprazol, liều tiêm 300mg hoặc 400mg, 4 tuần tiêm nhắc lại

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

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

Nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: propranolol...

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

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

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

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

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

Theo dõi điều trị

Phát hiện sớm và xử trí ngay các tác dụng phụ của thuốc:

Hội chứng ngoại tháp (loạn trương lực cơ cấp, bồn chồn bất an do thuốc, hội chứng giống Parkinson): Thuốc ức chế men cholinesterase (Trihexyphenidyl, Bzotropin), thuốc chẹn beta giao cảm, thuốc bình thần. Lưu ý hội chứng an thần kinh ác tính cần được phát hiện sớm và theo dõi điều trị tại khoa hồi sức tích cực.

Rối loạn chuyển hóa cần theo dõi định kỳ (thông qua chỉ số cơ thể BMI và các xét nghiệm sinh hóa máu 3 – 6 tháng/ lần), phát hiện và điều trị sớm. Theo dõi công thức bạch cầu 3 tháng/lần ở bệnh nhân sử dụng clozapin. Loạn động muện: sử dụng giãn cơ, bình thần, vitamin E, kháng cholinergic,...

4.2.2. Sốc điện, kích thích từ xuyên sọ

Sốc điện có hiệu quả điều trị trong một số trường hợp (căng trương lực, ý tưởng và hành vi tự sát do trầm cảm, hoang tưởng và ảo giác chi phối, các cơn kích động v.v... mà kém đáp ứng với điều trị bằng thuốc).

Kích thích từ xuyên sọ có hiệu quả trong ảo thanh dai dẳng...

4.2.3. Liệu pháp tâm lý

Có nhiều liệu pháp tâm lý (tâm lý cá nhân, gia đình, nhóm...), trong đó liệu pháp hành vi có vai trò quan trọng đối với bệnh nhân phân liệt. Có thể thành lập các nhóm tương trợ với mục đích là chỗ dựa cho người bệnh và gia đình của họ.

4.2.4. Liệu pháp lao động và phục hồi chức năng

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

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

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

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

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tuổi khởi phát bệnh, càng lớn tuổi càng nhẹ.

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

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

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

Yếu tố di truyền ít có tiên lượng tốt hơn

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

6. PHÒNG BỆNH

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

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

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

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

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

Bài 20

GIAI ĐOẠN TRẦM CẢM

1. ĐỊNH NGHĨA

Trầm cảm là một trạng thái bệnh lý của cảm xúc, biểu hiện bằng quá trình ức chế toàn bộ hoạt động tâm thần. Theo phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10, trầm cảm điển hình thường được biểu hiện bằng khí sắc trầm, mất mọi quan tâm hay thích thú, giảm năng lượng dẫn tới tăng sự mệt mỏi và giảm hoạt động, tồn tại trong khoảng thời gian ít nhất là 2 tuần. Ngoài ra, còn có các triệu chứng khác như giảm sự tập trung chú ý, giảm tính tự trọng và lòng tự tin, ý tưởng bị tội và không xứng đáng, nhìn vào tương lai ảm đạm bi quan, ý tưởng và hành vi tự huỷ hoại hoặc tự sát, rối loạn giấc ngủ, ăn ít ngon miệng...

2. NGUYÊN NHÂN

Trầm cảm do nhiều nguyên nhân gây ra, nhưng tóm tắt có 3 nguyên nhân chính: Trầm cảm nội sinh; Trầm cảm tâm sinh; Trầm cảm thực tổn.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

Theo ICD-10

3.1.1. Lâm sàng

Các triệu chứng lâm sàng của giai đoạn trầm cảm:

Ba triệu chứng chính: 1) Khí sắc trầm: Khí sắc thay đổi ít từ ngày này sang ngày khác và thường không tương xứng với hoàn cảnh, được duy trì trong ít nhất hai tuần. 2) Mất mọi quan tâm thích thú trong các hoạt động. 3) Giảm năng lượng và tăng sự mệt mỏi.

Bảy triệu chứng phổ biến khác: 1) Giảm sự tập trung chú ý; 2) Giảm tính tự trọng và lòng tự tin, khó khăn trong việc quyết định; 3) Ý tưởng bị tội và không xứng đáng; 4) Nhìn vào tương lai ảm đạm và bi quan; 5) Ý tưởng và hành vi tự huỷ hoại hoặc tự sát; 6) Rối loạn giấc ngủ; 7) Thay đổi cảm giác ngon miệng (tăng hoặc giảm) với sự thay đổi trọng lượng cơ thể tương ứng.

Các triệu chứng cơ thể (sinh học) của trầm cảm: 1) Mất những quan tâm thích thú trong những hoạt động thường ngày gây thích thú; 2) Mất phản ứng cảm xúc với những sự kiện và môi trường xung quanh thường làm vui thích; 3) Buổi sáng thức giấc sớm 2 giờ trước thường ngày; 4) Trạng thái trầm cảm nặng hơn vào buổi sáng; 5) Có bằng chứng khách quan về sự chậm chạp tâm thần vận động hoặc kích động (được người khác nhận thấy hoặc kể lại); 6) Giảm những cảm giác ngon miệng; 7) Sút cân (5% hoặc nhiều hơn trọng lượng cơ thể so với tháng trước); 8) Mất hoặc giảm hưng phấn tình dục rõ rệt.

Các triệu chứng loạn thần như hoang tưởng, ảo giác trong giai đoạn trầm cảm có thể có hoặc không xuất hiện.

Chẩn đoán xác định

- Lần đầu tiên xuất hiện ở bệnh nhân các triệu chứng lâm sàng đặc trưng, phổ biến và sinh học của trầm cảm.
- Giai đoạn trầm cảm kéo dài ít nhất 2 tuần.
- Không có đủ các triệu chứng đáp ứng các tiêu chuẩn đối với giai đoạn hưng cảm nhẹ hoặc hưng cảm (F30) ở bất kỳ thời điểm nào trong đời.
- Giai đoạn này không gắn với việc sử dụng chất tác động tâm thần (F10 – F19) hoặc bất cứ rối loạn thực tồn nào (trong nhóm F00 – F09).

Giai đoạn trầm cảm nhẹ (F32.0)

Bệnh nhân có 2/3 triệu chứng đặc trưng và 2/7 triệu chứng phổ biến.

Chữ số thứ 5 có thể được sử dụng để biệt định sự có mặt của hội chứng cơ thể.

- *Không có các triệu chứng cơ thể (F32.00)*: Có ít hoặc không có triệu chứng cơ thể.
- *Có các triệu chứng cơ thể (F32.01)*: Có 4 hoặc nhiều hơn các triệu chứng cơ thể. (Nếu chỉ có 2 hoặc 3 triệu chứng cơ thể, nhưng chúng nặng một cách bất thường, thì dùng mục này có thể được chấp nhận).

