

HỘI ĐỒNG KHOA HỌC BỆNH VIỆN
(Quyết định số 88/QĐ-BVCK27/2, ngày 17 tháng 05 năm 2023)

Tham gia biên soạn

Chủ biên soạn

Bác sĩ CKII. Hồ Quang Hồng Giám đốc (Chủ tịch)

Ủy viên, kiêm Thư ký thường trực

Bác sĩ CKI. Nguyễn Minh Cang Trưởng PKHTC-KT

Các ủy viên hội đồng

Bác sĩ CKI. Lê Thanh Bình Phó giám đốc (Phó Chủ tịch)

Bác sĩ CKI. Bùi Thanh Quyền Phó giám đốc (Phó Chủ tịch)

Bác sĩ CKI. Thạch Siêl Trưởng khoa Tâm thần

Bác sĩ. CKI. Nguyễn Tri Quý Trưởng khoa Da Liễu

Bác sĩ CKI. Huỳnh Thị Hồng Yến Trưởng khoa khám bệnh

Các chuyên gia tham dự

Bs CKII Trần Quốc Hùng Phó GD Bệnh viện Tâm thần
TP Hồ Chí Minh

Bs CKI Huỳnh Việt Khởi Phó Trưởng khoa Tâm thần

Bs CKI Tiêu Văn Hùng Phó Trưởng khoa Da liễu

LỜI MỞ ĐẦU

Bệnh viện chuyên khoa 27 tháng 2 tỉnh Sóc Trăng được chuyển đổi tổ chức từ Trung tâm phòng chống bệnh xã hội theo Quyết định số 266/QĐ-UBND, ngày 29/01/2018 của Ủy ban nhân dân tỉnh Sóc Trăng, có lịch sử hình thành và phát triển 21 năm là đơn vị trực thuộc Sở Y tế thực hiện tự chủ loại 2. Bệnh viện không ngừng phát triển, nâng cao trình độ, đảm bảo thực hiện tốt nhiệm vụ Khám chữa bệnh, phòng bệnh, đào tạo, nghiên cứu khoa học, chỉ đạo tuyến và hợp tác quốc tế.

Với mục tiêu nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh, phục vụ tốt công tác phòng bệnh và góp phần vào quản lý cải tiến chất lượng bệnh viện, Bệnh viện xây dựng “Phác đồ điều trị năm 2024” nhằm giúp cho các Bác sĩ, đặc biệt các Bác sĩ trẻ tham khảo nhanh trong công tác chuyên môn, đồng thời đảm bảo thực hiện đúng chính sách Bảo hiểm Y tế.

Quyển “ Phác đồ điều trị 2024” là sản phẩm của quá trình lao động, nghiên cứu, thực hành liên tục không mệt mỏi của tập thể của các Bác sĩ Bệnh viện; thể hiện sự nỗ lực vượt bậc của tập thể thầy thuốc trình độ chuyên môn cao, nhiều năm kinh nghiệm trong lĩnh vực hoạt động của mình.

Nội dung quyển “ Phác đồ điều trị năm 2024” được xây dựng trên cơ sở Phác đồ, hướng dẫn của Bộ Y tế, các Bệnh viện chuyên khoa đầu ngành tuyến trên được chia thành 03 chuyên khoa và đang trong quá trình xây dựng hoàn chỉnh hệ thống phác đồ điều trị của Bệnh viện nên rất cần sự góp ý để bổ sung và sửa chữa. Chúng tôi rất mong nhận được những ý kiến đóng góp của quý đồng nghiệp nhằm giúp cho lần sau bổ sung càng hoàn thiện hơn.

Chân thành cảm ơn sự đóng góp quý báu của các tác giả, đồng nghiệp, đã góp sức hoàn thành việc xây dựng phác đồ điều trị năm 2024.

Trân trọng!

MỤC LỤC

CHƯƠNG I: THÔNG TƯ 51/2017/TT-BYT HƯỚNG DẪN PHÒNG, CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ	1
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN PHẢN VỆ (Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế).....	2
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN MỨC ĐỘ PHẢN VỆ (Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)	4
HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ CẤP CỨU PHẢN VỆ (Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)	5
HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ PHẢN VỆ TRONG MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT (Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)	9
HỘP THUỐC CẤP CỨU PHẢN VỆ VÀ TRANG THIẾT BỊ Y TẾ (Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế).....	11
HƯỚNG DẪN KHAI THÁC TIỀN SỬ DỊ ỨNG (Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)	12
MẪU THẺ THEO DÕI DỊ ỨNG (Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)	13
HƯỚNG DẪN CHỈ ĐỊNH LÀM TEST DA (Gồm test lấy da và test nội bì) (Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)	14
QUY TRÌNH KỸ THUẬT TEST DA (Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)	15
SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ (Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)	16
XỬ TRÍ CẤP CỨU NGỪNG HÔ HẤP TUẦN HOÀN	18
XỬ TRÍ CẤP CỨU TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH.....	22
XỬ TRÍ KÍCH ĐỘNG TÂM THẦN.....	24
CHƯƠNG II: DA LIỄU	27
BỆNH LẬU	28
VIÊM NIỆU ĐẠO KHÔNG DO LẬU (Nongonococcal Urethritis).....	30
BỆNH GIANG MAI	32
SÙI MÀO GÀ	34
CHỐC (IMPETIGO).....	37
VIÊM DA CƠ ĐỊA (Atopic dermatitis)	40
BỆNH THỦY ĐẬU.....	45
BỆNH PEMPHIGUS	47
BỆNH DUHRING	49
BỆNH ZONA	51

BỐT SÙI THUỖNG BÌ (Verrucous epidermal nevus)	54
HỘI CHỨNG STEVENS – JOHNSON VÀ HOẠI TỬ THUỖNG BÌ NHIỄM ĐỘC (Steven Johnson syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis)	56
BỆNH GIANG MAI (Syphilis)	61
U ỐNG TUYẾN MỎ HÔI (Syringoma).....	68
U VÀNG (Xanthoma)	71
VẢY NẾN THỂ MỦ (Pustular psoriasis).....	75
VẢY NẾN THỂ THÔNG THUỖNG (Psoriasis vulgaris)	82
VIÊM DA DO DEMODEX (Demodicosis)	88
TRÚNG ĐỘC DA DO THUỐC	92
BỆNH VẢY NẾN.....	95
BỆNH MỤN TRÚNG CÁ.....	98
VIÊM DA TIẾP XÚC (CONTACT DERMATITIS).....	101
NÁM DA (MELASMA, CHLOASMA)	107
ĐỎ DA TOÀN THÂN.....	111
BỆNH NÁM DA	114
NÁM TÓC	119
NÁM MÓNG	121
VIÊM DA TIẾT BÃ (SEBORRHEIC DERMATITIS)	124
BỆNH GHỀ NGỨA (Scabies).....	129
CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ LỖ ĐÁO	131
ĐIỀU TRỊ CƠN PHẢN ỨNG PHONG	134
BỆNH MÀY ĐAY (Urticaria).....	138
CHƯƠNG III: MẮT.....	144
CÁC CHỮ VẾT TẮT	145
VIÊM KẾT MẠC CẤP.....	146
CHẤP LỆO	148
VIÊM MÀNG BÒ ĐÀO TRƯỚC	150
GLAUCOMA CẤP.....	152
GLAUCOMA GÓC MỎ	154
ĐỤC THỦY TINH THỂ.....	156
MỘNG THỊT	159
DỊ VẬT KẾT MẠC, GIÁC MẠC	161
BỎNG MẮT DO HÓA CHẤT	164

XUẤT HUYẾT TIỀN PHÒNG DO CHẤN THƯƠNG.....	167
VIÊM GIÁC MẠC HERPES SIMPLEX	169
VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM	171
LOÉT GIÁC MẠC DO VI KHUẨN.....	173
THOÁI HÓA HOÀNG ĐIỂM TUỔI GIÀ THỂ TÂN MẠCH (THỂ UỐT)	176
PHÙ HOÀNG ĐIỂM DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG DME	180
ĐỤC BAO SAU.....	184
VIÊM KẾT MẠC CẤP DO ADENOVIRUS.....	185
VIÊM KẾT MẠC GIẢ MẠC, VIÊM KẾT MẠC CẤP TRỄ SƠ SINH	186
VIÊM KẾT MẠC DO LẬU	187
MẮT HỘT	189
VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRUNG GIAN	191
VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO SAU.....	192
CHƯƠNG IV: TÂM THẦN	193
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT (F20)	194
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN DẠNG PHÂN LIỆT (F21).....	203
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TÂM THẦN CẤP VÀ NHẤT THỜI (F23)..	207
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN CẢM XÚC LŨNG CỤC (F31).....	211
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN PHÂN LIỆT CẢM XÚC (F25).....	218
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TÂM THẦN THỰC TỒN (F.06).....	224
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CHẬM PHÁT TRIỂN TÂM THẦN (F70-F79)	230
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ GIAI ĐOẠN HÙNG CẢM (F30)	235
ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ HÀNH VI KẾT HỢP VỚI THỜI KỲ SINH ĐẸ (F53)	240
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN HOẢNG LOẠN (F41.0)	245
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ HÀNH VI DO SỬ DỤNG RƯỢU (F10)	249
CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ TRẠNG THÁI CAI RƯỢU CÓ MÊ SẢNG (SẢNG RƯỢU - SẢNG RUN - F10.4)	256
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN DO SỬ DỤNG CÁC CHẤT DẠNG AMPHETAMINES (ATS).....	260
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN STRESS SAU SANG CHẤN (PTSD – F43.1)	271
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ PHẢN ỨNG STRESS CẤP (F43.0)	275
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ GIAI ĐOẠN TRẦM CẢM (F32)	280

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN HỖN HỢP LO ÂU TRẦM CẢM (F41.2).....	287
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LO ÂU LAN TỎA (F41.1)	293
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN LO ÂU ẨM ẢNH SỢ HẢI (F40)	298
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN DẠNG CƠ THỂ (F45).....	304
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN PHÂN LY (F44).....	311
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SA SÚT TRÍ TUỆ (F00).....	316
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN HÀNH VI TRẺ EM	326
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý	330
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TỰ KỶ.....	336
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐỘNG KINH (G.40).....	343
CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH	349
PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KÍCH ĐỘNG.....	356
CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ HỘI CHỨNG AN THẦN KINH ẮC TÍNH.....	359
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG MUỘN DO DỪNG THUỐC ATK	360
CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ HỘI CHỨNG SEROTONIN	361
CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ HỘI CHỨNG GIỐNG PARKINSON DO DỪNG THUỐC ATK	364
CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ TRẠNG THÁI BỒN CHỒN BẤT AN DO THUỐC AN THẦN KINH	366
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TRƯỞNG LỰC CƠ CẤP	368
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN GIÁC NGỦ KHÔNG THỰC TỒN (F51)	371
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN TIC (F95)	379
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH ĐAU ĐẦU THƯỜNG GẶP	383
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH CHÓNG MẶT.....	394
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÝP 1 & TÝP 2.....	402
CÁC THUỐC HẠ GLUCOSE HUYẾT ĐANG SỬ DỤNG TẠI BỆNH VIỆN	417
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP (Ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31 tháng 08 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế).....	420
QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP	425
THIỆU MÁU CƠ TIM CỤC BỘ	426

**CHƯƠNG I: THÔNG TƯ 51/2017/TT-BYT HƯỚNG DẪN PHÒNG,
CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ**

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN PHẢN VỆ

(Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Chẩn đoán phản vệ:

1. Triệu chứng gợi ý:

Nghĩ đến phản vệ khi xuất hiện ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- a) Mày đay, phù mạch nhanh.
- b) Khó thở, tức ngực, thở rít.
- c) Đau bụng hoặc nôn.
- d) Tụt huyết áp hoặc ngất.
- e) Rối loạn ý thức.

2. Các bệnh cảnh lâm sàng:

1. Bệnh cảnh lâm sàng 1:

Các triệu chứng xuất hiện trong vài giây đến vài giờ ở da, niêm mạc (mày đay, phù mạch, ngứa...) và có ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau:

- a) Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).
- b) Tụt huyết áp (HA) hay các hậu quả của tụt HA (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).

2. Bệnh cảnh lâm sàng 2:

Ít nhất 2 trong 4 triệu chứng sau xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi người bệnh tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ:

- a) Biểu hiện ở da, niêm mạc: mày đay, phù mạch, ngứa.
- b) Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).
- c) Tụt huyết áp hoặc các hậu quả của tụt huyết áp (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).
- d) Các triệu chứng tiêu hóa (nôn, đau bụng...).

3. Bệnh cảnh lâm sàng 3:

Tụt huyết áp xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ mà người bệnh đã từng bị dị ứng:

- a) Trẻ em: giảm ít nhất 30% huyết áp tâm thu (HA tối đa) hoặc tụt huyết áp tâm thu so với tuổi (huyết áp tâm thu < 70mmHg).
- b) Người lớn: Huyết áp tâm thu < 90mmHg hoặc giảm 30% giá trị huyết áp tâm thu nền.

II. Chẩn đoán phân biệt:

1. Các trường hợp sốc: sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn.

2. Tai biến mạch máu não.
3. Các nguyên nhân đường hô hấp: COPD, cơn hen phế quản, khó thở thanh quản (do dị vật, viêm).
4. Các bệnh lý ở da: mày đay, phù mạch.
5. Các bệnh lý nội tiết: cơn bão giáp trạng, hội chứng carcinoid, hạ đường máu.
6. Các ngộ độc: rượu, opiat, histamin./.

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN MỨC ĐỘ PHẢN VỆ
(Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Phản vệ được phân thành 4 mức độ như sau:

(lưu ý mức độ phản vệ có thể nặng lên rất nhanh và không theo tuần tự)

- 1. Nhẹ (độ I):** Chỉ có các triệu chứng da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mày đay, ngứa, phù mạch.
- 2. Nặng (độ II):** có từ 2 biểu hiện ở nhiều cơ quan:
 - a) Mày đay, phù mạch xuất hiện nhanh.
 - b) Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi.
 - c) Đau bụng, nôn, ỉa chảy.
 - d) Huyết áp chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.
- 3. Nguy kịch (độ III):** biểu hiện ở nhiều cơ quan với mức độ nặng hơn như sau:
 - a) Đường thở: tiếng rít thanh quản, phù thanh quản.
 - b) Thở: thở nhanh, khò khè, tím tái, rối loạn nhịp thở.
 - c) Rối loạn ý thức: vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ tròn.
 - d) Tuần hoàn: sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp.
- 4. Ngừng tuần hoàn (độ IV):** Biểu hiện ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn./.

HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ CẤP CỨU PHẢN VỆ
(Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Nguyên tắc chung

1. Tất cả trường hợp phản vệ phải được phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp, kịp thời ngay tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ.
2. Bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, nhân viên y tế khác phải xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ.

3. Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu cứu sống người bệnh bị phản vệ, phải được tiêm bắp ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên.

4. Ngoài hướng dẫn này, đối với một số trường hợp đặc biệt còn phải xử trí theo hướng dẫn tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư này.

II. Xử trí phản vệ nhẹ (độ I): dị ứng nhưng có thể chuyển thành nặng hoặc nguy kịch

1. Sử dụng thuốc methylprednisolon hoặc diphenhydramin uống hoặc tiêm tùy tình trạng người bệnh.
2. Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ để xử trí kịp thời.

III. Phác đồ xử trí cấp cứu phản vệ mức nặng và nguy kịch (độ II, III)

Phản vệ độ II có thể nhanh chóng chuyển sang độ III, độ IV. Vì vậy, phải khẩn trương, xử trí đồng thời theo diễn biến bệnh:

1. Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có).
2. Tiêm hoặc truyền adrenalin (theo mục IV dưới đây).
3. Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn.
4. Thở ô xy: người lớn 6-10l/phút, trẻ em 2-4l/phút qua mặt nạ hở.
5. Đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc của người bệnh.
 - a) Ép tim ngoài lồng ngực và bóp bóng (nếu ngừng hô hấp, tuần hoàn).
 - b) Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu (nếu khó thở thanh quản).
6. Thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch với dây truyền thông thường nhưng kim tiêm to (cỡ 14 hoặc 16G) hoặc đặt catheter tĩnh mạch và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh (theo mục IV dưới đây).
7. Hội ý với các đồng nghiệp, tập trung xử lý, báo cáo cấp trên, hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa cấp cứu, hồi sức và/hoặc chuyên khoa dị ứng (nếu có).

IV. Phác đồ sử dụng adrenalin và truyền dịch

Mục tiêu: Nâng và duy trì ổn định HA tối đa của người lớn lên $\geq 90\text{mmHg}$, trẻ em $\geq 70\text{mmHg}$ và không còn các dấu hiệu về hô hấp như thở rít, khó thở; dấu hiệu về tiêu hóa như nôn mửa, ỉa chảy.

1. Thuốc **adrenalin 1mg = 1ml = 1 ống, tiêm bắp:**

- a) Trẻ sơ sinh hoặc trẻ $< 10\text{kg}$: 0,2ml (tương đương 1/5 ống).
- b) Trẻ khoảng 10 kg: 0,25ml (tương đương 1/4 ống).
- c) Trẻ khoảng 20 kg: 0,3ml (tương đương 1/3 ống).
- d) Trẻ $> 30\text{kg}$: 0,5ml (tương đương 1/2 ống).
- e) Người lớn: 0,5-1 ml (tương đương 1/2-1 ống).

2. Theo dõi huyết áp 3-5 phút/lần.

3. Tiêm nhắc lại adrenalin liều như khoản 1 mục IV 3-5 phút/lần cho đến khi huyết áp và mạch ổn định.

4. Nếu mạch không bắt được và huyết áp không đo được, các dấu hiệu hô hấp và tiêu hóa nặng lên sau 2-3 lần tiêm bắp như khoản 1 mục IV hoặc có nguy cơ ngừng tuần hoàn phải:

a) Nếu chưa có đường truyền tĩnh mạch:

Tiêm tĩnh mạch chậm dung dịch adrenalin 1/10.000 (1 ống adrenalin 1mg pha với 9ml nước cất = pha loãng 1/10). Liều adrenalin tiêm tĩnh mạch chậm trong cấp cứu phản vệ chỉ bằng 1/10 liều adrenalin tiêm tĩnh mạch trong cấp cứu ngừng tuần hoàn. Liều dùng:

- **Người lớn:** 0,5-1 ml (dung dịch pha loãng 1/10.000=50-100 μg) tiêm trong 1-3 phút, sau 3 phút có thể tiêm tiếp lần 2 hoặc lần 3 nếu mạch và huyết áp chưa lên. Chuyển ngay sang truyền tĩnh mạch liên tục khi đã thiết lập được đường truyền.

- **Trẻ em:** Không áp dụng tiêm tĩnh mạch chậm.

b) Nếu đã có đường truyền tĩnh mạch, truyền tĩnh mạch liên tục adrenalin (pha adrenalin với dung dịch natriclorid 0,9%) cho người bệnh kém đáp ứng với adrenalin tiêm bắp và đã được truyền đủ dịch. Bắt đầu bằng liều 0,1 $\mu\text{g/kg/phút}$, cứ 3-5 phút điều chỉnh liều adrenalin tùy theo đáp ứng của người bệnh.

c) Đồng thời với việc dùng adrenalin truyền tĩnh mạch liên tục, truyền nhanh dung dịch natriclorid 0,9% 1.000ml-2.000ml ở người lớn, 10-20ml/kg trong 10-20 phút ở trẻ em có thể nhắc lại nếu cần thiết.

5. Khi đã có đường truyền tĩnh mạch adrenalin với liều duy trì huyết áp ổn định thì có thể theo dõi mạch và huyết áp 1 giờ/lần đến 24 giờ.

**Bảng tham khảo cách pha loãng
adrenalin với dung dịch NaCl 0,9% và tốc độ truyền tĩnh mạch chậm**

01 ống adrenalin 1mg pha với 250ml NaCl 0,9% (như vậy 1ml dung dịch pha loãng có 4 μ g adrenalin)

Cân nặng người bệnh (kg)	Liều truyền tĩnh mạch adrenalin khởi đầu (0,1 μ g/kg/phút)	Tốc độ (giọt/phút) với kim tiêm 1 ml=20 giọt
Khoảng 80	2ml	40 giọt
Khoảng 70	1,75ml	35 giọt
Khoảng 60	1,50ml	30 giọt
Khoảng 50	1,25ml	25 giọt
Khoảng 40	1ml	20 giọt
Khoảng 30	0,75ml	15 giọt
Khoảng 20	0,5ml	10 giọt
Khoảng 10	0,25ml	5 giọt

V. Xử trí tiếp theo

1. Hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn:

Tùy mức độ suy tuần hoàn, hô hấp có thể sử dụng một hoặc các biện pháp sau đây:

- a) Thở oxy qua mặt nạ: 6-10 lít/phút cho người lớn, 2-4 lít/phút ở trẻ em,
- b) Bóp bóng AMBU có oxy,
- c) Đặt ống nội khí quản thông khí nhân tạo có ô xy nếu thở rít tăng lên không đáp ứng với adrenalin,
- d) Mở khí quản nếu có phù thanh môn-hạ họng không đặt được nội khí quản,

đ) Truyền tĩnh mạch chậm: aminophyllin 1mg/kg/giờ hoặc salbutamol 0,1 μ g/kg/phút hoặc terbutalin 0,1 μ g/kg/phút (tốt nhất là qua bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch),

e) Có thể thay thế aminophyllin bằng salbutamol 5mg khí dung qua mặt nạ hoặc xịt họng salbutamol 100 μ g người lớn 2-4 nhát/lần, trẻ em 2 nhát/lần, 4-6 lần trong ngày.

2. Nếu không nâng được huyết áp theo mục tiêu sau khi đã truyền đủ dịch và adrenalin, có thể truyền thêm dung dịch keo (huyết tương, albumin hoặc bất kỳ dung dịch cao phân tử nào sẵn có).

3. Thuốc khác:

- Methylprednisolon 1-2mg/kg ở người lớn, tối đa 50mg ở trẻ em hoặc hydrocortison 200mg ở người lớn, tối đa 100mg ở trẻ em, tiêm tĩnh mạch (có thể tiêm bắp ở tuyến cơ sở).

- Kháng histamin H1 như diphenhydramin tiêm bắp hoặc tĩnh mạch: người lớn 25-50mg và trẻ em 10-25mg.

- Kháng histamin H2 như ranitidin: ở người lớn 50mg, ở trẻ em 1mg/kg pha trong 20ml Dextrose 5% tiêm tĩnh mạch trong 5 phút.

- Glucagon: sử dụng trong các trường hợp tụt huyết áp và nhịp chậm không đáp ứng với adrenalin. Liều dùng: người lớn 1-5mg tiêm tĩnh mạch trong 5 phút, trẻ em 20-30µg/kg, tối đa 1mg, sau đó duy trì truyền tĩnh mạch 5-15µg/phút tùy theo đáp ứng lâm sàng. Bảo đảm đường thở tốt vì glucagon thường gây nôn.

- Có thể phối hợp thêm các thuốc vận mạch khác: dopamin, dobutamin, noradrenalin truyền tĩnh mạch khi người bệnh có sốc nặng đã được truyền đủ dịch và adrenalin mà huyết áp không lên.

VI. Theo dõi

1. Trong giai đoạn cấp: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpCO₂ và tri giác 3-5 phút/lần cho đến khi ổn định.

2. Trong giai đoạn ổn định: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂ và tri giác mỗi 1-2 giờ trong ít nhất 24 giờ tiếp theo.

3. Tất cả các người bệnh phản vệ cần được theo dõi ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đến ít nhất 24 giờ sau khi huyết áp đã ổn định và đề phòng phản vệ pha 2.

4. Ngừng cấp cứu: nếu sau khi cấp cứu ngừng tuần hoàn tích cực không kết quả./.

HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ PHẢN VỆ TRONG MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

(Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Phản vệ trên đối tượng sử dụng thuốc đặc biệt

1. Phản vệ trên người đang dùng thuốc chẹn thụ thể Beta:

a) Đáp ứng của người bệnh này với adrenalin thường kém, làm tăng nguy cơ tử vong.

b) Điều trị: về cơ bản giống như phác đồ chung xử trí phản vệ, cần theo dõi sát huyết áp, truyền tĩnh mạch adrenalin và có thể truyền thêm các thuốc vận mạch khác.

c) Thuốc giãn phế quản: nếu thuốc cường beta 2 đáp ứng kém, nên dùng thêm kháng cholinergic: ipratropium (0,5mg khí dung hoặc 2 nhát đường xịt).

d) Xem xét dùng glucagon khi không có đáp ứng với adrenalin.

2. Phản vệ trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật:

a) Những trường hợp này thường khó chẩn đoán phản vệ vì người bệnh đã được gây mê, an thần, các biểu hiện ngoài da có thể không xuất hiện nên không đánh giá được các dấu hiệu chủ quan, cần đánh giá kỹ triệu chứng trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật như huyết áp tụt, nồng độ oxy máu giảm, mạch nhanh, biến đổi trên monitor theo dõi, ran rít mới xuất hiện.

b) Ngay khi nghi ngờ phản vệ, có thể lấy máu định lượng tryptase tại thời điểm chẩn đoán và mức tryptase nền của bệnh nhân.

c) Chú ý khai thác kỹ tiền sử dị ứng trước khi tiến hành gây mê, gây tê phẫu thuật để có biện pháp phòng tránh.

d) Lưu ý: một số thuốc gây tê là những hoạt chất ưa mỡ (lipophilic) có độc tính cao khi vào cơ thể gây nên một tình trạng ngộ độc nặng giống như phản vệ có thể tử vong trong vài phút, cần phải điều trị cấp cứu bằng thuốc kháng độc (nhũ dịch lipid) kết hợp với adrenalin vì không thể biết được ngay cơ chế phản ứng là nguyên nhân ngộ độc hay dị ứng.

đ) Dùng thuốc kháng độc là nhũ dịch lipid tiêm tĩnh mạch như Lipofundin 20%, Intralipid 20% tiêm nhanh tĩnh mạch, có tác dụng trung hòa độc chất do thuốc gây tê tan trong mỡ vào tuần hoàn. Liều lượng như sau:

- **Người lớn:** tổng liều 10ml/kg, trong đó bolus 100ml, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5ml/kg/phút.

- **Trẻ em:** tổng liều 10ml/kg, trong đó bolus 2ml/kg, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5ml/kg/phút.

Trường hợp nặng, nguy kịch có thể tiêm 2 lần bolus cách nhau vài phút.

3. Phản vệ với thuốc cản quang:

- a) Phản vệ với thuốc cản quang xảy ra chủ yếu theo cơ chế không dị ứng.
- b) Khuyến cáo sử dụng thuốc cản quang có áp lực thẩm thấu thấp và không ion hóa (tỷ lệ phản vệ thấp hơn).

II. Các trường hợp đặc biệt khác

1. Phản vệ do gắng sức

- a) Là dạng phản vệ xuất hiện sau hoạt động gắng sức.
- b) Triệu chứng điển hình: bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi, kiệt sức, nóng bừng, đỏ da, ngứa, mề đay, có thể phù mạch, khò khè, tắc nghẽn đường hô hấp trên, trụy mạch. Một số bệnh nhân thường chỉ xuất hiện triệu chứng khi gắng sức có kèm thêm các yếu tố đồng kích thích khác như: thức ăn, thuốc chống viêm giảm đau không steroid, rượu, phấn hoa.
- c) Người bệnh phải ngừng vận động ngay khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên. Người bệnh nên mang theo người hộp thuốc cấp cứu phản vệ hoặc bơm tiêm adrenalin định liều chuẩn (EpiPen, AnaPen...). Điều trị theo Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.
- d) Gửi khám chuyên khoa Dị ứng-miễn dịch lâm sàng sàng lọc nguyên nhân.

2. Phản vệ vô căn

- a) Phản vệ vô căn được chẩn đoán khi xuất hiện các triệu chứng phản vệ mà không xác định được nguyên nhân.
- b) Điều trị theo Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.
- c) Điều trị dự phòng: được chỉ định cho các bệnh nhân thường xuyên xuất hiện các đợt phản vệ (> 6 lần/năm hoặc > 2lần/2 tháng).
- d) Điều trị dự phòng theo phác đồ:
 - Prednisolon 60-100mg/ngày x 1 tuần, sau đó
 - Prednisolon 60mg/cách ngày x 3 tuần, sau đó
 - Giảm dần liều prednisolon trong vòng 2 tháng
 - Kháng H1: cetirizin 10mg/ngày, loratadin 10mg/ngày..../.

HỘP THUỐC CẤP CỨU PHẢN VỆ VÀ TRANG THIẾT BỊ Y TẾ
(Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Thành phần hộp thuốc cấp cứu phản vệ:

Stt	Nội dung	Đơn vị	Số lượng
1	Phác đồ, sơ đồ xử trí cấp cứu phản vệ (Phụ lục III, Phụ lục X)	bản	01
2	Bơm kim tiêm vô khuẩn		
	- Loại 10ml	cái	02
	- Loại 5ml	cái	02
	- Loại 1ml	cái	02
	- Kim tiêm 14-16G	cái	02
3	Bông tiệt trùng tẩm cồn	gói/hộp	01
4	Dây garo	cái	02
5	Adrenalin 1mg/1ml	ống	05
6	Methylprednisolon 40mg	lọ	02
7	Diphenhydramin 10mg	ống	05
8	Nước cất 10ml	ống	03

II. Trang thiết bị y tế và thuốc tối thiểu cấp cứu phản vệ tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

1. Oxy.
2. Bóng AMBU và mặt nạ người lớn và trẻ nhỏ.
3. Bơm xịt salbutamol.
4. Bộ đặt nội khí quản và/hoặc bộ mở khí quản và/hoặc mask thanh quản.
5. Nhũ dịch Lipid 20% lọ 100ml (02 lọ) đặt trong tủ thuốc cấp cứu tại nơi sử dụng thuốc gây tê, gây mê.
6. Các thuốc chống dị ứng đường uống.
7. Dịch truyền: natriclorid 0,9%./.

HƯỚNG DẪN KHAI THÁC TIỀN SỬ DỊ ỨNG

(Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Lưu ý khai thác thông tin trên thẻ dị ứng của người bệnh nếu có (xem mẫu thẻ theo quy định tại Phụ lục VII ban hành kèm theo Thông tư này)

Stt	Nội dung	Tên thuốc, dị nguyên gây dị ứng	Có/ số lần	Không	Biểu hiện lâm sàng-xử trí
1	Loại thuốc hoặc dị nguyên nào đã gây dị ứng?				
2	Dị ứng với loại côn trùng nào?				
3	Dị ứng với loại thực phẩm nào?				
4	Dị ứng với các tác nhân khác: phấn hoa, bụi nhà, hóa chất, mỹ phẩm...?				
5	Tiền sử cá nhân có bệnh dị ứng nào? (viêm mũi dị ứng, hen phế quản...)				
6	Tiền sử gia đình có bệnh dị ứng nào? (Bố mẹ, con, anh chị em ruột, có ai bị các bệnh dị ứng trên không).				

MẪU THẺ THEO DÕI DỊ ỨNG

(Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

(Mặt trước)

Bệnh viện			
Khoa/Trung tâm			
THẺ DỊ ỨNG			
Họ tên: Nam ☐ Nữ ☐			
Tuổi			
Số CMND hoặc thẻ căn cước hoặc số định danh công dân			
Dị nguyên/thuốc	Nghi ngờ	Chắc chắn	Biểu hiện lâm sàng
.....	☐	☐	
.....	☐	☐	
Bác sĩ xác nhận chẩn đoán ký:		ĐT	
Họ và tên:		Ngày cấp thẻ.....	

(Mặt sau)

Ba điều cần nhớ

1) Các dấu hiệu nhận biết phản vệ:

Sau khi tiếp xúc với dị nguyên có một trong những triệu chứng sau đây

- Miệng, họng: Ngứa, phù môi, lưỡi, khó thở, khàn giọng.
- Da: ngứa, phát ban, đỏ da, phù nề.
- Tiêu hóa: nôn, tiêu chảy, đau bụng.
- Hô hấp: khó thở, tức ngực, thở rít, ho.
- Tim mạch: mạch yếu, choáng váng.

2) Luôn mang adrenalin theo người.

3) Khi có dấu hiệu phản vệ:

“Tiêm bắp adrenalin ngay lập tức”

“Gọi 115 hoặc đến cơ sở khám, chữa bệnh gần nhất”

HƯỚNG DẪN CHỈ ĐỊNH LÀM TEST DA

(Gồm test lấy da và test nội bì)

(Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. Không thử phản ứng (test) cho tất cả các loại thuốc trừ những trường hợp có chỉ định theo quy định tại khoản 2 dưới đây.

2. Phải tiến hành test da trước khi sử dụng thuốc hoặc dị nguyên nếu người bệnh có tiền sử dị ứng với thuốc hoặc dị nguyên có liên quan (thuốc, dị nguyên cùng nhóm hoặc có phản ứng chéo) và nếu người bệnh có tiền sử phản vệ với nhiều dị nguyên khác nhau.

3. Khi thử test phải có sẵn các phương tiện cấp cứu phản vệ.

4. Việc làm test da theo quy định tại Phụ lục IX ban hành kèm theo Thông tư này.

5. Nếu người bệnh có tiền sử dị ứng với thuốc hoặc dị nguyên và kết quả test da (lấy da hoặc nội bì) dương tính thì không được sử dụng thuốc hoặc dị nguyên đó.

6. Nếu người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc hoặc dị nguyên và kết quả test lấy da âm tính với dị nguyên đó thì tiếp tục làm test nội bì.

7. Nếu người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc và kết quả test lấy da và nội bì âm tính với thuốc hoặc dị nguyên, trong trường hợp cấp cứu phải sử dụng thuốc (không có thuốc thay thế) cần cân nhắc làm test kích thích và/hoặc giải mẫn cảm nhanh với thuốc tại chuyên khoa dị ứng hoặc các bác sĩ đã được tập huấn về dị ứng-miễn dịch lâm sàng tại cơ sở y tế có khả năng cấp cứu phản vệ và phải được sự đồng ý của người bệnh hoặc đại diện hợp pháp của người bệnh bằng văn bản.

8. Sau khi tình trạng dị ứng ổn định được 4-6 tuần, khám lại chuyên khoa dị ứng-miễn dịch lâm sàng hoặc các chuyên khoa đã được đào tạo về dị ứng-miễn dịch lâm sàng cơ bản để làm test xác định nguyên nhân phản vệ./.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TEST DA

(Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. TEST LẤY DA

a) Giải thích cho người bệnh hoặc đại diện hợp pháp của người bệnh và ký xác nhận vào mẫu phiếu đề nghị thử test.

b) Chuẩn bị phương tiện (kim lấy da, bơm kim tiêm vô trùng, dung dịch histamin 1mg/ml, thước đo kết quả, hộp cấp cứu phản vệ, thuốc hoặc dị nguyên được chuẩn hóa).

c) Sát trùng vị trí thử test (những vị trí rộng rãi không có tổn thương da như mặt trước trong cẳng tay, lưng), đợi khô.

d) Nhỏ các giọt dung dịch cách nhau 3-5cm, đánh dấu tránh nhầm lẫn.

- 1 giọt dung dịch natriclorid 0,9% (chứng âm).

- 1 giọt dung dịch thuốc hoặc dị nguyên nghi ngờ.

- 1 giọt dung dịch histamin 1mg/ml (chứng dương).

e) Kim lấy da cắm vào giữa giọt dung dịch trên mặt da tạo một góc 45° rồi lấy nhẹ (không chảy máu), nếu là loại kim nhựa 1 đầu có hãm, chỉ cần ấn thẳng kim qua giọt dung dịch vuông góc với mặt da, dùng giấy hoặc bông thấm giọt dung dịch sau khi thực hiện kỹ thuật.

f) Đọc kết quả sau 20 phút, kết quả dương tính khi xuất hiện sẩn ở vị trí dị nguyên lớn hơn 3mm hoặc trên 75% so với chứng âm.

2. TEST NỘI BÌ

a) Giải thích cho bệnh nhân hoặc đại diện hợp pháp của bệnh nhân và ký xác nhận vào mẫu phiếu đề nghị thử test.

b) Chuẩn bị dụng cụ (dung dịch natriclorid 0,9%, bơm kim tiêm vô trùng loại 1ml, thước đo kết quả, hộp cấp cứu phản vệ, thuốc hoặc dị nguyên được chuẩn hóa).

c) Sát trùng vị trí thử test (những vị trí rộng rãi không có tổn thương da như mặt trước trong cẳng tay, lưng,...), đợi khô.

d) Dùng bơm tiêm 1ml tiêm trong da các điểm cách nhau 3-5cm, mỗi điểm 0,02-0,05ml tạo một nốt phỏng đường kính 3mm theo thứ tự.

- Điểm 1: dung dịch natriclorid 0,9% (chứng âm).

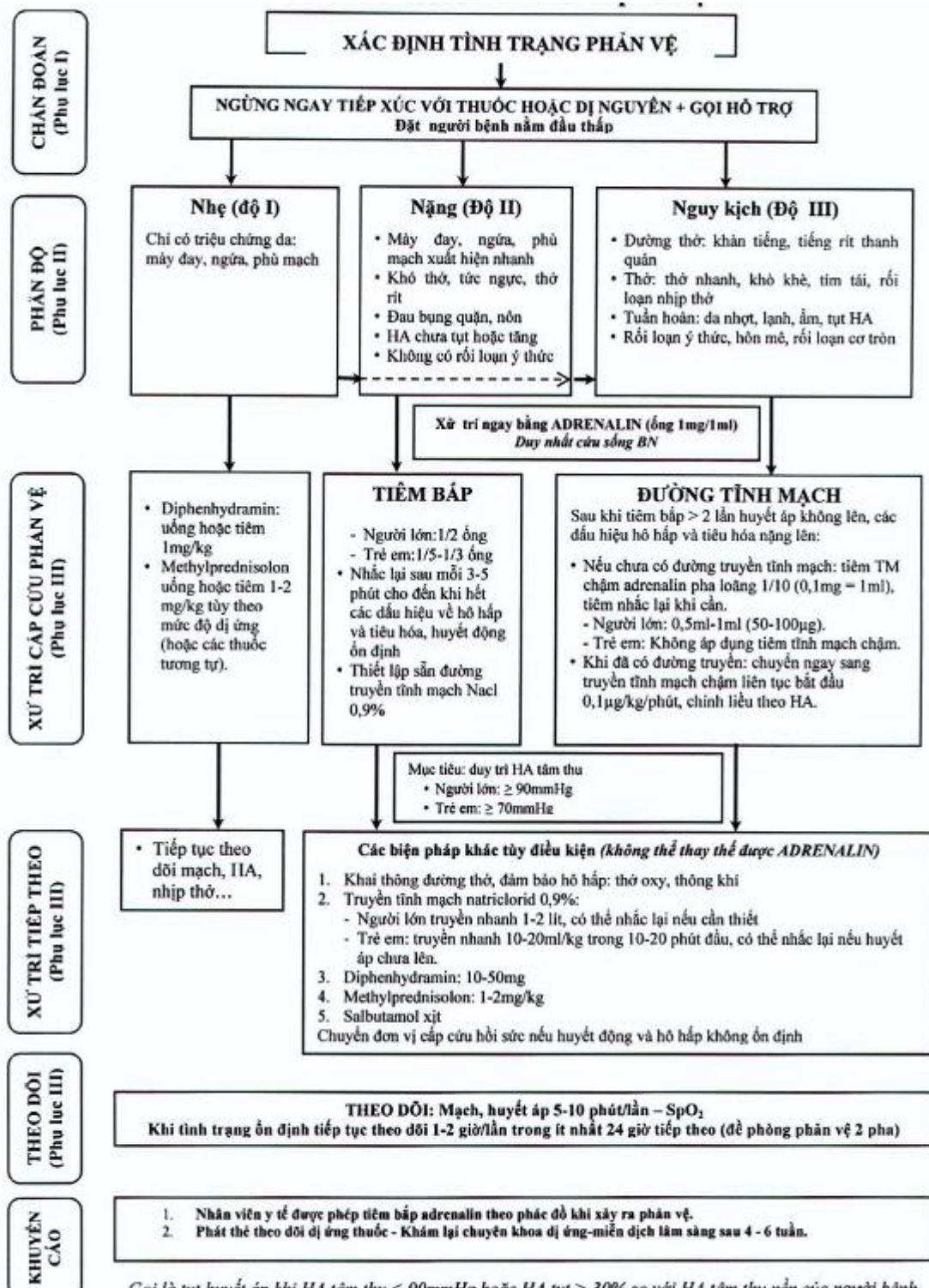
- Điểm 2: dung dịch thuốc hoặc dị nguyên đã chuẩn hóa.

e) Đọc kết quả sau 20 phút, kết quả dương tính khi xuất hiện sẩn ở vị trí dị nguyên $\geq 3\text{mm}$ hoặc trên 75% so với chứng âm./.

SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ

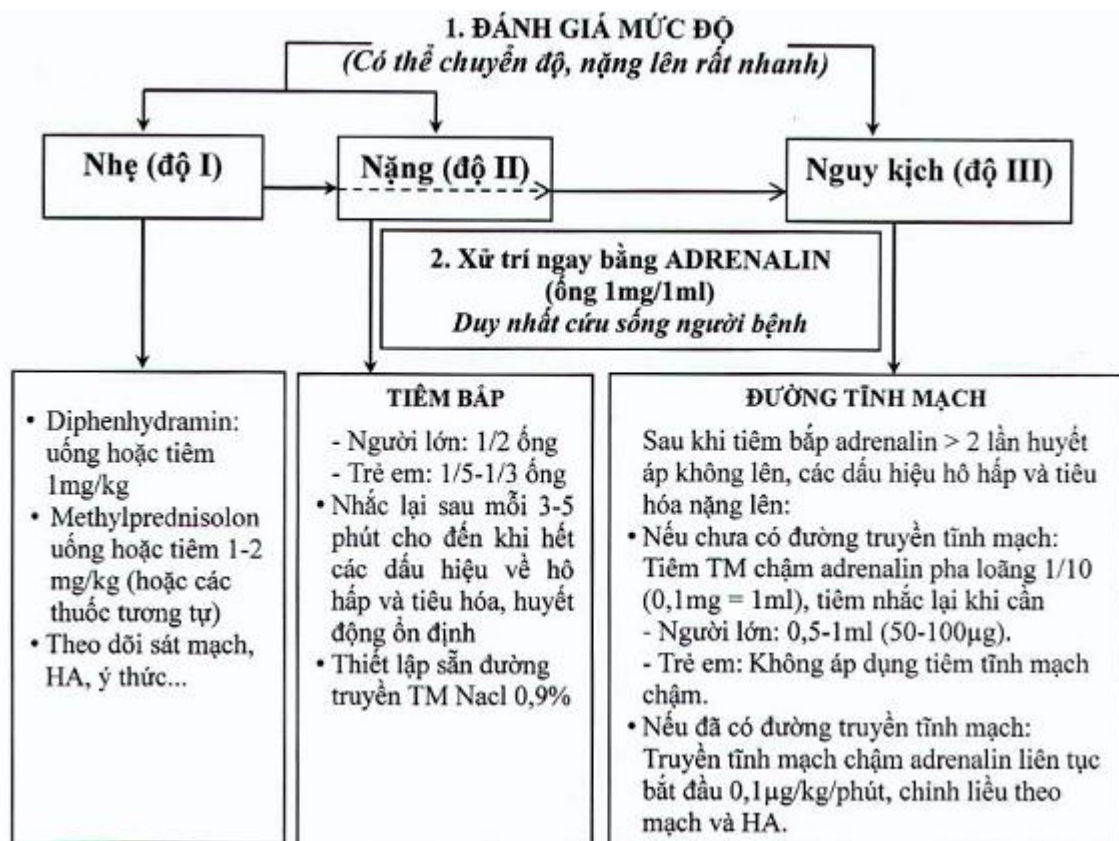
(Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Sơ đồ chi tiết về chẩn đoán và xử trí phản vệ



Gọi là tụt huyết áp khi HA tâm thu < 90mmHg hoặc HA tụt > 30% so với HA tâm thu nền của người bệnh

II. Sơ đồ tóm tắt về chẩn đoán và xử trí phản vệ



Ghi chú: Sơ đồ chi tiết về chẩn đoán và xử trí phản vệ và Sơ đồ xử trí cấp cứu ban đầu phản vệ đề nghị in trên khổ giấy lớn A1 hoặc A2 và dán hoặc treo tại vị trí thích hợp các nơi sử dụng thuốc của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh./.

XỬ TRÍ CẤP CỨU NGỪNG HÔ HẤP TUẦN HOÀN

Tình trạng ngưng tim ngưng thở thường xảy ra trong các tai nạn (chết đuối, hoả hoạn, tai nạn giao thông, điện giật,...) hay bệnh lý tim mạch và nạn nhân thường chết nhanh chóng trong vài phút vì thiếu dưỡng khí (não chỉ chịu được tình trạng thiếu ôxy trong khoảng 3 phút nên người ta gọi khoảng thời gian này là “thời gian vàng”. Đa số các trường hợp được cứu sống và hồi phục tốt là nhờ được sơ cứu kịp thời ngay tại hiện trường bằng hà hơi thổi ngạt và ấn tim ngoài lồng ngực.

I. ĐỊNH NGHĨA:

Ngưng hô hấp tuần hoàn là sự ngừng hô hấp và các nhát bóp tim có hiệu quả.

II. DẤU HIỆU NHẬN BIẾT NGỪNG HÔ HẤP TUẦN HOÀN:

1. Mất ý thức đột ngột (Bất tỉnh): lay, gọi mà không tỉnh
2. Thở ngáp cá hay ngưng thở : (Lồng ngực không di động khi mắt nhìn tiếp tuyến với lồng ngực)
3. Mất mạch bẹn hoặc mạch cảnh (thời gian kiểm tra ≤ 10 giây): Bắt mạch ở cổ hay ở bẹn mà không thấy mạch.

NGAY KHI PHÁT HIỆN NGỪNG HÔ HẤP TUẦN HOÀN

- (1) Gọi người giúp đỡ và gọi điện thoại cấp cứu 115.
- (2) Đặt bệnh nhân nằm trên miếng ván cứng (ván cứng dưới lưng bệnh nhân)
- (3) Tiến hành hồi sinh tim phổi cơ bản ngay CABD:
 - **Cấp cứu chỉ có 1 người:** Xoa bóp tim ngoài lồng ngực 30 lần/18 giây, thổi ngạt 2 lần.
 - **Nếu có 2 người:** 01 người xoa bóp tim, 01 người thổi ngạt.
 - **Khi có mọi người đến:** Tiến hành sốc điện, lập đường truyền, hồi sinh tim phổi (HSTP) nâng cao, thuốc, tìm nguyên nhân.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH HỒI SỨC TIM PHỔI CƠ BẢN: CABD

1. C (Compression → Circulation) Ép Tim Ngoài Lồng Ngực:

Ngay lập tức khi xác định bệnh nhân ngưng hô hấp tuần hoàn với nguyên tắc “ép mạnh và nhanh”, ép 30 lần sau đó mới thổi ngạt 2 lần (chú ý: không áp dụng đối với trẻ sơ sinh)

- **Vị trí:** 1/3 dưới xương ức. Dùng bàn tay trái áp cườm tay vào 1/3 dưới xương ức nạn nhân, bàn tay kia đặt lên trên và lồng các ngón vào nhau. Hai cánh tay duỗi thẳng ép thẳng góc với lồng ngực (*TE 1-8 tuổi: một bàn tay; 1-12 tháng tuổi: dùng 2 ngón tay; trẻ sơ sinh dùng 2 ngón tay*)

- **Tần số:** ≥ 100 lần/phút, tránh tối thiểu gián đoạn ép tim

- **Biên độ:** ≥ 5 cm ở người lớn; $\geq 1/3$ đường kính trước sau ở trẻ em.

- **Phối hợp 30** lần ép tim, **2** lần thông khí: Khi đặt được nội khí quản thì không còn chu kỳ 30:2 mà ép tim liên tục ít nhất 100 lần/phút và bóp bóng 8-10 lần/phút qua nội khí quản.

- Nên thay đổi người ép tim mỗi 2 phút để đảm bảo nhất bóp hiệu quả

2. A (Airway) Thông đường thở

- Nhanh chóng mở miệng móc họng lấy hết dị vật (*nếu có*), lau sạch miệng, mũi.

- Đặt đường thở nhân tạo: canule, mask, nội khí quản (<20 giây)

- Thao tác để người bệnh nằm ngửa, uốn cổ, hàm dưới đẩy ra trước.

- Thao tác nâng hàm, không ngửa đầu (*chấn thương cột sống cổ*)

Trong khi một người ép tim thì **người thứ hai** kiểm soát đường thở và chuẩn bị cung cấp 2 lần thông khí ngay lập tức sau khi người ép tim hoàn tất 30 lần ép tim.

3. B (Breathing) Giúp thở:

- Miệng-miệng, miệng-mũi: Quỳ chân, ngửa đầu lên hít hơi dài rồi cúi xuống áp chặt vào miệng nạn nhân, một tay bịt hai lỗ mũi nạn nhân (hoặc bịt miệng bằng hai ngón tay nếu thổi ngạt qua miệng-mũi), một tay đẩy hàm ra trước. Thổi hết hơi ra, đồng thời ngược nhìn lồng ngực xem có phồng lên không.

- Bóp bóng bằng mask: áp sát mặt nạ vào miệng, mũi người bệnh bóp bóng với oxy 100%.

- Kết hợp thổi hoặc bóp bóng qua mặt nạ với ép tim theo chu kỳ 30:2 (30 lần ép tim và 2 lần thổi ngạt)

- Bóp bóng qua nội khí quản 8-10 lần/phút và không theo chu kỳ 30:2.

- Chú ý tránh thông khí quá mức (*trừ trẻ sơ sinh ép tim và thông khí theo tỉ lệ 3:1 hoặc khi xác định do bệnh lý tim mạch thì ép tim và thông khí theo chu kỳ 15:2*)

* **Khi hà hơi thổi ngạt và ấn tim ngoài lồng ngực cần lưu ý:** Khi thổi hơi mà lồng ngực nạn nhân phồng lên là đúng, nhưng nếu lồng ngực không phồng thì phải kiểm tra ngay:

(1) Đầu đã ngửa đúng chưa;

(2) Lưỡi có tụt không;

(3) Còn dị vật trong đường thở không (nếu còn, thì nghiêng nạn nhân sang một bên, vỗ mạnh vào giữa hai xương bả vai để tống dị vật ra, rồi dùng vải thưa hoặc khăn sạch lấy đàm nhớt).

- Khi ấn ngực:

(1) Đối với trẻ con và người già, cần ấn nhẹ tay để tránh làm gãy xương ức,

(2) Khi tim đập lại bình thường, vẫn phải theo dõi kỹ bệnh nhân vì sau khoảng 5- 10 phút, tim có thể ngưng đập trở lại.

4. Sốc Điện:

- Vận hành máy
- Bôi gel vào Paddles
- Xem ECG là nhịp gì?
- Cài đặt mức sốc: 200, 300, 360J tùy đáp ứng của Bệnh nhân.

5. HSTP Nâng Cao: ABCD nâng cao

a) A(Airway): Đặt NKQ

Nên tối thiểu hoá thời gian ngừng xoa bóp tim để đặt NKQ

b) B(Breathing):Giúp thở

- Đánh giá tình trạng thông khí sau đặt NKQ
- Lắp ráp nối cần thiết
- Giúp thở với tần số 10 - 12 lần/ phút

c) Chích tĩnh mạch:

Adrenaline 1 - 2 mg mỗi 3 - 5 phút, xen kẽ với sốc điện và xoa bóp tim ngoài lồng ngực đến khi có lại nhịp tim.

- Nếu trên ECG nhịp chậm: Cho Atropine 0,5mg tĩnh mạch mỗi 3 phút, tổng liều 3mg.

- Nếu trên ECG nhịp nhanh thất: Lidocaine 1-1,5mg/kg tĩnh mạch chậm, nếu không cải thiện: Amiodarone 300mg tĩnh mạch chậm.

- **Lưu ý** trong quá trình cấp cứu xen kẽ xoa bóp tim, thuốc, sốc điện liên tục cho đến khi có nhịp tim lại.

d) D (Diagnosis):Tìm nguyên nhân đưa đến ngưng tim

- Mục đích: Tìm nguyên nhân có thể phục hồi, nguyên nhân điều trị riêng biệt
- Đồng thời xem xét trên monitoring nhịp gì? nhịp xoang, nhịp thất, rung thất, phân ly điện cơ, vô tâm thu,...
- Xem xét các nguyên nhân góp phần, có thể phục hồi và xử trí:
- + 5H: Hypovolemie Hypokalemie Hyperkalemie Hypoxemie Hypoglycemie

+ 4T: Toxic Tamponade Tension pneumothorax Thrombosis

6. Đánh giá hồi sức ngưng hô hấp Tuần hoàn có hiệu quả:

- Tim đập lại kéo dài > 20 phút
- Có nhịp thở tự nhiên

- Đồng tử co nhỏ lại, có phản xạ ánh sáng

IV. CHĂM SÓC SAU CẤP CỨU NGỪNG HÔ HẤP TUẦN HOÀN

- Tái lập tuần hoàn sau ngưng hô hấp tuần hoàn: Khi tim đập lại, mạch bắt được kéo dài > 20 phút.

- Tối ưu hoá chức năng tim phổi và sự tưới máu cơ quan sinh tồn
- Chuyển ngay Bệnh nhân đến khoa hồi sức tích cực
- Xác định nguyên nhân ngừng tim
- Dùng các biện pháp để phòng ngừng tim tái phát
- Đánh giá sự phục hồi về thần kinh
- Đa số tử vong trong vòng 24 giờ đầu sau ngưng tim (*tổn thương não và tim mạch không ổn định là yếu tố chính quyết định sự sống còn sau ngưng tim*)
- Đáp ứng sau hồi sức: Phục hồi hoàn toàn hoặc vẫn hôn mê và suy chức năng các cơ quan.
- Theo dõi Monitoring: M, HA, ECG, SpO₂; theo dõi lượng nước tiêu/ giờ, tri giác theo thang điểm Glasgow, mức độ mê, có cải thiện dần? còn phản xạ mi mắt?, nhiệt độ; theo dõi chức năng các cơ quan bằng xét nghiệm máu.
- Tiếp tục nằm đầu cao ít nhất 30 °, kiểm soát nhiệt độ cơ thể, duy trì oxy đủ, tránh tăng thông khí quá mức.
- Duy trì HA tâm thu > 90mmHg (Truyền dịch, máu; Thuốc vận mạch và tìm nguyên nhân để điều trị).
- Đề phòng ngừng tim trở lại thể hiện trên monitoring nhịp chậm dần; Rung thất; HA thấp mặc dù đang dùng vận mạch, HA không đo được

V. CHỈ ĐỊNH NGỪNG HỒI SỨC:

Kiểm tra mạch, đồng tử, màu da mỗi 10 phút **nếu** có mạch, đồng tử co lại, da bợt tím và hồng hào hơn là hồi sức có kết quả;

Nhưng nếu sau ít nhất 30 phút - > 60 phút mà không tiến triển (Đồng tử giãn to, mất phản xạ ánh sáng, trên ECG vô tâm thu) thì hồi sức coi như thất bại và người có thẩm quyền cao nhất tại hiện trường sẽ quyết định việc ngưng hồi sức hay không.

XỬ TRÍ CẤP CỨU TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH

I. ĐỊNH NGHĨA:

Gọi là trạng thái động kinh khi cơn giật kéo dài > 30 phút hoặc giữa 2 cơn giật người bệnh không phục hồi ý thức đầy đủ. Tuy nhiên, khi cơn giật kéo dài ≥ 5 phút là bắt đầu điều trị tích cực rồi. Là một cấp cứu thần kinh thường gặp với tỷ lệ tử vong chung 20%.

Khi gặp một trường hợp trạng thái động kinh cần trả lời các câu hỏi sau:

- (1) Có phải thật sự là trạng thái động kinh không?
- (2) Đây thuộc loại trạng thái động kinh gì?
- (3) Có nguyên nhân gây ra không?
- (4) Điều trị và tiên lượng như thế nào?

- Dựa vào biểu hiện lâm sàng phân loại trạng thái động kinh (TTĐK), gồm các loại sau: Trạng thái động kinh co cứng-co giật là thể thường gặp nhất và đe dọa cuộc sống nhất nên cần xác định và xử trí tích cực.

- Cận lâm sàng cần làm ngay sau khi chẩn đoán: Công thức máu; Đường huyết; BUN-creatinin máu; ion đồ (gồm magnesium, calcium, phospho); SGOT-SGPT; khí máu động mạch; ceton máu; chức năng đông máu. Nếu có dùng phenytoin thì đo nồng độ phenytoin.

- Cận lâm sàng khác tùy theo gợi ý nguyên nhân:

- Nguyên nhân của trạng thái Động kinh:

- (1) ngưng thuốc chống động kinh đang dùng;
- (2) nguyên nhân thần kinh xa;
- (3) nguyên nhân thần kinh cấp tính;
- (4) tình trạng nội khoa nặng;
- (5) ngưng tim phổi;
- (6) ngộ độc hay do thuốc;
- (7) không rõ nguyên nhân.

II. ĐIỀU TRỊ TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH:

1. Phút 0:

- Đánh giá và xử trí vấn đề cấp cứu hô hấp, tuần hoàn, đặt đường truyền tĩnh mạch. Nếu có hạ đường huyết truyền tĩnh mạch Glucose 20% 250ml.

- Vitamin B1 100mg (TM) trước khi truyền glucose nếu nghi ngờ bệnh nhân thiếu vitamin B1 (như dinh dưỡng kém, nghiện rượu).

- Diazepam 10mg (0,15mg/kg) 1 ống (TM) trong 2 phút.

2. Phút 10: Nếu còn cơn động kinh, lập lại diazepam lần hai với liều như trên.

*** Thuốc duy trì đồng thời:**

- Nếu chưa dùng thuốc chống động kinh trước đây thì dùng phenytoin uống 3 viên 100mg cách nhau 8 giờ trong ngày đầu, sau đó 1,5 viên hai lần từ ngày thứ hai trở đi.

- Nếu có dùng thuốc chống động kinh trước đây thì duy trì liều như trước đây.

3. Phút 20: Nếu còn cơn động kinh

- Phenobarbital 15mg/kg pha với 100ml NaCl 0,9% hoặc Glucose 5% truyền tĩnh mạch 50mg/phút.

- Đặt nội khí quản và thông khí hỗ trợ.

4. Phút 40: Nếu còn cơn chuyển bệnh viện đa khoa sóc trắng

XỬ TRÍ KÍCH ĐỘNG TÂM THẦN

I. KHÁI NIỆM :

Kích động là trạng thái hưng phấn tâm lý-vận động quá mức, xuất hiện đột ngột, không có mục đích rõ ràng, không thích hợp với hoàn cảnh xung quanh, có tính chất phá hoại, nguy hiểm cho bản thân và những người xung quanh, ảnh hưởng đến trật tự và an toàn xã hội. Nó có thể xuất hiện trong nhiều bệnh cảnh rối loạn tâm thần khác nhau.

II. CÁCH XỬ TRÍ :

1. Chăm sóc Hộ lý I, theo dõi hành vi nguy hiểm.
2. Cho bệnh nhân ở phòng yên tĩnh, thoáng mát, sáng sủa. Không để vật dụng gây nguy hiểm trong phòng. Có thể cố định tại giường nếu cần.
3. Quan sát tổng trạng và xem xét các tình trạng bệnh lý cơ thể kèm theo (chấn thương sọ não, chấn thương cơ thể), cách ăn mặc, điệu bộ, hành vi.
4. Thăm hỏi bệnh nhân, hoặc thân nhân về hoàn cảnh xuất hiện cơn và tiền sử bệnh. Giải thích cho bệnh nhân (về bệnh, về cơ sở điều trị, về chăm sóc điều dưỡng và hộ lý) nhằm trấn an.

* **Chú ý:** Một số điều: giọng nói của bác sĩ và nhân viên y tế cần nhẹ nhàng, thấp giọng, chú ý lắng nghe và quan sát bệnh nhân, khi cần (nếu dự đoán không có nguy cơ tổn hại đến cơ thể) có thể ngồi cùng bệnh nhân,...loại bỏ các vật dụng có thể làm hung khí như dao, kéo, bật lửa,...

5. Khi chưa chẩn đoán được nguyên nhân, có thể sử dụng:

a) Diazepam 10mg/6giờ hay lorazepam 2-4mg, chlordiazepoxide), uống hoặc tiêm bắp nếu bệnh nhân không uống được, có thể duy trì trong 24 tiếng. Chỉ định dùng thuốc cho đến khi các triệu chứng kích động giảm.

b) Khi bệnh nhân đã dùng Diazepam với liều tối đa 40mg/ngày mà vẫn còn kích động, hoặc có chống chỉ định dùng benzodiazepine thì chuyển sang Haloperidol 1 – 5mg, tiêm bắp mỗi 6 giờ.

c) Sau khi chích thuốc, có thể cố định tại giường nếu cần thiết.

d) Chú ý phản ứng nghịch thường tăng kích động trên một số bệnh nhân phản ứng với Diazepam

6. Điều trị theo nguyên nhân:

a) Sảng run: xử lý theo phác đồ điều trị sảng run.

b) Tâm thần phân liệt:

- Chlopromazine : liều 25mg-50mg tiêm bắp. Sau 2-3 giờ nếu vẫn còn kích động dùng liều 50mg tiêm bắp. Sau 2 giờ tiếp theo nếu vẫn còn kích động, dùng tiếp liều 50mg tiêm bắp và phối hợp với haloperidol 5mg tiêm bắp.

- Levomepromazine 25mg tiêm bắp mỗi 2 giờ cho đến khi bệnh nhân giảm kích động. Liều tối đa 200mg/ngày.

- Haloperidol 5-10mg tiêm bắp mỗi 30 phút đến 1 giờ cho đến khi bệnh nhân giảm kích động.

Liều tối đa 30mg/24 giờ. Benzodiazepin có thể được dùng phối hợp. Bệnh nhân có từng dị ứng hay đáp ứng bất thường với thuốc chống loạn thần có thể dùng paraldehyde hay diphenhydramin 50-100mg uống hay tiêm bắp

- Hoặc Haloperidol 2-5mg uống mỗi 1-2 giờ, liều tối đa 30mg/ngày

- Olanzapin 5-10mg tiêm bắp, không vượt quá 20mg/24 giờ (chú ý trên người lớn tuổi).

- Hoặc Olanzapin 5-10mg uống, không vượt quá 20mg/24 giờ

- Ziprasidon 20mg tiêm bắp mỗi 4 giờ, hoặc 10mg tiêm bắp mỗi 2 giờ không vượt quá 40mg/24 giờ.

- Risperidon 1-2mg uống, không quá 6mg mỗi 24 giờ (có thể dùng viên tan nhanh)

c) Kích động trên bệnh nhân hưng cảm: các thuốc chống loạn thần như trên, có thể dùng thuốc ổn định khí sắc như valproate hay lithiumd. Kích động trầm cảm: phối hợp thuốc chống trầm cảm với Levomepromazine 25mg tiêm bắp mỗi 2 giờ. Liều tối đa của Levomepromazine là 200mg/ngày.

d) Kích động do các bệnh lý thực thể não

- Động kinh : Diazepam 10mg, tiêm bắp mỗi 60 phút, liều tối đa 40mg/ngày.

- Sa sút tâm thần do bệnh Alzheimer và sa sút tâm thần do các nguyên nhân mạch máu não: dùng thuốc chống loạn thần liều thấp

- Kích động do các bệnh nhiễm trùng, bệnh lý nội khoa như đái tháo đường, hạ đường

huyết, bệnh lý tuyến giáp, ngộ độc cấp, HIV, ... dùng thuốc chống loạn thần liều thấp

e) Kích động do rối loạn nhân cách như nhân cách chống đối xã hội, nhân cách ranh giới, Paranoia, nhân cách tự yêu,...: dùng thuốc chống loạn thần liều thấp

f) Kích động do các rối loạn loạn thần kinh như rối loạn phân ly, rối loạn hoảng loạn, rối loạn ám ảnh hoặc các bệnh do căn nguyên tâm lý khác, hội chứng ngưng thuốc đột ngột:

Diazepam 5 – 10mg, uống hoặc tiêm bắp mỗi 6 giờ.

g) Kích động trong hội chứng sáng : xử lý theo phác đồ điều trị hội chứng sáng.

h) Kích động do sử dụng chất gây nghiện, chất kích thích (ma túy, đá, cà phê, ...): dùng thuốc chống loạn thần, thuốc chống trầm cảm đôi khi cũng cần thiết

Trong trường hợp tâm thần phân liệt thể căng trương lực, hoặc trầm cảm có hành vi tự sát mãnh liệt, hoặc kích động đã sử dụng thuốc nhưng không hiệu quả (kích động kéo dài 1 tuần, không đáp ứng thuốc): phối hợp choáng điện, mỗi ngày một lần, mỗi đợt 6-8 lần.

7. Điều chỉnh rối loạn cân bằng nước và điện giải: Glucose 5% hoặc Lactate Ringer.

8. Khi bệnh nhân giảm kích động, phải tiến hành thăm khám nội khoa – nội thần kinh, làm các xét nghiệm tìm nguyên nhân (công thức máu, CPK, SGOT, SGPT, BUN, creatinine, ion đồ, đường huyết, X quang tim phổi, ECG, EEG), theo dõi sinh hiệu tối thiểu 3 lần/ngày và tiếp tục điều chỉnh rối loạn thăng bằng nước – điện giải, nâng thể trạng.

Chú ý: Cần theo dõi mạch, huyết áp trước và sau khi chích thuốc 1 giờ.

CHƯƠNG II: DẠ LIỄU

BỆNH LẬU

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Bệnh lậu ở nam (Viêm niệu đạo)

- Thời gian ủ bệnh 3-5 ngày
- Biểu hiện: Mủ chảy từ trong niệu đạo, số lượng nhiều, mủ vàng đặc hay vàng xanh, đái buốt.
- + Miệng sáo, quy đầu viêm đỏ, có mủ chảy ra tự nhiên hoặc chảy ra khi vuốt dọc từ gốc dương vật.
- + Toàn thân: có thể sốt, mệt mỏi

1.2. Bệnh lậu ở phụ nữ (Viêm cổ tử cung và niệu đạo):

Biểu hiện: 50% không triệu chứng. Biểu hiện đái buốt, tiết dịch âm đạo, đau khi giao hợp, tiết dịch mủ nhày từ cổ tử cung và niệu đạo, cổ tử cung bị viêm.

1.3. Lậu mắt trẻ sơ sinh:

Biểu hiện 1-2 ngày sau khi sinh qua đường sinh dục. Kết mạc mắt đỏ, có mủ vàng đặc, mi mắt sưng nề, dính vào nhau không mở ra được.

2. Cận lâm sàng

- Soi tươi tiết chất tìm song cầu.
- Xét nghiệm tầm soát các bệnh lây qua tình dục khác như : Giang mai, HIV.

II. ĐIỀU TRỊ :

A. Viêm niệu đạo, Viêm cổ tử cung (do lậu)

1. **Tại chỗ:** Rửa bộ phận sinh dục bằng nước sạch.

2. **Toàn thân:** (Theo CDC 2015)

2.1. Chưa biến chứng:

2.1.1. Người lớn, trẻ em >45kg:

Ceftriaxone 500mg IM liều duy nhất + Azithromycine 1g uống liều duy nhất. **Thay thế:** Cefixime 400mg+ Azithromycine 1g/ (u) LDN

Nếu dị ứng với Cefalosporin:

- Gemifloxacin 320mg (u) + Azithromycine 2g (u) LDN
- Gentamycin 240mg IM

2.1.2. Trẻ em: <45kg: Ceftriaxon 25 – 50mg/kg IM/IV (≤ 125 mg) liều duy nhất.

2.1.3. Lậu Họng: Ceftriaxone 500mg TB + Azithromycin 1g liều duy nhất

2.1.4. Lậu mắt: Ceftriaxone 1g TB + Azithromycin 1g liều duy nhất

2.2. **Nghi ngờ tái nhiễm, điều trị thất bại, có bằng chứng kháng thuốc.** Lựa

chọn một trong số các kết hợp sau:

- Ceftriaxone 500mg TB + Azithromycin 2g uống liều duy nhất
- Cefixim 800mg + Azithromycin 2g uống liều duy nhất
- Gentamycin 240mg + Azithromycin 2g uống liều duy nhất.
- Spectinomycin 2g TB + Azithromycin 2g uống liều duy nhất.

2.3. Điều trị đồng thời với nhiễm Chlamydia

a) Lựa chọn đầu tiên: Azithromycin 1g liều duy nhất **hoặc** Doxycyclin 100mg x 2 lần/ngày x 7 ngày.

b) Lựa chọn thay thế:

Tetracyclin 500mg x 4 lần/ngày x 7 ngày hoặc Erythromycin 500mg x 4 lần/ngày x 7 ngày hoặc Clarithromycin 250mg x 2 lần/ngày x 7 ngày.

Không dùng doxycyclin và tetracyclin cho phụ nữ có thai và cho con bú, trẻ dưới 7 tuổi

B. Một số lưu ý:

- Spectinomycin 2g TB có thể sử dụng lậu/phụ nữ có thai dị ứng cephalosporin.

- Nghi ngờ lậu kháng thuốc thì lập lại điều trị ceftriaxone 250mg TB/TM, cấy lậu và làm kháng sinh đồ.

- Lậu mắt sơ sinh: tất cả trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm lậu không được điều trị trong lúc mang thai: Ceftriaxone 25-50mg/kg liều duy nhất (không quá 125mg) **hoặc** điều trị phòng ngừa sau sinh: erythromycin 0,5% ointment tra mắt 1 lần hoặc nitrat bạc, tetracyclin

C. Theo dõi điều trị

- Xét nghiệm lại sau hoàn thành điều trị 3-4 tuần
- Tái nhiễm lậu (do bạn tình không được điều trị) nên xét nghiệm lại sau 3 tháng.

VIÊM NIỆU ĐẠO KHÔNG DO LẬU (Nongonococcal Urethritis)

I. ĐẠI CƯƠNG:

Viêm niệu đạo không do lậu (NGU: Nongonococcal Urethritis) tên đầy đủ là viêm niệu đạo, viêm âm đạo và viêm cổ tử cung – âm đạo không do lậu. Triệu chứng gần giống bệnh lậu nhưng thời gian ủ bệnh kéo dài hơn, triệu chứng ít rầm rộ, nghèo nàn hơn

II. NGUYÊN NHÂN

Có nhiều tác nhân gây bệnh, một số tác nhân thường gặp là

+ Vi khuẩn: *Chlamydia trachomatis* chiếm 30-50% trường hợp mắc NGU, ngoài ra còn có *Mycoplasma genitalium* chiếm 10-30%,

+ *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*, chủng *Haemophilus*, chủng *Streptococcus*, và *Gardnerella vaginalis* là những nguyên nhân trong NGU

III. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán NGU là một chẩn đoán không đặc hiệu, được xác định ở bệnh nhân có triệu chứng khi phết soi dịch niệu đạo cho thấy có hiện tượng viêm mà không có song cầu gram âm.

- Triệu chứng lâm sàng
- + Thường không có triệu chứng
- + Tiết dịch niệu đạo nhầy mủ hay mủ
- + Tiểu khó, ngứa đường tiểu
- Cận lâm sàng
- + Nhuộm soi > 5 bạch cầu / quang trường.
- + Leukocyte esterase test cận lắng nước tiểu giữa dòng dương tính
- + Hoặc soi kính hiển vi cận lắng nước tiểu giữa dòng > 10 Bạch cầu/quang trường.

VI. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị cho cả bạn tình
- Điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục đồng nhiễm khác.
- Bệnh nhân và bạn tình trong thời gian điều trị nên kiêng quan hệ tình dục cho đến khi hoàn thành điều trị (7 ngày sau liều điều trị duy nhất hoặc trong liệu trình điều trị 7 ngày, và triệu chứng hết)

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị khuyến cáo (CDC 2015)

Azithromycin 1g uống, liều duy nhất (được dùng cho phụ nữ mang thai) hoặc Doxycycline 100mg uống 2 lần/ngày x 7 ngày

2.2. Điều trị thay thế

- Erythromycin base 500mg uống 4 lần /ngày x 7 ngày hoặc
- Erythromycin ethylsuccinate 800mg uống 4 lần/ngày x 7 ngày hoặc
- Levofloxacin 500mg uống 1 lần/ngày x 7 ngày hoặc
- Ofloxacin 300mg uống 2 lần/ngày x 7 ngày

2.3. NGU dai dẳng và tái phát

- Bệnh nhân tuân thủ điều trị kém hoặc tái nhiễm lại với bạn tình chưa được điều trị cần được điều trị lại từ đầu.

- *M.genitalium* thường gây ra NGU dai dẳng và tái phát

- Điều trị cụ thể: Người đã điều trị với Doxycycline lần đầu, thì dùng Azithromycin 1g (u) liều duy nhất. Nếu thất bại điều trị với Azithromycin thì Moxifloxacin 400mg (u) x 1 lần/ngày x 7 ngày.

Người có tình dục khác giới sinh sống ở vùng có tỉ lệ lưu hành *T. Vaginalis*: Metronidazole 2g liều duy nhất hoặc Tinidazole 2g liều duy nhất

3. Theo dõi điều trị

- Bệnh nhân nên được kiểm tra lại sau 3 – 6 tháng điều trị, nếu triệu chứng còn dai dẳng và tái phát sau khi hoàn thành điều trị nên đánh giá lại, nếu không có đủ bằng chứng lâm sàng và cận lâm sàng của viêm niệu đạo thì không cần điều trị lại.

- Nhân viên y tế nên cảnh giác với những khả năng như: Viêm tiền liệt tuyến mạn tính; Hội chứng đau vùng chậu mạn tính ở bệnh nhân đau hay khó chịu vùng chậu, dương vật, hội âm; Đau khi xuất tinh; Xuất tinh sớm kéo dài hơn 3 tháng

- Bệnh nhân bị đau kéo dài nên được khám chuyên khoa niệu học.

BỆNH GIANG MAI

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng

1.1. Giang mai thời kỳ I: Biểu hiện chủ yếu săng và hạch.

- Săng: Là vết trợt nông, tròn hay bầu dục, không đau, không ngứa, giới hạn rõ, đáy rắn và sạch, bờ thâm nhiễm thường ở bộ phận sinh dục.

- Hạch: thường cùng bên với săng, hạch rắn không đau, di động, thường có một hạch to nhất gọi là hạch tổ trưởng.

1.2. Giang mai thời kỳ II:

- Da: Không ngứa. Ban đỏ toàn thân, có thể có ở lòng bàn tay, bàn chân. Đào ban giang mai, mảng niêm mạc. Sẩn phỉ đại hay gặp vùng da ẩm như: sinh dục, hậu môn, miệng họng.

- Hạch: Toàn thân, đường kính nhỏ, không đau.

- Triệu chứng toàn thân: Sốt, đau đầu, mệt mỏi, đau khớp.

(Giang mai I và II lây rất mạnh)

1.3. Giang mai kín:

Không có biểu hiện lâm sàng, xét nghiệm huyết thanh (+).

- Giang mai kín sớm: < 2 năm

- Giang mai kín muộn: > 2 năm, ít lây

1.4. Giang mai thời kỳ III:

Biểu hiện: củ, gôm giang mai, giang mai tim mạch, giang mai thần kinh. Không lây.

1.5. Giang mai thai nghén:

Xoắn khuẩn lây truyền từ mẹ sang con qua nhau thai từ tháng thứ 4-5, gây sảy thai, thai chết lưu, đẻ non, giang mai bẩm sinh.

2. Cận lâm sàng :

TPHA, VDRL, RPR, tầm soát các bệnh lây qua tình dục khác như : lậu, HIV.

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Giang mai sớm (dưới 2 năm):

Benzathine Peniciclin G 2,4 triệu UI tiêm bắp liều duy nhất.

2. Giang mai kín và giang mai muộn.

- Benzathine Peniciclin G 2,4 triệu UI tiêm bắp tuần một lần trong 3-4 tuần.

- Nếu có thai: Benzathine Peniciclin G 2,4 triệu UI tiêm bắp tuần một lần trong 3 tuần.

*** Dị ứng với Benzathine Penicilin G**

- Doxycycline 100mg uống 4 lần /ngày x 30 ngày .
- Nếu có thai: Erythromycin 500mg uống 4 lần /ngày x 15 ngày (30 ngày đối với giang mai kín).

SÙI MÀO GÀ

Sùi mào gà là bệnh lây truyền qua đường tình dục rất thường gặp do HPV (Human Papilloma Virus) gây ra, phần lớn các trường hợp mới nhiễm HPV không có biểu hiện lâm sàng

I. Nguyên nhân

- Có khoảng 35 type HPV gây bệnh ở đường sinh dục, trong đó type 6, 11 chiếm 90%. Các type 16, 18, 33, 35 có thể gây loạn sản tế bào gây ung thư.
- HPV thường xâm nhập qua biểu mô không toàn vẹn
- Yếu tố thuận lợi nhiễm bệnh: nhiều bạn tình, mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác, không sử dụng bao cao su, quan hệ tình dục sớm, có thai, vệ sinh kém, bộ phận sinh dục ẩm ướt, suy giảm miễn dịch, ...

II. Triệu chứng

Thời gian ủ bệnh 3 tuần – 8 tháng hoặc nhiều năm.

1. Triệu chứng cơ năng: thường không có, hiếm khi có thể ngứa, bỏng, đau, xuất huyết.

2. Triệu chứng lâm sàng:

Sang thương điển hình sùi màu hồng hoặc đỏ, có cuống, ẩm ướt, bề mặt có các gai nhỏ, sờ mềm, không đau, dễ chảy máu. Kích thước vài mm đến vài cm, hình dạng giống bông cải, số lượng 1 đến nhiều.

Có 4 loại thương tổn sùi mào gà:

- Mào gà phẳng: khó phát hiện, thường ở cổ tử cung.
- Mào gà dạng sần và mụn cóc thông thường: tăng sắc tố hoặc tăng sừng, ở da, vùng sinh dục, tăng sinh môn..
- Mào gà khổng lồ (bướu Buschke – Lowenstein) thường do HPV tuyp 1, 11, hay gặp ở người suy giảm miễn dịch, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch, phụ nữ có thai.
- Dạng sần Bowen: thường do HPV type 16, 18, 33.
- Có thể có tiết dịch âm đạo do viêm nhiễm.

III. Chẩn đoán

1. Chẩn đoán xác định: dựa trên biểu hiện sang thương.

2. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm thường qui: CTM, AST, ALT, Nước tiểu, TS-TC. . .
- Sinh thiết khi:
- + Chẩn đoán không chắc chắn.
- + Thương tổn không đáp ứng hoặc nặng hơn khi điều trị.

+ Thương tổn không điển hình tăng sắc tố, cứng, nằm dưới mô, chảy máu, loét.

- Soi cổ tử cung, hậu môn: khi thương tổn chồi sùi ở cổ tử cung và hậu môn tái phát nhiều lần.

- HPV test: dùng để phát hiện HPV nguy cơ cao trong tầm soát ung thư cổ tử cung và theo dõi bất thường tế bào và mô học cổ tử cung. Test này không dùng cho bạn tình nam của nữ nhiễm HPV hoặc nữ nhỏ hơn 25 tuổi, không dùng để chẩn đoán mụn cóc sinh dục hoặc test STD thường qui.

- Xét nghiệm các bệnh lây truyền qua đường tình dục có liên quan: lậu, giang mai, Chlamydia, HIV, ...

IV. Điều trị

1. Nguyên tắc:

- Tầm soát và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác.
- Điều trị cho cả bạn tình
- Tư vấn giáo dục sức khỏe về chẩn đoán, các phương pháp điều trị có thể áp dụng, khả năng tái phát, khả năng lây nhiễm, mối liên quan của bệnh với ung thư.
- Các trường hợp điều trị bằng phương pháp xâm lấn như áp Ni tơ lỏng, phẫu thuật, laser CO₂ nên cho bệnh nhân nhập viện.

2. Điều trị cụ thể: Nhằm loại bỏ sang thương

Chọn lựa phương pháp điều trị dựa trên kích thước, số lượng, vị trí và hoàn cảnh bệnh nhân, chi phí, thuận lợi, kinh nghiệm. Không có phương pháp nào là ưu điểm nhất cho tất cả bệnh nhân.

2.1. Imiquimod

- Kem Imiquimod 5% thoa 1 lần buổi tối trước khi đi ngủ, 3 lần 1 tuần trong 16 tuần rửa với nước và xà phòng sau 6-10 tiếng.
- Kem Imiquimod 3,75% thoa 1 lần vào buổi tối mỗi đêm. Rửa bằng xà phòng 6-10 giờ sau thoa. Phản ứng viêm tại chỗ như đỏ da, kích ứng, chai, loét, trợt, mụn nước và giảm sắc tố.
- Không dùng cho phụ nữ có thai

2.2. Podophilox (podophylotoxin)

Dùng dịch podophilox (sử dụng cotton swab) hoặc podophilox gel bôi vào vùng hậu môn sinh dục 2 lần /ngày trong 3 ngày liên tiếp, nghỉ 4 ngày không thoa lặp lại 4 chu kỳ. Mào gà phải nhỏ hơn 10 cm² và liều podophilox dưới 0,5ml/ngày. Có thể đau nhẹ và kích ứng tại chỗ. Chống chỉ định ở phụ nữ mang thai

2.3. Trichloroacetic acid (TCA) 80 – 90% dùng cho các sang thương nhỏ, ẩm

ướt, dùng hàng tuần, tối đa 6 tuần.

2.4. Phương pháp xâm lấn khác: Áp Nitơ lạnh, Laser CO2, phẫu thuật.

3. Điều trị hỗ trợ

- Điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục đồng nhiễm
- Kháng sinh khi có nhiễm trùng tại chỗ
- Giảm đau, kháng viêm
- Vitamin C

4. Theo dõi điều trị

- BN được theo dõi định kỳ trong suốt quá trình điều trị, theo dõi tiếp 3 tháng sau khi sạch sang thương nhằm phát hiện tái phát, bệnh nhân suy giảm miễn dịch theo dõi lâu hơn.

- Các tổn thương không cải thiện sau 3 đợt điều trị hoặc không sạch sau tuần phải cân nhắc thay đổi phương pháp khác.

CHỐC (IMPETIGO)

I. ĐẠI CƯƠNG

Có 2 dạng chốc cần phân biệt: chốc bóng nước và không bóng nước. Chốc bóng nước do *S. aureus* gây ra. Ở các quốc gia phát triển, chốc không bóng nước thường do *S. aureus* và ít hơn là *streptococcus* nhóm A. Tuy nhiên *streptococcus* nhóm A vẫn là nguyên nhân thường gặp của chốc không bóng nước ở các quốc gia đang phát triển.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Suy giảm miễn dịch
- Chàm thể tạng
- Tổn thương mô trước đó
- Tình trạng viêm

III. CHẨN ĐOÁN

ĐẶC ĐIỂM CỦA CHỐC BÓNG NƯỚC VÀ CHỐC KHÔNG BÓNG NƯỚC		
	Chốc không bóng nước	Chốc bóng nước
Dịch tế học	Khoảng 70% trường hợp chốc Thường gặp ở trẻ em	Ít gặp hơn chốc không bóng nước Thường xảy ra trong thời kỳ sơ sinh, nhưng trẻ em cũng có thể bị
Tổn thương lâm sàng	Sớm: mảng hồng ban 2-4mm phát triển nhanh thành mụn nước hay mụn mủ. Trễ: vết trợt nông có mài vàng mật ong đặc trưng và nhanh chóng lan rộng ra vùng da xung quanh	Sớm: những mụn nước nhỏ lớn lên thành bóng nước 1-2cm nông trên bề mặt Trễ: bóng nước chùng, trong suốt kích thước lên đến 5cm với viền tróc vảy, nhưng không có mài dày và thường có ít viền hồng ban
Phân bố	Mặt (xung quanh mũi và miệng) và tứ chi	Mặt, thân mình, mông, sinh dục, nách và tứ chi, thông thường không có tổn thương ở da đầu
Đặc điểm liên quan	Hạch (+)	Thường không có triệu chứng toàn thân nhưng có thể gặp sốt, mệt mỏi

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Kháng sinh là thuốc chính trong điều trị. Kháng sinh lựa chọn phải

chống được cả *S. aureus* và *S. pyogenes*

➤ Làm sạch tại chỗ, rửa với Povidin 10% pha với NaCl 0,9% hoặc thuốc tím pha loãng.

➤ Khi tổn thương lan toả nhiều vị trí, điều trị ngoại trú không đáp ứng nên cho bệnh nhân nhập viện điều trị

2. Điều trị tại chỗ: chọn một trong các thuốc sau

Thuốc mỡ Mupirocin 2%, Acid fusidic dạng kem hay dạng mỡ, Retapamulin 1%, Xanh methylen (milian), đắp ướt bằng Povidin pha loãng, 2-3 lần/ngày.

3. Điều trị toàn thân

Lựa chọn đầu tiên:

Dicloxacillin 250-500mg 4 lần/ngày trong 5-7 ngày

Amoxicillin + clavulanic acid hoặc sulbactam 25mg/kg/ngày chia làm 3 lần

Cephalexin 250-500mg 4 lần/ngày

Lựa chọn thứ hai: (nếu dị ứng với penicillin)

Azithromycin 500mg ngày đầu, 250mg trong 4 ngày tiếp theo

Erythromycin 250-500mg 4 lần/ngày trong 5-7 ngày

Lựa chọn thứ ba: Trimethoprim và tetracycline

Nếu nghi ngờ tụ cầu kháng methicillin mắc phải ngoài cộng đồng

TMP-SMX 160/800mg 2 lần/ngày trong 7 ngày

Clindamycin 15mg/kg/ngày chia làm 3 lần

Tetracycline 250-500mg 4 lần/ngày trong 7 ngày

Doxycycline, Minocycline 100mg 2 lần/ngày trong 7 ngày

Trẻ em

Dicloxacillin 12mg/kg/ngày chia làm 4 lần

Cephalexin 25mg/kg/ngày chia làm 4 lần

Erythromycin 40mg/kg/ngày chia làm 4 lần

Clindamycin 15mg/kg/ngày chia làm 3 lần

Amoxicillin/clavulanate 25mg/kg/ngày chia làm 2 lần

4. Điều trị hỗ trợ: Vitamin C, Vitamin A, Vitamin E

V. DIỄN TIẾN VÀ TIÊN LƯỢNG

- Chốc không bóng nước: thường lành tính, bệnh tự giới hạn, tổn thương tự lành trong vòng 2 tuần không để lại sẹo.

- Chốc bóng nước: nếu không điều trị, bệnh tự lành trong 3-6 tuần.

VI. PHÒNG NGỪA-GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Vệ sinh cá nhân sạch sẽ như cắt móng tay, rửa tay bằng xà bông diệt khuẩn.
- Cải thiện môi trường sống thoáng và sạch.
- Đối với bệnh nhân tái phát, những thành viên trong gia đình không triệu chứng hoặc người lành mang mầm bệnh thoa Mupirocin 2% ngày 3 lần trong 5 ngày/tháng ở trong lỗ mũi.

VIÊM DA CƠ ĐỊA (Atopic dermatitis)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm da cơ địa là bệnh mạn tính tiến triển từng đợt, thường bắt đầu ở trẻ nhỏ với đặc điểm là ngứa và có tổn thương dạng chàm. Bệnh thường xuất hiện ở những cá thể có tiền sử bản thân hay gia đình mắc các bệnh có yếu tố dị ứng như: hen, viêm mũi xoang dị ứng, sẩn ngứa, dị ứng thuốc, mề đay.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

- Yếu tố môi trường đóng vai trò động lực:
- + Ô nhiễm môi trường
- + Các dị nguyên có trong bụi nhà, lông súc vật, quần áo, đồ dùng gia đình...
- + Bệnh liên quan giữa anh chị ruột hơn giữa con cái với bố mẹ do ảnh hưởng của môi trường.

- Yếu tố di truyền : bệnh chưa xác định rõ do gen nào đảm nhiệm. Khoảng 60% người lớn bị viêm da cơ địa có con bị bệnh này, nếu cả bố và mẹ cùng bị bệnh thì tỉ lệ lên 80% con mắc bệnh.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Viêm da cơ địa ở trẻ nhũ nhi:
 - + Bệnh phát hiện sớm 3 tuần sau sinh: thường cấp tính với các đám đỏ da, ngứa, sau đó xuất hiện mụn nước nông, dễ vỡ, xuất tiết, đóng vảy tiết, có thể bội nhiễm, hạch lân cận sưng to.
 - + Vị trí hay gặp nhất là 2 bên má, có thể ở da đầu, trán, cổ, thân mình, mặt dưới các chi, đầu gối.
 - + Trẻ có thể dị ứng với một số thức ăn như sữa, hải sản, thịt bò, thịt gà ...
 - + Hầu hết bệnh sẽ tự khỏi khi trẻ được 18-24 tháng.
- Viêm da cơ địa trẻ em:
 - + Thường viêm da cơ địa trẻ nhũ nhi chuyển sang.
 - + Thương tổn là các sẩn đỏ, vết trợt, da dày, mụn nước khu trú hay lan toả cấp tính kèm theo nhiễm khuẩn thứ phát.
 - + Vị trí hay gặp nhất là ở khoeo, nếp gấp khuỷu tay, mi mắt, hai bên cổ, cẳng tay, ít khi có ở mặt dưới chi.
- Viêm da cơ địa ở thanh thiếu niên và người lớn
 - + Biểu hiện là mụn nước, sẩn đỏ dẹt, da dày, hoặc lichen hoá, ngứa
 - + Vị trí hay gặp: nếp gấp khuỷu tay, khoeo, cổ, rốn.
 - + Viêm da lòng bàn tay, chân gặp 20-80% người bệnh, là dấu hiệu viêm da cơ địa người lớn.

- Các biểu hiện khác của viêm da cơ địa: Khô da, da vảy cá, da dày lòng bàn tay, chân, dày sừng nang lông, viêm môi bong vảy.

2. Cận lâm sàng:

- Tăng nồng độ IgE trong huyết thanh
- Mô bệnh học: thượng bì có xốp bào xen kẽ với tăng á sừng, trung bào có sự xâm nhập của bạch cầu lympho, mono, dưỡng bào. Trường hợp lichen hoá có hiện tượng tăng sản thượng bì.
- Test lấy và áp da: để xác định dị nguyên.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chính

- + Ngứa
- + Vị trí và biểu hiện của tổn thương
- + Tổn thương phát ban tái phát hoặc mạn tính
- + Tiền sử cá nhân hay gia đình mắc các bệnh dị ứng

2. Tiêu chuẩn phụ

- + Khô da, da vảy cá, dày sừng nang lông, tăng đường kẻ lòng bàn tay
- + Viêm da ở tay, chân.
- + Chàm vú, viêm môi, vảy phấn, nếp ở cổ.
- + Tăng nồng độ IgE huyết thanh
- + Tăng sắc tố quanh mắt.
- + Tổn thương nặng lên dưới ảnh hưởng của các yếu tố môi trường.
- + Viêm kết mạc

Để chẩn đoán xác định ≥ 3 tiêu chuẩn chính, kết hợp ≥ 3 tiêu chuẩn phụ

V. ĐIỀU TRỊ

1. Tiêu chuẩn nhập viện và ra viện:

- Tiêu chuẩn nhập viện:

- + Tổn thương da lan tỏa
- + Khi có biến chứng như : nhiễm trùng nặng, đỏ da toàn thân.
- + Dùng các thuốc ức chế miễn dịch cần theo dõi tác dụng phụ của thuốc.

- Tiêu chuẩn ra viện:

- + Hết dấu hiệu nhiễm trùng.
- + Sang thương điều trị ổn sau 3-5 ngày, không xuất hiện tổn thương mới.

2. Nguyên tắc điều trị

- Dùng thuốc chống khô da, dịu da
- Chống nhiễm trùng
- Chống viêm, chống ngứa
- Tư vấn cho người bệnh và gia đình biết cách điều trị và phòng bệnh.

3. Điều trị cụ thể

3.1 Điều trị tại chỗ

- Tắm nước ấm 15 phút/ ngày.
- Tồn thương > 50% diện tích da nên áp dụng kỹ thuật ngâm tắm thuốc tím 1/10.000 bằng bồn mỗi ngày.
- Dùng xà phòng tắm có pH trung tính, không tạo chất mùi
- Dùng chất giữ ẩm đều đặn liên tục như Urea 10%
- Thoa ngay sau khi tắm, thoa nhiều lần trong ngày cách nhau 4 giờ
- Thuốc corticoid được dùng nhiều trong viêm da cơ địa:
 - + Tuỳ theo vị trí, tuổi, tính chất tổn thương, đáp ứng của tổn thương mà chọn lựa thuốc dạng mạnh, trung bình, yếu.
 - + Trẻ nhỏ dùng loại có hoạt tính yếu như: Hydrocortison 1-2,5%
 - + Trẻ lớn và người lớn dùng loại hoạt tính trung bình: Betamethason, Clobetason butyrat.
 - + Với những tổn thương da dày, lichen hoá dùng loại có hoạt tính mạnh như: Clobetason propionate, hoặc corticoid dạng mỡ
 - + Loại mạnh dùng khoảng 2-4 tuần, để giảm triệu chứng nhanh, sau đó chuyển loại nhẹ hơn dùng 2 lần/tuần. Thời gian duy trì từ 2 đến 16 tuần.
- + Thuốc bạt sừng bong vảy như mỡ salicyl từ 2-10%
- Thuốc ức chế calcineurin là lựa chọn thứ 2 cho bệnh viêm da cơ địa:
 - + Tacrolimus nồng độ 0,03%, 0,1 %, không dùng cho trẻ dưới 2 tuổi.
 - Trong trường hợp cấp tính: với sang thương mụn nước, rỉ dịch, vết trợt da đắp dung dịch Jarish, thuốc tím 1/10000 pha loãng, hoặc povidin 10 % pha loãng với NaCl 0,9% rửa tổn thương ngày 1-2 lần.

*** Giai đoạn cấp ;**

- Dùng dịch thuốc tím 1/10.000 tắm, đắp, ngâm.
- Nếu do vi khuẩn : thoa dung dịch xanh methylen.
- Nếu do nấm: thoa dung dịch Povidin 10%.

*** Giai đoạn bán cấp:**

- Thoa hồ kẽm hoặc cream corticoid (hydrocortisone, betamethasone, clobetasol) ngày 2 lần

- Nếu do vi khuẩn: thoa cream corticoid + kháng sinh (neomycin sulfat + fluocinolon acetonide, fusidic acid + betamethasone) ngày 2 lần

- Nếu do nấm : Thoa cream Ketoconazol 2% ngày 2 lần

*** Giai đoạn mãn:**

Mỡ salicylee 5% - 10%, cream betamethasone + acid salicylique ngày 2 lần

3.2 Điều trị toàn thân:

- Kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 3:

Cefuroxim 500mg uống 1 viên x 2 lần thời gian điều trị 10-14 ngày

Cefixim 200mg uống 1 viên x 2 lần thời gian điều trị 10-14 ngày

Cefaclor 375mg uống 1 viên x 2 lần thời gian điều trị 10-14 ngày.

- Kháng sinh nhóm Macrolides:

Roxithomycin 150mg uống 1 viên x 2 lần

Azithromycin 250mg, 500mg uống 1 giờ trước bữa ăn hoặc 2 giờ sau khi ăn

Trẻ em: 10 mg/kg cho ngày đầu tiên, sau đó 5 mg/kg/ngày từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5 hoặc 10 mg/kg/ngày x 3 ngày.

Người lớn: ngày đầu tiên uống một liều 500 mg, 4 ngày tiếp theo dùng liều đơn 250 mg/ngày uống 1 viên x 2 lần

- Kháng sinh nhóm B lactam: Amoxicilin – acid clavulanic 625mg uống 1 viên x 3 lần/ ngày.

- Kháng sinh nhóm Quinolone : Ciprofloxacin 500mg uống 1 viên x 2 lần

Levofloxacin 750mg uống 1 viên

- Kháng nấm: sử dụng Itraconazole 100mg uống 1 viên x 2 lần.

Fluconazole 150mg uống 1 viên/ tuần

- Corticoid : Prednisolon 5mg/Methylprednisolone 4mg : 2-4 viên/ ngày x 7 ngày (Có thể dùng trong giai đoạn bệnh bùng phát)

- Kháng histamin giảm triệu chứng ngứa: Fexofenadin 180mg sáng 1 viên hoặc Ebastin 20mg uống sáng 1 viên hoặc Bilastine 20mg uống sáng 1 viên hoặc Levocetirizin 5mg sáng 1 viên hoặc Deloratadin 5mg sáng 1 viên hoặc Clorpheniramin 4mg 1-2 viên/ ngày. Trẻ em có thể sử dụng các chế phẩm dạng siro.

- Điều trị nâng đỡ thể trạng bằng các Vitamin nhóm A, B, C,E, PP, kẽm...

VI. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Khoảng 70% trẻ bị viêm da cơ địa sẽ khỏi khi lớn lên. Còn 30% kéo dài dai dẳng

- Khoảng 30-50% người bệnh viêm da cơ địa sẽ xuất hiện thêm các bệnh dị ứng khác như viêm mũi dị ứng, hen phế quản.

VII. PHÒNG BỆNH:

- Giáo dục người bệnh và gia đình người bệnh hiểu biết kiến thức về bệnh, yếu tố khởi động, quan điểm điều trị.

- Tắm nước ấm, ngay sau khi tắm dùng thuốc dưỡng ẩm da, nếu dùng xà phòng tắm chọn loại ít chất kích ứng. Giữ độ ẩm không khí trong phòng

- Vệ sinh vùng tả lót ở trẻ nhỏ tránh các chất tiết gây kích ứng.

- Ăn kiêng chỉ áp dụng trong những trường hợp bệnh nặng, khi xác định thức ăn gây kích thích.

BỆNH THỦY ĐẬU

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Tiền triệu:

Biểu hiện triệu chứng như bị cảm cúm: Sốt nhẹ đau đầu, đau cơ, đau họng

2. Lâm sàng

Mụn nước, bóng nước rôm lõm trên nền hồng ban, không cùng lứa tuổi, rải rác khắp cơ thể. Có tổn thương ở niêm mạc miệng, mắt.

3. Cận lâm sàng : Công thức máu, chức năng gan, thận.

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc :

Tất cả bệnh nhân thủy đậu nên được điều trị nội trú tại khu vực cách ly, nhằm hạn chế lây lan cho người thân và cộng đồng

2. Điều trị tại chỗ :

- Thoa bằng dung dịch sát khuẩn như xanh methylen 2%.
- Tắm thuốc tím pha loãng tỷ lệ 1/10.000

3. Điều trị toàn thân:

- Thuốc kháng virus: Acyclovir chỉ sử dụng cho những bệnh nhân đến sớm < 72giờ.

+ Người lớn: uống 800mg x 5 lần/ ngày, trong 5- 7 ngày.

+ Trẻ em: uống 20mg/ kg/lần x 4 lần/ ngày, trong 5-7 ngày (tối đa ≤ 3.200mg/ ngày)

- Kháng sinh nếu có bội nhiễm da: Dùng một trong các nhóm kháng sinh sau:

+ Kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 1,2,3: Cefradin 500mg, Cefaclor 375mg, Cefuroxim 500mg, Cefixim 200mg, Cefdinir 250mg/300mg, ...

+ Kháng sinh nhóm Macrolides:

Roxithomycin 150mg uống 1 viên x 2 lần

Azithromycin 250mg, 500mg uống 1 giờ trước bữa ăn hoặc 2 giờ sau khi ăn

Trẻ em: 10 mg/kg cho ngày đầu tiên, sau đó 5 mg/kg/ngày từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5 hoặc 10 mg/kg/ngày x 3 ngày.

Người lớn: ngày đầu tiên uống một liều 500 mg, 4 ngày tiếp theo dùng liều đơn 250 mg/ngày uống 1 viên x 2 lần

+ Kháng sinh nhóm Beta lactam: Amoxicilin – acid clavulanic 625mg uống 1 viên x 3 lần/ ngày.

+ Kháng sinh nhóm Quinolone: Ciprofloxacin 500mg uống 1 viên x 2 lần
Levofloxacin 750mg uống 1 viên

- Sinh tố nhóm B và C.
- Điều trị triệu chứng.

III. PHÒNG BỆNH:

- Trẻ em > 12 tháng nên được tiêm phòng thủy đậu.
- Người nhà của bệnh nhân bệnh thủy đậu, sau 1 tháng nếu không phát bệnh nên tiêm phòng thủy đậu.

BỆNH PEMPHIGUS

I. CHẨN ĐOÁN:

Chủ yếu dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng quan trọng trong điều trị và theo dõi. Bệnh thường xảy ra ở người lớn tuổi

1. Tiền triệu: Thường không có

2. Lâm sàng

- Phát ban đơn dạng, bóng nước mọc rời rạc trên da lành. Niêm mạc thường bị tổn thương và khó lành. Có những cơn bộc phát liên tục. Tổng trạng xấu.

- Nghiệm pháp Nikolsky (+) : Dùng một miếng gạc bao đầu ngón tay lại, ấn ngón tay trên da thường (cạnh bóng nước) vừa ấn vừa kéo ngón tay, da sẽ bị tuột lên.

3. Cận lâm sàng :

- Công thức máu, chức năng gan, thận, protid máu.
- Điện giải đồ.

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Tiêu chuẩn nhập viện và ra viện:

- **Tiêu chuẩn nhập viện:**

+ Mức độ bệnh trung bình – nặng (Tổn thương > 10% diện tích da cơ thể và/hoặc tổn thương lan rộng niêm mạc má và lợi gây khó khăn cho nhai, nuốt).

+ Người già có nhiều bệnh lý kèm theo

- **Tiêu chuẩn ra viện:**

+ Khi bệnh đã được kiểm soát (Không xuất hiện tổn thương mới trong ít nhất 2 tuần, khoảng 80% tổn thương cũ đã lành và bệnh nhân đang được giảm liều thuốc).

2. Điều trị tại chỗ:

- Thoa dung dịch xanh methylen 2% hoặc Povidine 10% nơi bóng nước hoặc tổn thương rỉ dịch

- Corticoid, ức chế calcineurin, kháng sinh bôi tại chỗ: giai đoạn bóng nước lành

- Chích xẹp bóng nước

- *Điều trị tại chỗ bằng ngâm tắm dung dịch thuốc tím 1/10.000.*

3. Điều trị toàn thân:

- Corticoid liệu pháp: Áp dụng cho trường hợp nặng.

Liều khởi đầu: Prednisolone/ Methylprednisolone 1-2mg/kg/ngày. Giảm liều khi không còn bóng nước mới, giảm 5mg mỗi 7 ngày. Phải tăng liều trở lại khi có cơn bộc phát mới.

- Kháng sinh nếu có nhiễm trùng da: Dùng một trong các nhóm kháng sinh sau:

* Kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 1,2,3: Cefradin 500mg, Cefaclor 375mg, Cefuroxim 500mg, Cefixim 200mg, Cefdinir 250mg/300mg, ...

* Kháng sinh nhóm Macrolides:

Roxithomycin 150mg uống 1 viên x 2 lần

Azithromycin 250mg, 500mg uống 1 giờ trước bữa ăn hoặc 2 giờ sau khi ăn

Trẻ em: 10 mg/kg cho ngày đầu tiên, sau đó 5 mg/kg/ngày từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5 hoặc 10 mg/kg/ngày x 3 ngày.

Người lớn: ngày đầu tiên uống một liều 500 mg, 4 ngày tiếp theo dùng liều đơn 250 mg/ngày uống 1 viên x 2 lần

* Kháng sinh nhóm Beta lactam: Amoxicilin – acid clavulanic 625mg uống 1 viên x 3 lần/ ngày.

* Kháng sinh nhóm Quinolone : Ciprofloxacin 500mg uống 1 viên x 2 lần, Levofloxacin 750mg uống 1 viên (Chống chỉ định : <18 tuổi, phụ nữ mang thai)

- Sinh tố C liều cao, điều chỉnh nước điện giải

- Bù Kali, calci

- Thức ăn nhiều đạm, hạn chế muối

- Nghỉ ngơi.

BỆNH DUHRING

I. CHẨN ĐOÁN

1. Tiền triệu:

Ngứa, đau, rát bỏng ở những vùng sắp nổi sang thương.

2. Lâm sàng:

Mụn nước, bóng nước, mọc trên nền hồng ban. Sang thương có khuynh hướng tụ tập thành từng chùm.

3. Xét nghiệm : Theo dõi điều trị

- Công thức máu: để theo dõi biến chứng thiếu máu tán huyết do DDS
- Chức năng gan, chức năng thận, Bilirubin.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị đặc hiệu: chế độ ăn không gluten, Dapsone
- Điều trị nhiễm trùng phối hợp nếu có
- Điều trị triệu chứng, nâng đỡ thể trạng.

2. Tiêu chuẩn nhập viện – ra viện

2.1 Tiêu chuẩn nhập viện:

- Sang thương bóng nước số lượng nhiều lan tỏa
- Có tình trạng nhiễm trùng thứ phát nặng
- Nghi ngờ xảy ra các tác dụng phụ nặng của thuốc

2.2 Tiêu chuẩn ra viện:

Sang thương bóng nước cũ lành hết, không xuất hiện sang thương mới. Tình trạng bệnh ổn định trong 1-2 tuần khi giảm liều thuốc

3. Điều trị

3.1. Tại chỗ:

- Bôi dung dịch sát trùng: xanh methylen 2% hoặc đắp gạc Povidine 10% pha loãng.
- Điều trị tại chỗ bằng ngâm tắm dung dịch thuốc tím 1/10.000.

3.2. Toàn thân:

3.2.1 Lựa chọn đầu tiên :

- Chế độ ăn không gluten
- Dapsone (DDS) liều 1- 1,5mg/kg/ ngày, khi bệnh cải thiện giảm liều dần và tiếp tục duy trì khoảng 3 tháng (Kiểm tra huyết đồ mỗi ½ tháng).

- Corticoid thoa (nhóm mạnh)

3.2.2 Lựa chọn thứ hai :

- Tetracyclin + Nicotinamide
- Colchicin
- Corticoid toàn thân

3.2.3 Điều trị nhiễm trùng

Dùng một trong các nhóm kháng sinh sau:

* Kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 1,2,3: Cefradin 500mg, Cefaclor 375mg, Cefuroxim 500mg, Cefixim 200mg, Cefdinir 250mg/300mg, ...

* Kháng sinh nhóm Macrolides:

Roxithomycin 150mg uống 1 viên x 2 lần

Azithromycin 250mg, 500mg uống 1 giờ trước bữa ăn hoặc 2 giờ sau khi ăn

Trẻ em: 10 mg/kg cho ngày đầu tiên, sau đó 5 mg/kg/ngày từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5 hoặc 10 mg/kg/ngày x 3 ngày.

Người lớn: ngày đầu tiên uống một liều 500 mg, 4 ngày tiếp theo dùng liều đơn 250 mg/ngày uống 1 viên x 2 lần

* Kháng sinh nhóm Beta lactam: Amoxicilin – acid clavulanic 625mg uống 1 viên x 3 lần/ ngày.

* Kháng sinh nhóm Quinolone: Ciprofloxacin 500mg uống 1 viên x 2 lần, Levofloxacin 750mg uống 1 viên.

3.3.Điều trị triệu chứng.

3.4. Điều trị hỗ trợ: Sinh tố C liều cao, điều chỉnh nước điện giải. Vitamin E 400UI/ngày

BỆNH ZONA

I. CHẨN ĐOÁN.

1. Lâm sàng

- Tiền triệu : sốt nhẹ 37,5 – 38 độ C, khó chịu nhức đầu, đau cột sống, nóng rát vùng da sắp nổi tổn thương.

- Sang thương căn bản : mụn nước, bóng nước mọc tập trung thành chùm trên nền hồng ban, thường ở một bên của cơ thể dọc theo dây thần kinh.

- Hạch vùng lân cận sưng đau.

2. Cận lâm sàng : chủ yếu để theo dõi điều trị

- Công thức máu.

- Chức năng gan thận.

II. ĐIỀU TRỊ.

1. Tiêu chuẩn nhập viện và ra viện:

- Tiêu chuẩn nhập viện

+ Tổn thương zona lan rộng, zona vùng đầu mặt.

+ Người già có nhiều bệnh lý kèm theo

+ Đau sau zona ảnh hưởng đến vận động và giấc ngủ.

+ Zona có bội nhiễm nặng

- Tiêu chuẩn ra viện:

+ Tổn thương khô.

+ Hết dấu hiệu nhiễm trùng.

+ Giảm hoặc hết ảnh hưởng của bệnh zona đến vận động và giấc ngủ của bệnh nhân.

2. Điều trị tại chỗ:

Rửa bằng dung dịch thuốc tím pha loãng 1/10.000, thoa dung dịch xanh methylen.

3. Điều trị toàn thân:

3.1. Kháng siêu vi: nên sử dụng sớm trong 1-3 ngày đầu của bệnh.

- Người lớn: 800mg uống 5 lần/ngày x 7- 10 ngày.

- Trẻ em : 20mg/kg/lần x 4 lần/ ngày .

3.2 Giảm đau:

- Paracetamol 500mg, hoặc Efferalgan codein 500mg uống 2- 3 lần /ngày, hoặc Paracetamol 325mg+ tramadol 37.5mg uống 1-2 viên mỗi 4-6 giờ, tối đa 8 viên/ ngày. Chống chỉ định: suy gan, suy thận.

- Nếu không đáp ứng, phối hợp kháng viêm không steroid: Diclofenac 75mg uống 1 viên x 2 lần, hoặc Meloxicam 7,5mg uống 1 viên x 2 lần, hoặc Celecoxib 200mg uống 1 viên x 2 lần.

- Giảm đau thần kinh :

+ Gabapentin: 300mg- 900mg mỗi ngày (có thể tối đa 1800mg), chú ý tiền căn dạ dày.

+ Pregabalin (Lyrica 75 mg): khởi đầu 75mg x 2 lần/ ngày, có thể tăng lên 150mg x 2 lần/ ngày sau 3-7 ngày. Giảm liều dần mỗi tuần.

+ Amitriptylin 25mg uống tối

3.3. Kháng sinh toàn thân: ngừa bội nhiễm. Dùng một trong các nhóm kháng sinh sau:

* Kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 1,2,3: Cefradin 500mg, Cefaclor 375mg, Cefuroxim 500mg, Cefixim 200mg, Cefdinir 250mg/300mg, ...

* Kháng sinh nhóm Macrolides:

Roxithomycin 150mg uống 1 viên x 2 lần

Azithromycin 250mg, 500mg uống 1 giờ trước bữa ăn hoặc 2 giờ sau khi ăn

Trẻ em: 10 mg/kg cho ngày đầu tiên, sau đó 5 mg/kg/ngày từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5 hoặc 10 mg/kg/ngày x 3 ngày.

Người lớn: ngày đầu tiên uống một liều 500 mg, 4 ngày tiếp theo dùng liều đơn 250 mg/ngày uống 1 viên x 2 lần

* Kháng sinh nhóm Beta lactam: Amoxicilin – acid clavulanic 625mg uống 1 viên x 3 lần/ ngày.

* Kháng sinh nhóm Quinolone: Ciprofloxacin 500mg uống 1 viên x 2 lần, Levofloxacin 750mg uống 1 viên.

3.4. Corticoide:

Prednisolone 1- 2 mg/kg/ ngày x1 - 2 tuần. Sau đó giảm liều và ngưng hẳn trong hai tuần kế tiếp.

Chỉ sử dụng trong những trường hợp sau: zona dây thần kinh sinh ba, zona rải lan tỏa, người già và bệnh nhân không có chống chỉ định sử dụng corticoide.

3.5. Trợ sức: Vitamin nhóm B, vitamin C liều cao.

3.6. Điều trị đau sau zona

3.6.1. Thuốc thoa

+ Miếng dán 5% Lidocain, dán 12 giờ mỗi ngày, tuy nhiên có thể gây phát ban, đỏ da.

+ Thoa EMLA cream ngày 1 lần, sau đó băng ép kín

+ Miếng dán Capsaicin 8% trong 1 giờ, có hiệu quả giảm đau từ tuần thứ 2, thời gian sử dụng 12 tuần.

3.6.2 Phong bế thần kinh vùng để giảm đau.

- Thuốc uống: Gabapentin; Pregabalin; Amitriptylin 25mg uống tối

- Giảm đau có chứa chất gây nghiện: analgesics (opioid):

+ Dạng kết hợp của Paracetamol 0.5 g với Codeine phosphate 0.03g: người lớn liều 1 viên/4 giờ, tối đa 6 viên/ngày

+ Dạng kết hợp của Tramadol HCL 37.5 mg với Paracetamol 325mg: người lớn và trẻ em >12 tuổi tối đa 1-2 viên mỗi 4-6 giờ, có thể đến 8 viên/ ngày, suy thân, suy gan không dùng.

3.6.3 Điều trị đau sau zona bằng laser chiếu ngoài:

- Dùng máy laser LS 517: chiếu lên vùng da tổn thương, bước sóng 650nm, hoặc phối hợp hai bước sóng 650 và 940nm, thời gian chiếu 5-10 phút, tổng thời gian chiếu không quá 400 cm², tuần chiếu 3 lần.

BỚT SÙI THUỜNG BÌ (Verrucous epidermal nevus)

ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

Bớt sùi thượng bì đặc trưng bởi sự quá sản lành tính của các tế bào thượng bì với triệu chứng điển hình là đám tổn thương dạng mảng sùi màu da hoặc màu nâu, có xu hướng đi theo các đường tuyến tính trên da (đường Blaschko).

Tổn thương thường xuất hiện từ ngay sau khi sinh (khoảng 50%) hoặc phát triển trong năm đầu tiên của cuộc đời.

1.2. Dịch tễ

Bớt sùi thượng bì có tỷ lệ khoảng 1-3/1000 trẻ em, bệnh có thể gặp cả hai giới và mọi chủng tộc.

1.3. Căn nguyên/ Cơ chế bệnh sinh

Căn nguyên gây bệnh đến nay chưa được rõ ràng, có thể liên quan tới đột biến một số gen.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Tổn thương da:

+ Tổn thương cơ bản: là dát hoặc mảng sần sùi, ranh giới rõ, màu da hoặc màu nâu, dày hơn và sẫm màu hơn theo thời gian, phân bố theo đường Blaschko có dạng dải.

+ Tổn thương có thể phát triển quá sản dạng u nhú, viêm, loét, mùi hôi do sự phát triển của vi khuẩn tại chỗ.

+ Vị trí: vùng thân mình, các chi và ít khi gặp ở mặt hay da đầu, ở một bên cơ thể, đối xứng hai bên hoặc lan tỏa toàn thân.

- Một số ít trường hợp có thể kèm theo bất thường ở các cơ quan khác như tim mạch, thần kinh và mắt.

- Triệu chứng cơ năng: có thể có ngứa trong trường hợp viêm (inflammatory linear verrucous epidermal nevus - ILVEN).

- Tiến triển: lành tính, không ảnh hưởng tới chức năng các cơ quan, chủ yếu gây mất thẩm mỹ.

- Tiêu chuẩn nhập viện dựa vào:

+ Kích thước sang thương: $\geq 2 \times 3\text{cm}$

+ Bệnh lý nội khoa kèm theo

2.2. Cận lâm sàng

Mô bệnh học: đặc trưng bởi quá sản thượng bì dạng u nhú, tăng gai, tăng sừng.

Không có hình ảnh quá sản tuyến bã giống như trong bớt tuyến bã.

2.3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào:

- Lâm sàng
- Mô bệnh học

2.4. Chẩn đoán phân biệt

- Lichen thành dải
- Vảy nến thành dải
- Porokeratosis thành dải
- Bệnh Darier thành dải
- Bệnh sắc tố dâm dề

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị càng sớm càng tốt.

Loại bỏ tổn thương bằng các biện pháp can thiệp.

3.2. Điều trị cụ thể

Điều trị bớt sùi thượng bì còn gặp nhiều khó khăn, với tỷ lệ tái phát cao và nguy cơ để lại sẹo.

Tổn thương ít, kích thước nhỏ: phẫu thuật cắt bỏ là phương pháp điều trị triệt để nhất. Ngoài ra có thể sử dụng laser bào mòn hoặc liệu pháp lạnh.

Tổn thương rộng, lan tỏa: laser bào mòn là phương pháp phổ biến nhất, bao gồm laser CO₂ và laser Erbium YAG. Laser CO₂ là phương pháp dễ tiếp cận hơn, tuy nhiên tỷ lệ hình thành sẹo cao, do đó, nên điều trị từng phần tổn thương và chăm sóc sau laser một cách tích cực. Laser Erbium YAG có tỷ lệ sẹo thấp hơn tuy nhiên tỷ lệ tái phát khá cao.

Với bớt sùi thượng bì thành dải có viêm (inflammatory linear verrucous epidermal nevus) có thể kết hợp với các thuốc bôi chống viêm.

4. PHÒNG BỆNH

Không có biện pháp phòng bệnh đặc hiệu. Điều trị sớm là cách dự phòng tổn thương tiến triển.

HỘI CHỨNG STEVENS – JOHNSON VÀ HOẠI TỬ THUƠNG BÌ NHIỄM ĐỘC (Steven Johnson syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis)

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Khái niệm

- Hội chứng Stevens-Johnson (Steven Johnson syndrome - SJS) và hoại tử biểu bì nhiễm độc (Toxic Epidermal Necrolysis - TEN) là những phản ứng bất lợi nghiêm trọng trên da được đặc trưng bởi hoại tử lan rộng và bong tróc lớp thượng bì.

- Những nghiên cứu gần đây cho rằng SJS và TEN thuộc cùng một loại bệnh, chỉ khác nhau về mức độ nặng và được phân loại như sau:

+ Hội chứng Stevens-Johnson: là một thể nhẹ của TEN với tổn thương da dưới 10% diện tích cơ thể

+ Hội chứng ranh giới SJS-TEN: tổn thương da chiếm 10-30% diện tích cơ thể.

+ TEN: tổn thương da trên 30% diện tích cơ thể.

2. Căn nguyên/Cơ chế bệnh sinh: Phần lớn là do thuốc, một số do nhiễm khuẩn hoặc không rõ nguyên nhân.

2.1. Do thuốc: Các thuốc hay gặp gồm

+ Allopurinol

+ Thuốc an thần: carbamazepin, phenytoin, phenobarbital

+ Thuốc kháng viêm không steroid

+ Sulfamid, nhất là sulfamid chậm

+ Thuốc kháng sinh: nhóm beta lactam, cyclin, quinolon.

+ Các thuốc khác (kháng virus, haloperidol, hydantoin, thuốc kháng lao...)

+ Thuốc Đông y: ngày càng gặp nhiều bệnh nhân dị ứng với các thuốc này.

2.2. Do nhiễm trùng: nhiễm *Mycoplasma pneumoniae* hoặc một số loại vi khuẩn/virus khác.

2.3. Các nguyên nhân khác:

+ Do tiêm vắc xin, huyết thanh.

+ Nhiễm trùng kèm theo bệnh dị ứng

+ Do thải bỏ mảnh ghép.

+ Người bệnh đang điều trị ánh sáng liệu pháp

+ Một số trường hợp không rõ nguyên nhân.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng

- Tổn thương da: là các dát đỏ sẫm màu, sau nổi mụn nước, bóng nước nông, nhẵn nhéo, trợt hoại tử, xen kẽ các mảng sẩn phù, tổn thương hình bia bắn không điển hình, không ngứa. Da bong tróc từng mảng lớn để lại nền da màu đỏ, tím.

+ Dấu hiệu Nikolsky thường dương tính.

+ Trường hợp nặng, tổn thương tiết dịch rất nhiều hoặc chảy máu.

+ Vị trí tổn thương ban đầu thường ở mặt, ngực, sau nhanh chóng lan ra khắp người kể cả lòng bàn tay chân.

- Tổn thương niêm mạc: gặp trên 90% trường hợp. Với hội chứng SJS, tổn thương từ 2 hốc tự nhiên trở lên.

+ Tổn thương niêm mạc miệng, sinh dục: thường gặp nhất. Biểu hiện chủ yếu là các bóng nước nông dễ vỡ, để lại vết trợt, loét, tiết dịch, chảy máu, đóng vảy tiết nâu đen, người bệnh ăn uống khó, đau rất nhiều.

+ Tổn thương ở niêm mạc họng, hầu, thanh quản: gây chít hẹp thanh quản, xuất huyết đường tiêu hóa.

+ Tổn thương ở mắt: gây viêm kết mạc làm mắt viêm đỏ, phù nề, không mở được mắt, có thể bị viêm dính kết mạc, loét giác mạc, nặng hơn có thể gây mù lòa.

+ Tổn thương mũi: viêm mũi, xung huyết, chảy máu mũi.

- Toàn thân:

+ Sốt, mệt mỏi, ho, viêm họng, đau khớp, đau đầu, nôn, tiêu chảy.

+ Trường hợp nặng, người bệnh sốt cao liên tục 39-40°C, nhiễm trùng da, tổn thương nội tạng, rối loạn nước điện giải, có thể li bì, hôn mê.

2.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: số lượng bạch cầu thường tăng.

- CRP (C- reactive protein): thường tăng.

- Sinh hóa: có thể phát hiện được rối loạn điện giải, chức năng gan, thận, thường có tăng đường máu, ure, creatinin, men gan.

- Sinh thiết da: có hiện tượng bong tách thượng bì, xâm nhập tế bào viêm.

- Cấy máu: theo dõi tình trạng nhiễm khuẩn huyết.

- Cấy vi khuẩn tại tổn thương da.

- Khí máu: đánh giá chỉ số bicarbonate huyết thanh.

- Định type HLA trong một số trường hợp cần thiết.

2.3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào tiền sử sử dụng thuốc nghi ngờ và triệu chứng lâm sàng điển hình, dấu hiệu Nikolsky dương tính.

2.4. Chẩn đoán mức độ

- Tiên lượng mức độ nặng của bệnh để đánh giá nguy cơ tử vong bằng chỉ số SCORTEN được áp dụng cho cả TEN và SJS gồm 7 tiêu chuẩn, mỗi tiêu chuẩn là 1 điểm, bao gồm:

- + Tuổi > 40
- + Nhịp tim > 120 lần/phút
- + Có bệnh lý ác tính
- + Bong tách thượng bì > 10% diện tích cơ thể
- + Chỉ số BUN (Blood Urea Nitrogen – nồng độ urea nitrogen trong máu) > 28 mg/dl (ure > 10mmol/l)
- + Glucose huyết thanh > 252 mg/dl (14mmol/l)
- + Bicarbonat huyết thanh < 20mEq/l

Theo nghiên cứu của Bastuji, những người bệnh có chỉ số SCORTEN: 01 điểm thì tỉ lệ tử vong là 3,2%; 2 điểm $\geq 12,1\%$; 3 điểm $\geq 35,3\%$; 4 điểm $\geq 58,3\%$; trên 5 điểm tỉ lệ tử vong là 90%.

2.5. Chẩn đoán phân biệt:

- Hội chứng bong vảy da do tụ cầu.
 - Hồng ban đa dạng.
 - Pemphigus thông thường.
 - Hội chứng DRESS.
 - Đỏ da toàn thân.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nội trú, nên sử dụng phòng vô khuẩn có đầy đủ các phương tiện hồi sức, cấp cứu.
- Dừng ngay thuốc xác định là dị ứng hoặc nghi ngờ gây dị ứng.
- Hạn chế tối đa dùng thuốc.
- Đánh giá người bệnh một cách toàn diện để có kế hoạch điều trị cụ thể.
- Điều trị hỗ trợ: bồi phụ nước điện giải, dinh dưỡng, chống nhiễm khuẩn.

3.2. Điều trị cụ thể

- Điều trị hỗ trợ:

+ Chế độ ăn: lỏng, đủ dinh dưỡng, nhiều đạm, tốt nhất là sữa, cháo dinh dưỡng, ăn nhiều bữa, có thể ăn qua sonde nếu cần.

+ Truyền đạm, plasma tươi.

+ Bồi phụ nước, điện giải.

+ Kháng sinh: chỉ định trong trường hợp nghi ngờ nhiễm khuẩn phối hợp.

- Điều trị tại chỗ:

+ Rửa các vùng da tổn thương hàng ngày bằng nước muối sinh lý, dung dịch thuốc tím loãng, đắp gạc ẩm. Nên đắp hoặc quấn băng gạc có tẩm thuốc kháng sinh hoặc vaselin.

+ Niêm mạc: vệ sinh bằng nước muối sinh lý

+ Các tổn thương mắt cần sớm được đánh giá và điều trị theo mức độ, tra thuốc mỡ kháng sinh, dầu vitamin A, bóc tách mi mắt tránh hiện tượng viêm, loét kết mạc, dính mi mắt, mù lòa.

- Điều trị toàn thân: Điều trị toàn thân cho TEN chưa có thống nhất, có thể sử dụng một trong các thuốc sau trong giai đoạn bệnh cấp tính

+ Cyclosporin 3-5 mg/kg/ngày trong vòng 24 đến 48 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng, kéo dài 10-14 ngày.

+ Corticosteroid: liều tương đương prednisolon 1-2 mg/kg cân nặng, có khi tới 4mg/kg cân nặng, hoặc có thể dùng liều 100-250 mg truyền tĩnh mạch trong khoảng 3-4 ngày đầu, khi tổn thương da và toàn thân tiến triển tốt, có thể giảm nhanh liều để tránh các tai biến do thuốc.

Globulin miễn dịch liều cao truyền tĩnh mạch: IVIG liều 2 đến 4 g/kg trong 2-5 ngày

+ Các điều trị khác: thuốc ức chế miễn dịch và các thuốc khác (infliximab, etanercept...), lọc huyết tương.

4. PHÒNG BỆNH

Giáo dục cho người bệnh hiểu biết các triệu chứng của bệnh, không tái sử dụng các thuốc đã xác định là dị ứng hoặc nghi ngờ gây dị ứng, có thể chứng nhận người bệnh dị ứng thuốc.

Thận trọng khi sử dụng thuốc: tránh lạm dụng thuốc, khi cần dùng thuốc, phải thông báo cho bác sĩ tiền sử dị ứng, nếu có bất kỳ những biểu hiện bất thường nào sau khi sử dụng, phải dùng thuốc ngay và đến các cơ sở y tế khám càng sớm càng tốt.

Tránh sử dụng một số loại thuốc đối với bệnh nhân có HLA đặc hiệu.

BỆNH GIANG MAI (Syphilis)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh giang mai là bệnh lây truyền từ người sang người qua đường tình dục do xoắn khuẩn giang mai (*Treponema pallidum*) gây nên. Bệnh có thể gây tổn thương ở da, niêm mạc, nếu không được điều trị có thể gây tổn thương các tổ chức và cơ quan khác của cơ thể như cơ, xương, khớp, tim mạch và thần kinh.