Giai đoạn trầm cảm vừa (F32.1)

Có ít nhất 2 trong 3 triệu chứng đặc trưng, thêm ít nhất 3 (và tốt hơn 4) những triệu chứng phổ biến.

Bệnh nhân với giai đoạn trầm cảm vừa thường có nhiều khó khăn để tiếp tục hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc công việc gia đình.

Chữ số thứ 5 có thể được sử dụng để biệt định sự có mặt của triệu chứng cơ thể.

- *Không có các triệu chứng cơ thể (F32.10)*: có ít triệu chứng cơ thể.
- *Có các triệu chứng cơ thể (F32.11)*: có 4 hoặc nhiều hơn các triệu chứng cơ thể.

Giai đoạn trầm cảm nặng, không có các triệu chứng loạn thần (F32.2)

Có 3 trong số những triệu chứng điển hình cộng thêm ít nhất 4 triệu chứng khác, và một số phải đặc biệt nặng. Nếu những triệu chứng quan trọng như kích động hoặc chậm chạp rõ nét bệnh nhân có thể không muốn hoặc không thể mô tả nhiều triệu chứng một cách chi tiết. Trong những trường hợp như vậy, việc phân loại toàn bộ một giai đoạn trầm trọng có thể vẫn còn được chấp nhận.

Giai đoạn trầm cảm nặng kèm theo các triệu chứng loạn thần (F32.3)

Một giai đoạn trầm cảm nặng thỏa mãn các tiêu chuẩn đã nêu ra trong mục F32.2 ở trên và trong đó có các hoang tưởng, ảo giác hoặc sững sờ trầm cảm. Các hoang tưởng thường bao gồm những ý tưởng tội lỗi, thấp hèn, hoặc những tai họa sắp xảy ra, trách nhiệm bệnh nhân phải gánh chịu. Những ảo thanh hoặc ảo khứu thường là giọng kết tội hoặc phỉ báng hoặc mùi rác mục hoặc thịt thối rữa. Sự chậm chạp tâm thần vận động nặng có thể dẫn đến sững sờ. Nếu cần, hoang tưởng hoặc ảo giác có thể được phân rõ là phù hợp hoặc không phù hợp với rối loạn khí sắc (xem mục F32.2).

Các giai đoạn trầm cảm khác (F32.8)

Chỉ gộp vào đây những giai đoạn không phù hợp với sự mô tả dành cho giai đoạn trầm cảm từ mục F32.0 – F32.3, nhưng một ấn tượng chẩn đoán chung đã chỉ ra chúng là trầm cảm thực thụ.

Bao gồm: trầm cảm không điển hình, các giai đoạn đơn độc của trầm cảm không biệt định khác.

3.1.2. Cận lâm sàng

3.1.3. Các xét nghiệm thường quy

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

3.1.4. Chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng

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

3.1.5. Các trắc nghiệm tâm lý

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

3.1.6. Các xét nghiệm theo dõi điều trị

- Đánh giá tình trạng rối loạn chuyển hóa do thuốc: glucose máu, mỡ máu (cholesterol toàn phần, triglycerid, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol) 3 tháng/lần
- Theo dõi tác dụng hạ bạch cầu: công thức máu 1 tháng/lần
- Theo dõi chức năng gan, thận, điện tim đồ 3 tháng/lần.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

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

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Mục tiêu:

- + Điều trị nguyên nhân dẫn đến trầm cảm (nếu có).
- + Làm giảm và mất hoàn toàn các triệu chứng.
- + Phòng ngừa tái phát và tái diễn trầm cảm.
- Tiến trình điều trị: Cần phải chẩn đoán chính xác, đánh giá mức độ trầm trọng, nguy cơ tự sát; chọn thuốc chống trầm cảm thích hợp; cho thuốc đủ liều; kiểm tra độ dung nạp của thuốc và sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân; tiếp tục duy trì điều trị sau khi đã thanh toán hết các triệu chứng.
- Điều trị tấn công giai đoạn cấp để thanh toán các triệu chứng từ 2 – 4 tháng. Điều trị duy trì để phòng ngừa tái phát trầm cảm từ 4 – 6 tháng. Điều trị phòng ngừa tái diễn trầm cảm dài ngắn khác nhau phụ thuộc vào trạng thái bệnh và mỗi bệnh nhân thường không dưới một năm.
- Trong khi điều trị trầm cảm, đôi khi phải phối hợp thuốc chống trầm cảm với thuốc giải lo âu, thuốc chống loạn thần, thuốc điều chỉnh khí sắc, liệu pháp sốc điện, liệu pháp nhận thức ... nếu cần thiết.

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị

4.2.1. Liệu pháp hóa dược

Các thuốc chống trầm cảm điều chỉnh số lượng và hoạt tính các chất dẫn truyền thần kinh (serotonin, Noradrenalin...) đang bị rối loạn để điều trị trầm cảm. Thời gian để thuốc chống trầm cảm có tác dụng là 7 – 10 ngày sau khi đạt liều điều trị. Trầm cảm có thể không đáp ứng với thuốc này vẫn có thể đáp ứng với thuốc chống trầm cảm khác.

- *Các thuốc chống trầm cảm truyền thống*: Thuốc chống trầm cảm loại MAOI hiện nay ít dùng vì có nhiều tương tác thuốc. Thuốc chống trầm cảm 3 vòng có nhiều tác dụng kháng Cholin, có thể dùng ở cơ sở nội trú có theo dõi chặt chẽ.
- *Các thuốc chống trầm cảm mới*: ít tác dụng không mong muốn, khởi đầu tác dụng sớm, ít tương tác khi phối hợp với các thuốc khác, an toàn hơn khi dùng quá liều.
 - + Các thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc Serotonin (SSRI)
 - + Thuốc ức chế tái hấp thu Serotonin và Norepinephirin (SNRIs)
 - + Thuốc làm tăng dẫn truyền Noradrenalin và đặc hiệu trên Serotonin (NaSSA)
 - + Tianeptin (Stablon) tăng hấp thu Serotonin (quan niệm trầm cảm là do thừa Serotonin ở khe Synapse).
- Các thuốc điều trị phối hợp khác:
 - + Trong trường hợp trầm cảm có rối loạn lo âu từng giai đoạn, phối hợp thuốc bình thần Benzodiazepin nhưng không nên dùng kéo dài có thể bị lạm dụng thuốc.

- + Trầm cảm có loạn thần (hoang tưởng, ảo giác...) thường phối hợp các thuốc chống trầm cảm với các thuốc chống loạn thần (Haloperidon, Risperdal, Olanzapin...)
- + Có thể sử dụng các thuốc điều chỉnh khí sắc để đề phòng tái phát, tái diễn trầm cảm (Carbamazepin, Valproat...).

4.2.2. Liệu pháp sốc điện

Được chỉ định ưu tiên trong các trường hợp trầm cảm nặng có ý tưởng và hành vi tự sát, trầm cảm kháng thuốc, các liệu pháp điều trị trầm cảm khác không có kết quả. Cần tuân thủ chống chỉ định để phòng ngừa tai biến xảy ra trong khi sốc điện.