- Xoắn khuẩn xâm nhập vào cơ thể người lành qua quan hệ tình dục đường âm đạo, đường hậu môn hoặc đường miệng. Bệnh cũng có thể lây gián tiếp qua các đồ dùng, vật dụng bị nhiễm xoắn khuẩn hoặc lây qua các vết xước trên da, niêm mạc. Ngoài ra, bệnh có thể lây truyền qua đường máu hoặc từ mẹ bị giang mai sang con trong thời kỳ mang thai.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Các giai đoạn của giang mai: Bệnh giang mai nếu không được chẩn đoán và điều trị có thể tồn tại rất nhiều năm và được chia làm 2 giai đoạn: giang mai sớm và giang mai muộn.

- Giang mai sớm:

+ Giang mai thời kỳ I (primary syphilis)

+ Giang mai thời kỳ II (secondary syphilis)

+ Giang mai kín sớm: giang mai kín (không có biểu hiện lâm sàng) và thời gian mắc ≤ 2 năm.

- Giang mai muộn:

+ Giang mai kín muộn: giang mai kín (không có biểu hiện lâm sàng) và thời gian mắc > 2 năm

+ Giang mai thời kỳ III (có tổn thương ăn sâu vào tổ chức da, niêm mạc, tim mạch, thần kinh).

2.2. Triệu chứng lâm sàng

2.2.1 Giang mai mắc phải

- Giang mai thời kỳ I: đặc trưng là săng và hạch

+ Săng đơn độc, xuất hiện tại nơi xoắn khuẩn xâm nhập vào cơ thể, thường ở âm đạo, dương vật, hậu môn (hoặc có thể ở những vị trí ngoài sinh dục). Xuất hiện khoảng 3 tuần sau lây nhiễm (khoảng 9- 90 ngày), có thể hết trong vòng 3-10 tuần dù điều trị hay không.

+ Nếu không được chẩn đoán và điều trị trong thời kỳ này, sau 4-8 tuần từ khi xuất hiện tổn thương ban đầu, bệnh sẽ tiến triển sang giang mai thời kỳ II.

- Giang mai thời kỳ II: Tổn thương da và niêm mạc, lan rộng, là giai đoạn lây nhiễm cao.

+ Đào ban: có hình thái đa dạng, có thể giống với tổn thương ban/dát đỏ ở các bệnh lý khác, đặc trưng ở vị trí lòng bàn tay, bàn chân, tổn thương đối xứng hai bên và không ngứa.

+ Mảng niêm mạc: các vết trợt màu trắng, hay gặp ở niêm mạc miệng, lưỡi, sinh dục.

+ Sẩn giang mai: màu đỏ hồng, hình bán cầu, xung quanh có viền vảy (viền vảy Biett). Sẩn sùi giang mai (condylomata lata) thường xuất hiện ở các vị trí nóng, ẩm như hậu môn, âm hộ.

+ Có thể đi kèm các triệu chứng không đặc hiệu khác như mệt, sốt, nổi hạch vùng, rụng tóc, đau đầu.

- Giang mai kín (giang mai tiềm ẩn): Không có dấu hiệu, triệu chứng lâm sàng, chỉ có thể phát hiện bằng xét nghiệm huyết thanh.

+ Giang mai kín sớm (thời gian mắc ≤ 2 năm) và giang mai kín muộn (thời gian mắc > 2 năm). Những bệnh nhân không biết chắc chắn thời gian nhiễm bệnh nên được điều trị theo phác đồ giang mai kín muộn.

- Giang mai thời kỳ III: ảnh hưởng đến bất kỳ cơ quan nào trong cơ thể, đặc trưng: biểu hiện thần kinh (giang mai thần kinh), biểu hiện tim mạch (giang mai tim mạch) và các tổn thương gồm giang mai.

2.2.2. Giang mai bẩm sinh

- Giang mai bẩm sinh được xác định khi:

+ Sảy thai, thai chết lưu hoặc trẻ được sinh ra từ tuần thứ 20 của thai kỳ trở đi hoặc cân nặng trên 500gam (tương đương tuổi thai 20 tuần trở lên), có mẹ xét nghiệm huyết thanh giang mai dương tính và không được điều trị đúng, đủ;

+ Trẻ sinh ra dưới 2 tuổi, có triệu chứng lâm sàng của giang mai bẩm sinh hoặc có xét nghiệm giang mai dương.

+ Biểu hiện của giang mai bẩm sinh muộn ở trẻ > 2 tuổi bao gồm: viêm mắt, tai, khớp, dị dạng xương và các di chứng do các tổn thương của giang mai bẩm sinh sớm.

- Tuy nhiên, rất nhiều trẻ sơ sinh bị giang mai mà không có các dấu hiệu, triệu chứng rõ ràng, điển hình.

2.3. Cận lâm sàng

2.3.1. Phương pháp gián tiếp: xét nghiệm huyết thanh giang mai, có 2 loại là xét nghiệm không đặc hiệu và đặc hiệu.

Xét nghiệm không đặc hiệu: phổ biến và hay được sử dụng nhất là RPR (rapid plasma reagin card test) và VDRL (venereal disease research laboratory). Xét nghiệm không đặc hiệu định tính được sử dụng phối hợp với xét nghiệm đặc hiệu để chẩn đoán giang mai

- Những kháng thể này cũng có thể được phát hiện ở một số bệnh khác như sốt vi rút, một số bệnh tự miễn, vì vậy có thể cho kết quả dương tính giả và không đặc hiệu cho bệnh giang mai.

- Có thể có kết quả âm tính giả trong vòng 4 tuần đầu sau khi xuất hiện tổn thương sơ phát và trong giang mai muộn

- Trong giang mai thời kỳ I và II, phản ứng không đặc hiệu có thể âm tính giả.

- Bệnh nhân có tổn thương nghi ngờ giang mai thời kỳ I, cần làm xét nghiệm lại sau 2-4 tuần để khẳng định chẩn đoán.

- Xét nghiệm không đặc hiệu âm tính ở thời điểm 3 tháng sau khi xuất hiện tổn thương sáng có thể loại trừ bệnh giang mai.

- Các trường hợp dương tính giả thường có hiệu giá kháng thể $< 1/4$

- Xét nghiệm không đặc hiệu định lượng được sử dụng để theo dõi hiệu quả điều trị dựa vào sự thay đổi của hiệu giá kháng thể.

+ Hiệu giá kháng thể thay đổi (tăng/giảm) ≥ 4 lần, tương đương ≥ 2 lần pha loãng huyết thanh giữa 2 lần xét nghiệm liên tiếp nhau thì được xem là thay đổi có ý nghĩa

+ Nếu hiệu giá kháng thể chỉ thay đổi ≤ 2 lần, tương đương 1 lần pha loãng (ví dụ: 1/8 và 1/4, 1/2 và 1/1) thì được xem không có ý nghĩa.

Xét nghiệm đặc hiệu: Bao gồm TPHA (treponema pallidum hemagglutination's assay), TPPA (treponema pallidum particle agglutination assay) và FTA abs (fluorescent treponema antibody absorption's test).

- Sau khi điều trị đúng, xét nghiệm đặc hiệu vẫn dương tính kéo dài suốt đời (85%), vì vậy xét nghiệm đặc hiệu không phân biệt được bệnh đang trong thời kỳ hoạt động hay đã được điều trị và không dùng để theo dõi sau điều trị.

2.3.2. Phương pháp trực tiếp

- Xét nghiệm soi tìm xoắn khuẩn trên kính hiển vi nền đen

- Xét nghiệm tìm kháng thể huỳnh quang trực tiếp (DFA-direct fluorescent antibody)

- Xét nghiệm khuếch đại axit nucleic (NAATs – nucleic acid amplification tests)

- Xét nghiệm nhanh kép HIV/giang mai phát hiện kháng thể kháng HIV và kháng thể đặc hiệu giang mai trong một lần xét nghiệm

2.4. Chẩn đoán xác định

2.4.1. Giang mai mắc

- Người bệnh được chẩn đoán xác định giang mai khi: có kết quả dương tính với 01 xét nghiệm huyết thanh đặc hiệu (bao gồm cả xét nghiệm nhanh) và 01 xét nghiệm huyết thanh không đặc hiệu.

- Ngoài ra có thể dựa vào các xét nghiệm trực tiếp như kính hiển vi nền đen, xét nghiệm kháng thể huỳnh quang trực tiếp và xét nghiệm khuếch đại gen.

2.4.2. Giang mai bẩm sinh

- Tất cả trẻ sinh ra từ những bà mẹ có kết quả huyết thanh giang mai dương tính, cần được khám và làm xét nghiệm để tìm bằng chứng giang mai bẩm sinh.

+ Đối với trẻ sinh ra từ mẹ bị giang mai nhưng không được điều trị đầy đủ ít nhất 30 ngày trước khi sinh hoặc không được điều trị, cần được xét nghiệm ngay ở thời điểm mới sinh ra và hằng tháng trong vòng 3-4 tháng cho đến khi kháng định về mặt huyết thanh là âm tính.

+ Một số trường hợp kháng thể thụ động từ mẹ có thể tồn tại tới 18 tháng. Vì vậy, nếu xét nghiệm huyết thanh của trẻ vẫn dương tính và hiệu giá kháng thể tăng ≥ 4 lần hiệu giá kháng thể của mẹ thì trẻ cần được điều trị giang mai bẩm sinh.

+ Trẻ sinh ra dưới 2 tuổi có mẹ bị giang mai được chẩn đoán giang mai bẩm sinh khi có triệu chứng lâm sàng của giang mai bẩm sinh hoặc có xét nghiệm giang mai dương tính, bao gồm một trong những xét nghiệm sau:

Xét nghiệm tìm xoắn khuẩn trên kính hiển vi nền đen hoặc xét nghiệm kháng thể huỳnh quang trực tiếp: thấy sự có mặt của *T. pallidum*.

Xét nghiệm huyết thanh không đặc hiệu dương tính và có hiệu giá kháng thể cao gấp ≥ 4 lần hiệu giá kháng thể của mẹ.

Trong một số trường hợp giang mai bẩm sinh, có thể phối hợp X-quang để xác định chẩn đoán.

2.5. Chẩn đoán phân biệt:

- Chẩn đoán phân biệt săng/loét giang mai:

+ Loét ở sinh dục: nhiễm herpes simplex sinh dục, hạ cam, loét áp sinh dục, chấn thương, ung thư.

+ Loét ở hậu môn: nhiễm herpes simplex hậu môn-sinh dục, nứt kẽ hậu môn, chấn thương, nhiễm khuẩn khác.

+ Loét ở miệng: herpes simplex miệng, loét áp, chấn thương.

- Chẩn đoán phân biệt đào ban giang mai: dị ứng thuốc, vảy phấn hồng, vảy nến, chàm/viêm da cơ địa.

- Chẩn đoán phân biệt sùi giang mai (condylomata lata): sùi mào gà và các bệnh lý hạt cơm khác.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Lựa chọn phác đồ điều trị dựa vào giai đoạn bệnh: giang mai sớm (≤ 2 năm) hay giang mai muộn (> 2 năm hoặc không xác định thời gian).

- Bệnh tình hiện tại và trong vòng 1 năm cần được đi khám, làm xét nghiệm giang mai và điều trị nếu mắc bệnh.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Đối với bệnh nhân người lớn và vị thành niên:

	Phác đồ ưu tiên	Phác đồ thay thế
Giang mai sớm ($\leq$ 2 năm)	Benzathin penicillin 2,4 triệu đơn vị, tiêm bắp sâu, liều duy nhất	- Trong trường hợp không có Benzathin penicillin, thay thế bằng phác đồ sau: + Procain penicillin 1,2 triệu đơn vị, tiêm bắp sâu, 1 lần/ngày, trong 10-14 ngày. - Nếu không có procain penicillin hoặc bệnh nhân có tiền sử dị ứng với penicillin lựa chọn một trong các phác đồ sau: + Doxycyclin 100mg, uống 2 lần/ ngày, trong 14 ngày; + Ceftriaxon 1g, tiêm bắp sâu, 1 lần/ ngày, trong 10-14 ngày; + Azithromycin 2g, uống liều duy nhất.
- Giang mai muộn (>2 năm hoặc không rõ thời gian mắc)	Benzathin penicillin 2,4 triệu đơn vị, tiêm bắp sâu, 1 lần/ tuần trong 3 tuần liên tiếp, thời gian giữa 2 lần tiêm không quá 14 ngày	- Trong trường hợp không có benzathin penicillin, thay thế bằng phác đồ sau: + Procain penicillin 1,2 triệu đơn vị, tiêm bắp sâu, 1 lần/ngày, trong 20 ngày. - Nếu không có procain penicillin hoặc bệnh nhân có tiền sử dị ứng với penicillin lựa chọn phác đồ sau: + Doxycyclin 100mg, uống 2 lần/ ngày, trong 30 ngày

3.2.2. Các trường hợp đặc biệt

3.2.2.1. Phụ nữ có thai

	Phác đồ ưu tiên	Phác đồ thay thế
Giang mai sớm (≤ 2 năm)	Benzathin penicillin 2,4 triệu đơn vị, tiêm bắp sâu, liều duy nhất	- Nếu không có Benzathin penicillin, có thể thay bằng các phác đồ sau: + Procain penicillin 1,2 triệu đơn vị, tiêm bắp sâu, 1 lần/ngày, trong 10 ngày - Nếu không có Procain penicillin hoặc bệnh nhân có tiền sử dị ứng với penicillin lựa chọn trong các phác đồ sau: + Erythromycin 500mg, uống 4 lần/ ngày, trong 14 ngày + Ceftriaxon 1g, tiêm bắp sâu, 1 lần/ ngày, trong 10-14 ngày + Azithromycin 2g, uống liều duy nhất
Giang mai muộn (>2 năm hoặc không biết chính xác thời gian mắc)	Benzathin penicillin 2,4 triệu đơn vị, tiêm bắp sâu, 1 lần/ tuần trong 3 tuần liên tiếp, thời gian giữa 2 lần tiêm không quá 14 ngày	- Nếu không có benzathin penicillin, có thể thay bằng các phác đồ sau: + Procain penicillin 1,2 triệu đơn vị, tiêm bắp sâu, 1 lần/ngày, trong 20 ngày. - Nếu không có procain penicillin hoặc bệnh nhân có tiền sử dị ứng với penicillin lựa chọn phác đồ sau: + Erythromycin 500mg, uống 4 lần/ ngày, trong 30 ngày

Lưu ý:

- Erythromycin, azithromycin là những thuốc không đi qua nhau thai nên trẻ có mẹ giang mai mới sinh ra cần được điều trị ngay theo phác đồ dưới đây.

- Doxycyclin chống chỉ định cho phụ nữ mang thai vì có thể gây ra biến chứng bất lợi nghiêm trọng cho thai nhi.

3.2.2.2. Giang mai bẩm sinh

- Chỉ định điều trị:

+ Giang mai bẩm sinh được chẩn đoán xác định.

+ Trẻ sơ sinh không có biểu hiện lâm sàng, nhưng có mẹ bị giang mai chưa được điều trị hoặc điều trị chưa đầy đủ hoặc điều trị muộn (trong vòng 30 ngày trước khi sinh) hoặc điều trị với phác đồ không dùng penicillin, không theo hướng dẫn trị cho phụ nữ mang thai

- Phác đồ điều trị: lựa chọn một trong các phác đồ sau

+ Benzyl penicillin 100.000 – 150.000 đơn vị/kg/ngày, tiêm tĩnh mạch chậm trong 10-15 ngày

+ Procain penicillin 50.000 đơn vị /kg/ngày, tiêm bắp 10-15 ngày.

Nên ưu tiên dùng phác đồ benzyl penicillin hơn phác đồ procain penicillin nếu có thể tiêm tĩnh mạch.

- Trẻ sơ sinh không có triệu chứng lâm sàng và mẹ đã được điều trị giang mai đầy đủ, không có dấu hiệu tái nhiễm, chỉ cần theo dõi chặt chẽ. Nguy cơ lây truyền giang mai từ mẹ sang con phụ thuộc vào nhiều yếu tố, bao gồm hiệu giá kháng thể xét nghiệm không đặc hiệu của mẹ (ví dụ: RPR), thời gian điều trị và giai đoạn bệnh của mẹ. Nếu cần điều trị, sử dụng phác đồ dưới đây:

+ Benzathin penicillin G 50.000 đơn vị/kg/ngày, tiêm bắp, liều duy nhất.

4. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Tất cả trường hợp chẩn đoán giang mai có chỉ định tiêm Penicillin.

5. PHÒNG BỆNH

- Xét nghiệm giang mai cho tất cả phụ nữ mang thai vào lần khám thai đầu tiên sử dụng test nhanh giang mai để phát hiện, điều trị sớm, ngăn ngừa lây truyền giang mai từ mẹ sang con.

- Truyền thông giáo dục cho cộng đồng, đặc biệt quần thể nguy cơ cao (gái mại dâm, nam quan hệ tình dục đồng giới) về nguyên nhân gây bệnh, đường lây, biến chứng, cách phòng bệnh, lợi ích của việc xét nghiệm và điều trị sớm.

- Thực hành tình dục an toàn.

- Tập huấn chuyên môn cho các bác sỹ đa khoa, bác sỹ chuyên khoa da liễu và sản phụ khoa ở các tuyến từ trung ương đến địa phương về chẩn đoán sớm, điều trị đúng và đủ bệnh giang mai, giảm tối đa giang mai bẩm sinh.

U ỚNG TUYẾN MỖ HÔI (Syringoma)

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

U ống tuyến mồ hôi thuộc u lành tính của phần phụ da, do sự phát triển quá mức của các tế bào ống tuyến mồ hôi.

1.2. Dịch tễ

- Bệnh thường gặp, người da trắng có tỉ lệ mắc bệnh cao hơn người da đen, thường xảy ra ở tuổi từ 30 – 40, nữ nhiều hơn nam.
- Bệnh ảnh hưởng đến thẩm mỹ và tác động nhiều đến tâm lý, khiến người bệnh kém tự tin khi giao tiếp trong cuộc sống.

1.3. Căn nguyên/ Cơ chế bệnh sinh

- Nguyên nhân của bệnh chưa rõ
- Một số yếu tố thuận lợi như mùa hè, môi trường làm việc có nhiệt độ cao, stress, hormon sinh dục, đặc biệt là progesteron.
- Bệnh có tính chất gia đình.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Tổn thương cơ bản: là các sẩn nhỏ, kích thước 1-5mm, màu da hay màu vàng nhạt, nâu nhạt, trắng, chắc, trơn nhẵn và thường có tính phân bố đối xứng. Một số tổn thương lớn hơn, tập trung thành mảng.
- Vị trí: thường ở vùng quanh mắt, nhất là mi dưới, gò má, trán, mặt, cổ, nách, ngực, bụng, đùi, sinh dục, cẳng chân. Đôi khi có ở vùng đầu và gây ra tình trạng rụng tóc không sẹo.
- Triệu chứng cơ năng: thường không có triệu chứng cơ năng, có thể có ngứa khi tăng tiết mồ hôi.
- Toàn trạng không bị ảnh hưởng.

2.2. Cận lâm sàng

Mô bệnh học: tăng sinh các ống tuyến mồ hôi, lòng ống chứa mảnh vụn không bắt màu thuốc nhuộm, một số ống có đuôi hình dấu phẩy.

2.3. Chẩn đoán xác định

- Chủ yếu dựa vào lâm sàng.
- Mô bệnh học trong trường hợp cần thiết

2.4. Chẩn đoán các thể lâm sàng

Các thể lâm sàng :

Thể khu trú: Tổn thương gồm nhiều sẩn nhỏ và phân bố ở một vị trí giải

phần, gặp ở vùng dưới mi mắt, vùng má. Tuy nhiên, các sẩn cũng có thể gặp ở vùng nách, cổ, ngực, bụng, sinh dục, cánh tay, ria mép.

- Thể gia đình:

- + Hiếm gặp, di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường. Có gia đình ghi nhận đặc tính di truyền bệnh đến 3 thế hệ.

- + Lâm sàng thường các sẩn tập trung thành đám như khảm trai.

- Thể kết hợp hội chứng Down:

- + Tỷ lệ hiện mắc bệnh ở những người bệnh Down nhiều gấp 30 lần so với tỷ lệ hiện mắc của dân số không bị bệnh Down.

- + Tổn thương có thể xuất hiện ở dạng khu trú hay lan tỏa.

- Thể lan tỏa: hiếm gặp. Khởi phát đột ngột ở tuổi thanh thiếu niên với hàng loạt tổn thương lan tỏa, tiến triển từng đợt ở vùng thân trước như cổ, nách, ngực, bụng trên, vùng quanh rốn và tay, thậm chí còn xuất hiện trên vùng da sau khi tẩy lông bằng sáp. Tổn thương thể lan tỏa thường xảy ra ở hai bên và có khuynh hướng đối xứng.

2.5. Chẩn đoán phân biệt

- Hạt cơm phẳng
- U tuyến bã
- Trichoepithelioma

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

Loại bỏ tổn thương

3.2. Điều trị cụ thể

- Thuốc bôi tại chỗ:

- + Tretinoin: bôi mỏng đúng các sẩn vào buổi tối có tác dụng làm phẳng tổn thương hơn. Isotretinoin uống có tác dụng trên u ống tuyến mồ hôi thể phát ban.

- + Chấm TCA 33%

- Can thiệp:

- + Laser CO2 sử dụng chế độ siêu xung, đục lỗ với công suất 0,5-1W, khoảng cách mỗi lần điều trị 4 - 6 tuần, thường chỉ cần 1 - 3 lần điều trị là đáp ứng. Không ghi nhận tác dụng phụ như đỏ da kéo dài hay thay đổi sắc tố.

- + Laser Er:YAG: mật độ năng lượng 9 J/cm², độ rộng xung 250 giây, đường kính điều trị hình trứng 2 - 4mm, điều trị dừng lại khi nhìn thấy trung bì. Với thể sẩn điều trị 1 lỗ, thể mảng dùng nhiều lỗ cách nhau 2mm, điều trị 2 tháng/lần.

- + Phẫu thuật cắt bỏ: có thể lấy đi u ống tuyến mồ hôi hoàn toàn song dễ bị sẹo hay bị biến dạng nên chỉ có thể áp dụng trong trường hợp có diện tích nhỏ.

+ Radio surgery: sử dụng sóng cao tần gây phá hủy đúng mô của u ống tuyến mô hôi.

4. PHÒNG BỆNH

Không có biện pháp phòng bệnh đặc hiệu.

5. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN VÀ RA VIỆN

5.1 Tiêu chuẩn nhập viện

- Kích thước u cục lớn, đường kính 3-5cm. Số lượng u nhiều >20 u

5.2 Tiêu chuẩn ra viện

- Vết đốt khô
- Lên mô hạt tốt
- Không nổi thêm u cục mới

U VÀNG (Xanthoma)

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1 Khái niệm

- U vàng (xanthoma) là tổn thương lành tính của da, đặc trưng bởi các sẩn, mảng, cục có màu vàng, gặp ở bất kì vị trí nào của cơ thể thường gặp nhất mi mắt.

1.2 Dịch tễ

- Bệnh gặp ở cả hai giới.
- U vàng ở mắt gặp ở 1-4% dân số.

1.3 Căn nguyên/ Cơ chế bệnh sinh

- Tổn thương được hình thành bởi các mô bào, đại thực bào có chứa lipid, thường là cholesterol trong nguyên sinh chất.
- U vàng có thể xuất hiện liên quan đến rối loạn tăng lipid máu, bệnh kháng thể đơn dòng, đa u tuỷ xương và một số bệnh lý huyết học khác.
- Thề sùi có thể liên quan đến đáp ứng với chấn thương tại chỗ mà không liên quan đến tăng lipid máu.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Triệu chứng lâm sàng

- Biểu hiện tùy theo thể bệnh

2.1.1 Thể bùng phát (eruptive xanthoma)

- Biểu hiện là các sẩn nhỏ, màu vàng, kích thước đều, thường có ngứa, đầu tổn thương có thể hơi nứt nhẹ.
- Vị trí lan tỏa ở mông, vai, mặt dưới chi, hiếm khi ở mặt hoặc niêm mạc miệng.
- Liên quan đến tăng triglycerid máu.

2.1.2 Thể phẳng (plane xanthoma)

- Tổn thương chủ yếu là các dát – sẩn màu vàng dựa vào vị trí chia làm các loại sau đây:

- U vàng mi mắt (xanthelasma): dát, mảng màu vàng quanh mắt, 50% trường hợp có liên quan đến tăng cholesterol.
- U vàng ở nếp gấp lòng bàn tay: liên quan tới bất thường mỡ máu tiên phát beta III.
- U vàng ở kẽ các ngón tay (interdigital xanthoma): liên quan đến tăng cholesterol gia đình.
- U vàng phẳng lan tỏa: dát - sẩn màu vàng chủ yếu ở thân mình, cổ, một phần mặt. Mỡ máu bình thường, có thể liên quan đến các bệnh lý về máu.

2.1.3 Thể củ (tuberous xanthoma)

- Các sẩn, củ cứng màu vàng nhạt, dính vào da, tiến triển chậm, không đau, thường không loét, có thể kết hợp lại tạo thành các khối nhiều thùy, hay gặp ở vị trí nếp da như đầu gối, khuỷu tay, mông, tai và gót chân, hiếm gặp ở mặt.

- Thường liên quan đến tăng cholesterol gia đình, gammopathies đơn dòng, đau tủy xương, bệnh bạch cầu.

2.1.4 Thể ở gân (tendinous xanthoma)

- Tổn thương là các nốt màu vàng ở vùng gân hay dây chằng, tiến triển từ từ trong nhiều tháng, thường liên quan đến chấn thương.

- Bệnh liên quan đến tăng cholesterol máu gia đình hoặc thiếu protein vận chuyển và chuyển hóa cholesterol.

2.1.5 Thể sùi (verruciform xanthoma)

- Tổn thương sùi màu vàng thường gặp ở niêm mạc miệng, hậu môn - sinh dục. Bệnh thường không đi kèm với rối loạn mỡ máu, có thể kết hợp với các bất lành tính ở da, u mạch máu... hoặc bệnh lý da như lichen phẳng, vẩy nến, lupus.

2.1.6. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu và nước tiểu, chụp Xquang để xác định các nguyên nhân và nồng độ lipoprotein (tương ứng với nguy cơ các bệnh lý tim mạch, đột quỵ...).

- Mô bệnh học: có nhiều tế bào bọt bản chất là các đại thực bào có chứa lipid. Ở thể bùng phát, ngoài các tế bào bọt, còn có các tế bào lympho, mono, bạch cầu trung tính và lipid tự do trong lớp hạ bì. Thể củ có các tế bào bọt và các khe cholesterol. U vàng ở gân cũng có mô bệnh học tương tự.

- Dermoscopy các tổn thương u vàng rõ hơn với các đặc điểm:

+ Cấu trúc dạng cầu, búi màu vàng, ranh giới rõ.

+ Có thể có giãn mạch tại tổn thương.

2.1.7 Chẩn đoán xác định

Dựa vào:

Triệu chứng lâm sàng.

Cận lâm sàng điển hình.

2.1.8 Chẩn đoán thể bệnh

Thể bùng phát

Thể phẳng

Thể củ

Thể ở gân

Thể sùi

2.1.9 Chẩn đoán phân biệt

Thể bùng phát phân biệt với: sarcoidosis, u hạt vòng, u vàng trẻ em.

Thể gân, thể cục phân biệt với: kén thượng bì, u mỡ, u xơ thần kinh.

Thể phẳng phân biệt với: pseudoxanthoma elasticum, amyloidosis, sarcoidosis.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc điều trị

- Điều trị rối loạn lipid máu (nếu có).
- Điều trị bệnh lý nền (nếu có).
- Loại bỏ tổn thương.

3.2 Điều trị cụ thể

- Điều chỉnh chế độ sinh hoạt:
 - + Chế độ ăn nhiều rau xanh, ngũ cốc và cá.
 - + Giảm chất béo bão hòa (có trong thịt, bơ, các sản phẩm từ sữa khác, dầu dừa, dầu cọ).
 - + Giảm lượng đường trong đồ uống có ga, kẹo, bánh quy và bánh ngọt.
 - + Nếu béo phì, thừa cân, giảm cân bằng cách giảm lượng calo và tăng tập thể dục.
 - + Điều trị thuốc đường toàn thân điều chỉnh lipid máu thường cho hiệu quả cao:

Statins (HMG CoA reductase): atorvastatin 10 - 20 mg/ngày, simvastatin 10 - 20 mg/ngày. Tác dụng phụ thường gặp là tăng men cơ, men gan nên cần làm xét nghiệm định kỳ để kiểm tra.

Fibrate: fenofibrat 200 - 300 mg/ngày. Có thể có tác dụng phụ trên đường tiêu hóa.

Ezetimibe: là một nhóm thuốc mới làm hạ lipid máu, liều 10 mg/ngày, thường kết hợp với statin để tăng hiệu quả.

- Điều trị loại bỏ tổn thương:
 - + Phẫu thuật cắt bỏ tổn thương cho kết quả cao nhất, đặc biệt với thể sùi.
 - + Đốt điện, plasma, laser CO₂
 - + Chấm trichloroacetic acid (TCA), imiquimod 5%.

4. PHÒNG BỆNH

Đối với các trường hợp u vàng liên quan đến rối loạn lipid máu, cần có chế độ ăn hợp lý, giảm lượng dầu mỡ, kiểm tra sức khỏe định kỳ để phát hiện sớm và điều trị các rối loạn lipid máu.

5. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN VÀ RA VIỆN

5.1 Tiêu chuẩn nhập viện

- Kích thước u cục lớn , đường kính 3-5cm. Số lượng u nhiều >20 u

5.2 Tiêu chuẩn ra viện

- Vết đốt khô
- Lên mô hạt tốt
- Không nổi thêm u cục mới

VẢY NẾN THỂ MỦ (Pustular psoriasis)

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1 Khái niệm

Vảy nến thể mủ là một thể nặng, ít gặp của vảy nến hoặc là một bệnh riêng biệt, đặc trưng bởi các mụn mủ vô khuẩn trên nền da đỏ.

1.2 Dịch tễ

Vảy nến thể mủ là bệnh ít gặp.

Những bệnh nhân không đồng mắc với vảy nến thể thông thường có khởi phát.

Vảy nến thể mủ toàn thân ở người lớn không khác biệt giữa 2 giới còn vảy nến thể mủ toàn thân ở trẻ nhỏ thường gặp hơn ở trẻ nam.

Vảy nến thể mủ khu trú thường gặp ở nữ tuổi trung niên.

1.3 Căn nguyên/Cơ chế bệnh sinh

Cho đến nay căn nguyên, cơ chế bệnh sinh của vảy nến thể mủ chưa hoàn toàn được hiểu rõ nhưng nhiều nghiên cứu ủng hộ giả thuyết bệnh có liên quan đến yếu tố di truyền. Ngoài ra, có một số tác nhân làm khởi phát của vảy nến thể mủ đã được ghi nhận bao gồm: nhiễm trùng, thuốc và mang thai.

Về yếu tố di truyền: một số đột biến gen đã được ghi nhận trong vảy nến thể mủ đặc biệt là vảy nến thể mủ toàn thân bao gồm: đột biến gen IL-36 RN, đột biến gen CARD14, đột biến gen AP1S3.

Các yếu tố khởi phát:

Thuốc: corticosteroid toàn thân hay gặp nhất và một số loại thuốc khác bao gồm amoxicillin, terbinafin, codein, ceftriaxon, oxacillin, rituximab, pegylated interferon-alpha-2b và vắc-xin trực khuẩn Calmette-Guérin.

Nhiễm trùng: nhiễm trùng đường hô hấp trên, cytomegalo virus, varicella zoster virus, Epstein Barr virus, Coronavirus 2...

Mang thai: một số phụ nữ xuất hiện vảy nến mủ khi mang thai, cơ chế bệnh sinh chưa rõ nhưng sự thay đổi hormon trong quá trình mang thai được dự đoán là nguyên nhân gây ra tình trạng này.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Triệu chứng lâm sàng

Tồn thương cơ bản:

+ Tồn thương da: Là các mụn mủ vô khuẩn, nông, nhỏ bằng đầu đinh ghim, màu trắng đục trên nền da đỏ, các mụn mủ đứng riêng rẽ hoặc tập trung thành hồ mủ. Khi mụn mủ khô để lại vảy da trắng mỏng. Các mụn mủ phân bố lan tỏa toàn bộ cơ thể trong vảy nến thể mủ toàn thân hoặc khu trú tại các vùng da ở đầu chi hoặc lòng bàn tay bàn chân trong vảy nến thể mủ khu trú.

+ Tổn thương móng: có thể gặp đặc biệt là ở vảy nến thể mũ đầu chi có thể gây loạn dưỡng móng hoặc mất móng.

+ Tổn thương niêm mạc: có thể gặp viêm lưỡi bản đồ, viêm màng tiếp hợp, viêm quy đầu.

- Triệu chứng cơ năng: sưng đau tại vùng tổn thương, có thể có ngứa

- Triệu chứng toàn thân: thường gặp ở vảy nến thể mũ toàn thân bao gồm sốt cao, mệt mỏi, suy kiệt.

- Tiến triển: các triệu chứng lâm sàng tái phát nhiều lần.

- Biến chứng: Đợt cấp của vảy nến thể mũ toàn thân nếu không được điều trị kịp thời có thể gây ra các biến chứng: nhiễm trùng thứ phát, rối loạn nước điện giải, mất protein gây giảm albumin dẫn đến sốc giảm thể tích, suy giảm chức năng gan thận, suy tim,....

2.2 Cận lâm sàng

Xét nghiệm giúp chẩn đoán xác định và điều trị:

Mô bệnh học: Thương bì: dày sừng, á sừng, mất lớp hạt, mụn mủ xốp bào Kogoj đây là biểu hiện đặc trưng của vảy nến thể mũ, các bạch cầu đa nhân trung tính di chuyển từ trung bì lên tập trung thành từng ổ ở phần nông của thượng bì ở kẽ giữa các tế bào sừng đã bị thoái hóa. Trung bì xâm nhập viêm bạch cầu lympho quanh mạch.

Xét nghiệm đánh giá tình trạng viêm hệ thống: công thức máu, máu lắng, CRP.

Xét nghiệm đột biến gen: Đột biến gen IL36RN và gen CARD14 thường gặp ở vảy nến thể mũ toàn thân và vảy nến thể mũ đầu chi nhưng ít gặp ở bệnh nhân vảy nến thể mũ lòng bàn tay bàn chân.

Xét nghiệm giúp chẩn đoán phân biệt:

Nhuộm soi và nuôi cấy vi khuẩn tại tổn thương: âm tính

Nhuộm soi hoặc soi tươi tìm nấm tại tổn thương: âm tính

Xét nghiệm PCR herpes tại tổn thương: âm tính

Xét nghiệm tế bào dịch tổn thương không có tế bào gai lệch hình và không có tế bào đa nhân khổng lồ.

Xét nghiệm đánh giá biến chứng: Tăng cao số lượng bạch cầu, tăng procalcitonin, giảm albumin máu, giảm calci máu, rối loạn điện giải, suy giảm chức năng gan thận...

2.3 Chẩn đoán

2.3.1 Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định vảy nến thể mũ toàn thân:

Năm 2018, Hội Da liễu Nhật Bản đã đưa ra bảng tiêu chuẩn chẩn đoán vảy nến thể mủ toàn thân gồm các tiêu chuẩn sau:

Có các triệu chứng hệ thống như sốt, mệt mỏi...

Đỏ da lan rộng kèm nhiều mụn mủ vô trùng.

Về mô bệnh học: mụn mủ dưới lớp sừng chứa bạch cầu đa nhân trung tính với đặc trưng là các mụn mủ xếp bào Kogoj.

Tái phát các triệu chứng lâm sàng hoặc mô bệnh học.

Chẩn đoán xác định vảy nến thể mủ toàn thân khi có cả 4 tiêu chuẩn trên (độ nhạy 78%). Chẩn đoán nghi ngờ nhiều đến vảy nến thể mủ toàn thân khi có ít nhất 1 tiêu chuẩn số 2 hoặc số 3.

Chẩn đoán xác định vảy nến thể mủ khu trú

Dựa vào biểu hiện lâm sàng và mô bệnh học phù hợp đồng thời loại trừ các nguyên nhân khác có thể gây ra biểu hiện tương tự như nấm, virus herpes, vi khuẩn, ...

2.3.2 Chẩn đoán thể bệnh

Vảy nến thể mủ toàn thân: các mụn mủ phân bố toàn bộ cơ thể kèm theo các triệu chứng toàn thân như sốt cao mệt mỏi suy kiệt.

Vảy nến thể mủ khu trú: thường không có triệu chứng toàn thân, tổn thương da khu trú trên những vùng da nhỏ.

Vảy nến thể mủ khu trú đầu chi: các mụn mủ tập trung ở đầu ngón tay ngón chân.

Vảy nến thể mủ lòng bàn tay bàn chân: các mụn mủ tập trung ở lòng bàn tay bàn chân 2 bên.

2.3.3 Chẩn đoán giai đoạn bệnh

Giai đoạn bùng phát: tổn thương da lan rộng với nhiều mụn mủ vô trùng trên nền da đỏ, thường kèm theo các triệu chứng toàn thân như mệt mỏi, sốt cao...

Giai đoạn ổn định: đặc trưng bởi sự hiện diện của các triệu chứng da còn sót lại như đỏ da, bong vảy và có thể có một vài mụn mủ nhỏ.

2.3.4 Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt của vảy nến thể mủ toàn thân

Phát ban mụn mủ cấp tính

Viêm da bội nhiễm

Pemphigus IgA

Bệnh da mụn mủ dưới lớp sừng

Nấm da

Chẩn đoán phân biệt của vảy nến thể mủ đầu chi

- + Viêm da nhiễm trùng
- + Nấm da
- + Herpes đầu chi
- + Tổ đũa
- Chẩn đoán phân biệt của vảy nến thể mủ lòng bàn tay bàn chân
 - + Vảy nến thông thường lòng bàn tay bàn chân
 - + Nấm da bàn tay bàn chân
 - + Tổ đũa

2.3.5 Tiêu chuẩn nhập viện

- Đợt cấp vảy nến mủ

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc điều trị

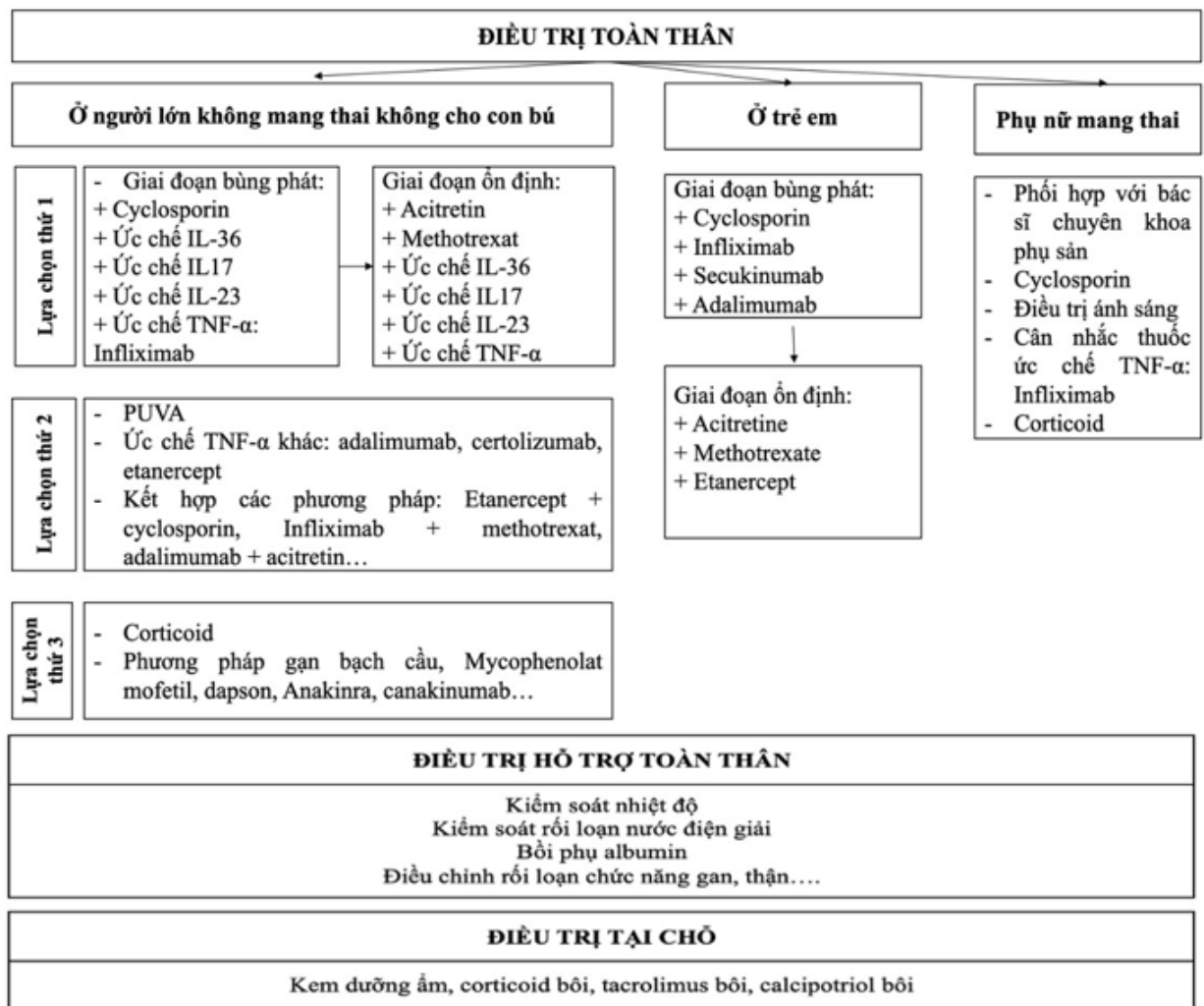
Điều trị tấn công giai đoạn bùng phát và điều trị duy trì ở giai đoạn ổn định để ngăn ngừa các đợt bùng phát bệnh trong tương lai.

Xác định và loại bỏ yếu tố khởi phát.

Điều trị và phòng ngừa các biến chứng nặng: rối loạn nước điện giải, bội nhiễm, tăng cường dinh dưỡng,...