4.2.3. Liệu pháp kích thích từ xuyên sọ

Được chỉ định ưu tiên cho các trường hợp trầm cảm nhẹ và vừa.

Cần tuân thủ chặt chẽ chỉ định và chống chỉ định để hạn chế tai biến khi tiến hành can thiệp.

4.2.4. Liệu pháp tâm lý

Liệu pháp nhận thức hành vi, Liệu pháp gia đình, Liệu pháp cá nhân, liệu pháp thư giãn luyện tập...

Mỗi trường hợp có thể kết hợp can thiệp nhiều liệu pháp để đạt hiệu quả tối ưu.

4.3. Điều trị cụ thể (Lựa chọn thuốc và liệu điều trị tùy thuộc từng cá thể)

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

Thuốc chống trầm cảm 3 vòng (TCAs)

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

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

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

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

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

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

- + Mirtazapin: 15 – 60 mg/ngày

Thuốc ức chế tái hấp thu dopamin – norepinephrin

+ Bupropion: 75 - 450mg/ngày

Các loại khác:

- Tianeptin (Stablon): thuốc tăng tái hấp thu serotonin, có hiệu quả trong một số trường hợp
- Chọn lựa thuốc chống loạn thần, liều dùng tùy từng trường hợp cụ thể, nhiều nghiên cứu chứng minh thuốc chống loạn thần thế hệ mới có hiệu quả điều trị trầm cảm khi đơn trị liệu hoặc phối hợp với thuốc chống trầm cảm.

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

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

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Biến chứng nguy hiểm nhất của trầm cảm là bệnh nhân có ý tưởng, hành vi tự sát.

Bệnh nhân có thể suy kiệt do từ chối ăn uống

6. PHÒNG BỆNH

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

Chỉ có phòng bệnh tương đối: Giáo dục trẻ em từ bé, rèn luyện nhân cách vững mạnh để thích nghi với cuộc sống. Theo dõi những người có yếu tố gia đình phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Theo dõi và điều trị duy trì đầy đủ tránh tái phát, tái diễn.

Phục hồi chức năng tâm lý xã hội cho bệnh nhân trầm cảm để hòa nhập vào cộng đồng và gia đình.

Bài 22

RỐI LOẠN LO ÂU LAN TỎA

1. ĐỊNH NGHĨA

Lo lắng là hiện tượng phản ứng của con người trước những khó khăn và các mối đe dọa của tự nhiên, xã hội mà con người phải tìm cách vượt qua và tồn tại. Lo lắng là một tín hiệu báo động, báo trước một nguy hiểm sắp xảy đến, cho phép con người sử dụng mọi biện pháp để đương đầu với sự đe dọa.

Lo âu bệnh lý là lo âu quá mức hoặc dai dẳng không tương xứng với sự đe dọa được cảm thấy, ảnh hưởng đến hoạt động của người bệnh, có thể kèm theo những ý nghĩ hay hành động có vẻ như quá mức hay vô lý.

Rối loạn lo âu lan tỏa được xếp vào nhóm các rối loạn liên quan stress, mã F41.1 theo bảng Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 (ICD10), với đặc tính là những mối lo lắng dai dẳng, lan tỏa, tán mạn, không khu trú vào một sự kiện hoàn cảnh đặc biệt nào ở xung quanh hoặc có liên quan với những sự kiện đã qua không còn tính thời sự nữa. Rối loạn này thường liên quan với stress trường diễn, tiến triển thay đổi nhưng có xu hướng mạn tính.

2. NGUYÊN NHÂN

Vai trò của stress: stress là nguyên nhân thúc đẩy bệnh xuất hiện, stress có thể rõ rệt nhưng thường chỉ là những sang chấn tâm lý xã hội đời thường, tuy nhẹ nhưng trường diễn.

Vai trò của nhân cách: rối loạn lo âu lan tỏa thường gặp nhiều hơn ở những người có nét tính cách: hay lo lắng, chi ly, cẩn thận... hoặc những người nhân cách yếu.

Vai trò của môi trường và cơ thể: một cơ thể khỏe mạnh, một môi trường tích cực sẽ hỗ trợ tốt cho nhân cách chống đỡ với stress và ngược lại.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

Biểu hiện lo âu:

Sợ hãi (lo lắng về bất hạnh trong tương lai, cảm giác “dễ cáu”, khó tập trung...).

Căng thẳng vận động (bồn chồn, đứng ngồi không yên, đau căng đầu, run chân tay, không có khả năng thư giãn)

Hoạt động quá mức thần kinh tự trị (đầu óc trống rỗng, ra mồ hôi, mạch nhanh, thở gấp, khó chịu vùng thượng vị, chóng mặt...)

Sự lo âu-sợ hãi là biểu hiện chính, chủ yếu, nguyên phát dẫn đến phản ứng sợ sệt quá mức.

Bệnh thường kéo dài nhiều tuần, nhiều tháng (thường là 6 tháng).

3.1.2. Cận lâm sàng

Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hoá, vi sinh (HIV, VGB, VGC)

Xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm tìm chất ma túy, huyết thanh chẩn đoán giang mai...

Trắc nghiệm tâm lý: nhóm trắc nghiệm tâm lý đánh giá lo âu (Zung, Hamilton lo âu...), đánh giá trầm cảm phối hợp (Beck, Hamilton trầm cảm...), đánh giá nhân cách (MMPI, EPI...), đánh giá rối loạn giấc ngủ (PSQI...) ...

Các xét nghiệm chuyên khoa khác xác định bệnh lý kết hợp hoặc loại trừ nguyên nhân thực thể:

Điện não đồ, lưu huyết não

Điện tâm đồ, XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng, siêu âm tuyến giáp

Xét nghiệm hormon tuyến giáp

CT, MRI sọ não...trong một số trường hợp cụ thể.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Những chẩn đoán loại trừ hay gặp nhất: rối loạn lo âu này không phải do một rối loạn cơ thể như cường giáp, không phải do một rối loạn tâm thần thực tồn hoặc rối loạn có liên quan đến chất tác động tâm thần như là sử dụng quá mức các chất giống amphetamin hoặc hội chứng cai benzodiazepin.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

CHIẾN LƯỢC KIỂM SOÁT LO ÂU VÀ GIẢM STRESS

Giải thích hợp lý về các vấn đề cơ thể và triệu chứng cơ thể của bệnh

Tập đối mặt với các tình huống gây lo lắng, căng thẳng (stress)

Các hoạt động thể lực (thư giãn luyện tập để lồi cuốn bệnh nhân)

Tránh lạm dụng rượu, thuốc gây ngủ

ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG

Nguyên tắc chọn thuốc:

Ưu tiên đơn trị liệu (chọn một trong những thuốc liệt kê ở dưới nếu chưa hiệu quả thì sử dụng đồng thời một thuốc chống trầm cảm và một thuốc an thần kinh được khuyến cáo nhiều hơn cả).

Khởi liều thấp và tăng liều từ từ cho đến khi có hiệu quả.

Hạn chế lạm dụng nhóm giải lo âu gây nghiện.

Thuốc giải lo âu: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Benzodiazepins: diazepam, lorazepam, bromazepam, alprazolam,...

Thuốc có tác dụng nhanh, nhưng có nguy cơ gây lệ thuộc khi sử dụng kéo dài

Non-benzodiazepins: Etifoxine HCL, Sedanxio, Zopiclon...

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

SSRI: fluoxetin, escitalopram, paroxetin,...

Mirtazapin

SNRI: venlafaxin

Các thuốc chống trầm cảm 3 vòng

Thuốc an thần kinh: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Olanzapin, Risperidon, Quetiapin

Một số thuốc khác: kháng histamin, Betablocker,...

LIỆU PHÁP TÂM LÝ

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị

Liệu pháp hóa dược + liệu pháp tâm lý

4.3. Điều trị cụ thể

Hóa dược liệu pháp

Thuốc giải lo âu gây ngủ nhóm Benzodiazepin:

Diazepam: 5 - 20 mg/ngày

Lorazepam: 2 - 6 mg/ngày

Bromazepam: 6-12mg/ ngày

Alprazolam: 1 - 4 mg/ngày...

Thuốc giải lo âu non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedaxio, zopiclon...

Thuốc chống trầm cảm:

Nhóm SSRI, SNRI, 3 vòng, hoặc nhóm khác: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Imipramin, liều 150-300 mg/24 giờ

Amitriptylin, liều 150-300 mg/24 giờ

Paroxetin, liều 20-80 mg/24 giờ

Fluoxetin, liều 10-80 mg/24 giờ

Fluvoxamin,liều 50-300 mg/24 giờ

Citalopram, liều 20 mg-60 mg/24 giờ

Escitalopram, liều10-20mg/24 giờ

Sertralin, liều 50 - 200 mg/24 giờ

Venlafaxin, liều 37,5 - 375 mg/24 giờ

Mirtazapin, liều 15-60 mg/24 giờ

Kháng Histamin:

Hydroxyzin, liều 10-300 mg/24 giờ

Các thuốc phối hợp:

Thuốc an thần kinh: Olanzapin, Sulpirid, Quetiapin...

Các thuốc ức chế β như Propranolol: liều khởi đầu 10 mgx2 lần/24 giờ, liều tối đa 80-160 mg/24 giờ.

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

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

Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, vitamine nhóm b và khoáng chất, chế độ ăn dễ tiêu hóa (mềm, nhiều xơ), đủ vitamin và khoáng chất (hoa quả,), tránh chất kích thích, uống đủ nước, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...trong những trường hợp cần thiết.

Liệu pháp tâm lý

Liệu pháp giải thích hợp lý

Liệu pháp thư giãn luyện tập

Liệu pháp nhận thức hành vi

Liệu pháp gia đình

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

Thời gian điều trị:

Điều trị đến khi các triệu chứng cải thiện và sau đó duy trì thêm ít nhất 6 tháng để đảm bảo bệnh ổn định hoàn toàn.

Một số bệnh nhân đòi hỏi kéo dài thời gian trị liệu hơn và có thể là lâu dài để tránh tái phát.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Lo âu lan tỏa là rối loạn đáp ứng tốt với điều trị và thường ổn định sau một khoảng thời gian ngắn điều trị. Hiệu quả điều trị phụ thuộc vào mức độ và nguyên nhân của lo âu.

Rối loạn lo âu lan tỏa có liên quan nhiều đến nhân cách lo âu và/hoặc stress nên tỉ lệ tái phát rất cao

Cần đề phòng và tránh các biến chứng do

Phát hiện muộn, điều trị không kịp thời bệnh nhân có thể có hành vi tự sát

Biến chứng của việc lạm dụng thuốc giải lo âu

6. PHÒNG BỆNH

Kiểm soát stress, rèn luyện nhân cách

Giáo dục và phổ biến kiến thức để người dân hiểu về bệnh và các nguy cơ gây bệnh

NGỘ ĐỘC MA TÚY KÍCH THÍCH

(Trích từ tài liệu TIP33, SAMHSA)

Biên dịch: BS. Nguyễn Song Chí Trung

Người lạm dụng ma túy kích thích trong thời gian dài hiếm khi bị quá liều mức độ nặng, kể cả khi tiêm chích, có thể là do tăng dung nạp nhanh với tác dụng ngộ độc. Phần lớn trường hợp tử vong do quá liều ma túy kích thích xảy ra ở những người mới sử dụng hoặc do tai nạn mà nuốt phải một lượng lớn ma túy, như những người vận chuyển lậu ma túy bằng cách nuốt các túi bọc ma túy khi qua hải quan, hoặc trẻ em. Tuy nhiên, cũng cần lưu ý là liều ngộ độc của các chất kích thích rất khác nhau ở mỗi người dùng, không liên quan đến trọng lượng cơ thể và không thể đoán trước được. Vì vậy, chỉ dựa vào lượng ma túy sử dụng thì không thể biết trước phản ứng cơ thể sẽ như thế nào.

Cũng cần chú ý là dùng pha trộn chất kích thích với các ma túy khác sẽ làm gia tăng nguy cơ ngộ độc. Như khi sử dụng đồng thời chất kích thích dạng amphetamine (ATS) với rượu bia thì rối loạn tim mạch có thể bị nặng hơn. Bệnh nhân HIV đang dùng thuốc ARV, đặc biệt là ritonavir, cần chú ý đến khả năng tương tác thuốc làm gia tăng nồng độ của ATS trong máu. Theo các nghiên cứu thì ritonavir có thể làm tăng nồng độ của MDMA (thuốc lắc) trong máu lên mức gấp 3-10 lần so với bình thường. Trên y văn đã ghi nhận các trường hợp tử vong do quá liều methamphetamine và MDMA (thuốc lắc) trên bệnh nhân đang điều trị thuốc ritonavir. Vì vậy, các đối tượng đang điều trị thuốc ARV này cần cẩn trọng giảm thấp liều chất ma túy kích thích sử dụng.

Các triệu chứng quá liều chất kích thích báo hiệu khả năng nguy hiểm tính mạng là chóng mặt, run, đau đầu, lú lẫn, hành vi chống đối, ảo giác, hoang loạn, nhức đầu, da nóng đỏ, đau ngực, hồi hộp, loạn nhịp tim, tăng huyết áp, ói mửa, co rút cơ (chuột rút), và vã mồ hôi. Dùng ma túy kích thích liều cao trong thời gian ngắn có thể gây ra sốt cao, loạn nhịp tim hoặc ngưng tim, loạn nhịp thở, suy hô hấp cấp, cơn hen suyễn, co giật, và đột quỵ. Ở những người bị nhiễm độc, đặc biệt là methamphetamine, tình trạng kích động có thể đi kèm với hành vi bạo lực và loạn thần (ảo giác, hoang tưởng). Nếu có biểu hiện sốt cao, tăng huyết áp nặng, co giật hay trụy tim mạch, thì đó là báo hiệu tình trạng nguy kịch đe dọa tính mạng.