3.2 Điều trị cụ thể

3.2.1 Điều trị vảy nến mủ toàn thân



– Điều trị toàn thân

- + Cyclosporin: Liều điều trị 2,5- 5 mg/kg/ngày cho đến khi kiểm soát được bệnh thì hạ dần liều trong vòng 2-3 tháng sau đó dừng và chuyển sang thuốc điều trị duy trì khác.
- + Thuốc ức chế IL-36: spesolimab
 - Điều trị đợt bùng phát liều tĩnh mạch 900 mg truyền trong 90 phút, nếu các triệu chứng không thuyên giảm bổ sung thêm 1 liều tương tự sau 1 tuần.
 - Điều trị giai đoạn ổn định: 300mg hoặc 150mg tiêm dưới da hàng tháng hoặc mỗi 3 tháng tùy mức độ bệnh.
- + Ức chế IL17
 - Secukinumab: tiêm dưới da 300mg tại các tuần 0,1,2,3,4, sau đó là 300mg mỗi 4 tuần; liều 150mg có thể có tác dụng ở một số bệnh nhân.
 - Ixekizumab: tiêm dưới da 160 mg tại tuần 0 sau đó là 80mg tại tuần 2,4,6,8,10 và 12 sau đó 80mg mỗi 4 tuần.
 - Brodalumab: tiêm dưới da 210mg tại tuần 0,1,2 và sau mỗi 2 tuần.
- + Thuốc ức chế IL-23

- Ustekinumab: bệnh nhân nặng dưới 100kg tiêm dưới da 45mg tại tuần 0,4 và sau mỗi 12 tuần, đối với bệnh nhân nặng trên 100kg tăng liều lên 90 mg mỗi lần tiêm.
- Guselkumab: tiêm dưới da 100mg tại tuần 0,4 và sau mỗi 8 tuần
- + Thuốc ức chế TNF- α :
 - Infliximab: Liều dùng truyền tĩnh mạch 5 mg/kg ở tuần 0,2,6 và mỗi 6-8 tuần sau đó
 - Etanercept: <63kg: 0,8 mg/kg/1 lần mỗi tuần, $\geq$ 63 kg: 50 mg một lần mỗi tuần
- + Acitretin: Liều khởi đầu 0,5-1mg/kg cân nặng thường bắt đầu đáp ứng sau 7-10 ngày và đạt hiệu quả hoàn toàn sau 2-3 tháng, khi đạt được cải thiện có thể giảm liều.
- + Methotrexat: Liều tối đa: 15-25mg/tuần tuy nhiên nên khởi đầu với liều thấp 5-10mg/tuần trước sau đó tăng liều dần, đối với người cao tuổi hoặc suy thận liều khởi đầu không quá 10mg/tuần.
- + Điều trị ánh sáng: UVA, PUVA
- + Corticosteroid: corticosteroid giúp kiểm soát nhanh chóng triệu chứng của vẩy nến thể mủ toàn thân nhưng cũng là nguyên nhân gây tái phát bệnh khi ngừng thuốc do đó không nên sử dụng, chỉ sử dụng trong các trường hợp có biến chứng hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển hoặc có chống chỉ định với những thuốc khác. Chỉ dùng ngắn ngày và cần kết hợp với các liệu pháp khác để hạn chế sự bùng phát của bệnh khi giảm liều.
- + Một số thuốc khác: phương pháp gạn bạch cầu hạt và bạch cầu đơn nhân, anakinra, canakinumab, mycophenolat mofetil, kẽm uống, dapsone và apremilast.
- Điều trị tại chỗ: Các thuốc điều trị tại chỗ được sử dụng phối hợp với các thuốc điều trị toàn thân bao gồm:
 - + Kem dưỡng ẩm: giúp làm dịu, bong vảy
 - + Corticosteroid bôi
 - + Tacrolimus bôi
 - + Calcipotriol bôi
- Điều trị hỗ trợ:
 - + Kiểm soát nhiệt độ
 - + Kiểm soát rối loạn nước điện giải
 - + Bồi phụ albumin
 - + Điều chỉnh rối loạn chức năng gan thận....
 - + Dùng kháng sinh nên được xem xét cho vẩy nến mủ có tình trạng nhiễm trùng.

3.2.2. Điều trị vẩy nến thể mủ khu trú

- Lựa chọn thứ 1:

- + Tồn thương khu trú: corticosteroid đơn độc hoặc phối hợp calcipotriol bôi
- + Tồn thương lan rộng: acitretin hoặc ánh sáng trị liệu kết hợp với corticosteroid bôi.
- Lựa chọn thứ 2: Nếu thất bại với các phương pháp trên lựa chọn oral PUVA hoặc các thuốc ức chế miễn dịch khác: cyclosporin, methotrexat, ...
- Lựa chọn thứ 3: Nếu thất bại với các phương pháp trên, thuốc sinh học là lựa chọn tiếp theo.

4. PHÒNG BỆNH

- Phát hiện loại bỏ và hạn chế các yếu tố nguy cơ gây bùng phát bệnh.
- Bệnh nhân vảy nến thông thường cần được thăm khám, điều trị đúng theo hướng dẫn của bác sĩ chuyên khoa để tránh tiến triển thành vảy nến thể mủ.
- Thăm khám định kì theo hẹn.
- Xét nghiệm gen cho các đối tượng nguy cơ.

VẢY NẾN THỂ THÔNG THƯỜNG (Psoriasis vulgaris)

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

Vảy nến là bệnh viêm mạn tính, tiến triển từng đợt, dai dẳng. Bệnh đặc trưng bởi dát, sẩn đỏ ranh giới rõ, trên có nhiều vảy da trắng, dày, dễ bong, có thể gây tổn thương ở móng, khớp và các cơ quan khác.

1.2. Dịch tễ

Tỷ lệ bệnh vảy nến chiếm khoảng 2-3% dân số tùy theo từng khu vực. Bệnh có thể gặp ở hai giới và mọi lứa tuổi nhưng thường gặp nhiều ở người lớn hơn trẻ em.

1.3. Căn nguyên/Cơ chế bệnh sinh

Căn nguyên của bệnh vảy nến chưa rõ. Người ta cho rằng bệnh vảy nến có liên quan đến rối loạn miễn dịch, yếu tố di truyền, yếu tố môi trường.

- Yếu tố di truyền: nhiều gen đã được phát hiện ở những người có HLA - B13, B17, BW57 và CW6. Đặc biệt gen HLA - CW6 gặp ở 87% bệnh nhân vảy nến.
- Cơ chế miễn dịch: bệnh vảy nến có liên quan đến tế bào lympho T ở da đặc biệt là tế bào Th1, Th17 và Th22. Hiện tại trục TNF- α - IL-23 – IL-17A được coi là đóng vai trò chủ đạo trong cơ chế bệnh sinh của bệnh vảy nến.
- Các yếu tố môi trường: stress, chấn thương, nhiễm khuẩn hoặc sử dụng thuốc, lạm dụng rượu, hút thuốc, ánh sáng mặt trời,....

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Tổn thương da: điển hình là những sẩn, mảng màu đỏ tươi, giới hạn rõ với da lành, trên có vảy da trắng, dày, dễ bong. Vị trí thường ở chỗ tỷ đè, vùng hay bị cọ xát như khuỷu tay, đầu gối, mấu chủy, mặt duỗi các chi. Tổn thương có khuynh hướng đối xứng.
- Tổn thương móng: rỗ móng, rãnh ngang móng, móng xù xì, vạch trắng ngang móng, dấu hiệu giọt dầu, tách móng, dày sừng dưới móng, xuất huyết.
- Tổn thương khớp: sưng nóng đỏ đau các khớp, viêm một/nhiều khớp, hình ảnh lâm sàng giống viêm đa khớp dạng thấp, viêm khớp cột sống, viêm điểm bám gân và phần mềm quanh khớp tạo hình ảnh ngón tay, ngón chân hình khúc dồi.
- Tổn thương niêm mạc: thường gặp ở niêm mạc quy đầu, âm hộ. Đó là dát màu hồng, không thâm nhiễm, giới hạn rõ, ít hoặc không có vảy, tiến triển mạn tính. Ở lưỡi tổn thương giống viêm lưỡi hình bản đồ hoặc viêm lưỡi phì đại tróc vảy.

- Các triệu chứng của bệnh phổi hợp: tim mạch, rối loạn chuyển hóa, tâm thần, ruột,....

2.2. Cận lâm sàng

- và theo dõi điều trị.
- Các xét nghiệm trước khi sử dụng thuốc sinh học:
 - + Tầm soát lao và lao tiềm ẩn: chụp X quang ngực thẳng kết hợp Quantiferon hoặc test Mantoux.
 - + Xét nghiệm tầm soát viêm gan B, C, HIV,
 - + Test thử thai (máu hoặc nước tiểu).
 - + ECG, siêu âm tim.

2.3. Chẩn đoán xác định

Chủ yếu dựa vào lâm sàng, mô bệnh học có vai trò trong một số trường hợp khó, lâm sàng không điển hình.

2.4. Chẩn đoán thể bệnh

- Thể thông thường: theo kích thước tổn thương có vảy nền thể giọt (dưới 1 cm) và thể mảng.
- Theo vị trí giải phẫu: vảy nền ở các nếp gấp (vảy nền đảo ngược); vảy nền ở da đầu và ở mặt; vảy nền lòng bàn tay, lòng bàn chân; vảy nền thể móng.
- Vảy nền đỏ da toàn thân: thường là biến chứng của vảy nền thể thông thường hoặc do dùng corticosteroid toàn thân, đôi khi là biểu hiện đầu tiên của bệnh vảy nền.

2.5. Chẩn đoán mức độ

- Theo PASI (psoriasis area and severity index): dựa vào mức độ đỏ da, dày da, vảy da và diện tích của tổn thương theo từng vùng cơ thể; PASI < 10: mức độ nhẹ, PASI $\geq$ 10: bệnh mức độ vừa - nặng.
- DLQI (dermatology life quality index): gồm bộ 10 câu hỏi đánh giá mức độ ảnh hưởng của bệnh đến cuộc sống bệnh nhân: 0 - 1, 2 - 5, 6 - 10, 11 - 20, 21 - 30 điểm lần lượt: không ảnh hưởng, ảnh hưởng nhỏ, ảnh hưởng trung bình, ảnh hưởng lớn, ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống.
- BSA (body surface areas): theo diện tích cơ thể tổn thương; BSA $\leq$ 10%: vảy nền thể mảng mức độ nhẹ, BSA > 10%: vảy nền thể mảng mức độ vừa, nặng.

2.6. Chẩn đoán phân biệt

- Giang mai thời kỳ thứ II
- Lupus ban đỏ dạng đĩa
- Vảy phấn dạng lichen mạn tính
- Vảy phấn hồng Gibert
- Vảy phấn đỏ nang lông
- Nấm da
- Viêm da dầu
- U lympho T

- Dị ứng thuốc
- Đỏ da toàn thân do nguyên nhân khác.

2.7. Tiêu chuẩn nhập viện

- Vảy nến đỏ da toàn thân.
- Vảy nến mủ toàn thân.
- Vảy nến khớp (có thể hội chẩn chuyên khoa nội khớp).
- Vảy nến mảng diện tích rộng >30%.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị theo mức độ bệnh: Điều trị xoay vòng và phối hợp các phương pháp với nhau.
- Điều trị phối hợp các chuyên khoa: tầm soát các bệnh lý chuyển hoá và khám các chuyên khoa khi cần.
- Quản lý bệnh thường xuyên: Điều trị nhằm kiểm soát và duy trì bệnh ở mức thấp nhất, giảm đỏ da và bong vảy, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

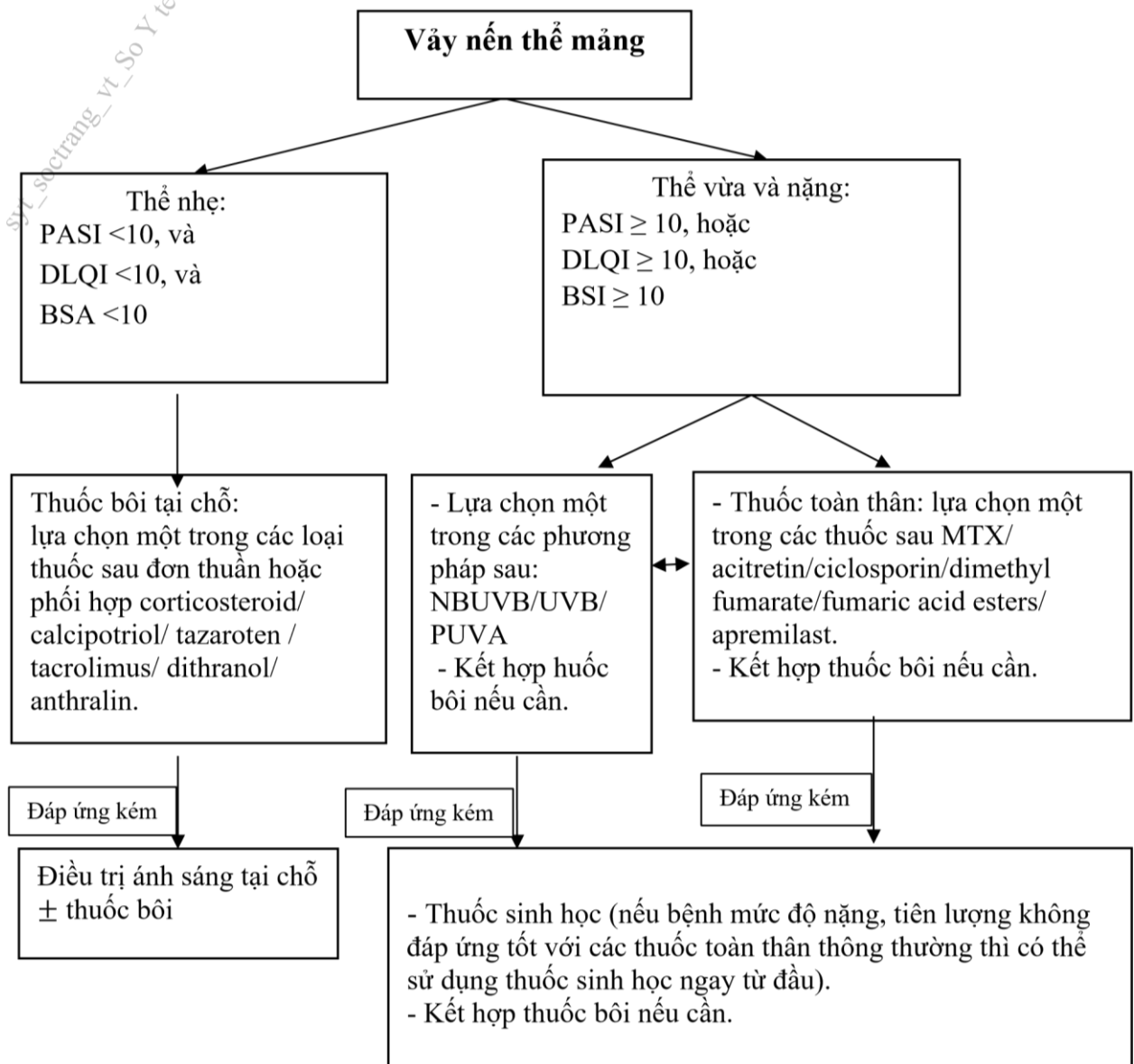
3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị tại chỗ

- Corticosteroid tại chỗ: bôi ngày 1 đến 2 lần, lựa chọn loại thuốc phù hợp với độ tuổi, vị trí tổn thương. Đạt đỉnh sau bôi 2 tuần, duy trì 12 tuần, 3 tháng tiếp theo bôi 2-3 ngày/tuần hoặc bôi vào cuối tuần. Khi dùng kéo dài có thể gặp các tác dụng không mong muốn nên cần sử dụng ở mức thấp nhất có thể kiểm soát bệnh, phối hợp các thuốc điều trị khác.
- Calcipotriol là một dẫn chất của vitamin D3, liều tối đa không quá 100mg/tuần. Calcipotriol kết hợp với corticosteroid bôi ngày 1 lần, dùng điều trị tấn công, dạng gel dùng điều trị vảy nến da đầu, dạng mỡ dùng điều trị vảy nến ở thân mình.
- Vitamin A acid: thuốc hay dùng nhất là tazaroten. Thuốc có tác dụng chậm sau vài tuần nhưng lại duy trì được tác dụng lâu dài hơn corticosteroid bôi. Bôi 1-2 lần/ngày. Nhược điểm đó là hay gặp tác dụng phụ kích ứng da. BSA tối đa điều trị với tazarotene là 10-20%.
- Dithranol, anthralin: hiệu quả tuy nhiên có thể kích ứng da.
- Salicylic axit đơn thuần hay được sử dụng ở Việt Nam, thuốc có tác dụng bạt sừng, bong vảy. Salicylic axit kết hợp với corticosteroid vừa có tác dụng bạt sừng vừa chống viêm. Là thuốc thoa tại chỗ an toàn có thể sử dụng lâu dài
- Chẹn calcineurin: thuốc chống viêm tác dụng chậm hơn nhưng giúp hạn chế các tác dụng phụ của corticosteroid, có thể sử dụng các thuốc như tacrolimus, pimecrolimus nếu tổn thương ở mặt hoặc sau đợt bôi corticosteroid.

- Dưỡng ẩm: dưỡng ẩm giúp vùng da tổn thương giảm ngứa/đau, ngăn ngừa kích ứng, do đó ngăn ngừa hiện tượng Koebner. Có thể bôi dưỡng ẩm ngày nhiều lần.
- Hắc ín (coal tar): ức chế tổng hợp DNA và làm giảm hoạt tính quá trình gián phân tế bào thượng bì, có tác dụng kháng viêm. Thường ở dạng kem, mỡ, xà bông, dầu gội đầu từ 5-20%.

Sơ đồ điều trị vảy nến thông thường



3.2.2. Điều trị ánh sáng (phototherapy).

- Quang trị liệu áp dụng khi vảy nến ở mức độ trung bình, nặng.
- Thường sử dụng UVB dải hẹp do có hiệu quả và hạn chế được tác dụng không mong muốn. Chiếu liều khởi đầu dựa trên liều đo da tối thiểu hoặc tuýp da bệnh nhân, tăng mỗi lần 50 mJ/cm².
- PUVA (Psoralen phối hợp UVA) áp dụng khi tổn thương dày, không đáp ứng với UVB dải hẹp: meladinin 0,6 mg/kg uống 2 giờ trước khi chiếu UVA, liều UVA khởi đầu dựa trên liều đo da tối thiểu hoặc tuýp da bệnh

nhân, tăng mỗi lần 0,5 J/cm². Sau uống thuốc cần đeo kính chống tia UV trong suốt 24 giờ sau đó.

- Liệu trình: 2 - 3 lần/tuần x 20 - 30 lần chiếu tán công, sau đó chiếu duy trì. Hiệu quả: đạt tỷ lệ PASI 75 từ 50 - 90%. Phương pháp này giúp ổn định bệnh lâu dài. UVB dải hẹp có thể điều trị được cho trẻ em, phụ nữ có thai, người mắc các bệnh mạn tính.
- Tác dụng phụ: hay gặp nhất là đỏ da, ngứa, thâm da. Với PUVA có thể gặp nôn, buồn nôn do thuốc. UVB dải hẹp ít tăng nguy cơ ung thư da hắc tố và không hắc tố trong khi PUVA có tăng nguy cơ này vì vậy nên theo dõi chặt liều, tổng số lần chiếu.
- Excimer laser: Có thể chiếu ánh sáng liệu tới 2-6 MED trực tiếp tới sang thương vảy nến. Điều trị 2 lần/tuần. Sử dụng điều trị các mảng vảy nến mãn tính trên khuỷu tay và đầu gối thông thường ít đáp ứng với các thuốc và phương pháp khác.

3.2.3. Điều trị toàn thân

- Methotrexat: Liều khởi đầu thường 7,5-10mg/tuần, liều chia nhỏ thành 3 liều/tuần, mỗi liều cách nhau 12 giờ, tăng dần cao nhất 25-30mg/tuần. Liều test: 5-10mg/tuần, thử lại công thức máu, chức năng gan sau 6-7 ngày. Bổ sung acid folic khác ngày uống MTX. Nếu bệnh nhân đáp ứng kém có thể tăng liều (tùy thuộc cân nặng), nếu đáp ứng tốt có thể giảm liều dần. Tổng liều tích lũy khoảng 3,5g hoặc 1,5g đối với bệnh nhân nguy cơ (uống nhiều rượu, đái tháo đường,...). Khi đạt tổng liều tích lũy, cần sàng lọc tình trạng xơ gan cho bệnh nhân.
- Acitretin, dẫn chất của vitamin A axít, tác dụng điều hòa quá trình sừng hóa, điều trị các thể vảy nến vừa và nặng. Người lớn dùng liều khởi đầu 25 mg/ngày, sau 1-2 tuần, tùy theo kết quả và dung nạp thuốc sẽ điều chỉnh (tăng hoặc giảm liều) cho phù hợp, duy trì ở liều 25-50mg/ngày. Có thể kết hợp với PUVA, NB-UVB cho hiệu quả tốt. Tác dụng phụ rất hay gặp trên da và niêm mạc: khô da, khô môi, rụng tóc, chảy máu cam, bong tróc bàn tay, chân. Phụ nữ nên tránh thai trong và sau ngừng thuốc ít nhất 3 năm do thuốc có nguy cơ gây quái thai.
- Cyclosporin: tác dụng ức chế miễn dịch, điều trị hiệu quả cao những thể vảy nến nặng như vảy nến đỏ da toàn thân và vảy nến móng, liều khởi đầu 2,5-5 mg/kg/ngày chia làm 2 lần. Sau 1 tháng có thể tăng liều nhưng không quá 5mg/kg/ngày. Sau 6 tuần dùng liều cao mà không thấy hiệu quả thì ngừng thuốc. Khi đạt hiệu quả có thể dùng liều thấp duy trì nhưng không nên dùng thuốc quá 2 năm. Chống chỉ định tuyệt đối: tăng huyết áp không kiểm soát, bất thường chức năng thận, tiền căn hoặc đang có u ác tính. Cần theo dõi: huyết áp, CTM, nước tiểu thường quy, chức năng gan, thận, acid uric, lipids.
- Apremilast: một chất ức chế phosphodiesterase 4, là một loại thuốc uống khác để điều trị bệnh vảy nến mảng bám. Sự ức chế phosphodiesterase 4 làm giảm sản xuất nhiều cytokine liên quan đến sinh bệnh học của bệnh vảy nến

- Dimethyl fumarat/fumaric acid esters: thường được sử dụng ở Bắc Âu, hiệu quả tương đương MTX.
- Deucravacitinib là một chất ức chế chọn lọc qua đường uống của tyrosine kinase 2 (TKY2), một kinase làm trung gian truyền tín hiệu của các cytokine liên quan đến sinh bệnh học của bệnh vẩy nến, như IL-23. Vào năm 2022, FDA đã phê duyệt deucravacitinib để điều trị bệnh vẩy nến thể mảng từ trung bình đến nặng ở những người trưởng thành phù hợp với liệu pháp toàn thân hoặc liệu pháp quang học.
- Thuốc sinh học (biotherapy): Trước đây thuốc sinh học sử dụng khi thất bại với các phương pháp toàn thân cổ điển. Tuy nhiên, hiện nay quan điểm đã thay đổi, nhóm thuốc này có thể được chỉ định ngay từ đầu. Một số thuốc sinh học đã được cấp phép sử dụng cho trẻ em mắc vẩy nến như: Adalimumab, etanercept cho trẻ ≥ 4 tuổi, ustekinumab, secukinumab, ixekinumab cho trẻ ≥ 6 tuổi.
 - + Nhóm ức chế TNF- α : etanercept, infliximab, adalimumab, certolizumab pegol.
 - + Nhóm ức chế IL17: secukinumab, ixekizumab, brodalumab, bimekizumab.
 - + Nhóm ức chế IL 23: ustekinumab, guselkumab, tildrakizumab, risankizumab.
 - + Phác đồ một số thuốc sinh học có ở Việt Nam cho người trưởng thành

Thuốc	Cơ chế	Đường dùng	Phác đồ
Infliximab	Ức chế TNF- α	Truyền tĩnh mạch	3 - 5mg/kg tuần 0, 2, 6; sau đó mỗi 8 tuần
Adalimumab	Ức chế TNF- α	Tiêm dưới da	80mg tuần 0, 40mg tuần 1; sau đó 40mg mỗi 2 tuần
Ustekinumab	Ức chế IL-12, IL-23	Tiêm dưới da	45mg (người ≤ 100 kg) hoặc 90mg (người >100 kg) tuần 0 và 4; sau đó mỗi 12 tuần
Secukinumab	Ức chế IL-17	Tiêm dưới da	300mg tuần 0, 1, 2, 3, 4; sau đó mỗi 4 tuần 1 lần.
Guselkumab	Ức chế IL-23	Tiêm dưới da	100mg tuần 0 và 4; sau đó mỗi 8 tuần

+ Phác đồ điều trị ở trẻ em

Thuốc	Đối tượng	Đường dùng	Phác đồ
Etanercept	≥ 4 tuổi	Tiêm dưới da	0,8 mg/kg/tuần (tối đa: 50mg/lần)

Thuốc	Đối tượng	Đường dùng	Phác đồ
Adalimumab	≥ 4 tuổi	Tiêm dưới da	0,8 mg/kg ở tuần 0,1; sau đó cách tuần (tối đa: 40mg/lần)
Ustekinumab	≥ 6 tuổi	Tiêm dưới da	≤ 60 kg: 0,75mg/kg, 60-100kg: 45 mg; >100kg: 90 mg (tuần 0, 4 và mỗi 12 tuần)
Secukinumab	≥ 6 tuổi	Tiêm dưới da	< 50kg: 75mg, ≥ 50 kg: 150 mg với phác đồ 0,1,2,3,4 và mỗi 4 tuần
Ixekizumab	≥ 6 tuổi	Tiêm dưới da	<25kg: 40mg tuần 0, -> 20mg mỗi 4 tuần 25-50kg: 80mg ở tuần 0 -> 40mg mỗi 2 tuần >50kg: 160 tuần 0 -> 80 mg mỗi 2 tuần

3.2.4 Điều trị hỗ trợ

- Kiểm soát nhiệt độ.
- Bù albumin.
- Điều chỉnh rối loạn chức năng gan thận.
- Nâng cao tổng trạng: bổ sung kẽm, vitamin AD,...

4. PHÒNG BỆNH

- Tránh các yếu tố kích thích: nhiễm khuẩn, chấn thương, stress, ...
- Thăm khám định kì theo hẹn.
- Không tự ý sử dụng các thuốc điều trị.

VIÊM DA DO DEMODEX (Demodicosis)

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1 Khái niệm

Viêm da do *Demodex* là bệnh da do ký sinh trùng thuộc họ *Demodex* ký sinh và phát triển với số lượng lớn ở nang lông, tuyến bã và vảy da.

1.2 Dịch tễ

Demodex có thể thường gặp ở trẻ lớn và người trưởng thành, hiếm khi quan sát thấy ở trẻ em dưới 5 tuổi. Viêm da do *Demodex* thường được chẩn đoán ở người lớn tuổi, hoặc người có tình trạng suy giảm miễn dịch.

1.3 Căn nguyên/Cơ chế bệnh sinh

Bệnh gây ra do *Demodex* thuộc họ ve mạt, giống *Demodex*, thường có hai loài ký sinh trên người là *D.folliculorum* và *D.brevis*.

Khi xâm nhập vào da người, *Demodex* ký sinh ở nang lông, tuyến bã, dùng mỏ sắc nhọn chọc thủng tế bào biểu bì và tiết ra men lipase thủy phân chất bã làm nguồn thức ăn. Khi lượng *Demodex* tập trung nhiều làm nang lông giãn rộng, hình thành nút sừng gây tắc nghẽn nang lông và giảm bài tiết chất bã ra ngoài khiến da trở nên khô ráp và bong vảy.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

Gồm viêm da do *Demodex* nguyên phát và viêm da do *Demodex* thứ phát:

+ Viêm da do *Demodex* nguyên phát: khởi phát muộn, thường sau 40 tuổi hoặc người cao tuổi, ảnh hưởng đến mặt, quanh miệng, quanh mắt hoặc quanh tai. Tổn thương thường phân bố không đối xứng, được nhóm lại theo hình dạng không đều có tổn thương vệ tinh. Người bệnh không có triệu chứng hoặc ngứa nhẹ. Không thấy các biểu hiện điển hình của trứng cá đỏ như ban đỏ, cơn đỏ bừng thoáng qua, giãn mạch.

+ Viêm da do *Demodex* thứ phát xuất hiện sớm hơn, tổn thương phân bố ở mặt hoặc thân mình viêm nhiều và lan tỏa hơn. Người bệnh thường có tiền sử hoặc kèm theo bệnh trứng cá đỏ, viêm da quanh miệng

Triệu chứng của viêm da do *Demodex* thường không đặc hiệu:

- + Vảy mỏng vùng nang lông
- + Dát, sần, mụn mủ, viêm nang lông
- + Có thể kèm theo ngứa, vảy vùng quanh mắt, viêm kết mạc mắt, giảm thị lực.

2.2. Cận lâm sàng

Soi tìm *Demodex* dưới kính hiển vi:

Nếu độ tập trung của *Demodex* ≥ 5 con trên một vi trường: *Demodex* là căn nguyên gây bệnh.

Nếu độ tập trung của *Demodex* < 5 con trên một vi trường: *Demodex* không phải căn nguyên gây bệnh.

2.3 Chẩn đoán xác định

Dựa vào biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng.

2.4 Chẩn đoán thể

Viêm nang lông vảy phấn: Tổn thương chủ yếu là vảy mỏng, màu hơi trắng hoặc hơi vàng, sờ thô ráp như giấy ráp ở vùng nang lông (nhất là vùng da đầu) có thể kèm hoặc không dát đỏ nhạt hoặc viêm nhẹ. Thường gặp ở phụ nữ trung niên ít có thói quen rửa mặt, trang điểm nhiều

Demodex dạng trứng cá đỏ, *Demodex* giống viêm da quanh miệng, quanh mắt, quanh tai: Tổn thương là sẩn, mụn mủ thường ở trên mặt quanh miệng, mắt, tai. Kích thước nhỏ hơn trứng cá đỏ. Có thể kèm vảy ở nang lông, ngứa. Phân bố thường không đối xứng. Tổn thương thường không có da dai dẳng (khác với trứng cá đỏ triệu chứng da hay gặp)

Demodex áp xe: Bệnh nhân có sẩn đỏ, mụn mủ, áp xe sâu và ở một bên mặt, phân bố không đối xứng, tồn tại dai dẳng.

2.5 Chẩn đoán phân biệt

Viêm da đầu.

Viêm da tiếp xúc dị ứng.

Trứng cá đỏ.

Nhiễm nấm da.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Dùng dầu gội dịu nhẹ.
- Làm sạch da mặt hai lần mỗi ngày bằng sữa rửa mặt không chứa xà phòng, tẩy tế bào chết định kỳ để loại bỏ tế bào da chết.
- Dùng các thuốc có tác dụng diệt *Demodex*

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị tại chỗ

Thuốc bong vảy: thuốc bong vảy thường dùng trong các trường hợp viêm da do *Demodex* dạng viêm nang lông dạng vảy phấn nhẹ.

- + Acid salicylic 5%
- + Thuốc bôi vitamin A acid.

Thuốc có tác dụng diệt ký sinh trùng: các thuốc bôi có thể lựa chọn gồm:

- + Dung dịch benzyl benzoat
- + Kem permethrin, kem crotamiton
- + Gel metronidazol

3.2.2. Điều trị toàn thân

- Metronidazol: uống 500mg/ngày trong 15 ngày.
- Ivermectin: liều duy nhất 200 μ g/kg, uống khi đói.

4. PHÒNG BỆNH

Sử dụng các sản phẩm làm sạch mặt dịu nhẹ hàng ngày

Không tự ý sử dụng thuốc bôi có chứa corticosteroid, thuốc bôi không rõ thành phần, nguồn gốc.

TRÚNG ĐỘC DA DO THUỐC

I. CHẨN ĐOÁN :

1. Lâm sàng :

1.1. Mê đay và phù Quinke:

- Thường xuất hiện sớm vài giờ sau khi dùng thuốc.
- Sang thương là những sẩn phù khu trú hoặc lan tỏa, ngứa nhiều.

1.2. Hồng ban sắc tố cố định tái phát:

Sang thương dạng dát màu đỏ sẫm, hình tròn hay bầu dục, giới hạn rõ.

1.3. Hồng ban đa dạng :

- Sang thương dạng dát, sẩn, mụn nước, bóng nước hoặc ban xuất huyết.
- Sang thương đặc hiệu hình bia

1.4. Hội chứng Steven– Johnson: là dạng nặng của hồng ban đa dạng

- Tổng trạng sốt, suy kiệt
- Da : thương tổn hồng ban đa dạng
- Kèm tổn thương nhiều niêm mạc :

* Miệng và quanh miệng: bóng nước vỡ nhanh để lại vết trợt chảy máu đóng mào, sung loét niêm mạc má, lưỡi,...

* Mắt : viêm kết mạc chảy mủ , phù mí mắt, xuất huyết dưới kết

* Viêm loét niêm mạc sinh dục, hậu môn.

1.5. Đỏ da toàn thân tróc vảy :

- Thương tổn hồng ban sung phù, lan rộng toàn thân rất nhanh, có thể tiết dịch. Vài ngày sau đỏ da tróc vảy toàn thân. Ngứa nhiều.
- Tổng trạng suy kiệt, sốt.

2. Cận lâm sàng : Công thức máu; Điện giải đồ; Chức năng gan thận.

II. ĐIỀU TRỊ :

1. Tiêu chuẩn nhập viện và ra viện:

- Tiêu chuẩn nhập viện

- + Khi thượng bì bị lột > 10% diện tích da, tổn thương niêm mạc nặng.
- + Người già có nhiều bệnh lý kèm theo
- + Có biểu hiện nhiễm trùng nặng
- + Hội chứng Steven – Johnson, Đỏ da toàn thân.
- + Theo dõi liều dùng và tác dụng phụ của thuốc điều trị

- Tiêu chuẩn ra viện:

- + Khoảng 80% tổn thương cũ đã lành và bệnh nhân đang được giảm liều thuốc.
- + Hết dấu hiệu nhiễm trùng.

2. Điều trị:

2.1. Ngưng sử dụng tất cả các thuốc nghi ngờ.

2.2. Điều trị tại chỗ:

- Nếu có tổn thương niêm mạc miệng thì súc miệng bằng nước muối sinh lý và thoa Mouthpast gel, Kamistad gel ngày 2 lần.
- Nếu có tổn thương niêm mạc sinh dục thì dùng thuốc tím 1/10.000 rửa hoặc đắp tổn thương ngày 2 lần.
- Nếu có tổn thương niêm mạc mắt: nhỏ mắt bằng nước muối sinh lý 0,9%, lau sạch mắt tránh kết dính.
- Sang thương da nếu khu trú rửa hoặc đắp thuốc tím 1/10.000 và thoa xanh methylen, Povidin 10%. Nếu lan rộng trên 50%: nên áp dụng ngâm tắm bằng thuốc tím 1/10.000, nằm drap vô trùng rắc bột Talc, thoa xanh methylen, Povidin 10%

2.3. Toàn thân:

1.3.1 Trường hợp nhẹ :

- Vitamin C: 1g/ngày, uống
- Giải dị ứng không đặc hiệu: Dùng nhóm thanh nhiệt, giải độc, tiêu ban, lợi thủy có chứa các thành phần sau: Actiso, Biển sút/Rau đắng đất, Bìm bìm/Bìm bìm biếc, Diệp hạ châu, Nghệ, dứa gai, sài đất, thương nhĩ tử, kim ngân, hạ khô thảo : 2-4 viên x 2 lần/ngày. Kháng histamine: dùng một loại hoặc phối hợp
- Chống bội nhiễm tại chỗ và toàn thân bằng kháng sinh: Dùng kháng sinh phổ rộng, ít gây dị ứng. Ưu tiên dùng nhóm Macrolides:
 Roxithomycin 150mg uống 1 viên x 2 lần
 Azithromycin 250mg, 500mg uống 1 giờ trước bữa ăn hoặc 2 giờ sau khi ăn
- Trẻ em: 10 mg/kg cho ngày đầu tiên, sau đó 5 mg/kg/ngày từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5 hoặc 10 mg/kg/ngày x 3 ngày.
- Người lớn: ngày đầu tiên uống một liều 500 mg, 4 ngày tiếp theo dùng liều đơn 250 mg/ngày uống 1 viên x 2 lần

1.3.2 Trường hợp nặng : (HC Steven – Johnson, đỏ da toàn thân)

- Bồi hoàn nước điện giải: Lactate Ringer.

- Prednisolone/Methylprednisolone: 1- 1,5 mg/kg/ ngày TTM . Khi các triệu chứng thuyên giảm và người bệnh có thể nuốt được, giảm liều và chuyển sang đường uống.

- Chống bội nhiễm tại chỗ và toàn thân bằng kháng sinh : ưu tiên dùng kháng sinh đường tiêm, truyền.

- Bãng dạ dày - ruột: bằng uống Phosphalugel, hoặc các nhóm ức chế bơm proton như Omepepazole 20mg 1 viên x 2 lần/ngày, hoặc Esomeprazole 20mg 1 viên/ngày, hoặc Pantoprazole 40mg1 viên x 2 lần/ngày .

III. Diễn tiến và tiên lượng:

- Nếu được chẩn đoán sớm tiên lượng tốt, thường tiến triển trong 2-4 tuần, sau khi tổn thương khởi có thể để lại sẹo tăng, giảm sắc tố.

- Với Hội chứng Steven – Jonhson tiên lượng theo chỉ số SCORTEN

IV. Phòng ngừa và giáo dục sức khỏe :

Khi ra viện thông tin cho bệnh nhân:

- Những thuốc gây dị ứng
- Danh sách những thuốc gây phản ứng chéo với thuốc dị ứng
- Thuốc gây dị ứng nên được lưu lại cẩn thận trong hồ sơ bệnh nhân và dặn bệnh nhân thông báo đến tất cả nhân viên y tế chăm sóc họ về sau.
- Cảnh báo bệnh nhân không dùng thuốc có thành phần không rõ ràng

BỆNH VẢY NẾN

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng :

- Thương tổn căn bản: Mảng hồng ban không tẩm nhuận, giới hạn rõ, vảy trắng như xà cừ xếp chồng nhiều lớp, dễ vụn.
- Vị trí chọn lọc: Da đầu, rìa chân tóc, đầu gối, cùi chỏ, vùng xương thiêng.
- Nghiệm pháp Brocq (+) : Dùng curette cạo nhẹ bề mặt tổn thương lần lượt thấy 3 dấu hiệu : Vết đèn cây – Dầu vảy hành – Giọt sương máu.

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu.
- Chức năng gan thận, lipid máu, protid máu ở lần đầu khi chẩn đoán và định kỳ hàng tháng khi bệnh nhân tái khám.

2.1 Tiêu chuẩn nhập viện

- Vảy nến đỏ da toàn thân
- Vảy nến mủ toàn thân
- Vảy nến khớp (có thể hội chẩn chuyên khoa nội khớp)
- Vảy nến mảng diện tích rộng > 30%

2.2 Tiêu chuẩn xuất viện

- Lâm sàng ổn định.
- Không nổi thêm thương tổn mới.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Vảy nến nhẹ và trung bình:

1.1. Tại chỗ:

- Thuốc bôi bạt sừng:
 - + Acid Salicylic 5% - 10% bôi 2-3 lần / ngày.
 - + Corticoid + acid salicylic : bôi 1-2 lần/ ngày đối với vảy nến khu trú ít.
- Trozimed, Daivobet, Daivonet thoa 1- 2 lần/ngày, <100g/tuần
- Tazaroten bôi 1 lần/ngày, nên kết hợp với Trozimed, Corticoid để tăng tác dụng điều trị.
- Corticoid bôi: 1-2 lần/ ngày.
- + Mặt, vùng kẽ, da mỏng, trẻ em: dùng nhóm nhẹ.
- + Vùng khác ở người lớn: nhóm vừa đến mạnh, tối đa 50g/tuần
- + Mảng dày, mạn tính: nhóm mạnh nhất, tối đa 100g/tuần.
- Tacrolimus 0.03%, 0.1% bôi 2 lần/ngày (bôi vùng mặt, nếp kẽ)
- Thuốc làm mềm da: Urea, Vaseline.

+ Polytar, Mintar liquid, Atis: tắm, gội ngày 1 lần.

1.2. Toàn thân:

- Vitamin A liều cao: uống 100.000 – 250.000 UI/ngày
- Kẽm gluconate 70mg: uống 2- 4 viên/ ngày
- Kháng histamine: dùng một loại hoặc phối hợp
- Vitamin A, A-D, C,E.

2. Vẩy nến nặng – Vẩy nến khớp :

2.1. Tại chỗ:

- Thuốc bôi bột sừng:
- + Acid Salicylic 5% - 10% bôi 2-3 lần / ngày.
- + Corticoid + acid salicylic : bôi 1-2 lần/ ngày đối với vẩy nến khu trú ít.
- Daivobet thoa 1- 2 lần/ngày, <100g/tuần
- Thuốc làm mềm da: Urea, Vaseline.
- Polytar, Mintar liquid, Atis: tắm, gội ngày 1 lần.
- Điều trị bệnh da bằng ngâm tắm dung dịch thuốc tím 1/10.000

2.2. Toàn thân:

- Acitretin 25mg – 50mg/ngày, hoặc
- Methotrexate 15 - 30mg/tuần, chia thành 3 liều, uống cách nhau mỗi 12h
- + Bổ sung Acide folique 5mg uống 1 viên/ngày, hoặc
- Vitamin A,A-D, C, E.
- Chống ngứa: như thể nhẹ và trung bình
- Kẽm Gluconat 70mg: 1- 2 viên/ ngày.
- Kháng sinh khi có bội nhiễm: Dùng một trong các nhóm kháng sinh sau:
- * Kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 1,2,3: Cefradin 500mg, Cefaclor 375mg, Cefuroxim 500mg, Cefixim 200mg, Cefdinir 250mg/300mg, ...

* Kháng sinh nhóm Macrolides:

Roxithomycin 150mg uống 1 viên x 2 lần

Azithromycin 250mg, 500mg uống 1 giờ trước bữa ăn hoặc 2 giờ sau khi ăn

Trẻ em: 10 mg/kg cho ngày đầu tiên, sau đó 5 mg/kg/ngày từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5 hoặc 10 mg/kg/ngày x 3 ngày.