Các thử nghiệm tiêm liều gây tử vong cho động vật, hoặc ghi nhận ở những trường hợp người buôn lậu bị tai nạn bọc vỡ bọc chứa ma túy trong đường ruột dẫn đến chết người, cho thấy trước khi dẫn đến kết cục co giật toàn thể và tử vong, các biểu hiện quá liều thường diễn ra theo trình tự có thể tiên đoán. Dấu hiệu đầu tiên của nhiễm độc chất kích thích là trạng thái tăng động, nói nhanh, giãn đồng tử, kèm theo tăng nhanh nhịp tim, huyết áp, cung lượng tim và thân nhiệt. Tiếp theo là tình trạng sáng do ngộ độc, rồi sau đó xuất hiện co giật toàn thể ở giai đoạn cuối.

Hội chứng serotonin có thể xuất hiện ở người dùng ATS do sự dư thừa serotonin trong hệ thần kinh trung ương. Hội chứng này có thể gây ra đông máu nội mạch lan tỏa (DIC), một rối loạn đông máu nặng với biểu hiện chảy máu và bầm tím nhiều nơi trên cơ thể, hạ huyết áp, ngạt thở, suy đa cơ quan, sốt, lú lẫn, mất trí nhớ, biến đổi hành vi.

Để phòng tránh tình trạng quá liều cho bản thân, người sử dụng ma túy kích thích nên chú ý các điều sau đây:

- Dùng liều thấp
- Liều thứ hai trở đi nên giảm một nửa so với liều đầu
- Tránh sử dụng một mình
- Biết mức dung nạp của bản thân: dùng ít lại, hoặc dùng thử trước, đặc biệt khi mua ma túy từ một người bán mới.
- Tránh pha trộn nhiều loại ma túy với nhau, còn nếu có thì hãy tự pha để biết mình dùng những loại ma túy nào.

Để có thể cứu nạn khi gặp người dùng ma túy khác bị ngộ độc, người sử dụng ma túy cũng nên học cách nhận biết dấu hiệu quá liều, thực hiện sơ cấp cứu, hồi sức tim phổi và gọi ngay cho chuyên viên cấp cứu khi chứng kiến một ca quá liều.

XỬ TRÍ TÌNH TRẠNG QUÁ LIỀU NẶNG

Người dùng ma túy kích thích nếu có biểu hiện ngộ độc đe dọa tính mạng cần được chăm sóc tại cơ sở y tế có đủ các phương tiện cấp cứu hồi sức. Các triệu chứng thần kinh cấp tính như co giật hay gia tăng dấu sinh hiệu đột ngột cần phải được xử lý can thiệp ngay lập tức. Cần loại trừ các nguyên nhân ngoài ma túy của triệu chứng, và đánh giá xem bệnh nhân có dùng thêm loại ma túy nào khác hay không (kể cả rượu bia). Bệnh nhân quá liều chất kích thích cần được nhập viện, đặc biệt là khi dùng nhiều loại ma túy.

Không có chất đối kháng nào để điều trị quá liều ma túy kích thích (như là naloxone cho chất dạng thuốc phiện hay flumazenil cho benzodiazepine), nên việc điều trị chủ yếu là theo triệu chứng. Sau đây là các qui trình điều trị được khuyến cáo:

- Hội chẩn với các chuyên gia khi cần thiết.
- Xử trí tăng thân nhiệt bằng thuốc an thần để giảm bớt và ngăn chặn các cử động mạnh bạo, làm mát bằng túi nước đá, hơi nước, quạt máy hay chăn làm mát, và cho uống nhiều nước. Các biện pháp đơn giản nhằm phòng ngừa và điều chỉnh thân nhiệt gia tăng có thể rất hiệu quả giúp phòng ngừa tử vong. Thuốc giãn cơ dantrolene có thể được dùng trong trường hợp tăng thân nhiệt nặng và không kiểm soát được, nhưng thuốc này không giúp nhiều cho quá trình tản nhiệt trên bệnh nhân đang tăng thân nhiệt cao có thể đe dọa tính mạng.
- Nếu cần đắp mền khi cố định bệnh nhân để tiêm thuốc đường tĩnh mạch, chú ý là phải lấy mền ra ngay sau đó để không cản trở quá trình tản nhiệt.
- Cung cấp thông khí và bình thở oxy đầy đủ.
- Tăng huyết áp không kiểm soát có thể được xử trí bằng phentolamine hoặc dopamine tiêm tĩnh mạch. Mặc dù kinh nghiệm lâm sàng là ủng hộ cho việc sử dụng labetalol để điều trị tăng huyết áp, không có nghiên cứu thử nghiệm có nhóm chứng nào ủng hộ hiệu quả của thuốc chẹn thụ thể alpha này (tác dụng chẹn beta của thuốc mạnh hơn). Các thuốc hạ huyết áp tác dụng nhanh và dễ kiểm soát như thuốc giãn mạch nitroprusside hoặc thuốc chẹn alpha phentolamine thường được lựa chọn dùng nhiều hơn.
- Điều trị co giật như tình trạng động kinh bằng tiêm tĩnh mạch diazepam hoặc benzodiazepine khác. Diazepam có hiệu quả nhất nếu được tiêm trước hoặc ngay sau khi dùng chất ma túy kích thích, nhưng kém hiệu quả hơn sau khi đã xuất hiện co giật. Nếu diazepam không có tác dụng, có thể dùng phenobarbital hoặc

phenytoin. Một cách khác để điều trị co giật do ma túy kích thích gây ra là tiêm tĩnh mạch pentobarbital 25 đến 50 mg.

- Nếu bệnh nhân than đau ngực, cần kiểm tra khả năng thiếu máu hoặc nhồi máu cơ tim. Trong trường hợp thiếu máu cơ tim, nitrates được chỉ định để giảm co thắt mạch vành. Không nên dùng thuốc chẹn beta như propranolol vì có thể gây tăng co mạch. Nếu không có chống chỉ định, aspirin nên được dùng để làm giảm kết tập tiểu cầu.
- Dùng các thuốc điều trị loạn nhịp tim như thông lệ, kể cả phenytoin. Nếu loạn nhịp nhĩ không đáp ứng với làm mát và an thần thì có thể cần sử dụng một cách thận trọng thuốc ức chế kênh canxi hoặc thuốc chẹn hỗn hợp alpha/beta như verapamil, esmolol và labetalol. Lidocaine có thể bị chống chỉ định cho loạn nhịp thất xuất hiện ngay sau khi dùng ma túy kích thích như một đáp ứng với tình trạng quá mức catecholamine, nhưng là phù hợp cho loạn nhịp thất do thiếu máu cục bộ cơ tim. Natri bicarbonate là có hiệu quả cho loạn nhịp tim phức hợp rộng do ma túy kích thích gây ra. Cũng cần lưu ý rằng xử trí các biểu hiện tâm thần cấp của nhiễm độc ma túy kích thích bằng an thần có thể giúp ích cho việc phòng ngừa biến chứng tim mạch.
- Nói chung, nhóm phenothiazine, đặc biệt là chlorpromazine, bị chống chỉ định vì những thuốc này làm hạ ngưỡng động kinh. Trong các nghiên cứu tiền lâm sàng, haloperidol không cho thấy hiệu quả làm giảm co giật hay tử vong do cocaine, nhưng có thể hữu ích trong trường hợp loạn thần do methamphetamine. Các khó khăn gặp phải trong việc sử dụng haloperidol cho bệnh nhân đang cai thuốc ngủ - an thần có biểu hiện kích động và tăng thân nhiệt cũng áp dụng cho bệnh nhân dùng chất kích thích có biểu hiện kích động và loạn thần cấp tính vì tình trạng rối loạn kiểm soát điều hòa thân nhiệt. Haloperidol có thể gây ra hoặc làm nặng thêm phản ứng loạn trương lực cơ cấp do sử dụng cocaine.
- Trong giai đoạn sau nhiễm độc chất kích thích, cần lưu ý bệnh nhân có thể xuất hiện ý tưởng và hành vi tự sát.

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN

(Trích từ DSM 5)

Biên dịch: Nguyễn Song Chí Trung

NHIỄM ĐỘC CHẤT

Tiêu chuẩn chẩn đoán

- A. Xuất hiện một hội chứng do ăn uống (hay tiếp xúc) gần đây với chất, hội chứng này đặc trưng cho chất và có thể phục hồi. Chú ý: Các chất khác nhau có thể gây ra những hội chứng tương tự hoặc giống nhau.
- B. Những thay đổi tâm lý và hành vi đáng kể trên lâm sàng liên quan đến nhiễm độc (vd., dễ gây gổ, khí sắc không ổn định, thiếu suy xét) có thể được quy cho tác động sinh lý của chất lên hệ thần kinh trung ương và xuất hiện trong khi hay ngay sau khi sử dụng chất.
- C. Các triệu chứng không phải gây ra do bệnh lý cơ thể và không được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần khác.

Đặc điểm chẩn đoán

Thay đổi thường gặp nhất bao gồm những rối loạn về:

- Tri giác [nhận biết hay hiểu về môi trường bằng cách tổ chức và diễn giải những thông tin giác quan];
- Sự thức tỉnh;
- Chú ý;
- Tư duy;
- Sự suy xét;
- Hành vi tâm thần vận động; và
- Hành vi quan hệ cá nhân.

Bệnh cảnh lâm sàng cụ thể của nhiễm độc chất rất khác biệt giữa các cá nhân và phụ thuộc vào:

- Loại chất sử dụng;
- Lượng chất sử dụng;
- Khoảng thời gian và cường độ sử dụng (một người đã sử dụng chất bao lâu và mức độ thường xuyên như thế nào);
- Mức dung nạp chất của người sử dụng;
- Thời gian từ lần sử dụng cuối cùng;

- Mong đợi của người bệnh về tác động của chất; và
- Môi trường hay hoàn cảnh sử dụng chất.

Nhiễm độc ngắn hạn hay “cấp tính” có thể có dấu hiệu và triệu chứng khác với nhiễm độc kéo dài hay “mạn tính”. Ví dụ, liều cocaine trung bình ban đầu có thể làm tăng khả năng giao tiếp (tính thân thiện, hướng ngoại), nhưng cũng liều đó nếu lặp đi lặp lại thường xuyên trong nhiều ngày hoặc nhiều tuần có thể gây ra thu rút xã hội.

Các chất khác nhau (thậm chí là các nhóm chất khác nhau) có thể gây ra các triệu chứng giống hệt nhau. Ví dụ, nhiễm độc amphetamine và cocaine đều có thể có biểu hiện thái độ tự cao [cảm giác khác người về sự ưu việt và tầm quan trọng của bản thân] và sự tăng động, kèm tim đập nhanh [nhịp tim nhanh], giãn đồng tử, huyết áp tăng, và vã mồ hôi hay ớn lạnh. Tương tự, rượu và các chất từ nhóm thuốc an thần, thuốc ngủ, hoặc giải lo âu [chống lo âu] gây ra các triệu chứng nhiễm độc giống nhau.

Khi sử dụng trong sinh lý học, thuật ngữ nhiễm độc có ý nghĩa rộng hơn nhiễm độc chất như đã định nghĩa ở đây. Nhiều chất gây ra sự thay đổi sinh lý và tâm lý nhưng không hẳn là kém phù hợp. Ví dụ, bệnh nhân bị tim đập nhanh do sử dụng cafein quá mức có sự nhiễm độc sinh lý, nhưng nếu đây là triệu chứng duy nhất mà không có hành vi không phù hợp, sẽ không áp dụng chẩn đoán nhiễm độc cafein. [Tương tự với nhiễm độc nicotine.] Bản chất không phù hợp của sự thay đổi hành vi do chất gây ra phụ thuộc vào bối cảnh xã hội và môi trường. Hành vi không phù hợp thường khiến bệnh nhân dễ có hậu quả xấu (vd., tai nạn, biến chứng bệnh lí cơ thể, sự đổ vỡ trong các mối quan hệ xã hội và gia đình, khó khăn trong công việc hay tài chính, các vấn đề pháp lý). Các dấu hiệu và triệu chứng nhiễm độc có thể còn kéo dài nhiều giờ hay nhiều ngày quá thời gian mà chất có thể được phát hiện trong dịch cơ thể. Điều này có thể do chất vẫn tồn tại ở một số vùng não bộ với nồng độ thấp, hay hiệu ứng “đụng và chạy” nghĩa là chất làm biến đổi quá trình sinh lí, sự hồi phục của quá trình sinh lí này mất nhiều thời gian hơn quá trình loại thải chất. Tác động kéo dài này của nhiễm độc phải được phân biệt với hội chứng cai (nghĩa là, các triệu chứng xuất hiện bởi sự giảm nồng độ của chất trong máu hay mô).