Người lớn: ngày đầu tiên uống một liều 500 mg, 4 ngày tiếp theo dùng liều đơn 250 mg/ngày uống 1 viên x 2 lần

* Kháng sinh nhóm Beta lactam: Amoxicilin – acid clavulanic 625mg uống 1 viên x 3 lần/ ngày.

* Kháng sinh nhóm Quinolone: Ciprofloxacin 500mg uống 1 viên x 2 lần, Levofloxacin 750mg uống 1 viên.

- Chống chỉ định Corticoide toàn thân, vì dễ đưa đến đỏ da và vẩy nến mủ.

III. Giáo dục sức khỏe:

- Cần xác định rõ cho bệnh nhân biết tính chất, tiên lượng của bệnh để họ an tâm sống chung với bệnh.

- Giữ nền tảng sức khỏe tốt, tránh yếu tố nguy cơ, giảm stress.

- Bỏ thuốc lá, rượu bia.

- Phát hiện sớm biến chứng khớp, đỏ da toàn thân, các bệnh lý kèm theo.

- Tuân thủ chỉ định điều trị của bác sỹ, không tự ý điều trị.

BỆNH MỤN TRÚNG CÁ

I. CHẨN ĐOÁN

1. Chủ yếu dựa vào lâm sàng

- Thương tổn đa dạng gồm:
- + Thương tổn không viêm : còi mụn hay nhân trứng cá (comedone)
- + Thương tổn viêm : Sẩn, mụn mủ, nốt, nang.
- Vị trí tổn thương : Vùng da tiết bã nhiều như mặt, lưng, ngực.

2. Cận lâm sàng

Cần làm xét nghiệm công thức máu, chức năng gan, lipide máu trước khi điều trị và theo dõi định kỳ hàng tháng.

II. PHÂN ĐỘ BỆNH:

1. Mụn trứng cá nhẹ:

Khi có : < 20 comedones (nhân trứng cá) hoặc
< 15 tổn thương viêm (Sẩn, mụn mủ) hoặc tổng số lượng tổn thương < 30.

2. Mụn trứng cá trung bình:

Khi có : 20 – 100 comedones hoặc
15 – 50 tổn thương viêm

3. Mụn trứng cá nặng:

Khi có : 5 nốt, nang hoặc tổng số tổn thương viêm > 50 hoặc tổng số lượng tổn thương > 125 tổn thương.

II. ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ THEO TỪNG MỨC ĐỘ BỆNH:

1 Trường hợp mụn trứng cá mức độ nhẹ:

1.1. Điều trị bằng các kỹ thuật chăm sóc da:

Rửa mặt và đắp mặt nạ điều trị mụn mỗi tuần một lần cho đến khi khỏi bệnh.

2.2. Thuốc điều trị tại chỗ :

- Chỉ điều trị tại chỗ bằng 1 trong các loại thuốc thoa sau:
- + Adapalene 0,1% hoặc Adapalene + Clindamycin hoặc Erythromycin + Tretinoin thoa tối; hoặc
- + Kháng sinh tại chỗ : Acid Fusidic thoa ngày 2 lần;

2. Trường hợp mụn trứng cá mức độ trung bình

2.1. Điều trị bằng các kỹ thuật chăm sóc da:

Rửa mặt và đắp mặt nạ điều trị mụn mỗi tuần một lần cho đến khi khỏi bệnh.

2.2. Chiếu ánh sáng xanh: 1 lần/ tuần cho đến khi khỏi bệnh

2.3. Điều trị thuốc tại chỗ : 01 trong các loại thuốc thoa sau:

Adapalene 0,1% hoặc Adapalene + Clindamycin hoặc Erythromycin + Tretinoin thoa tối hoặc Acid Fusidic thoa ngày 2 lần;

2.4. Điều trị toàn thân:

Nhóm Cycline (Doxycyclin 100mg, Tetracyclin 500mg, Minocyclin 50/100mg) uống 1 viên x 2 lần/ngày hoặc nhóm macrolide (Roxithromycin 150mg) 1 viên x 2 lần/ngày hoặc nhóm Quinolone (Ciprofloxacin 500mg uống 1 viên x 2 lần/ngày)

2.5. Điều trị hỗ trợ : Kẽm gluconate 70mg uống 1 viên x 2 lần/ ngày; Vitamin A, C, PP; Điều trị triệu chứng kèm theo (nếu có).

3. Trường hợp mụn trứng cá mức độ nặng:

3.1. Điều trị bằng các kỹ thuật chăm sóc da:

Rửa mặt và đắp mặt nạ điều trị mụn mỗi tuần một lần cho đến khi khỏi bệnh.

3.2. Liệu pháp ánh sáng:

- Chiếu ánh sáng xanh: 1 lần/ tuần cho đến khi khỏi bệnh;
- Điều trị mụn bằng máy IPL : 1 lần mỗi 2 tuần cho đến khi khỏi bệnh
- Phối hợp giữa chiếu ánh sáng xanh và IPL: một tuần chiếu ánh sáng xanh và một tuần bắn IPL.

3.3. Điều trị thuốc tại chỗ :

Adapalene 0,1% hoặc Adapalene + Clindamycin hoặc Erythromycin + Tretinoin thoa tối; hoặc Kháng sinh tại chỗ : Acid Fusidic thoa ngày 2 lần;

3.4. Điều trị toàn thân:

- **Kháng sinh:** sử dụng một trong các loại kháng sinh sau

* Kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 2,3: Cefaclor 375mg, Cefuroxim 500mg, Cefixim 200mg, Cefdinir 250mg/300mg, ...

* Kháng sinh nhóm Macrolides:

Azithromycin 250mg, 500mg uống 1 giờ trước bữa ăn hoặc 2 giờ sau khi ăn

Trẻ em: 10 mg/kg cho ngày đầu tiên, sau đó 5 mg/kg/ngày từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5 hoặc 10 mg/kg/ngày x 3 ngày.

Người lớn: ngày đầu tiên uống một liều 500 mg, 4 ngày tiếp theo dùng liều đơn 250 mg/ngày uống 1 viên x 2 lần

* Kháng sinh nhóm Beta lactam: Amoxicilin – acid clavulanic 625mg uống 1 viên x 3 lần/ ngày.

* Kháng sinh nhóm Quinolone: Levofloxacin 750mg uống 1 viên.

- Điều trị bằng Isotretinoin:

+ Chỉ định :

- Bệnh nhân >12 tuổi
- Mụn cục, nang
- Mụn kháng trị, gây sẹo hay tác động tâm lý xã hội.
- Bệnh nhân trong độ tuổi sinh sản phải được tư vấn trước khi điều trị bằng Isotretinoin, đồng ý sử dụng biện pháp tránh thai an toàn và ký thoả thuận điều trị

+ Liều điều trị:

- Có thể sử dụng liều thấp để tránh tác dụng phụ
- Không khuyến cáo dùng liều ngắt quãng
- Khởi đầu: 0,5mg/kg/ngày trong tháng đầu
- Tăng lên 1mg/kg/ngày khi bệnh nhân đã dung nạp
- Đạt tổng liều 120-150mg/kg

3.5. Điều trị hỗ trợ:

- Kẽm gluconate 70mg uống 1 viên x 2 lần/ ngày.
- Vitamin PP, C, E, A.
- Điều trị triệu chứng kèm theo (nếu có).
- Hút ổ áp xe

3.6 Nhập viện khi:

- Trúng cá nặng điều trị ngoại trú chậm đáp ứng.
- Bệnh nhân tuân thủ điều trị kém
- Trúng cá nặng có biểu hiện toàn thân

VIÊM DA TIẾP XÚC (CONTACT DERMATITIS)

1. ĐẶC ĐIỂM

Viêm da tiếp xúc là phản ứng của cơ thể đối với tác nhân bên ngoài, viêm da tiếp xúc do hoạt tính của chất gây kích ứng không liên quan đến đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào T, hoặc viêm da tiếp xúc do dị nguyên liên quan đến đáp ứng miễn dịch trung gian tế bào.

2. PHÂN LOẠI

Viêm da tiếp xúc có thể phân thành những loại sau:

➤ **Khó chịu chủ quan:**

- Cảm giác châm chích và đau nhức, xảy ra trong vòng vài phút sau khi tiếp xúc, thường gặp ở mặt nhưng không thấy thương tổn.

- Thường gặp mỹ phẩm hay kem chống nắng.

➤ **Viêm da tiếp xúc kích ứng cấp tính:** Thường hậu quả của một lần tiếp xúc quá nhiều hoặc một vài lần tiếp xúc ngắn với chất kích ứng mạnh hoặc các chất ăn mòn.

➤ **Viêm da tiếp xúc kích ứng mạn tính:**

Xảy ra sau khi tiếp xúc lặp lại với chất kích ứng yếu hơn.

Chất kích ứng yếu có thể “âm ứ” như chất tẩy rửa, dung môi hữu cơ, xà phòng, axit yếu và chất kiềm, hoặc “khô” như không khí có độ ẩm thấp, nhiệt, bột, bụi.

➤ **Viêm da tiếp xúc dị ứng:** Liên quan đến độ nhạy cảm của hệ thống miễn dịch với dị nguyên đặc hiệu hoặc các dị nguyên dẫn đến viêm da hay làm nặng thêm tình trạng trước đó.

➤ **Viêm da tiếp xúc nặng lên do ánh sáng, dị ứng ánh sáng và do ngộ độc ánh sáng:** Một vài dị nguyên là dị nguyên ánh sáng.

➤ **Viêm da tiếp xúc toàn thân:** Gặp sau khi toàn thân tiếp xúc với hóa chất, thường là thuốc, mà chất này đã có quá mẫn tại chỗ trước đó.

➤ **Viêm da tiếp xúc protein:**

Sau nhiều lần tiếp xúc với protein, thường là thức ăn, thì xuất hiện dấu hiệu và triệu chứng của mề đay ban đầu và sau đó là phản ứng viêm da.

Các protein này có thể thực vật (khoai tây, tỏi), thịt, cá (người đóng gói thức ăn), bột mì, enzymes (thợ bánh mì, người sản xuất thuốc), vảy và chất tiết của động vật (bác sĩ thú y, công nhân làm ở lò mổ).

3. NGUYÊN NHÂN

- Nguyên nhân viêm da tiếp xúc do các chất trong môi trường. Các chất này đóng vai trò là chất kích ứng hay dị nguyên. Trên thực tế căn nguyên bệnh tồn tại đồng thời các yếu tố nội sinh, kích ứng/ nhiễm độc thường gặp nhất

- Tác nhân gây kích ứng/nhiễm độc thường gặp nhất:
- + Xà phòng, chất tẩy rửa, sản phẩm rửa tay nhanh.
- + Axit và chất kiềm : hydrofluoric acid, cement, chromic acid, phosphorus, ethylene oxide, phenol, metal salts. (nồng độ đặc dẫn đến phỏng do hóa chất và hoại tử).
- + Dung môi trong công nghiệp: than đá, hắc ín, dung môi, petroleum, chlorinated hydrocarbons, dung môi cồn, ethylene glycol ether, dầu thông, ethyl ether, acetone, carbon dioxide, DMSO, dioxane, styrene.
- + Thực vật: Cây đại kích, cây ba đậu, cây trạng nguyên, cây mao lương hoa vàng, cây tầm ma, cây tiêu, cây ớt cựa gà, cây lê gai.
- + Khác: sợi thủy tinh, len, vải tổng hợp thô, vải chậm bắt lửa, côn trùng (kiến ba khoang).

4. YẾU TỐ NGUY CƠ

- ***Yếu tố thúc đẩy của viêm da tiếp xúc kích ứng:***
- + Người có bệnh sử viêm da cơ địa có nguy cơ cao nhất
- + Nghề có nguy cơ như thợ làm tóc, nhân viên y tế, nha sĩ, người cắm hoa, kỹ sư cơ khí, người bảo dưỡng xe hơi....
- + Khác: da trắng, khí hậu nhiệt độ thấp, độ ẩm thấp, kích ứng cơ học.
- ***Viêm da tiếp xúc kích ứng là yếu tố nguy cơ của viêm da tiếp xúc dị ứng.***

5. CHẨN ĐOÁN

5.1. Dịch tễ học

- Bất cứ người nào, bất cứ chủng tộc nào và cả hai giới, trong suốt cuộc đời có thể bị viêm da tiếp xúc dị ứng. Giữa hai giới có thể khác nhau, về cơ bản là do yếu tố tiếp xúc khác nhau, dị ứng nickel thường ở nữ nhiều hơn vì họ tiếp xúc với nữ trang nhiều hơn.
- Nghề nghiệp và giải trí đóng vai trò quan trọng trong dịch tễ của viêm da tiếp xúc dị ứng. Dị nguyên cũng khác nhau giữa các vùng miền.
- Viêm da tiếp xúc kích ứng chiếm đa số trong viêm da tiếp xúc.
- Viêm da tiếp xúc kích ứng là dạng bệnh da nghề nghiệp phổ biến nhất, chiếm khoảng 70 – 80% của những rối loạn da do nghề nghiệp.
- Khi bị viêm da tiếp xúc kích ứng ở bàn tay, tầm soát có ít nhất 1/3 người này bị viêm da tiếp xúc dị ứng.

5.2. Lâm sàng

- ***Viêm da tiếp xúc kích ứng:***

- Cấp tính: Thương tổn da thay đổi từ hồng ban đến tạo mụn nước, ăn mòn da, phỏng với hoại tử. Hồng ban giới hạn rõ và phù nề tương ứng với nơi tiếp xúc chất kích ứng.

- Mạn tính: Thương tổn da là khô da → nứt nẻ → hồng ban → tăng sừng và tróc vảy → rãnh khe nứt và tạo mày.

- Phân bố đơn độc, tại chỗ lan đến một vùng hoặc toàn thân tùy vào độ tính của tác nhân.

➤ **Viêm da tiếp xúc dị ứng:**

- Thương tổn da phụ thuộc vào độ nặng, vị trí và thời gian.

- Cấp tính: Thương tổn là mụn nước trên nền hồng ban giới hạn rõ và phù nề/ hay sẩn; trường hợp nặng bóng nước, trợt xuất tiết và tạo mày.

- Bán cấp: Mảng hồng ban nhỏ, vảy khô, đôi khi kèm theo sẩn đỏ nhỏ đầu nhọn hoặc sẩn chắc tròn

- Mạn tính: Mảng lichen hóa, tróc vảy, sẩn nhỏ, tròn cứng hoặc sẩn đầu dẹt, vết trầy xước, hồng ban và tăng sắc tố. Xác định nơi tiếp xúc ban đầu.

- Phân bố đơn độc, tại chỗ rồi lan đến một vùng, toàn thân hoặc ngẫu nhiên hoặc vùng phơi bày.

5.3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm da tiếp xúc phân biệt với Asteotic dermatitis; chàm thể tạng; chàm dạng đồng tiền; Mycosis fungoides; Vẩy nến; Viêm da tiết bã.

- Viêm da tiếp xúc dị ứng phân biệt với viêm da tiếp xúc kích ứng

6. ĐIỀU TRỊ

6.1 Viêm da tiếp xúc kích ứng

6.1.1. Nguyên tắc điều trị

- Phát hiện và tránh các chất gây kích ứng.

- Bảo vệ da, tránh những chất kích ứng.

- Dùng các chất thay thế không kích ứng.

6.1.2. Điều trị:

- Đắp mặt nạ điều trị dị ứng da mỗi tuần 1 lần

- Bảo vệ da bằng phương pháp cơ học: đội nón, bịt khẩu trang, đeo kính, quần áo chống nắng khi đi đường.

- Giữ ẩm: Urea 10% thoa ngày 3 lần trong giai đoạn bệnh và thoa ngày 2 lần khi thấy da khô.

- Corticosteroids hoặc ức chế calcineurin tại chỗ:

- + Corticosteroids tại chỗ : Thoa một trong các loại sau

- . Betamethasone dipropionate (19,2mg, 5mg) thoa ngày 2 lần

- . Clobetasone butyrate 0,05% thoa ngày 2 lần
- + *Ức chế calcineurin tại chỗ:*
- . Người lớn: Tacrolimus 0,1% thoa da ngày 2 lần
- . Trẻ em: Tacrolimus 0,03% thoa da ngày 2 lần
- Nếu tổn thương ở mặt:
 - + Skinsiogel rửa mặt ngày 2 lần. Medlo xịt da mặt ngày 5 lần.
 - + Khi tổn thương giảm khô có thể thoa Hồ kềm ngày 2 lần
- Điều trị triệu chứng:
 - + Kháng histamin uống một *hoặc* phối hợp trong các loại sau: Fexofenadin 180mg, Ebastin 20mg, Bilastine 20mg, Levocetirizin 5mg, Deloratadin 5mg, Clorpheniramin 4mg.
 - + Kháng sinh khi có bội nhiễm
 - + Vitamin A, A-D, E, C, PP
- Hàng rào bảo vệ da : Khi tổn thương da ổn, thoa chống nắng đúng phương pháp khi đi nắng

6.2. Viêm da tiếp xúc dị ứng

6.2.1. Nguyên tắc điều trị

- Phát hiện và tránh các dị nguyên (thực hiện khó)
- Thăm nơi làm việc giúp xác định nguồn dị ứng nguyên tiếp xúc và cách thức để tránh
- Corticoid tại chỗ, xà phòng thay thế, chất làm ẩm.
- Ức chế calcineurin tại chỗ
- Nhập viện khi tổn thương lan tỏa, có bội nhiễm, đáp ứng kém với điều trị ngoại trú.

6.2.2. Điều trị :

- Ngăn ngừa tiếp xúc với dị nguyên
- Đắp mặt nạ điều trị dị ứng da mỗi tuần 1 lần
- Corticosteroids hoặc ức chế calcineurin tại chỗ: giống như viêm da tiếp xúc kích ứng
- Nếu tổn thương ở mặt:
 - + Skinsiogel rửa mặt ngày 2 lần. Medlo xịt da mặt ngày 5 lần.
 - + Khi tổn thương giảm khô có thể thoa Hồ kềm ngày 2 lần, hoặc ức chế Calcineurin tại chỗ
- Giữ ẩm, dùng các chất thay thế xà phòng:

+ Giữ ẩm: Urea 10% thoa ngày 3 lần trong giai đoạn bệnh và thoa ngày 2 lần khi thấy da khô.

+ Thay thế xà phòng :

. Skinsiegel hoặc FOB bodymed/ baby tắm mỗi ngày

- Trường hợp nặng : Prednisolone 5mg khởi đầu dung 60mg/ngày, sau đó giảm dần mỗi 5-10mg mỗi 1-2 tuần

- Kháng sinh tại chỗ và toàn thân

+ Tại chỗ: Acid Fusidic thoa ngày 2 lần

+ Toàn thân: Một trong các loại kháng sinh sau:

* Kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 1,2,3: Cefradin 500mg, Cefaclor 375mg, Cefuroxim 500mg, Cefixim 200mg, Cefdinir 250mg/300mg, ...

* Kháng sinh nhóm Macrolides:

Roxithomycin 150mg uống 1 viên x 2 lần

Azithromycin 250mg, 500mg uống 1 giờ trước bữa ăn hoặc 2 giờ sau khi ăn

Trẻ em: 10 mg/kg cho ngày đầu tiên, sau đó 5 mg/kg/ngày từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5 hoặc 10 mg/kg/ngày x 3 ngày.

Người lớn: ngày đầu tiên uống một liều 500 mg, 4 ngày tiếp theo dùng liều đơn 250 mg/ngày uống 1 viên x 2 lần

* Kháng sinh nhóm Beta lactam: Amoxicilin – acid clavulanic 625mg uống 1 viên x 3 lần/ ngày.

* Kháng sinh nhóm Quinolone: Ciprofloxacin 500mg uống 1 viên x 2 lần, Levofloxacin 750mg uống 1 viên.

Dị ứng ánh sáng/ Viêm da ánh sáng

- Tránh ánh sáng tử ngoại

- Kem chống nắng – tác nhân cơ học

- Tacrolimus

7. DIỄN TIẾN VÀ TIÊN LƯỢNG

7.1. Viêm da tiếp xúc kích ứng

- Cấp tính: tiên lượng tốt. Thường lành bệnh trong vòng 2 tuần khi tác nhân kích ứng bị loại bỏ.

- Mạn tính: 6 tuần hoặc lâu hơn

- Tạng dị ứng, chẩn đoán và điều trị trễ thì tiên lượng kém

- 1/3 viêm da tiếp xúc kích ứng do nghề nghiệp lành bệnh và chuyển sang nghề khác

7.2. Viêm da tiếp xúc dị ứng

- Khó đánh giá tiên lượng thật sự vì không có dụng cụ nào chuẩn để lượng giá.
- Tiên lượng tốt nếu xác định được dị ứng nguyên.

8. PHÒNG NGỪA

- Tránh tiếp xúc với các chất gây kích ứng hoặc các hóa chất bằng các phương tiện bảo vệ như găng tay, kính, tấm chắn...
- Nếu tiếp xúc với các chất dị ứng, rửa vùng tiếp xúc với nước hoặc dung dịch trung hòa yếu.
- Viêm da tiếp xúc kích ứng do nghề nghiệp, thay đổi nghề có thể cần thiết.
- Nên mang găng tay bảo vệ tay khi làm bất cứ việc gì ẩm.
- Dùng các chất ít bị kích ứng như chất thay thế xà phòng khi tắm rửa, chất làm ẩm.
- Sau khi lành tiếp tục chăm sóc da thêm nhiều tháng để tránh tái phát.
- Viêm da tiếp xúc kích ứng là yếu tố nguy cơ của viêm da tiếp xúc dị ứng, do đó phòng ngừa viêm da tiếp xúc kích ứng cũng đồng thời phòng ngừa viêm da tiếp xúc dị ứng.

NÁM DA (MELASMA, CHLOASMA)

Nám da (rám má, nám má) là rối loạn sắc tố da mắc phải, biểu hiện dát, mảng tăng sắc tố phân bố đối xứng ở mặt, cổ và hiếm khi ở chi trên.

Nguyên nhân gây bệnh hiện chưa rõ.

1. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Tần suất nám má cao ở những người có tiền căn gia đình bị nám cho thấy nám da có yếu tố di truyền.
- Tiếp xúc ánh sáng mặt trời là nguyên nhân chủ yếu gây nám da
- Nám da xảy ra cùng lúc với sự thay đổi nội tiết tố (thai kỳ, thuốc ngừa thai...) nhưng mối liên quan giữa chúng chưa rõ.
- Bệnh lý tuyến giáp.
- Thuốc: Thuốc uống gây nhạy cảm ánh sáng, thuốc chống động kinh,...
- Sử dụng mỹ phẩm.
- Stress.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Dịch tễ học

Rất thường gặp (8,8-40%) và thường xuất hiện ở loại da III-IV theo Fitzpatrick. Trên 90% là nữ và đa số ở độ tuổi sinh sản

2.2. Lâm sàng

2.2.1. Hình thái

- Dạng trung tâm mặt (gò má, trán, mũi, môi trên, cằm) hay gặp nhất.
- Dạng gò má.
- Dạng hàm dưới

2.2 Vị trí sắc tố

Hình ảnh phân tích bằng đèn Wood (đèn cực tím)

Loại melasma	Ánh sáng thường	Ánh sáng đèn Wood	Tính chất mô học
Thượng bì	Màu nâu (nhạt, đậm) hoặc đen	Tăng độ tương phản màu sắc giữa vùng da melasma và vùng da bình thường	Lắng đọng melanin ở lớp đáy và trên lớp đáy của thượng bì
Bì	Màu hơi xanh, nâu nhạt hoặc xám	Không tăng độ tương phản màu sắc	Đại thực bào chứa đầy melanin xung quanh mạch máu Được tìm thấy trên bề mặt và lớp bì

Loại melasma	Ánh sáng thường	Ánh sáng đèn Wood	Tính chất mô học
Hỗn hợp	Kết hợp (nâu, hơi xanh)	Tăng độ tương phản màu sắc ở một số vùng, một số vùng thì không	Lắng đọng melanin ở lớp bì và thượng bì
Không xác định (ở người da sẫm màu, type V-VI)	Màu xám tro hay không xác định	Khó phân biệt rõ	Lắng đọng melanin ở lớp bì

2.3 Chẩn đoán phân biệt

- Tăng sắc tố sau viêm.
- Đốm nâu do ánh sáng mặt trời (solar lentigines).
- Tàn nhang.
- Tăng sắc tố do thuốc.
- Hori's nevus.
- Ota's nevus.
- Lichen phẳng do ánh sáng.
- Tăng sắc tố do ma sát (frictional melanosis).
- Nám da Riehl

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Tránh các yếu tố làm bệnh nặng thêm: ánh sáng mặt trời, thuốc ngừa thai, mỹ phẩm hoặc thuốc có khả năng gây nhạy cảm ánh sáng.
- Tác động lên melanin: ngăn chặn và loại bỏ sắc tố.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Chống nắng hiệu quả

- Tránh tiếp xúc nắng: tránh ở ngoài nắng trong thời gian từ 9 giờ sáng đến 4 giờ chiều, không phơi nắng.
- Chống nắng cơ học: Dùng quần dài, áo dài tay, nón rộng vành, kính mát, khẩu trang che mặt... để bảo vệ da.
- Sử dụng kem chống nắng phổ rộng $\geq$ SPF 30. Thoa 30 phút trước khi ra nắng, thoa nhắc lại mỗi 2-3 giờ, thoa đủ lượng kem cần thiết. Có thể kết hợp với viên uống chống nắng.

3.2.2. Chăm sóc da

- Đắp mặt nạ điều trị nám bằng các loại mặt nạ chứa các hoạt chất làm sáng da từ thiên nhiên mỗi tuần một lần

- Điều trị bệnh da bằng máy ACTHYDERM : mỗi tuần 1 lần

3.2.3. Các loại thuốc thoa ức chế tổng hợp melanin:

- Unitone 4 reveal (Arbutin phối hợp với Vitamin C) : thoa tối 1 lần
- Skarfix plus cream (Arbutin phối hợp với Kojic acid) : thoa tối 1 lần
- Red pine serum – C: thoa tối 1 lần
- Alcom Depigment: thoa tối 1 lần
- Eucerin Ultra White spotless night: thoa tối 1 lần
- Dermal Whitening serum 30ml: thoa tối 1 lần

3.2.4. Điều trị bằng laser và ánh sáng

- Laser QS Nd:YAG 1.064 nm (laser toning mật độ năng lượng thấp): spot size 6, mỗi tuần hay mỗi 2 tuần x 6-8 lần.

- IPL : mỗi 2 tuần x 6-8 lần.

- Phối hợp IPL với laser QS Nd:YAG 1.064 nm (laser toning mật độ năng lượng thấp): 1 đợt IPL cho nám da thượng bì, theo sau là 4-5 đợt điều trị với laser QS Nd:YAG cách mỗi 2 tuần.

3.2.5. Thuốc uống hỗ trợ: sử dụng một trong các thuốc hoặc phối hợp nhiều loại để tăng hiệu quả điều trị

- L-cysteine 500mg uống 1 viên x 2 lần/ ngày
- Pycnogenol uống ngày 1 viên.
- Vitamin A 5000UI uống 1 viên x 2 lần/ ngày
- Vitamin C 500mg uống 1 viên x 2 lần/ ngày
- Vitamin E 400 UI ngày uống 1 viên
- Vitamin PP 500mg uống 1 viên x 2 lần/ ngày
- Kẽm gluconate 10mg uống 1 viên x 2 lần/ ngày.

3.2.6. Trang điểm (hóa trang)

Sử dụng một số sản phẩm trang điểm nguy trang, lưu ý sử dụng sản phẩm phù hợp với loại da của bệnh nhân.

3.2.7. Theo dõi điều trị

- Sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân
- Tác dụng phụ của các phương pháp điều trị thuốc, laser/ánh sáng

4. DIỄN TIẾN VÀ TIÊN LƯỢNG

- Đáp ứng điều trị chậm.

- Cả thầy thuốc và bệnh nhân cần kiên trì.
- Kết quả điều trị không bền vững, dễ tái phát.

5. PHÒNG NGỪA

- Tránh nắng, chống nắng tích cực
- Loại bỏ nguyên nhân gây nám: nội tiết, stress, mỹ phẩm, thuốc...
- Chế độ chăm sóc da phù hợp

ĐỎ DA TOÀN THÂN

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng :

1.1. Triệu chứng cơ năng:

Ngứa thường gặp, da khô

1.2. Triệu chứng toàn thân

Sốt cao hoặc ớn lạnh, lạnh run, mệt mỏi, ăn uống kém, gan, lách, hạch có thể to, phù chi dưới mắt cá

1.3. Triệu chứng da niêm, phần phụ của da:

- Biểu hiện đỏ da toàn thân điển hình là các mảng hồng ban trên có vảy mịn hoặc vảy to gia tăng kích thước và lan ra toàn thân, > 90% diện tích cơ thể, màu trắng hay vàng, thường ở vùng mặt dưới. Vảy dạng đĩa có thể xảy ra cấp tính và ở lòng bàn tay – bàn chân. Giai đoạn mạn có thể phù, liken hóa dẫn đến da dày, lộn mí, hở mi, dày sừng lòng bàn tay – bàn chân.

- Tùy thuộc nguyên nhân, giai đoạn cấp có thể tiến triển nhanh chóng, như trong dị ứng thuốc, lymphoma, chàm, vảy nến.

- Lòng bàn tay, lòng bàn chân: thường bị ảnh hưởng, tăng sừng và có các vết nứt sâu trong bệnh vảy phấn đỏ nang lông, hội chứng Sézary và bệnh vảy nến.

- Tóc: rụng tóc telogen, alopecia trừ đỏ da toàn thân do chàm, vảy nến.

- Móng: tăng sừng dưới móng, rỗ móng, tróc móng.

- Rối loạn sắc tố: tăng hoặc giảm sắc tố ở các tổn thương.

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu, tổng phân tích nước tiểu.

- Sinh hóa máu : AST, ALT, GGT, urê, creatin, protein toàn phần, albumin, ion đồ.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Xác định và điều trị nguyên nhân gây đỏ da toàn thân

- Điều trị triệu chứng: chăm sóc da tại chỗ, phòng ngừa và xử trí sớm biến chứng

- Tất cả bệnh nhân đỏ da toàn thân nên điều trị nội trú. Khi tổn thương da và cận lâm sàng ổn định bệnh nhân sẽ được tiếp tục theo dõi và điều trị ngoại trú.

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Điều trị nguyên nhân:

- **Nếu do** dị ứng thuốc, bệnh bóng nước tự miễn, chàm thể tạng: Corticosteroid: Prednisolone 5mg liều 0,5 – 1mg/kg/ ngày uống 1 lần vào buổi sáng.

- **Nếu do** Vảy nến, chàm thể tạng, vảy phấn đỏ nang lông: Methotrexate: 15 - 30mg/tuần, chia thành 3 liều, uống cách nhau mỗi 12h

2.2. Điều trị triệu chứng:

2.2.1. Điều trị tại chỗ:

- Da khô tróc vảy: thoa kem giữ ẩm và làm mềm da như urea 10%, mỡ salicyl 2-10%, Vaseline ngày 2-3 lần.

- Da ướt: thoa các dung dịch sát trùng như milian, povidin 10% ngày 2 lần và có chế độ chăm sóc tại chỗ như bệnh nhân bỏng, có thể đắp gạc tẩm povidin thay băng ngày 1-2 lần để chống nhiễm trùng.

- Corticoids loại nhẹ thoa ngày 1- 2 lần (kháng viêm).

- Điều trị bệnh da bằng ngâm tắm dung dịch thuốc tím 1/10.000 ngày 1 lần

2.2.2. Điều trị toàn thân:

- Bù nước và điện giải nếu có tình trạng rối loạn nước và điện giải :

+ Lactate Ringer 500ml 1-2 chai/ ngày tùy tình trạng mất nước – điện giải,

- Bù đạm nếu có tình trạng thiếu đạm

- Kháng sinh nếu có tình trạng nhiễm trùng: Dùng một trong các nhóm kháng sinh sau:

* Kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 1,2,3: Cefradin 500mg, Cefaclor 375mg, Cefuroxim 500mg, Cefixim 200mg, Cefdinir 250mg/300mg, ...

* Kháng sinh nhóm Macrolides:

Roxithomycin 150mg uống 1 viên x 2 lần

Azithromycin 250mg, 500mg uống 1 giờ trước bữa ăn hoặc 2 giờ sau khi ăn

Trẻ em: 10 mg/kg cho ngày đầu tiên, sau đó 5 mg/kg/ngày từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5 hoặc 10 mg/kg/ngày x 3 ngày.

Người lớn: ngày đầu tiên uống một liều 500 mg, 4 ngày tiếp theo dùng liều đơn 250 mg/ngày uống 1 viên x 2 lần

* Kháng sinh nhóm Beta lactam: Amoxicilin – acid clavulanic 625mg uống 1 viên x 3 lần/ ngày.

* Kháng sinh nhóm Quinolone: Ciprofloxacin 500mg uống 1 viên x 2 lần, Levofloxacin 750mg uống 1 viên.

Lưu ý : Ưu tiên nhóm macrolide nếu nguyên nhân đỏ da toàn thân là do dị ứng thuốc.

2.2.3. Điều trị triệu chứng

- Kháng histamin: Fexofenadin 180mg, Ebastin 20mg, Bilastine 20mg, Levocetirizin 5mg, Deloratadin 5mg, Clorpheniramin 4mg.
- Vitamin A, A-D, E, C, kẽm gluconate.

III. Tiên lượng:

- Tùy thuộc vào nguyên nhân đỏ da toàn thân
- Do thuốc: cải thiện khi ngưng thuốc, nếu phản ứng quá mẫn hệ thống nặng có liên quan rối loạn chức năng gan thận, tình trạng đỏ da toàn thân có thể tồn tại vài tuần sau ngưng thuốc.
- Đỏ da toàn thân liên quan đến bệnh ác tính thường mạn tính và dai dẳng.
- Đỏ da toàn thân vô căn mạn tính có sự gia tăng nguy cơ liên quan đến bệnh ác tính.
- Tỷ lệ tử vong cao liên quan đến: dị ứng thuốc nặng, bệnh lý biệt hóa tế bào lympho ác tính, pemphigus lá và vô căn.

BỆNH NẤM DA

I. Nguyên nhân:

- Nấm sợi Dermatophytes gồm: Microsporum (1 loài), Trichophyton (23 loài), Epidermophyton (18 loài).
- Candida
- Malassezia

* Điều kiện thuận lợi – Dịch tễ

Nấm sợi Dermatophytes	Nấm Candida	Malassezia furfur (Lang ben)
- Do tiếp xúc với da có mang bào tử nấm từ người bệnh - Môi trường sống tập thể thiếu vệ sinh và khí hậu nóng ẩm	- Khiếm khuyết hàng rào bảo vệ - Tiểu đường - Béo phì - Tăng tiết mồ hôi - Thời tiết nóng, ẩm ướt - Nội tiết - Glucocorticoids - Suy nhược mạn tính	- Thường gặp ở độ tuổi tuyến bã nhờn hoạt động mạnh (thanh thiếu niên), giảm hoặc biến mất khi lớn tuổi. - Bệnh đặc biệt hay gặp ở vùng khí hậu nhiệt đới và bán nhiệt đới.

II. Chẩn đoán

1. Dịch tễ

2. Triệu chứng

2.1.Cơ năng:

- Bệnh nhân có thể không ngứa hoặc ngứa ít đến vừa, tăng lên ở vùng da thường xuyên ẩm ướt, nhiều mồ hôi, bịt kín.
- Trường hợp bội nhiễm có thể có đau, sốt.

2.2. Lâm sàng:

- Biểu hiện sang thương điển hình là mảng hồng ban hình tròn, hình đa cung, giới hạn rõ, mụn nước vùng rìa, trung tâm lành (tiền triển ly tâm).

- Bội nhiễm kèm theo có thể gặp mụn mủ, viêm nang lông mụn mủ.

3. Các dạng lâm sàng:

3.1. Nấm sợi Dermatophytes:

Nấm thân, mặt	- Dạng mảng tròn cổ điển - Dạng tổn thương viêm sâu: + Có thể viêm nặng, mụn mủ, rỉ dịch, viêm đỏ, kèm theo mụn mủ nang lông. + Thường có bội nhiễm tụ cầu.
Nấm bẹn	- Chủ yếu ở nam, sau tuổi dậy thì. - Thường đối xứng, từ nếp bẹn hướng ra đùi, thường lan đến vùng mông, hiếm khi lan sang da bìu.
Nấm bàn tay	Nấm lòng bàn tay thường dễ nhầm lẫn với chàm tiếp xúc. Thường có nấm móng kèm theo. Thường gặp có tổn thương ở 1 bàn tay kèm 2 bàn chân hoặc 2 bàn tay kèm 1 bàn chân.
Nấm bàn chân	- Nấm kẽ: thường ngón 4,5 - Nấm da tróc vảy mạn tính bàn chân: thường có nấm bàn tay kèm theo. - Nấm da bàn chân cấp tính có mụn nước: thường có nấm móng, bội nhiễm kèm theo.
Nấm vùng da đầu Thường soi tìm nấm trực tiếp hoặc cấy có thể âm tính, chủ yếu dựa vào lâm sàng	- Nấm da đầu dạng viêm da tiết bã + Thường gặp nhất, biểu hiện giống viêm da tiết bã + Soi nấm có thể (-) - Nấm da đầu dạng viêm (kerion): vùng da rụng tóc, mụn mủ, rỉ dịch, đau. - Nấm da đầu dạng “chấm đen”: mảng rụng tóc rộng không viêm. - Nấm da đầu dạng có mụn mủ - Nấm da đầu dạng mảng rụng tóc hình tròn bề mặt có vảy - Nấm da đầu dạng “lốm đốm như vết mọt cắn ở sách” với bề mặt có ít vảy

3.2. Nấm Candida

	Hăm kẽ	- Vị trí nách, nếp dưới vú
---	--------	----------------------------

	Nấm Candida kẽ ngón	- Thường ở người béo phì - Mụn mủ, có thể kết hợp viêm quanh móng
	Viêm da tã lót	- Sẩn hồng ban, phù nề, mụn mủ, trợt da - Vị trí: da vùng sinh dục, quanh hậu môn, mông, mặt trong đùi
	Nấm da Candida	Ở vùng quần áo ẩm ướt, vùng lưng bệnh nhân phải nằm dài ngày.
	Viêm nang lông Candida	Các mụn mủ nhỏ rời rạc ở nang lông. Thường ở da vùng kín.
Nhiễm Candida niêm mạc	Viêm miệng	- Viêm lưỡi giả mạc - Bạch sản - Viêm teo - Viêm góc miệng
	Viêm âm hộ/âm đạo	- Tiến triển mạn tính - Hay gặp ở PNCT, đặt dụng cụ tử cung, béo phì, đái tháo đường, điều trị Corticoid
	Viêm quy đầu	Thường ở người chưa cắt bao quy đầu
Nhiễm Candida quanh móng và móng		- Thường ở ngón tay - Sưng da quanh móng, mất liên kết da – móng, móng mất bóng, nhiều đường lõm.
Nhiễm Candida da/niêm mạc mạn tính và u hạt		- Thường ở người suy giảm miễn dịch, bệnh lý nội tiết, u ác tính

3.3. Lang ben

- Nhiều sẩn vảy trắng, tròn, nhỏ. Sang thương màu hồng, nâu, khác nhau ở mỗi bệnh nhân
- Vị trí: nửa trên thân mình, cánh tay, cổ, bụng. Mặt thường ở trẻ em.

IV. Cận lâm sàng

- Soi tìm nấm trực tiếp
- Cấy tìm nấm
- Công thức máu, AST, ALT

V. Điều trị

1. Nguyên tắc điều trị chung:

- Tránh cho da tổn thương tiếp xúc môi trường ẩm ướt.
- Phơi quần áo dưới ánh nắng mặt trời
- Không dùng chung quần áo với người bệnh
- Dùng thuốc kháng nấm tại chỗ đơn thuần hoặc kết hợp thuốc kháng nấm toàn thân tùy theo mức độ tổn thương.

2. Tại chỗ

- Nên bôi hailần mỗi ngày trong tối thiểu hai tuần với diện tích rộng rákhỏi bờ tổn

thương nhìn thấy 1-2 cm. Tiếp tục dùng thêm 1 tuần sau khi sang thương biến mất:

+ Imidazoles (clotrimazole, miconazole, ketoconazole, econazole, oxiconazole, sulconazole, sertaconazole).

+ Allylamines (naftifine, terbinafine).

+ Naphthionates (tolnaftate).

+ Substituted pyridine (ciclopirox olamine)

- Dầu gội selenium sulfide 1% hoặc ketoconazole 2% mỗi ngày ở 2 tuần đầu, 2 lần mỗi tuần trong suốt thời gian còn lại của liệu trình uống kháng nấm. Dầu gội nên được lưu trong 5-10 phút, sau đó xả sạch.