HỘI CHỨNG CAI CHẤT

Tiêu chuẩn chẩn đoán

- A. Đặc điểm quan trọng là xuất hiện thay đổi gây ra những vấn đề cùng lúc về hành vi, sinh lý và nhận thức, đặc trưng cho chất, do ngừng hay giảm việc sử dụng chất ở mức độ nặng và lâu dài.
- B. Hội chứng đặc trưng cho chất gây ra đau khổ hoặc suy giảm hoạt động chức năng xã hội, nghề nghiệp, hay các lĩnh vực quan trọng khác, có ý nghĩa trên lâm sàng.
- C. Các triệu chứng không phải gây ra bởi một bệnh lí cơ thể khác và không được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần khác.
- D. Hội chứng cai thường là, nhưng không phải luôn luôn, liên quan đến một rối loạn sử dụng chất. Phần lớn bệnh nhân khi bị hội chứng cai sẽ cảm thấy thôi thúc muốn

sử dụng lại chất đó để làm giảm các triệu chứng.

Đặc điểm giúp chẩn đoán

Phần lớn những bệnh nhân bị hội chứng cai thèm muốn sử dụng lại chất để làm giảm các triệu chứng. Hội chứng cai có thể được chẩn đoán với các nhóm chất sau:

- Rượu;
- Amphetamines và các chất liên quan khác;
- Cocaine;
- Nicotine;
- Các chất dạng thuốc phiện; và
- Các chất gây ngủ-êm dịu hay giải lo âu.

Các dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng cai thay đổi tùy theo chất sử dụng, phần lớn các triệu chứng cai là trái ngược với triệu chứng nhiễm độc của cùng chất đó. Liều lượng, thời gian sử dụng và các yếu tố khác như bệnh nhân có bị bệnh kèm theo hay không cũng ảnh hưởng đến các triệu chứng cai. Hội chứng cai xuất hiện khi liều dùng giảm hay ngưng, trong khi các dấu hiệu và triệu chứng của nhiễm độc cải thiện (dần dần trong nhiều trường hợp) sau khi ngưng sử dụng.

RỐI LOẠN TÂM THẦN DO CHẤT GÂY RA

Rối loạn tâm thần do chất gây ra là những hội chứng hệ thần kinh trung ương có thể nghiêm trọng, thường tạm thời, nhưng đôi khi dai dẳng, xuất hiện trong bối cảnh người dùng đang chịu tác động của chất lạm dụng, thuốc, hay một số chất độc. Chúng khác biệt với rối loạn sử dụng chất¹ ở điểm là trong rối loạn sử dụng chất, một nhóm các triệu chứng nhận thức, hành vi, và sinh lý góp phần vào việc tiếp tục sử dụng chất bất chấp các vấn đề đáng chú ý liên quan đến chất. Rối loạn tâm thần do chất có thể gặp khi sử dụng 10 nhóm chất gây ra rối loạn sử dụng chất, hoặc khi sử dụng nhiều loại thuốc khác nhau dùng trong điều trị y tế.

Điều quan trọng là nhận ra các đặc điểm chung này để giúp phát hiện ra các rối loạn này. Các đặc điểm này được mô tả như sau:

Tiêu chuẩn chẩn đoán

- A. Rối loạn có biểu hiện triệu chứng đáng kể về lâm sàng của một bệnh tâm thần liên quan.
- B. Có bằng chứng từ bệnh sử, thăm khám, hay kết quả xét nghiệm cho thấy cả hai điều sau đây:
 1. Rối loạn xuất hiện trong suốt hoặc trong vòng 1 tháng từ lúc bị nhiễm độc, hội chứng cai chất; và
 2. Chất liên quan có khả năng gây ra rối loạn tâm thần này.
- C. Rối loạn không được giải thích tốt hơn bởi một bệnh tâm thần độc lập (nghĩa là, một rối loạn không phải do chất hay thuốc gây ra). Bằng chứng của một bệnh tâm thần độc lập như vậy có thể bao gồm những điều sau đây:
 1. Rối loạn xảy ra trước khi khởi phát nhiễm độc hay hội chứng cai nặng hay tiếp xúc với chất;

¹ Trong DSM 5, rối loạn sử dụng chất là thuật ngữ được sử dụng thay cho các khái niệm nghiện, lệ thuộc và lạm dụng trước đây (chú thích của người dịch)

hoặc

2. Rối loạn tâm thần toàn phát kéo dài trong một khoảng thời gian đáng kể (vd., ít nhất 1 tháng) sau khi kết thúc hội chứng cai cấp tính hoặc nhiễm độc nặng hoặc sử dụng chất. Tiêu chuẩn này không áp dụng với rối loạn nhận thức do chất gây ra hay rối loạn tri giác dai dẳng do chất gây ảo giác, là những bệnh kéo dài quá thời gian kết thúc nhiễm độc hay hội chứng cai.

D. Rối loạn không chỉ diễn ra duy nhất trong tiến triển của sảng.

E. Rối loạn gây ra đau khổ hoặc suy giảm hoạt động chức năng xã hội, nghề nghiệp, hay các lĩnh vực quan trọng khác, có ý nghĩa trên lâm sàng.

Đặc điểm chẩn đoán

Một vài điểm khái quát có thể được rút ra khi nói về các phân nhóm chất có khả năng gây ra rối loạn tâm thần do chất gặp được trên lâm sàng. Nói chung, những chất nghiêng về tác dụng an thần (thuốc an thần, thuốc ngủ, hay thuốc giải lo âu, và rượu) có thể gây ra rối loạn trầm cảm nổi bật và đáng chú ý trên lâm sàng trong thời gian nhiễm độc, còn tình trạng lo âu có thể được quan sát thấy trong thời gian hội chứng cai của các chất này. Ngoài ra, trong thời gian nhiễm độc, những chất nghiêng về tác dụng kích thích (vd., amphetamines và cocaine) có khả năng liên quan đến rối loạn loạn thần do chất và rối loạn lo âu do chất, và trong thời gian hội chứng cai có thể quan sát thấy giai đoạn trầm cảm nặng.

RỐI LOẠN LOẠN THẦN DO CHẤT GÂY RA

Tiêu chuẩn chẩn đoán

A. Hiện diện một hay cả hai triệu chứng sau:

1. Hoang tưởng
2. Ảo giác

B. Có bằng chứng từ bệnh sử, thăm khám, hay kết quả xét nghiệm cho thấy cả hai điều (1) và (2) sau đây:

1. Các triệu chứng trong Tiêu chuẩn A xuất hiện trong lúc hay nhanh chóng sau khi bị nhiễm độc hoặc hội chứng cai hoặc sau khi tiếp xúc với chất.
2. Chất liên quan có khả năng gây ra các triệu chứng trong Tiêu chuẩn A.

C. Rối loạn không được giải thích tốt hơn bởi một bệnh lí loạn thần mà không phải do chất gây ra. Bằng chứng cho một bệnh lí loạn thần độc lập như vậy có thể bao gồm những điều sau đây:

Triệu chứng xảy ra trước khi bắt đầu sử dụng chất; triệu chứng kéo dài trong một khoảng thời gian đáng kể (vd., ít nhất 1 tháng) sau khi kết thúc hội chứng cai cấp tính hoặc nhiễm độc nặng; hoặc có bằng chứng khác cho thấy tồn tại một bệnh lí loạn thần độc lập không do chất gây ra (vd., tiền sử ghi nhận những giai đoạn loạn thần tái diễn không liên quan đến chất).

D. Rối loạn không chỉ diễn ra duy nhất trong tiến triển của sảng.

E. Rối loạn gây ra đau khổ hoặc suy giảm hoạt động chức năng xã hội, nghề nghiệp, hay các lĩnh vực quan trọng khác, có ý nghĩa trên lâm sàng.

Rối loạn Tri giác Dai dẳng do Chất gây ảo giác (Hồi tưởng)

Tiêu chuẩn chẩn đoán

A. Sự xuất hiện trở lại, sau khi đã ngưng sử dụng chất gây ảo giác, một hay nhiều triệu chứng tri giác đã từng trải nghiệm trước đây trong lúc bị nhiễm độc chất gây ảo giác đó, [ví dụ]:

- Ảo giác hình học [nhìn thấy những mẫu vẽ hoặc hình dạng hình học không có thật trong môi trường];
- Tri giác sai lầm về những chuyển động trong thị trường ngoại biên;
- Màu sắc lóa sáng;
- Màu sắc rục rờ hơn;
- Vệt hình ảnh của các vật thể đang chuyển động;
- Dư ảnh dương [“bóng” của một vật thể sau khi vật thể đã dời đi, có màu sắc giống hoặc màu sắc bổ sung];
- Vàng sáng quanh các vật thể;
- Nhìn vật to ra [rối loạn thị giác làm cho vật thể có vẻ lớn hơn kích thước thật của chúng]; và
- Nhìn vật nhỏ lại [rối loạn thị giác làm cho vật thể có vẻ nhỏ hơn kích thước thật của chúng].

B. Triệu chứng trong Tiêu chuẩn A gây ra đau khổ hoặc suy giảm hoạt động chức năng xã hội, nghề nghiệp, hay các lĩnh vực quan trọng khác, có ý nghĩa trên lâm sàng.

C. Các triệu chứng không phải do một bệnh lí cơ thể gây ra (vd., tổn thương giải phẫu hay nhiễm trùng não, động kinh thị giác) và không được giải thích tốt hơn bởi một bệnh lí tâm thần khác (vd., sáng, sa sút tâm thần, tâm thần phân liệt) hay những ảo giác trong lúc mơ màng [trạng thái nửa thức nửa ngủ trước khi tỉnh thức hoàn toàn].

Những đặc điểm giúp chẩn đoán

Những tri giác bất thường gặp trong rối loạn tri giác dai dẳng do chất gây ảo giác xảy ra theo cơn và có thể do bản thân thúc đẩy gây ra (vd., bằng cách nghĩ về chúng) hoặc được kích hoạt khi ở trong bóng tối, bởi nhiều chất khác nhau, bởi lo âu hay mệt mỏi, hay bởi các yếu tố stress khác.

Các cơn triệu chứng thường giảm nhẹ sau vài tháng nhưng có thể kéo dài lâu hơn. Thăm khám khả năng nắm bắt thực tế vẫn bình thường (nghĩa là, bệnh nhân nhận ra rằng tri giác đó là tác động của ma túy chứ không phải là hiện thực bên ngoài). Trái lại, nếu bệnh nhân có cách giải thích hoang tưởng về căn nguyên [nguyên nhân] của bất thường tri giác, chẩn đoán phù hợp sẽ là rối loạn loạn thần không biệt định khác.

RỐI LOẠN TRẦM CẢM NẶNG

Tiêu chuẩn chẩn đoán

- A. Năm (hay nhiều hơn) trong số các triệu chứng dưới đây hiện diện trong cùng một khoảng thời gian kéo dài 2 tuần và thể hiện thay đổi so với hoạt động chức năng trước đó; ít nhất một trong số các triệu chứng phải là hoặc (1) khí sắc trầm cảm hoặc (2) mất quan tâm hoặc thích thú

Lưu ý: Không được tính các triệu chứng rõ ràng là do bệnh lí cơ thể khác gây ra.

1. Khí sắc trầm cảm phần lớn thời gian trong ngày, hầu như hàng ngày, do bệnh nhân tự khai (vd: cảm thấy buồn bã, trống rỗng hay vô vọng) hay do quan sát từ người khác (vd. có vẻ khóc lóc). (Chú ý: ở trẻ em và thiếu niên có thể là khí sắc cáu gắt).
 2. Giảm hứng thú hay vui thích rõ rệt trong tất cả, hay hầu hết, các hoạt động gần như suốt ngày, hầu như hàng ngày (được bệnh nhân tự kể lại hay quan sát bởi người khác).
 3. Sụt cân khi không ăn kiêng hay tăng cân đáng kể (vd. thay đổi trọng lượng cơ thể vượt quá 5% trong một tháng), hoặc giảm hay tăng sự thèm ăn hầu như hàng ngày. (Chú ý: Ở trẻ em, xem xét không tăng cân như mức dự định.)
 4. Mất ngủ hoặc ngủ nhiều hầu như hàng ngày.
 5. Tâm thần vận động bị kích động hoặc chậm chạp hầu như hàng ngày (người khác quan sát thấy được; không chỉ đơn thuần là cảm giác chủ quan bồn chồn hoặc chậm chạp).
 6. Mệt mỏi hay mất sinh lực hầu như hàng ngày.
 7. Cảm thấy mình vô dụng hay cảm giác tội lỗi quá mức hay không phù hợp (có thể là hoang tưởng) hầu như hàng ngày (không chỉ đơn thuần là tự trách bản thân hay cảm thấy có lỗi về việc mắc bệnh).
 8. Giảm khả năng suy nghĩ hay tập trung, hoặc do dự, hầu như hàng ngày (do chính bệnh nhân kể lại hay được quan sát bởi người khác).
 9. Ý nghĩ về cái chết tái diễn nhiều lần (không chỉ là lo sợ bị chết), ý tưởng tự sát tái diễn nhiều lần mà không có kế hoạch cụ thể, hay hành vi tự sát hoặc có kế hoạch tự sát cụ thể.
- B. Các triệu chứng gây ra đau khổ hay suy giảm hoạt động chức năng xã hội, nghề nghiệp hay các lĩnh vực quan trọng khác, có ý nghĩa trên lâm sàng.
- C. Giai đoạn triệu chứng không phải gây ra bởi tác động sinh lý của chất (vd. ma túy bị lạm dụng, thuốc, hay điều trị khác) hay bởi bệnh lí cơ thể khác.
- D. Sự xuất hiện của giai đoạn trầm cảm nặng không được giải thích tốt hơn bởi rối loạn phân liệt cảm xúc, tâm thần phân liệt, rối loạn dạng phân liệt, rối loạn hoang tưởng, hoặc các rối loạn khác thuộc phổ tâm thần phân liệt và loạn thần khác xác định và không xác định.
- E. Chưa từng có giai đoạn hưng cảm hay giai đoạn hưng cảm nhẹ.