- Các thành viên khác của gia đình cũng nên sử dụng dầu gội 2-3 lần mỗi tuần

- Thuốc tắm có chứa thành phần kháng nấm: Ketokonazol

- Nhiễm nấm Candida niêm mạc: Thoa Dartarin Oral gel, súc miệng bằng dung dịch Nistatin

- Nấm Candida âm đạo, thuốc đặt tại chỗ

+ Miconazol hoặc Miconazol 200mg 1v đặt tối x 3 ngày

+ Clotrimazol 500mg đặt liều duy nhất

+ Econazol 150mg đặt tối x 2 ngày

3. Toàn thân:

Nấm thân, mặt	- Itraconazole 200mg/ ngày x 1-2 tuần hoặc -Terbinafine 250mg/ngày x 2-3 tuần hoặc -Fluconazole 150mg tuần 1 viên x 2-4 tuần
Nấm bẹn	- Itraconazole 200mg/ ngày x 1-2 tuần hoặc -Terbinafine 250mg/ngày x 2 - 4 tuần hoặc -Fluconazole 150mg tuần 1 viên x 4 – 6 tuần
Nấm bàn tay, bàn chân	- Itraconazole 100 mg 2 viên x 1-2 lần/ngày x 1-2 tuần hoặc -Terbinafine 250mg/ngày x 2 - 4 tuần hoặc -Fluconazole 150mg tuần 1 viên x 2 – 4 tuần - Điều trị nấm móng kèm theo thường kéo dài hơn
Nấm da đầu	- Cần kết hợp kháng nấm tại chỗ và đường uống

	- Itraconazole 100 mg/ngày (TE: 2,5-5 mg/kg/ngày) x 6-8 tuần - Terbinafine trong 4-6 tuần có thể là điều trị hiệu quả nhất + Dưới 25 kg: 125 mg/ngày + 25-35 kg: 187,5 mg/ngày + > 35 kg: 250 mg/ngày - Fluconazole 6-8mg/kg/ngày x 6-8 tuần Liều đơn 150 mg mỗi tuần trong 4 tuần được áp dụng cho trẻ lớn hơn
Nhiễm Candida da - miệng - quy đầu	- Itraconazol 200mg x 2 lần ngày x 4 tuần - Fluconazol 150mg/tuần x 4 tuần
Nhiễm Candida âm đạo	- Itraconazol 100mg x 2 lần/ngày x 3 ngày - Fluconazol 150mg uống liều duy nhất
Nhiễm nấm móng	- Itraconazol 200mg/ngày x 6 tuần đối với móng tay và 12 tuần đối với móng chân hoặc liều cách nhịp: Itraconazol 200mg x 2 lần/ngày x 7 ngày, nghỉ 3 tuần, 2 nhịp cho móng tay, 3-4 nhịp cho móng chân - Fluconazol 150 -300mg/tuần x 6-12 tháng cho đến khi móng hồi phục bình thường. - Terbinafine 250mg/ngày x 6-8 tuần (móng tay) và 12-16 tuần (móng chân)
Lang ben	- Itraconazol 100mg x 2 lần/ngày x 3-4 tuần - Terbinafine 250mg x 2 lần/ngày x 3 – 4 tuần

*** Một số lưu ý**

- Itraconazol chỉ dùng cho trẻ từ 6 tuổi: liều 3 – 5mg/kg/ngày tối đa không quá 200mg/ngày.

- Terbinafine uống có thể gây bộc phát vẩy nến. Có thể sử dụng cho trẻ trên 4 tuổi.

- Nấm da đầu dạng viêm (Kerion): có thể ức chế phản ứng viêm bằng steroids bôi, uống hoặc tiêm trong tổn thương. Prednisolon uống 1-2mg/kg/ngày có thể đẩy nhanh sự phục hồi và ngưng việc tạo sẹo.

- Nấm thân và mặt: khi tổn thương viêm nặng, có thể sử dụng prednisone liệu trình ngắn ngày để hạn chế sẹo

4. Điều trị triệu chứng và hỗ trợ:

- Kháng sinh khi có bội nhiễm

- Điều trị triệu chứng: giảm đau, hạ sốt, kháng histamin.
- Điều trị hỗ trợ: Vitamin nhóm B, Kẽm, Vitamin A, E ...
- Dùng nhóm thanh nhiệt, giải độc, tiêu ban, lợi thủy có chứa các thành phần sau: Actiso, Biền sút/Rau đắng đất, Bìm bìm/Bìm bìm biếc, Diệp hạ châu, Nghệ, dứa gai, sài đất, thương nhĩ tử, kim ngân, hạ khô thảo : 2-4 viên x 2 lần/ngày.

5. Theo dõi điều trị

Tiêu chuẩn khỏi bệnh căn cứ trên tình trạng lâm sàng, xét nghiệm tìm nấm, và quan trọng nhất là theo dõi sự tái phát để đánh giá.

NẤM TÓC

Nấm tóc là tình trạng viêm, gây thương tổn tóc, nang tóc, da đầu và vùng da xung quanh do nấm. Thường gặp ở trẻ nhỏ

I. Nguyên nhân

Nấm dermatophyte là nguyên nhân chủ yếu thường gặp, trong đó nấm hay gặp là *Microsporum* và *Trichophyton*.

II. Chẩn đoán

1. Lâm sàng

- Nấm tóc Piedra: (hiếm gặp, thường ở các nước ôn đới)
- Nấm đầu (tinea capitis)
- + Nhẹ: biểu hiện giống viêm da dầu
- + Nặng: ổ mủ ở nang lông liên kết thành 1-2 đám viêm nặng, giới hạn rõ ràng, bề mặt có vảy mủ, các vảy có hố lõm mủ màu vàng. Mủ này rất hôi, tóc bị trụi. (Nấm Kerion de celse)
- Toàn thân có thể có sốt, sung hạch.

2. Cận lâm sàng

- Soi tươi tìm nấm
- Cấy nấm
- Công thức máu, AST, ALT

III. Điều trị

1. Tại chỗ

- Cắt tóc ngắn, vệ sinh ổ viêm bằng dung dịch sát khuẩn: Povidin, đắp gạc ướt Povidin pha loãng.
- Gội đầu bằng dung dịch sát khuẩn và chống nấm: lưu huỳnh, Azasun, Rudondo, Selsun, Nizoral, Mintar . . .

2. Toàn thân:

- **Người lớn**
 - + Fluconazol 6mg/kg/ngày x 6 – 8 tuần
 - + Itraconazol 5mg/kg/ngày x 4 – 8 tuần
 - + Terbinafine 250mg/ngày x 2 – 4 tuần
- **Trẻ em**
 - + Fluconazol 6mg/kg/ngày x 6 tuần
 - + Itraconazol 3-5mg/kg/ngày x 6 tuần
 - + Terbinafine:
 - < 20kg : 62.5mg/ngày x 2 – 6 tuần
 - 20 – 40kg: 125mg/ngày x 2 – 6 tuần
 - 40kg: 250mg/ngày x 2 – 6 tuần

NẤM MÓNG

I. Nguyên nhân

Dermatophytes *Trichophyton rubrum* và *Trichophyton mentagrophytes* là nguyên nhân của nấm móng tay và nấm móng chân.

Nhiều tác nhân vì nấm có thể cùng hiện diện trên cùng một móng.

*** Yếu tố nguy cơ:** Chấn thương, mang giày chật, ...

II. Chẩn đoán:

1. Lâm sàng:

- Nấm móng có thể đồng thời với nấm da tay hoặc chân hoặc chỉ đơn độc
- Nấm móng dưới móng xa (ngoại vi)
- + Đây là thể thường gặp nhất.
- + Nấm xâm nhập phần xa của giường móng.
- + Bản móng xa vàng hoặc trắng, tăng sừng dưới móng, tách khỏi giường móng bên dưới.
- Nấm móng bề ngoài trắng
- + Bề mặt móng mềm, khô, giống bột phấn và dễ vỡ.
- + Bản móng không dày và vẫn dính chặt vào bản móng.
- Nấm móng dưới móng gần
- + Vi nấm đi vào phần sau khu vực biểu bì của nếp móng và xâm nhập bản móng từ bên dưới.
- + Bề mặt của bản móng vẫn còn nguyên vẹn.
- + Các mảnh sừng vỡ làm tách móng.
- + Đây là dạng nấm móng thường gặp nhất ở bệnh nhân nhiễm HIV.
- Nấm móng *Candida*
- Tổn thương liên quan đến tất cả các móng tay.

- Bản móng trở nên dày và chuyển màu vàng hoặc nâu.

2. Cận lâm sàng

- Soi tìm nấm trực tiếp
- Cấy để xác định loài nấm và kháng nấm đồ.
- Công thức máu, chức năng gan trước điều trị và mỗi tháng 1 lần.

III. Điều trị

1. Nguyên tắc điều trị

- Các kháng nấm bôi tại chỗ chỉ có tác dụng ở vùng rìa.
- Sử dụng kéo dài kháng nấm bôi sau khi đã đáp ứng với kháng nấm dùng đường uống sẽ có tác dụng ngăn ngừa sự tái nhiễm nấm.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Tại chỗ

- Ketoconazol 2%
- Terbinafil cream

2.2. Toàn thân

*** Thuốc kháng nấm**

- Terbinafine 250 mg/ngày x 6-8 tuần đối với nấm móng tay và 12-16 tuần đối với nấm móng chân.

- Itraconazole 100mg x 2 lần/ngày x 6 tuần với nấm móng tay và 12 tuần với nấm móng chân.

Hoặc theo liều nhịp: mỗi nhịp gồm Itraconazole 200 mg x 2 lần/ ngày x 7 ngày, nghỉ 3 tuần (nấm móng tay dùng trong 2 nhịp, nấm móng chân dùng trong 3-4 nhịp)

- Fluconazol 150-300mg/ tuần x trong 6-12 tháng cho đến khi móng hồi phục bình thường.

- Triệu chứng: kháng histamin, giảm đau.
- Hỗ trợ: Vitamin nhóm B, Kẽm, Vitamin A, E

3. Theo dõi điều trị

Tiêu chuẩn khỏi bệnh căn cứ trên tình trạng lâm sàng, xét nghiệm tìm nấm, và quan trọng nhất là theo dõi sự tái phát để đánh giá.

VIÊM DA TIẾT BÃ (SEBORRHEIC DERMATITIS)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm da tiết bã (VDTB) là rối loạn da sản vảy mạn tính, xảy ra ở trẻ nhỏ và người lớn, tại vùng có nhiều tuyến bã hoạt động như da đầu, mặt, tai, thân trên và nếp. Bệnh đặc trưng bởi hồng ban và vảy bã. Viêm da tiết bã là một trong những bệnh da phổ biến trên bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS.

II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân của viêm da tiết bã vẫn chưa biết rõ nhưng nhiều nghiên cứu cho thấy VDTB do tương tác của nhiều yếu tố như hoạt động của tuyến bã, nấm *Malassezia* và cơ địa nhạy cảm của người bệnh (đáp ứng miễn dịch, hàng rào bảo vệ da, yếu tố thần kinh, gene, stress...).

III. YẾU TỐ NGUY CƠ

Viêm da tiết bã thường thấy ở người có hội chứng Down, bệnh nhân Parkinson, và rối loạn về thần kinh (nhồi máu, rối loạn nhân cách ...). Một số thuốc có thể gây ra hay làm nặng thêm VDTB như lithium, psoralens, interferon. VDTB gặp nhiều vào mùa đông.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Thương tổn điển hình là mảng hồng ban hơi vàng, được bao phủ bởi vảy bã và vảy được tách ra dễ dàng.

Trên da đầu thương tổn thay đổi từ vảy khô (gàu) đen vảy vàng bã và hồng ban.

Ở mặt, bệnh ảnh hưởng chân mày, điểm giữa trên góc mũi, nếp má mũi, xoăn tai và nếp sau tai ngoài. Thương tổn thay đổi độ nặng từ mảng đỏ đến tróc vảy mịn rời rạc.

Ở nam, thương tổn có thể có ở râu, râu quai nón, tóc. Trên ngực và phần giữa ngực của nam hay gặp nhất với mảng hình tròn tróc vảy đỏ nhạt ở trung tâm và sẫm đỏ sậm hơn ở ngoài rìa.

Bệnh nhân nhiễm HIV thương tổn lan rộng và tình trạng viêm và rỉ dịch.

2. Các dạng lâm sàng

2.1. Người lớn

➤ ***Pityriasis capitis (gàu)***: Viêm da tiết bã nhẹ ở da đầu với tróc vảy là hình ảnh nổi bật.

➤ ***Viêm mi mắt***: Hồng ban tróc vảy ở bờ mi mắt, có thể kèm viêm kết mạc.

➤ ***Viêm da tiết bã dạng vảy phấn***: Dạng hiếm, gặp ở thân và chi, với phát ban đỏ da toàn thân tróc vảy.

➤ ***Viêm da tiết bã tại nếp gấp***: Liên quan đến nếp cơ thể đặc biệt nếp sau tai ngoài, nếp trong đùi, vùng sinh dục và nếp dưới vú, đôi khi thương tổn rỉ dịch.

➤ **Viêm nang lông do *malassezia*:** Sẩn đỏ nang lông, ngứa, đôi khi có mũ, đặc biệt nơi nhiều tuyến bã, có thể là biến chứng của VDTB, thường gặp người suy giảm miễn dịch.

➤ **Đỏ da toàn thân tróc vảy:** Toàn thân da đỏ, tróc vảy, biến chứng cực kỳ hiếm của VDTB do điều trị không đúng thuốc tại chỗ gây viêm da kích ứng; hậu quả nhịp tim nhanh và rối loạn điều hòa thân nhiệt hay gặp.

2.2. Trẻ nhỏ

Thương tổn là mảng hồng ban hơi vàng với vảy bã, có thể rất dày và dính. Các mảng rải rác hoặc riêng rẽ trên mặt và ngực. Thương tổn lan tỏa ở da đầu và vùng tã lót.

➤ **Viêm da tiết bã ở da đầu:** Mảng vàng đỏ được bao phủ bởi vảy trên da đầu của nhũ nhi, gặp ở trẻ sau vài tuần tuổi.

➤ **Pityriasis amiantacea:** Vảy giống như amiăng dày dính tạo túm tóc ở da đầu, có thể đi kèm với viêm da cơ địa, vảy nến hoặc nấm.

2.3. Viêm da tiết bã liên quan HIV: Viêm da tiết bã bùng phát, lan tỏa và viêm nhiều hơn so với người khỏe mạnh.

3. Cận lâm sàng

Soi nấm trực tiếp, CTM, AST, ALT, GGT.

4. Chẩn đoán phân biệt

Vảy nến, viêm da cơ địa, nấm, trứng cá đỏ, viêm da tiếp xúc, Lupus đỏ, Pemphigus Foliaceous, Vẩy phấn hồng, Langerhans' cell histiocytosis

5. Điều trị

5.1. Nguyên tắc điều trị

- Viêm da tiết bã trẻ nhỏ, đáp ứng nhanh với dầu gội đầu, chất làm mềm và steroid tại chỗ loại nhẹ.

- Viêm da tiết bã người lớn có khuynh hướng mạn tính và tái phát nên mục đích của điều trị là kiểm soát bệnh. Bệnh cần được điều trị duy trì và chủ yếu là điều trị tại chỗ.

- Bệnh liên quan đến tăng sinh nấm *Malassezia*, kích thích da tại chỗ và tình trạng viêm nên điều trị phổ biến nhất là thuốc chống nấm và chống viêm tại chỗ.

- Gàu được điều trị thường xuyên với dầu gội đầu có chất chống nấm *Malassezia* như selenium sulphide, kẽm pyrithione, ketoconazole, clotrimazole,...

- Điều trị toàn thân dùng khi thương tổn lan rộng và những trường hợp kháng trị với điều trị tại chỗ.

- Khi có bội nhiễm dùng kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân.

- Kháng histamin, vitamin A, A-D, E, C

5.2. Viêm da tiết bã trẻ nhỏ

- Corticosteroids tại chỗ không thường dùng, nhưng có thể dùng khi có tình trạng viêm đi kèm. Corticosteroids tại chỗ loại nhẹ như hydrocortisone 1% và dùng ngắn ngày.

- Thuốc thoa kháng sinh và/hoặc chống nấm tách riêng hay phối hợp steroids đôi khi có thể dùng.

- Kháng nấm imidazole tại chỗ:

+ Kem miconazole 2%: 2 lần/ngày (Thông tin an toàn về thuốc dùng ở trẻ dưới 2 tuổi chưa xác định, nhóm C thai kỳ)

+ Kem Ketoconazole 2%: 2 lần/tuần x 4 tuần (Thông tin an toàn về thuốc dùng ở trẻ dưới 12 tuổi chưa xác định, nhóm C thai kỳ)

+ Dầu gội Ketoconazole 2%: 2 lần/tuần x 4 tuần (Thông tin an toàn về thuốc dùng ở trẻ dưới 12 tuổi chưa xác định, nhóm C thai kỳ)

5.3. Điều trị cụ thể

Điều trị tại chỗ	Thành phần	Cách dùng	Tác dụng phụ
Kháng nấm			
- Ketoconazole	2% dầu gội, gel, kem,	Da đầu, da 2 lần/tuần x 4 tuần đến khi sạch thương tổn. Duy trì 1 lần/tuần	Viêm da tiếp xúc kích ứng <1%; ngứa và cảm giác bỏng rát khoảng 3%
- Keconazole	Kem	Thoa da: 1 - 2 lần/ngày	VDTXKU, ngứa và cảm giác bỏng rát
- Selenium sulfide	Dầu gội 2,5%	Da đầu 2 lần/tuần x 2 tuần Kế đến: 1 lần/tuần x 2 tuần lập lại sau 4 - 6 tuần	Phản ứng tại chỗ 3%, rối loạn sắc tố da đầu màu nâu cam
- Zinc pyrithione	Dầu gội 1%	Da đầu 2 - 3 lần/tuần	Phản ứng tại chỗ 3%
Corticosteroids			
- Hydrocortisone	Kem 1%	Da đầu 1-2 lần/ngày	Teo da, giãn mạch, viêm nang lông, rậm lông, giảm sắc tố nếu dùng lâu
- Betamethasone dipropionate	Lotion 0.05%	Da đầu và da 1-2 lần/ngày	
Điều hòa miễn dịch			
- Tacrolimus	Thuốc mỡ 0.1%, 0.03%	Da 1- 2 lần/ngày x 4 tuần Duy trì 2 lần/tuần	Nếu dùng lâu có thể gây ung thư da, lymphoma

Điều trị toàn thân			
- Itraconazole	200 mg (uống)	1 lần/ngày x 7 ngày/tháng đầu Duy trì: 1 lần/ngày x 2 ngày/tháng (những tháng sau), có thể đến 12 tháng	Độc gan hiếm
- Isotretinoin (trường hợp kháng trị)		2,5 - 5mg/ngày x 3-5 Tháng Hoặc 0,1 - 0,3mg/kg/ ngày x 35 tháng	

6. Diễn tiến và tiên lượng

- Viêm da tiết bã tiên lượng tốt. Bệnh thường kéo dài từ nhiều ngày đến nhiều tháng.
- Bệnh trở nên trầm trọng hiếm, đỏ da toàn thân tróc vảy có thể xảy ra.
- Trẻ bị viêm da tiết bã không có nghĩa khi trưởng thành sẽ bị VDTB.

BỆNH GHẺ NGỨA (Scabies)

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Tiền triệu:

Ngứa nhiều về đêm, người sống chung, tiếp xúc da – da có triệu chứng tương tự.

2. Lâm sàng:

➤ Rãnh ghẻ: Đường ngoằn ngoèo, màu xám hoặc đen, hơi nhô cao so bề mặt da, thường có mụn nước ở cuối đường, do cái ghẻ đào hầm dưới da

➤ Mụn nước: Màu đỏ, trắng đục, nằm rải rác vùng da mỏng

➤ Sẩn cục (nốt ghẻ): Thường gặp trên bệnh nhân ghẻ, màu nâu – đỏ ở bìu, dương vật, hay gặp ở trẻ em. Đường kính khoảng 3- 5mm, có ngứa hoặc không; sẩn cục xuất hiện trong thời kì hoạt động của bệnh. Sau điều trị 8/10 sẩn cục biến mất trong 3 tháng nhưng có thể tồn tại 1 năm.

➤ Vết xước do cào gãi: Trầy xước trên da theo đường, có thể dẫn đến bội nhiễm do thiếu vệ sinh

➤ Ghẻ Na Uy: Là dạng siêu lây của ghẻ, bệnh có thể không ngứa hoặc ngứa dữ dội. Sang thương phủ lớp mài dày lan rộng toàn thân, vị trí ở mặt, da đầu, tóc rụng nhiều. Da tăng sừng nhất ở vùng bìu, lòng bàn tay, lòng bàn chân, tăng sừng dưới móng.

3. Cận lâm sàng

Cạo da tìm trứng hoặc cái ghẻ

II. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: Điều trị đồng loạt, cả nhà

2. Điều trị triệu chứng:

Chủ yếu điều trị ngứa, thường dùng kháng histamin: Fexofenadin 180mg, Ebastin 20mg, Bilastine 20mg, Levocetirizin 5mg, Deloratadin 5mg, Clorpheniramin 4mg.

3. Điều trị nguyên nhân:

3.1. Tại chỗ

- <2 tháng + mang thai: FOB Scabio Cream

- >2 tháng: Towder, Towder lotion

+ Thoa toàn thân, tử cổ xuống chân, thoa tối 1 tuần/ lần

+ Trúng nước sôi quần áo, mùng mền vải vóc hoặc phơi quần áo, bỏ bọc nilon buộc kín trong 5 ngày mới lấy ra sử dụng

3.2. Toàn thân:

Ivermetin: Ivermectin đường uống nên được xem xét cho những bệnh nhân đã điều trị thất bại với hoặc không thể dung nạp thuốc bôi ngoài da. Nếu được sử

dụng cho bệnh ghẻ cổ điển, nên uống hai liều ivermectin đường uống (200 Microgam/ kg / liều) với thức ăn, mỗi lần cách nhau khoảng một tuần.

3.3. Điều trị biến chứng

3.3.1. Khi có bội nhiễm:

Khi có dấu hiệu toàn thân, lan tỏa. Dùng thêm kháng sinh đường uống, kháng sinh, sát khuẩn thoa Axcel Fusidic B, Dung dịch Milian ... khi tổn thương khô mới bôi thuốc trị ghẻ. Dùng một trong các nhóm kháng sinh sau:

- Kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 1,2,3: Cefradin 500mg, Cefaclor 375mg, Cefuroxim 500mg, Cefixim 200mg, Cefdinir 250mg/300mg, ...

- Kháng sinh nhóm Macrolides:

Roxithomycin 150mg uống 1 viên x 2 lần

Azithromycin 250mg, 500mg uống 1 giờ trước bữa ăn hoặc 2 giờ sau khi ăn

Trẻ em: 10 mg/kg cho ngày đầu tiên, sau đó 5 mg/kg/ngày từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5 hoặc 10 mg/kg/ngày x 3 ngày.

Người lớn: ngày đầu tiên uống một liều 500 mg, 4 ngày tiếp theo dùng liều đơn 250 mg/ngày uống 1 viên x 2 lần

- Kháng sinh nhóm Beta lactam: Amoxicilin – acid clavulanic 625mg uống 1 viên x 3 lần/ ngày.

- Kháng sinh nhóm Quinolone: Ciprofloxacin 500mg uống 1 viên x 2 lần, Levofloxacin 750mg uống 1 viên.

3.3.2. Khi có chàm hóa:

- Tăng liều kháng histamine 2 -3 lần trong ngày
- Điều trị chàm trước với: Hec Beprosalic, Betamethason, Besalycid, Flucort, B-sol, Eumovate.
- Điều trị như ghẻ bội nhiễm.

III. THEO DÕI

- Có đáp ứng: 3-5 ngày không nổi sang thương mới, điều trị ngứa , giữ ẩm để giảm ngứa.

- Điều trị lại khi:

- + Nổi thương tổn mới.

- + Ngứa trên 2 tuần dù không thương tổn mới.

CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ LỖ ĐÁO

I. Những nguyên nhân chính của lỗ đào:

- Sự đè ép thường xuyên.
- Chấn thương trực tiếp.
- Thiếu máu cục bộ do tì đè.
- Phồng.
- Đi trên bàn chân đã bị viêm nhiễm

II. Tiến triển của lỗ đào

Một nốt phồng nước, không điều trị, sẽ tiến triển thành vết thương nông kèm nhiễm trùng mô mềm. Sự nhiễm trùng này lan rộng và tấn công vào xương làm cho nó bị hoại tử. Vết thương lúc này không thể phục hồi được nữa và cần phải dùng đến thủ thuật ngoại khoa: nạo, cắt xương hay đoạn chi.

III. Khám lỗ đào

Khám lỗ đào nhằm mục đích phát hiện tình trạng viêm xương.

- **Nhìn:** Chảy dịch nhiễm trùng ra vết thương hoặc có mủ. Trong trường hợp nhiễm trùng nặng, người ta có thể thấy đầu xương và phần gân lộ ra thâm đen. Đối diện với lỗ đào có thể có áp xe mở ra ngoài.

- **Mùi :** mùi hôi điển hình.

- **Phù nề:** ít nhiều lan rộng lên vùng cẳng chân, phù nề làm giảm bớt các chỗ lồi mắc cá chân, so sánh bên đối diện. Các ngón chân to bè trong trường hợp lỗ đào ở phần xương bàn ngón chân.

- **Sờ:** Ấn bằng tay trên vùng lỗ đào hay ấn vùng mu chân đối diện lỗ đào gây ra cơn đau nhói. Hạch bẹn ở cùng bên sưng to và đau khi sờ.

IV. Phân biệt lỗ đào không viêm xương và có viêm xương

Tính chất lỗ đào	Lỗ đào không viêm xương	Lỗ đào có viêm xương
Thời gian	- Mới	- Lâu
Đi lại đau	- (-)	-(±)
Mức độ	- Nông < 4mm	- Sâu, có thể có lỗ dò < 4mm
Đáy	- Phẳng, sạch	- Gồ ghề, sùi, bẩn, lộ gân, xương
Sưng nề	- (±)	- (±) → (+++)
Mùi	- Bình thường	- Mùi hôi
Ấn	- Không đau	- Đau nhói
Dịch	- Không	- Dịch hoặc mủ
Bàn chân	- Bình thường	- Biến dạng
Thăm dò	- Không chạm xương	- Chạm xương

Tính chất lỗ đáo	Lỗ đáo không viêm xương	Lỗ đáo có viêm xương
X quang	- Xương bình thường	- Có hình ảnh viêm xương, cắt cụt, dày màng xương, không còn thấy rõ mặt khớp.

V. Điều trị

1. Nguyên tắc điều trị

- Cho bệnh nhân nhập viện
- Phẫu thuật làm sạch
- Điều trị nội khoa và săn sóc vết loét.
- Làm giảm áp lực lên vết loét

2. Phẫu thuật làm sạch lỗ đáo không viêm xương

Đây là một khâu điều trị hết sức quan trọng, có tác dụng làm sạch vết loét tạo điều kiện cho tổ chức mô hạt phát triển.

3. Làm giảm áp lực lên vết loét

Ở bệnh nhân phong, do tình trạng mất cảm giác ở bàn chân nên khi bị tổn thương, người bệnh vẫn đi lại bình thường làm cho vết loét khó lành, có nhiều biện pháp làm giảm áp lực lên vết loét như:

- Nghỉ ngơi tại giường: Đây là biện pháp tốt để vết loét dễ lành, nhưng dễ lành sẹo cần thời gian 2 đến 8 tuần có khi lâu hơn, do vậy điều này khó thực hiện, đặc biệt một số bệnh nhân phải lao động sinh sống.

- Thay đổi cách đi: Nếu vết loét vùng gót có thể đi nhón chân, nếu vết loét vùng trước thì đi bằng gót.

- Dùng nạng
- Dùng xe lăn
- Giày lành sẹo
- Bọt ống để đi lại.

4. Chăm sóc vết loét:

- Ngâm chân hàng ngày: với lỗ đáo không viêm xương tiến hành ngâm chân ngay. Đối với lỗ đáo có viêm xương, sau khi nạo xương phải thay băng hàng ngày và theo dõi sự phát triển của tổ chức mô hạt. Khi tổ chức mô hạt kín hết thương tổn thì tiến hành ngâm chân ngay.

- Băng thương tổn: Rửa vết loét bằng các dung dịch sát trùng như Povidine, Betadine..., Băng vết loét bằng các thuốc: Dầu Mù u để kích thích mô hạt phát triển.

- Điều trị lành lỗ đáo bằng laser chiếu ngoài: mỗi tuần 3 lần

5. Giày phòng ngừa: Sau khi lành sẹo

- Vùng sẹo luôn là vùng da dễ bẻ, có nhiều nguy cơ tái phát.
- Giày của bệnh nhân cần phải có lỗ giảm áp ở chỗ sẹo da. Như vậy, áp lực trên vùng sẹo da lúc đi lại sẽ được giảm tối thiểu.
- Lỗ giảm áp có thể được thực hiện trong giày mang hàng ngày của bệnh nhân hay trong đôi giày đo theo mẫu.

ĐIỀU TRỊ CƠN PHẢN ỨNG PHONG

I. Đại cương:

Bệnh phong là một bệnh nhiễm trùng mạn tính, tiến triển âm thầm, lặng lẽ có khi suốt đời. Tuy nhiên, trong quá trình tiến triển của bệnh có thể xuất hiện từng đợt cấp tính, rầm rộ với nhiều biểu hiện khác nhau. Đó là các cơn phản ứng phong.

Các cơn phản ứng phong, đặc biệt là phản ứng đảo ngược là một trong những nguyên nhân chính gây ra tàn tật cho bệnh nhân. Chính vì vậy, phát hiện và xử trí kịp thời các cơn phản ứng này là nhiệm vụ vô cùng quan trọng trong công tác chống phong của cán bộ y tế.

Có 2 loại phản ứng phong thường gặp ở Việt Nam:

+ Phản ứng đảo ngược hay còn gọi là phản ứng loại 1 hoặc phản ứng lên cấp.

+ Phản ứng hồng ban nút do phong hay còn gọi là phản ứng loại 2.

II. Phản ứng đảo ngược (Revert Reaction - RR)

- Phản ứng đảo ngược thường xuất hiện trong quá trình điều trị bệnh, đôi khi gặp cả trước khi hoặc sau khi đã hoàn thành đa hóa trị liệu. Phản ứng này có thể xảy ra ở các bệnh nhân thuộc cả 2 nhóm PB và MB ví dụ như thể BT; BB; BL.

- Cơ chế của phản ứng đảo ngược là do gia tăng sức đề kháng của cơ thể (miễn dịch qua trung gian tế bào - CMI)

1. Chẩn đoán: dựa vào các triệu chứng sau:

- Các thương tổn da đang tiến triển tốt, tự nhiên tẩy đỏ, bờ thương tổn nổi cao hơn, phù nề, có thể loét.
- Trung tâm các thương tổn có xu hướng lành
- Có thể xuất hiện các thương tổn mới.
- Bàn tay, bàn chân (nơi có các thương tổn) bị phù nề.
- Viêm dây thần kinh: dây thần kinh to, đau, nhạy cảm. Có thể xuất hiện liệt, teo cơ nhanh.
- Toàn trạng: có thể có sốt, mệt mỏi, chán ăn,...

2. Xử trí cơn phản ứng đảo ngược

2.1. Nếu cơn phản ứng nhẹ

Chỉ có một vài tổn thương da tẩy đỏ, không viêm dây thần kinh và các biểu hiện khác.

- Điều trị bằng các thuốc giảm đau, chống viêm như Aspirin, Paracetamol,...
- Nếu trong 2 tuần không đỡ thì điều trị như phản ứng nặng.

2.2. Phản ứng nặng

- Ngoài các biểu hiện ở da còn có biểu hiện viêm dây thần kinh.

- Xử trí: phải báo cáo ngay cho cán bộ chuyên khoa. Cần nhập viện điều trị để tránh tàn tật. Cho bệnh nhân nghỉ ngơi, bắt động chỉ có viêm dây thần kinh bằng dây đeo, nẹp bột... điều trị ngay bằng Corticoid (Prednisolon) với liều như sau:

- + Prednisolon: 40mg/ngày – trong tuần 1 + 2
- + Prednisolon: 30mg/ngày – trong tuần 3 + 4
- + Prednisolon: 20mg/ngày – trong tuần 5 + 6
- + Prednisolon: 15mg/ngày – trong tuần 7 + 8
- + Prednisolon: 10mg/ngày – trong tuần 9 + 10
- + Prednisolon: 05mg/ngày – trong tuần 11 + 12

Chú ý:

- + Đánh giá trắc nghiệm cơ và cảm giác mỗi 2 tuần trước khi thay đổi liều corticoid.
- + Theo dõi tác dụng phụ của corticoid, bổ sung kali, calci trong quá trình điều trị
- + Không thay đổi chế độ đa hóa trị liệu trong thời gian điều trị cơn phản ứng.
- + Prednisolon nên được nghiền nhỏ và uống vào buổi sáng sau khi ăn no.

- Điều trị triệu chứng: kháng histamin

- Điều trị hỗ trợ: Vitamin A, A-D, E. Giải dị ứng không đặc hiệu: Dùng nhóm thanh nhiệt, giải độc, tiêu ban, lợi thủy có chứa các thành phần sau: Actiso, Biền sút/Rau đắng đất, Bìm bìm/Bìm bìm biếc, Diệp hạ châu, Nghệ, dứa gai, sài đất, thương nhĩ tử, kim ngân, hạ khô thảo : 2-4 viên x 2 lần/ngày.

III. Phản ứng phong hồng ban nút (ENL: Erythema Nodosum Leprosum)

Phản ứng phong hồng ban nút chỉ xảy ra ở các bệnh nhân nhóm MB (thể BB; BL; LL). Cơn phản ứng này thường xảy ra trong năm đầu điều trị. Tuy nhiên, cũng có thể xảy ra trước và sau khi hoàn thành đa hóa trị liệu.

Cơ chế của phản ứng này là do lắng đọng phức hợp miễn dịch tại da, mạch máu và các cơ quan (kháng nguyên là vi trùng phong bị thoái hóa, kháng thể là các globulin miễn dịch).

1. Chẩn đoán: dựa vào các triệu chứng sau:

- Nốt, cục (nodule) dưới da với các tính chất:
 - + Xuất hiện đột ngột ở tứ chi, hoặc ở mặt, lưng, đùi,...
 - + To bằng hạt lạc, hạt ngô, có thể loét.
 - + Tồn tại vài ngày, sau đó xẹp, bong vảy và để lại sẹo thâm.
- Viêm dây thần kinh: dây thần kinh to, đau, tăng nhạy cảm.

- Các triệu chứng khác có thể có:
 - + Sốt, mệt mỏi, chán ăn, có thể suy sụp.
 - + Viêm tinh hoàn
 - + Viêm móng mắt thể mi
 - + Viêm khớp
 - + Viêm hạch bạch huyết
 - + Rối loạn tiêu hóa: đau bụng, nôn, ỉa chảy.

2. Xử trí phản ứng hồng ban nút do phong (ENL)

2.1. Phản ứng nhẹ

- Chỉ có vài nốt, cục xuất hiện, không loét, không viêm dây thần kinh, không có các biểu hiện khác. Chỉ điều trị bằng các thuốc giảm đau chống viêm như aspirin, paracetamol,...

- Sau 2 tuần điều trị nếu không giảm, nên xem xét như phản ứng nặng và mời hội chẩn.

2.2. Phản ứng nặng

- Gồm có các nốt, cục (nodule) dưới da, viêm dây thần kinh hoặc có các triệu chứng khác (như mô tả ở phần chẩn đoán).

- Xử trí: cho bệnh nhân nhập viện điều trị để tránh tàn tật. Bệnh nhân phải được nghỉ ngơi, cố định các chi có viêm dây thần kinh.

Điều trị bằng Corticoid với liều và cách dùng như trong điều trị phản ứng đảo ngược.

- + Prednisolon: 40mg/ngày – trong tuần 1 + 2
- + Prednisolon: 30mg/ngày – trong tuần 3 + 4
- + Prednisolon: 20mg/ngày – trong tuần 5 + 6
- + Prednisolon: 15mg/ngày – trong tuần 7 + 8
- + Prednisolon: 10mg/ngày – trong tuần 9 + 10
- + Prednisolon: 05mg/ngày – trong tuần 11 + 12

Trong trường hợp bệnh nhân bị phản ứng ENL mà không đáp ứng với corticoid hoặc có chống chỉ định với corticoid thì điều trị bằng lamprene. Tuy nhiên, giai đoạn đầu nên điều trị bằng corticoid sau đó chuyển sang lamprene vì lamprene có tác dụng chậm. Liều như sau :

- + Lamprene 100mg x 3viên/ngày x 3 tháng đầu
- + Lamprene 100mg x 2viên/ngày x 3 tháng tiếp
- + Lamprene 100mg x 1viên/ngày x 3 - 6 tháng sau cùng

Chú ý:

+ Không thay đổi chế độ đa hóa trị liệu trong thời gian điều trị con phản ứng.

+ Trong quá trình điều trị, nếu có gì bất thường phải mời hội chẩn khoa hoặc bệnh viện.

- Điều trị triệu chứng: kháng histamin

- Điều trị hỗ trợ: Vitamin A, A-D, E. Giải dị ứng không đặc hiệu: Dùng nhóm thanh nhiệt, giải độc, tiêu ban, lợi thủy có chứa các thành phần sau: Actiso, Biền sút/Rau đắng đất, Bìm bìm/Bìm bìm biếc, Diệp hạ châu, Nghệ, dứa gai, sài đất, thương nhĩ tử, kim ngân, hạ khô thảo : 2-4 viên x 2 lần/ngày.

BỆNH MÀY ĐAY (Urticaria)

I. Đại cương

- Mày đay là phản ứng của mao mạch trên da với các yếu tố khác nhau gây nên phù cấp hoặc mạn tính ở trung bì.

- Mày đay là bệnh thường gặp, ước tính chiếm khoảng 15 - 20% dân số chung. Thể mạn tính chiếm khoảng 1% dân số. Do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra, dễ nhận biết nhưng rất khó tìm được nguyên nhân chính xác.

II. Phân loại

- Mày đay cấp tính là những sẩn (mảng) phù, phù mạch hoặc cả hai trong thời gian < 6 tuần.

- Mày đay mạn tính là mày đay kéo dài liên tục khoảng 2 cơn mỗi tuần trong ít nhất 6 tuần. Có thể kéo dài hàng tháng, thậm chí hàng năm. Bệnh xảy ra với bất cứ người nào, nhưng thường gặp ở phụ nữ độ tuổi 40-60, hầu hết các trường hợp (80-90%) không rõ căn nguyên.

III. Nguyên nhân

Căn nguyên gây bệnh mày đay rất phức tạp. Trên cùng một người bệnh, có thể có một hoặc nhiều căn nguyên gây mày đay cùng kết hợp. Dưới đây là một số căn nguyên thường gặp:

1. Mày đay thông thường:

- Do thức ăn: Thường gặp: sữa, trứng, cá biển, tôm cua, sò, ốc, phô mai, đồ hộp, mắm, tương, chao, sô-cô-la, đồ uống lên men (rượu, bia), cà chua, cải xoong, đồ hộp, dưa chuột, khoai tây. Những thức ăn “thông thường nhất”, “lành nhất” cũng có thể gây mày đay

- Do thuốc: Tất cả các loại thuốc và các đường đưa thuốc vào cơ thể đều có thể gây mày đay. Mày đay do thuốc thường xảy ra ngay sau khi dùng thuốc hoặc sau dùng thuốc vài ngày, có thể đơn thuần hay kèm với sốt, đau khớp, nổi hạch.

Thường gặp nhất là nhóm beta-lactam, sau đó là nhóm cyclin, macrolid, chloramphenicol; Các thuốc chống viêm không steroid; Các vitamin; Các loại vắc xin, huyết thanh; thuốc chống sốt rét; thuốc ức chế men chuyển ... Các thuốc chống dị ứng như glucocorticoid, prednisolon, dexamethason, các kháng histamin tổng hợp: clarytin, thelalen...

- Do nọc độc: Muỗi, ong, sâu bọ,...

- Do tác nhân đường hô hấp: Khi người bệnh hít phải các chất gây dị ứng như rơm rạ, phấn hoa, bụi nhà, bụi kho, lông vũ, khói thuốc, men mốc...

- Do nhiễm trùng: Virút như viêm gan siêu vi B, C; Nhiễm khuẩn ở tai, mũi, họng, bộ phận tiêu hóa, răng, miệng, tiết niệu sinh dục; Nhiễm ký sinh trùng đường ruột; Nhiễm nấm Candida ở da, nội tạng.

- Do tiếp xúc với chất hữu cơ hay hóa học: Tiếp xúc với các loại mỹ phẩm, son, phấn, nước hoa, thuốc nhuộm tóc, thuốc sơn móng tay, móng chân, xà phòng.... Các chất tạo màu thực phẩm, chất bảo quản thực phẩm.

2. Mày đay vật lý:

Xuất hiện do các yếu tố vật lý từ bên ngoài, thường do cơ chế không dị ứng, chiếm hơn 50% các trường hợp mày đay mạn tính

- Chứng da vẽ nổi
- Mày đay do vận động xúc cảm như khi mệt nhọc, gắng sức, stress.
- Mày đay do chèn ép, do rung động.
- Mày đay do quá lạnh, do quá nóng, do ánh sáng mặt trời, do nước.

3. Mày đay do các bệnh hệ thống

Bệnh chất tạo keo: lupus ban đỏ; Viêm mạch; Bệnh nội tiết: tiểu đường, cường giáp; Bệnh ung thư

4. Mày đay do di truyền:

Khoảng 50-60% các trường hợp. Nếu chỉ mẹ hoặc bố bị mày đay thì khoảng 25% con cũng bị bệnh này. - Nếu cả hai bố mẹ bị mày đay thì tỷ lệ lên đến 50%.

5. Mày đay tự phát(vô căn)

Là mày đay không tìm ra nguyên nhân, chiếm khoảng 50% các trường hợp

IV. Chẩn đoán

1. Chẩn đoán xác định: chủ yếu dựa vào biểu hiện lâm sàng

1.1. Lâm sàng:

Biểu hiện lâm sàng đặc trưng là sự xuất hiện đột ngột sẩn (mảng) phù, phù mạch hoặc cả 2 loại thương tổn.

+ Thương tổn cơ bản: là các sẩn phù kích thước to nhỏ khác nhau xuất hiện ở bất kỳ vùng da nào trên cơ thể. Sẩn phù hơi nổi cao trên mặt da, màu sắc hơi đỏ hoặc nhợt nhạt hơn vùng da xung quanh. Kích thước và hình dáng của các mảng sẩn thay đổi nhanh chóng, xuất hiện nhanh, mất đi nhanh.

+ Phân bố: có thể khu trú hoặc lan rộng toàn thân.

+ Vị trí: vùng tổ chức lỏng lẻo như mi mắt, môi, sinh dục ngoài... các ban đỏ, sẩn phù xuất hiện đột ngột làm sưng to cả một vùng, còn gọi là phù mạch hay phù Quincke. Nếu phù Quincke ở thanh quản hay ống tiêu hóa sẽ gây nên bệnh lý nặng như khó thở nặng, đi ngoài phân lỏng, đau bụng quặn, tụt huyết áp, rối loạn tim mạch hay sốc phản vệ thực sự.

+ Cơ năng: đa số trường hợp mày đay rất ngứa, càng gãi càng ngứa và nổi thêm nhiều sẩn khác. Tuy nhiên, có trường hợp chỉ là cảm giác châm chích hoặc rát bỏng.

- Tiến triển: sau vài phút hoặc vài giờ thì các sản phù lặn mất, không để lại dấu vết gì trên da. Bệnh hay tái phát từng đợt. Theo tiến triển, có thể thành mày đay cấp hay mạn tính.

- Chẩn đoán mày đay mạn tính: Thông qua bệnh sử, cần đánh giá 23 vấn đề:

- + Thời gian khởi phát bệnh
- + Tần suất/khoảng thời gian và các yếu tố làm khởi phát sản phù
- + Sự thay đổi hàng ngày
- + Sự xuất hiện có liên quan đến cuối tuần, ngày nghỉ và dị vật khi đi du lịch
- + Hình dạng, kích thước và phân bố của sản phù
- + Liên quan với phù mạch
- + Triệu chứng liên quan như ngứa, đau
- + Tiền sử cá nhân, gia đình bao gồm mày đay, dị ứng
- + Những nguyên nhân có thể bao gồm: dị ứng, nhiễm trùng, bệnh lý nội khoa hay nguyên nhân khác
- + Bệnh tâm thần
- + Phẫu thuật cấy ghép và những sự việc trong quá trình phẫu thuật như sau khi gây tê tại chỗ
- + Vấn đề về dạ dày/ruột
- + Gây ra do tác nhân vật lý hay tập luyện
- + Sử dụng thuốc (vd kháng viêm non-steroid (NSAIDs), nhiễm trùng, tiêm ngừa, hóc-môn, thuốc nhuận trường, nhỏ mắt và mũi và các thuốc khác)
- + Có mối liên quan đến thức ăn quan sát được
- + Liên quan chu kỳ kinh nguyệt
- + Thói quen hút thuốc (nhất là sử dụng sản phẩm có mùi thơm hay ma túy)
- + Loại công việc
- + Thói quen
- + Stress
- + Chất lượng cuộc sống và cảm xúc bị ảnh hưởng bởi mày đay
- + Những điều trị trước đó và đáp ứng
- + Những xét nghiệm chẩn đoán trước đó

Bước thứ hai là thực hiện một số xét nghiệm chẩn đoán yếu tố khởi phát gồm thuốc, thức ăn và test vật lý (khi bệnh sử gợi ý). Tất cả những bước chẩn đoán tiếp theo tùy thuộc rất nhiều vào tiền sử của bệnh nhân và các dạng của mày đay.

1.2. Cận lâm sàng:

Mày đay được chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng. Có một số xét nghiệm giúp chẩn đoán nguyên nhân mày đay.

+ Công thức máu: xác định số lượng bạch cầu đa nhân ái toan, nếu có tăng gợi ý bệnh dị ứng hoặc do ký sinh trùng; số lượng bạch cầu giảm trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống.

+ VS, CPR.

+ AST, ALT

+ Thử nghiệm lấy da (prick test) với dị nguyên nghi ngờ (mạt bụi nhà, phấn hoa,...).

+ Thử nghiệm áp da (patch test) với dị nguyên nghi ngờ.

+ Sinh thiết da nếu mày đay kéo dài và giúp xác định viêm mao mạch.

+ Định lượng kháng nguyên đặc hiệu loại IgE theo công nghệ MAST CLA 1 (còn gọi là test 36 dị nguyên).

V. Điều trị:

Điều trị bệnh phụ thuộc vào loại mày đay, mức độ trầm trọng và thời gian kéo dài của bệnh.

1. Nguyên tắc điều trị

- Xác định và loại bỏ dị nguyên gây bệnh, tránh tiếp xúc lại với dị nguyên là cách tốt nhất trong điều trị và phòng bệnh. Tuy nhiên, nhiều trường hợp rất khó phát hiện các dị nguyên này.

-Tạo dung nạp: có thể hữu ích trong một số dạng mày đay như mày đay do lạnh, mày đay cholinergic và mày đay do nắng

- Mày đay mạn tính khi đã kiểm soát được triệu chứng, cần tiếp tục duy trì phác đồ hiệu quả, sau đó đánh giá lại mỗi 3 - 6 tháng để điều chỉnh hoặc giảm liều dần.

- Mày đay mạn tính thường liên quan đến các bệnh lý bên trong nên người bệnh cần được khám chuyên khoa, làm thêm các xét nghiệm cần thiết để tìm đúng nguyên nhân và có cách điều trị thích hợp.

2. Điều trị cụ thể

- Thuốc thoa Corticoid,

- Tắm: skinsinogel, FOB body,...

- Toàn thân

2.1. Mày đay cấp

+ Các trường hợp nhẹ: kháng histamin H1

+ Corticoid (uống hay tiêm): chỉ nên dùng trong điều trị mày đay cấp, nặng và/hoặc có phù thanh quản, hoặc một số trường hợp mày đay do viêm mạch, do áp lực không đáp ứng với các thuốc kháng histamin thông thường.

- Epinephrin (adrenalin) kết hợp kháng histamin liều cao: được chỉ định khi có phù mạch cấp tính.

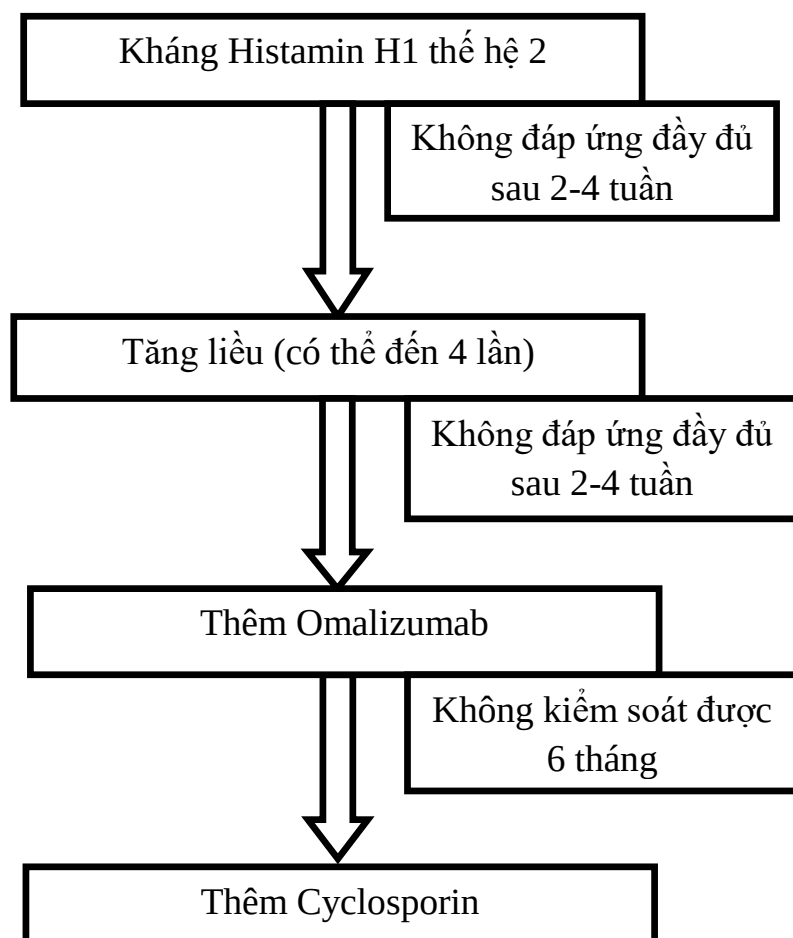
- Có thể phối hợp kháng histamin H1 với kháng histamin H2.

2.2. Đối với mày đay mạn tính:

- Chủ yếu là thuốc Kháng Histamin H1

- Trường hợp mày đay tự phát mạn tính, kháng với kháng Histamin H1 có thể sử dụng Corticoid ngắn ngày (tối đa 10 ngày) khi có cơn bùng phát.

- Bậc thang điều trị:



3. Tiêu chuẩn nhập viện – Xuất viện:

3.1. Tiêu chuẩn nhập viện:

Mày đay cấp sang thương da lan tỏa, có biểu hiện toàn thân: sốt, khó thở, đau bụng, tiêu lỏng, BC tăng cao.

3.2. Tiêu chuẩn xuất viện:

- Hết các triệu chứng toàn thân

- Sang thương da ổn định sau 3 – 5 ngày

4. Giáo dục sức khỏe

- Dừng tất cả các loại thuốc hoặc thực phẩm nghi ngờ gây dị ứng
- Hạn chế gãi, chà xát mạnh trên da
- Có thể áp lạnh hoặc tắm lạnh, tránh tắm nóng
- Tránh ánh sáng mặt trời trực tiếp
- Tẩy giun sán, chống táo bón
- Mặc quần áo cotton nhẹ nhàng, thoáng rộng.
- Tránh các hoạt động nặng nhọc hoặc các nguyên nhân gây ra mồ hôi
- Cố gắng nghỉ ngơi và giảm các stress

5. Tiên lượng

5.1. Màỵ đày cấp:

Hầu hết sẽ cải thiện bệnh sau 2-3 tuần, những đợt bùng phát kéo dài thường do nguyên nhân viêm da cơ địa, nhiễm khuẩn hay triệu chứng toàn thân.

5.2. Màỵ đày mạn tính:

- Có 50% bệnh nhân màỵ đày mạn tính lui bệnh (dù điều trị hay không) trong vòng 6 tháng đầu mắc bệnh.
- Có 70% lui bệnh trong vòng 3 năm mắc bệnh.
- Có 90% lui bệnh trong vòng 5 năm mắc bệnh.
- Một số hiếm gặp diễn tiến bệnh kéo dài 50 năm.

CHƯƠNG III: MẮT

CÁC CHỮ VẾT TẮT

CNC: Cạnh nhãn cầu

DK: Dịch kính

KS: Kháng sinh

HVMTTTD: Hắc võng mạc trung tâm thanh dịch

MBĐ: Màng bồ đào

NA: Nhãn áp

NCVK: Nuôi cấy vi khuẩn

NVĐC: Nhãn viêm đồng cảm

OCT: Optical coherence tomography (Chụp cắt lớp võng mạc kết quang)

ROP: Retinopathy of prematurity (Bệnh võng mạc ở trẻ sinh non)

ST: Sáng tối (ST +: Sáng tối dương tính, ST -: Sáng tối âm tính)

XHDK: Xuất huyết dịch kính

XHTTP: Xuất huyết tiền phòng

UBM: Máy siêu âm sinh hiển vi

WHO: World Health Organization (Tổ chức Y tế Thế giới)

VIÊM KẾT MẠC CẤP

I. Đại cương:

- Viêm kết mạc cấp là tình trạng viêm cấp tính của kết mạc, thường do nhiễm khuẩn (do virus, vi khuẩn) hoặc do dị ứng.

II. Nguyên nhân:

+ Viêm kết mạc cấp tiết tổ mủ do vi khuẩn: đây là hình thái viêm kết mạc dạng nhú tối cấp.

+ Viêm kết mạc cấp tiết tổ màng do vi khuẩn: là loại viêm kết mạc cấp tiết tổ có màng phủ trên diện kết mạc, có màu trắng xám hoặc trắng ngà.

+ Viêm kết mạc do virus: là viêm kết mạc có kèm nhú, nhiều tiết tổ và hoặc có giả mạc, bệnh thường kèm sốt nhẹ và các biểu hiện cảm cúm, có hạch trước tai, thường phát triển thành dịch.

III. Chẩn đoán xác định theo icd-10

1. Lâm sàng:

1.1. Cơ năng:

- Bệnh nhân thường vừa mới bị bệnh nhiễm trùng đường hô hấp trên hoặc có tiếp xúc với người bị đau mắt đỏ.

- Cảm giác cộm, nóng rát, ngứa, nặng mi, sợ ánh sáng chảy nước mắt, thường là một bên vài ngày sau lan sang mắt bên kia.

1.2. Thực thể:

Đa tiết là dấu hiệu đặc biệt, chất tiết nhầy hoặc lỏng; Mi mắt phù nề, bờ mi đỏ; Kết mạc cương tụ, có màng hoặc giả mạc; Sưng hạch trước tai.

2. Cận lâm sàng:

Công thức máu

IV. Điều trị

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị tích cực và khẩn trương
- Điều trị tại chỗ và toàn thân
- Điều trị theo nguyên nhân
- Phát hiện nguồn lây để điều trị và phòng lây lan

2. Phác đồ điều trị

- Tại mắt:

- + Bóc màng hằng ngày
- + Rửa mắt liên tục bằng nước muối sinh lý 0,9 % để loại trừ mủ và tiết tổ

+ Trong những ngày đầu bệnh diễn biến nhanh, tra nhiều lần thuốc dưới dạng dung dịch (15-30 phút/lần) một trong các nhóm sau:

- Aminoglycosid: tobramycin...
- Fluoroquinolon: ofloxacin, ciprofloxacin, levofloxacin, moxifloxacin,
- Thận trọng khi dùng Corticoid: Prednisolon acetat, Fluorometholon.

Khi bệnh thuyên giảm có thể giảm số lần tra mắt.

Phối hợp tra thuốc mỡ một trong các nhóm trên trưa và tối.

+ Dinh dưỡng giác mạc và nước mắt nhân tạo.

*** Tiêu chuẩn nhập viện:**

- Mắt đau nhức nhiều khó mở mắt
- Mi mắt phù nề, bờ mi đỏ; Kết mạc cương tụ, có màng hoặc giả mạc, tiến triển nặng, dễ có biến chứng.
- Dễ lây lan cho cộng đồng

*** Tiêu chuẩn xuất viện:**

- Mắt hết đau nhức, mở mắt dễ dàng
- Mắt hết phù nề, Kết mạc hồng, hết màng hoặc giả mạc
- Hết dấu hiệu lây lan cho cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Messmer EM. (2012): Bacterial conjunctivitis-diagnosis and therapyupdate. Klin Monbl Augenheikd. May;229(5):529-33.doi:10.1055/s-0031-1299523. Epub 2012 May 16. Review. German.

2. Hoàng Minh Châu, Phạm Ngọc Đông (2011): Bệnh học kết mạc. Chương 1: Kết mạc – Giác mạc – Củng mạc. Nhãn khoa tập 2, Nhà xuất bản y học, trang 12 – 14

CHẤP LỆO

I. Định nghĩa:

- Lẹo là viêm cấp tính của các tuyến nhày bờ mi (tuyến Zeiss, Moll) hoặc các nang lông mi.
- Chấp là viêm mạn tính hay cấp tính tuyến Meibomius của sụn mi.
- Gây ra bởi tụ cầu trùng Staphylococcus.

II. Chẩn đoán xác định theo icd-10

1. Lâm sàng:

- Mi mắt hơi nóng, chớp mắt vướng, đau khi đụng vào.
- Thấy 1 khối u nằm ở bờ mi, có tụ mủ màu trắng ở giữa đầu.
- Sờ thấy khối tròn, nhẵn, mềm, nằm dưới da mi, cách bờ mi
- Mi mắt, kết mạc sưng nề, đau, đỏ khu trú hoặc lan tỏa
- Chấp/lẹo vỡ sẽ bớt đau nhức, triệu chứng viêm giảm
- Có thể có nhiều khối nằm ở bờ mi, hay tái phát có viêm bờ mi kèm theo.

2. Cận lâm sàng: Công thức máu, TS, TC

III. Điều trị

- Chườm ấm, massage nhẹ nhàng tại chỗ 3 - 4 lần/ngày.
- Nhỏ thuốc: + Hoặc Coll Cravit 0.5 % nhỏ 4 - 8 lần/ngày
- + Tobramycin 0, 3% + Dexamethasone 0, 1%, nhỏ 4 - 8 lần/ngày.
- Kháng sinh toàn thân:
- + Nhóm Cephalosporin: Cephalexin 500mg x 3 lần/ngày. Hoặc
- + Nhóm Quinolone: Ciprofloxacin 500mg, Ofloxacin 200mg x 2 lần/ngày.
- Kháng viêm: Prednisolone 10mg x 2 - 3 lần/ngày.
- Giảm đau: Paracetamol 500mg x 2 - 3 lần/ngày.
- Chích rạch lẹo: khi tổ chức viêm khu trú + Tê tại chỗ lidocain 2%, 1ml.
- + Dùng kẹp chấp/lẹo kẹp vào vùng tổn thương.
- + Rạch khoảng 2mm ngoài da (song song bờ mi) hoặc mặt trong mi mắt (vuông góc bờ mi). Rửa sạch tổ chức nhày mủ rửa sạch mắt.
- + Tra thuốc sát trùng Betadin 5%, thuốc mỡ ofloxacin
- + Băng ép, cầm máu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hoàng Minh Châu, Phạm Ngọc Đông (2011): Bệnh học kết mạc. Chương 1: Kết mạc – Giác mạc – Cung mạc. Nhãn khoa tập 2, Nhà xuất bản y học, trang 12 – 14

VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC

I. Đại cương:

Viêm màng bồ đào là bệnh lý viêm nhiễm một trong 3 thành phần từ trước ra sau gồm: Mống mắt, thể mi và hắc mạc. Viêm màng bồ đào là bệnh về mắt phổ biến, gây tổn thương đến thị lực.

II. Nguyên nhân:

- Vi khuẩn: có thể là tụ cầu, **liên cầu**, phế cầu, trực khuẩn, xoắn khuẩn...
- Virus: Herpes, Zona, cúm, **Thuỷ đậu**, sởi, quai bị...
- Nấm: nội sinh hoặc ngoại sinh, có thể là **Candida**, Aspergillus...
- Ký sinh trùng: Toxoplasma, ấu trùng sán lợn, giun...
- Yếu tố miễn dịch, yếu tố kháng nguyên bạch cầu, **hội chứng Behcet**, hội chứng Vogt-Koyanagi-Harada, hội chứng Reiter...
- Dị ứng gây **viêm màng bồ đào**, do protein của thuỷ tinh thể.
- Nhiễm độc: hoá chất, độc tố tác nhân nhiễm khuẩn, u ác trong nhãn cầu...

III. Chẩn đoán xác định theo icd-10

1. Lâm sàng:

Đau nhức, đỏ mắt; Đồng tử co nhỏ, méo mó, dính mống vào mặt trước thuỷ tinh thể; Tyndall hoặc mũ tiền phòng.

2. Cận lâm sàng:

Công thức máu, VS, X quang phổi, siêu âm mắt

IV. Điều trị

1. Tại mắt:

1.1 Nhỏ mắt: nhóm Corticoid

- Nhẹ: Sunpredmet 1% 3-4 lần/ngày ít nhất 5 ngày
- Nặng: 6-12 lần/ngày ít nhất 5 ngày

1.2 Tiêm tại mắt: nhóm Corticoid

Chỉ định trong trường hợp Viêm màng bồ đào nặng hoặc bệnh không đáp ứng với thuốc nhỏ mắt

Dexamethasone 4mg/1ml tiêm dưới kết mạc hoặc dưới bao tenon 1 lần/ngày, có thể lặp lại tùy đáp ứng của bệnh

2 Toàn thân:

Chỉ định trong trường hợp Viêm màng bồ đào nặng, hoặc không đáp ứng với thuốc nhỏ mắt, nhóm Corticoid

Presnisolone liều dùng 1-1,5mg/kg/ngày trong 7-14 ngày, giảm liều tùy đáp ứng của bệnh nhân, trung bình giảm 5-10mg/tuần, đến khi giảm còn 10mg/ngày thì ngưng thuốc. Nếu điều trị dưới 14 ngày không cần giảm liều.

- Bổ sung thuốc chống loét dạ dày. Omeprazol 20 mg 1v x 2 lần/ ngày

3. Điều trị triệu chứng:

3.1. Chống dính:

- Viêm màng bồ đào nhẹ, dính ít: Mydryl P nhỏ mắt 3 lần/ngày
- Nếu không hiệu quả nhỏ mắt Atropine 3% 3-4 lần/ngày
- Nếu thuốc nhỏ mắt không hiệu quả, tiêm Adrenaline 0,1% vào 04 điểm sát rìa mỏng mắt

3.2. Giảm đau: nhóm Acetamynophen. Paracetamol 0,5g uống 3 lần/ngày

3.3. Vitamin nâng tổng trạng nhóm A, C

*** Tiêu chuẩn nhập viện:**

- Đau nhức, đỏ mắt, nhìn mờ
- Đồng tử co nhỏ, méo mó, dính mỏng vào mặt trước thủy tinh thể; Tyndall hoặc mũ tiền phòng. Nguy cơ biến chứng

*** Tiêu chuẩn xuất viện:**

- Hết đau nhức, hết đỏ mắt, nhìn rõ hơn
- Đồng tử dẫn, mỏng mắt không còn dính; tiền phòng sạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ali A, Samson CM. Seronegative spondyloarthropathies and the eye. Curr Opin Ophthalmol. Nov 2007;18(6):476-80.
2. Braun J, Sieper J. Ankylosing spondylitis. Lancet. Apr 21 2007;369(9570):1379-90.
3. McCannel CA, Holland GN, Helm CJ, Cornell PJ, Winston JV, Rimmer TG. Causes of uveitis in the general practice of ophthalmology. UCLA CommunityBased Uveitis Study Group. Am J Ophthalmol. Jan 1996;121(1):35-46.
4. Suzuki T, Ohashi Y. Corneal endotheliitis. Semin Ophthalmol. Jul-Aug 2008;23(4):235-40.
5. Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. Am J Ophthalmol. Sep 2005;140(3):509-16.

GLAUCOMA CẤP

I. ĐỊNH NGHĨA:

Glôcôm là một nhóm bệnh do nhiều nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh gây ra nhưng trong giai đoạn toàn phát có 3 dấu hiệu đặc trưng cho mọi hình thái, những dấu hiệu đó là:

- Nhãn áp tăng cao từ 25mmHg trở lên.
- Thị trường thu hẹp.
- Soi đáy mắt có dấu hiệu lõm teo đĩa thị.

II. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH THEO ICD-10

1. Lâm sàng:

- Đau nhức mắt và nửa đầu, nhìn thấy những vòng màu, mắt mờ như có sương mù, buồn nôn hoặc nôn.

- Khám: Kết mạc cương tụ rìa, giác mạc phù, tiền phòng nông, đồng tử giãn méo, nhãn áp cao, thị lực giảm.

2. Cận lâm sàng:

Đo nhãn áp, soi góc tiền phòng, thị trường

III. ĐIỀU TRỊ:

- Toàn thân: Thuốc ức chế carbonic anhydrase (CAI) Acetazolamide 250 mg 2 viên x 2 lần/ngày

- Bổ sung kali. Kaleorid 500mg 1 viên/ngày

- Giảm đau nhóm Acetaminophen. Paracetamol 500mg 1 viên x 3 lần/ngày

- Trường hợp nhãn áp quá cao truyền cao phân tử. Manitol 20%, 1g/kg cân nặng, tốc độ truyền 60-100 giọt/phút

2. Tại mắt:

- Nhóm huỷ beta-adrenergic: cơ chế là làm giảm tiết thủy dịch, biệt được phổ biến trên thị trường là Betoptic(0,25%; 0,5%), Timolol (0,25%; 0,5%).....

- Nhóm cường adrenergic: cơ chế làm tăng lưu thông thủy dịch qua vùng bè và qua đường màng bồ đào-củng mạc. Biệt được là Epinephrin (0,25% - 2%), Alphagan P 0,15%.....

- Nhóm cường cholinergic : cơ chế làm co rút cơ thể mi, kéo vào cửa củng mạc và vùng bè, do đó làm tăng lưu thông thủy dịch. Biệt được là pilocarpin (0,5% - 4%).

- Nhóm prostaglandin: có tác dụng hạ nhãn áp rất tốt bằng tăng lưu thông thủy dịch qua đường màng bồ đào – củng mạc. Biệt được là Travatan 0,004% , Lumigan 0,03%.

- Trường hợp có phản ứng viêm có thể nhỏ bổ sung nhóm: Corticoid Prerfot 1% nhỏ mắt mỗi giờ.

3. Điều trị phẫu thuật:

Điều trị khi giác mạc trong, đồng tử có phân xạ, khi soi góc

- Nếu góc đóng $<180^0$ cắt mỏng mắt chu biên bằng Laser

- Nếu góc đóng $>180^0$ phẫu thuật cắt bè củng mạc

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

- Đau nhức mắt và nửa đầu, mắt nhìn mờ, buồn nôn hoặc nôn

- Khám: Kết mạc cương tụ rìa, giác mạc phù, tiền phòng nông, đồng tử giãn méo, nhãn áp cao, thị lực giảm, nguy cơ mù lòa.

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Hết đau nhức mắt và nửa đầu, mắt hết mờ,

- Khám: giác mạc trong, tiền phòng sâu, nhãn áp bình thường,

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arthur Lim Siew Ming et al (2004), “Primary closed angle glaucoma” 2nd Edition, an imprint of Elsevier

2. Ang LP, Aung T (2000), “Acute primary angle closure in an Asian population” Ophthalmology (107), pp. 2071-2092.

3. David Meyer, Ronel van Schalkwyk (2006), “Update on Current Medical Therapy of Glaucoma” in Mastering the techniques of glaucoma: diagnosis and management (Ashok Garg, Giorgio Marchini) an imprint of JAYPEE BROTHERS, pp. 157-170

4. Ng D, Lim ASM (2001) “cataract extraction in closed angle glaucoma”, AsiaPacific J Ophthalmol 2001, pp.13-40.

5. Lim ASM, Chew PT (1990) “Update in the management of acute primary angle closure glaucoma”, Asia-Pacific J Ophthalmol; 2-88.

6. Gregory L Skuta (1994) , “The-closure glaucoma ” in Glaucoma (Paul L Kaufman, Thomas W Mittag), Mosby-Year Book EUROPE.

7. Harinder S Sethi et al (2006), “Medical management of glaucoma” in “Mastering the techniques of glaucoma: diagnosis and management” (Ashok Garg, Giorgio Marchini) an imprint of JAYPEE BROTHERS, pp. 137-156

GLAUCOMA GÓC MỞ

I. ĐẠI CƯƠNG:

Glôcôm góc mở là một tình trạng bệnh lý của thị thần kinh; bệnh tiến triển mãn tính, đặc trưng bởi sự tồn tại của tế bào hạch võng mạc và lớp sợi thần kinh, teo lõm đĩa thị giác, tổn thương thị trường điện hình. Glôcôm góc mở nguyên phát do nhiều nguyên nhân, thường có liên quan với nhãn áp cao.

II. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH THEO ICD-10

1. Lâm sàng:

- Thị lực giảm, hẹp thị trường
- Tổn thương gai thị với tỉ lệ C/D 0.5 trở lên, hoặc chênh lệch 0,2 giữa 2 mắt
- Nhãn áp cao
- Tổn thương thị trường

2. Cận lâm sàng:

Đo nhãn áp, soi góc tiền phòng, đo thị trường

III. ĐIỀU TRỊ

1. Dùng thuốc:

- Bắt đầu bằng 1 loại thuốc nhỏ mắt đơn trị: Beta-blocker (Betaxolol, Timolol), Brimonidine hoặc Prostalandine
- Khi đơn trị không hạ nhãn áp đến mức mong muốn thì phối hợp nhiều loại thuốc như Beta-blocker + Prostalandin hoặc Beta-blocker + Brimonidine

2. Phẫu thuật:

- Khi sử dụng thuốc nhỏ mắt tối đa mà nhãn áp không đạt tới mức mong muốn
- Lõm gai rộng
- Thị trường thu hẹp
- Bệnh nhân không có điều kiện để nhỏ thuốc lâu dài
- Bệnh nhân không tuân thủ phác đồ điều trị

Phương pháp phẫu thuật:

- Cắt bè củng mạc đơn thuần
- Cắt móng mắt bằng LASEZ - YAG

* TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:

- Thị lực giảm
- Tổn thương gai thị
- Nhãn áp cao

- Tổn thương thị trường

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Thị lực không giảm

- Nhãn áp bình thường

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Волков В.В.(2008): Глаукома открытоугольная, Москва, МИА.
2. Lam D.S, Tano Y., Rich R., Rao S.K. (2008): Glaucoma Diagnostics, A-Z in Ophthalmology, Section A, Book 1, Hong Kong, Bon Vision Limited.
3. Michael V Boland, Harry A Quigley (2011). “Evaluation of a combined index of optic nerve structure and function for glaucoma diagnosis”, BMC Ophthalmology, 11:6
4. Мошетьова Л.К., Нестеров А.П., Егорова Е.А. (2009): Офтальмология, 91 Москва, ГЭОТАР-Медия.
5. Myron Yanoff, Jay S. Duker(2009): Ophthalmology, 3rd edition, Elsevier Inc. 6. Нестеров А П (2008): Глаукома, Москва, МИА.
7. Robert L Stamper, Marc F Lieberman, Michael V Drake (2009): BeckerShaffer’s Diagnosis and Therapy of the Glaucomas, 8th edition”, Elsevier Inc

ĐỤC THỦY TINH THỂ

I. ĐỊNH NGHĨA

Thể thủy tinh là một thấu kính trong suốt hai mặt lồi trong nhãn cầu, chức năng của TTT là tham gia vào quá trình điều tiết và hội tụ các tia sáng trên võng mạc, giúp mắt nhìn rõ vật.

Bệnh ĐTTT là hiện tượng mờ đục của TTT, cản trở không cho các tia sáng đi qua, làm cho thị lực người bệnh suy giảm dần đến mù lòa.

II. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH THEO ICD-10

1. Lâm sàng:

- Mắt nhìn mờ dần nhiều tháng hoặc nhiều năm, không đau nhức mắt, chói mắt khi ra sáng.
- Thị lực giảm tùy theo mức độ đục thủy tinh thể.
- Thủy tinh thể màu trắng xám hoặc màu hổ phách.
- Giảm hoặc mất ánh hồng đồng tử

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu, TS TC (máu đông máu chảy), đường huyết, tổng phân tích nước tiểu.

- Đo nhãn áp, đo Javal + đo trục nhãn cầu, siêu âm mắt, ECG, soi đáy mắt

III. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT (Nhập viện)

- Thị lực <3/10
- Trường hợp đục thủy tinh thể trung tâm, thị lực có thể >3/10 nhưng có ảnh hưởng đến sinh hoạt của bệnh nhân.
- Tư vấn cho bệnh nhân phẫu thuật bằng phương pháp PHACO + IOL. bằng phương pháp hiện đại và tiên tiến nhất hiện nay.

IV. ĐIỀU TRỊ CHĂM SÓC BN MỖ ĐỤC THỦY TINH THỂ

1. Ngày trước khi phẫu thuật:

- Bệnh nhân cần được khám và giải thích đầy đủ về lợi ích của phẫu thuật, những nguy cơ có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, tiên lượng sau mổ, bệnh nhân ký cam kết phẫu thuật.

- Lấy dấu hiệu sinh tồn.
- Khám nội tiền phẫu.
- Thuốc hạ nhãn áp: Acetazolamide 250 mg 2 viên x 2 lần

Kali 0.5 mg 01 viên

- Nhỏ mắt kháng sinh nhóm Levofloxacin. Coll Cravid, 1.5 %... nhỏ 6 lần/ngày trong ngày trước mổ.

2. Ngày phẫu thuật:

2.1/. Ở khoa phòng:

- Kiểm tra hồ sơ trước mổ (mắt mổ, siêu âm, xét nghiệm, nội khoa)
- Uống thuốc hạ nhãn áp Acetazolamide 250 mg x 2 viên

Kali 0.5 mg 01 viên

- Nhỏ dẫn đồng tử Mydryl P 1-2 lần trước khi đưa bệnh nhân lên phòng mổ 30 phút.

2.2/. Trong phòng mổ:

- Nhỏ thêm Mydryl P 1 lần nếu đồng tử không dẫn.
- Sát trùng mắt và ngoài da bằng Povidine 2%
- Tiêm tê cạnh nhãn cầu cung mi 5-10ml Lidocain 2% + Hyaza.
- Phẫu thuật bằng phương pháp Phaco hoặc ngoài bao tùy theo chỉ định
- Sau khi hoàn tất phẫu thuật bơm thuốc nhỏ mắt kháng sinh phổ rộng không có chất bảo quản như nhóm: coll Vigamox, 0,1ml . Coll Cravid, 1.5 %...vào tiền phòng,
- Băng che mắt mổ

3. Chăm sóc hậu phẫu:

3.1. Tại mắt:

- Rửa mắt và băng che mắt mổ ngày đầu, sau đó mang kính bảo vệ mắt trong tuần đầu để tránh nhiễm trùng, bụi hoặc chấn thương.
- Nhỏ thuốc nhóm kết hợp kháng sinh + kháng viêm.
- Nhỏ thuốc kháng sinh phổ rộng nhóm: Quinolon. Moxifloxacin.
hoặc nhóm: Levofloxacin nhỏ xen mỗi giờ.
- Nhỏ nước mắt nhân tạo: (Systan, Sanlenin....)

3.2. Toàn thân:

- Kháng sinh phổ rộng toàn thân:
 - + Uống với nhóm Quinolon: Ciprofloxacin 500 mg 1 v x 2 lần/ngày
hoặc nhóm Cefixim 200 mg 1 v x 2 lần/ngày
hoặc nhóm Amoxicilin + acid clavulanic 625 mg 1 v x 2 lần/ngày
- Kháng viêm: Ngày đầu sau mổ:
 - Uống: Alphachymotrypsin 2 viên x 2 lần/ngày x 02 tuần
hoặc Prednisolon 5 mg 4 viên lần/ngày.
- Bỏ sung thuốc chống loét dạ dày. Omeprazol 20 mg 1 v x 2 lần/ ngày
- Sinh tố nhóm Vitamin A 5000UI 2 viên x 2 lần/ngày.
- Giảm đau: Paracetamol 500 mg x 2-3 viên /ngày

- Nếu có tăng nhãn áp sau mổ uống Acetazolamide 250mg 2 viên, theo dõi nhãn áp.

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN (phẫu thuật)**

- Mắt nhìn mờ TL < 3/10

- Thủy tinh thể đục màu trắng xám hoặc màu hổ phách

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Sau phẫu thuật bệnh ổn mắt không đau nhức

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Quyết định 7328/QĐ-BYT 2018 Hướng dẫn chẩn đoán điều trị Đục thủy tinh thể

MỘNG THỊT

I. ĐẠI CƯƠNG:

Mộng thịt là một khối tăng sản xơ mạch của kết mạc nhãn cầu có hình tam giác có đỉnh quay về phía trung tâm giác mạc, đáy quay về phía cực lệ (nếu là mộng góc trong) hoặc về phía cùng đồ ngoài (nếu là mộng góc ngoài).

II. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH THEO ICD-10

1. Lâm sàng:

- Mộng thịt độ I: Đầu mộng xâm lấn vào giác mạc 1-2 mm
- Mộng thịt độ II: Đầu mộng xâm lấn vào giác mạc 2-4 mm
- Mộng thịt độ III: Đầu mộng xâm lấn vào giác mạc >4 mm

2. Cận lâm sàng:

Công thức máu, TS, TC, đường máu, tổng phân tích nước tiểu, ECG.

III. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Mộng độ II trở lên, không viêm

IV. ĐIỀU TRỊ CHĂM SÓC BỆNH NHÂN MỔ MỘNG THỊT:

1. Ngày trước phẫu thuật

- Bệnh nhân cần được khám và giải thích đầy đủ về lợi ích của phẫu thuật, những nguy cơ có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, tiên lượng sau mổ, bệnh nhân ký cam kết phẫu thuật.

- Lấy dấu hiệu sinh tồn; Khám nội tiền phẫu

- Nhỏ mắt kháng sinh: nhóm Quinolon. Coll Cravit 1.5% nhỏ mắt 6 lần/ngày trong ngày trước mổ

2. Ngày phẫu thuật:

2.1. Ở khoa phòng: Kiểm tra hồ sơ trước mổ (mắt mổ, xét nghiệm, nội khoa)

2.2. Trong phòng mổ:

- Sát trùng mắt và ngoài da bằng Povidine 2%;
- Tiêm tê cạnh nhãn cầu cung mi 5-10ml Lidocain 2%;
- Phẫu thuật mộng thịt kết hợp ghép kết mạc tự thân
- Sau khi hoàn tất phẫu thuật băng kín mắt.

3. Chăm sóc hậu phẫu: - Rửa mắt và băng che mắt mổ ngày đầu, sau đó mang kính bảo vệ mắt trong tuần đầu để tránh nhiễm trùng, bụi hoặc chấn thương;

- Tra mắt pommade Oflovid 2 lần/ngày;
- Nhỏ thuốc phổ rộng nhóm Quinolon. / giờ
- Nước mắt nhân tạo (Systan, Sanlenin)
- Kháng sinh toàn thân phổ rộng:

kháng sinh phổ rộng nhóm Quinolon.

+ Ciprofloxacin 500 mg 1 v x 2 lần/ngày

+ hoặc Cefixim 200 mg 1 v x 2 lần/ngày

- Kháng viêm: Alphachymotrypsin 2 viên x 2 lần/ngày

- Giảm đau: nhóm Acetaminophen. Paracetamol 500 mg x 2-3 viên /ngày

- Vitamin A 5000UI 2 viên x 2 lần/ngày.

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

Mộng thịt từ độ II trở lên nhập viện phẫu thuật

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

Sau phẫu thuật bệnh ổn mắt không đau nhức. hết mộng thịt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt (*ban hành kèm theo Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12/01/2015*)

DỊ VẬT KẾT MẠC, GIÁC MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG:

Là tình trạng mắt bị chấn thương do dị vật như mạt sắt, lúa, côn trùng ... văng vào khu trú ở kết mạc hoặc giác mạc... làm tổn thương.

II. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH THEO ICD-10

- Bệnh nhân có cảm giác cộm xốn, đau chói, chảy nước mắt, đỏ mắt, nhìn mờ.
- Đa số trường hợp khám phát hiện dị vật dễ dàng qua kính lúp hoặc đèn khe.
- Một số trường hợp khó phát hiện như: dị vật bằng thủy tinh, dị vật ở kết mạc cùng đồ, dị vật dưới kết mạc có kèm xuất huyết.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Dị vật kết mạc:

1.1. Xử trí dị vật:

- Nhỏ thuốc tê 2-3 lần trong 2-3 phút.
- Vành mi nếu dị vật ở kết mạc nhãn cầu, lật mi nếu dị vật ở kết mạc sụp mi hoặc kết mạc cùng đồ
- Nếu dị vật nông: bơm rửa cho dị vật trôi ra hoặc dùng tăm bông ướt vô trùng gạt lấy dị vật.
- Nếu dị vật sâu: dùng kẹp gấp lấy dị vật, trường hợp không lấy ra được có thể dùng kéo cắt cả kết mạc và dị vật ra.
- Kháng sinh phổ rộng nhỏ mắt phòng bội nhiễm:
- Nhỏ thuốc nhóm Quinolon. Coll.Vigamox, Coll. Cravit / giờ
- Nước mắt nhân tạo (Coll. Systan, Coll. Sanlenin....)
- Rửa mắt bằng nước muối sinh lý sau khi lấy dị vật
- Tra mắt pommade Oflovid 2 lần/ngày; băng che mắt

1.2. Kháng sinh phổ rộng toàn thân: nhóm Quinolon.

- Người lớn: Ciprofloxacin 500 mg x 2 lần/ngày x 5 ngày
hoặc Cefixim 200 mg 1 v x 2 lần/ngày
hoặc Klamentin 625 mg 1 v x 2 lần/ngày
- Giảm đau: nhóm Acetaminophen. Paracetamol 500 mg x 2-3 viên /ngày
- Vitamin A 5000UI 2 viên x 2 lần/ngày.
- Trẻ em: Amoxicilin 25-50 mg/kg/ngày chia 2-3 lần x 5 ngày
hoặc Cephalexin 25-50 mg/kg/ngày chia 2-3 lần x 5 ngày
hoặc Klamentin 250mg x 2 lần/ngày, 2-3 lần/ngày x 5 ngày

1.3. Kháng sinh tại mắt phổ rộng nhóm:

Có thể dùng các loại thuốc nhỏ mắt nhóm Aminoglycosid (Tobamycin), hoặc nhóm Quinolon: Coll. Vigamox, hoặc Coll. Cravit nhỏ mắt ngày 6 lần

1.4. Giảm đau: nhóm Acetaminophen.

- Người lớn: Paracetamol 500 mg 2-3 viên/ngày x 5 ngày
- Trẻ em: 6 mg/kg/ngày chia 2-3 lần x 5 ngày

2. Dị vật giác mạc:

2.1. Xử trí dị vật:

- Nhỏ thuốc tê 2-3 lần trong 2-3 phút
- Nếu dị vật nông (nằm trên biểu mô giác mạc): Dùng bơm tiêm gắn kim đầu tù chứa dung dịch Natriclorua 9‰ bơm rửa cho dị vật trôi ra hoặc dùng tăm bông ướt vô trùng nhẹ nhàng dị vật ra.
- Nếu không lấy được dị vật nông bằng cách trên hoặc trường hợp dị vật sâu (nằm trong hay dưới biểu mô giác mạc), dùng kim vát nhọn, mũi kim đi dưới dị vật nhẹ nhàng nạy dị vật ra.
- Trường hợp dị vật kim loại sau khi lấy vẫn để lại vòng rỉ sét thì phải dùng kim vát nhọn lấy từng phần nhỏ cho đến hết.

2.2. Kháng sinh toàn thân phổ rộng:

- Người lớn: Ciprofloxacin 500 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày
hoặc Cefixim 200 mg 1 v x 2 lần/ngày
hoặc Klamentin 625 mg 1 v x 2 lần/ngày
- Trẻ em: Amoxicilin 25-50 mg/kg/ngày chia 2-3 lần x 7 ngày
hoặc Cephalexin 25-50 mg/kg/ngày chia 2-3 lần x 7 ngày
hoặc Klamentin 250mg x 2 lần/ngày, 2-3 lần/ngày x 7 ngày

2.3. Kháng sinh phổ rộng tại mắt:

- Nhỏ mắt như: Coll.Vigamox (Moxifloxacin) nhỏ mắt ngày 10 lần.
- Nước mắt nhân tạo (Coll. Systan, Coll. Sanlenin....)

2.4. Giảm đau: Paracetamol

- Người lớn: 500 mg x 2-3 lần/ngày x 3 ngày
- Trẻ em: 6 mg/kg/ngày chia 2-3 lần x 3 ngày

* TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:

Trường hợp dị vật giác mạc sâu hoặc dị vật làm tổn thương giác mạc rộng nguy cơ nhiễm trùng cho nhập viện điều trị.

* TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:

Dị vật đã lấy tồn thương lành, mắt không đau nhức

BỎNG MẮT DO HÓA CHẤT

I. ĐẠI CƯƠNG:

Là tình trạng mắt bị chấn thương gây bỏng mắt bằng các hóa chất hoặc các dung dịch nồng độ cao văng vào mắt lan tỏa từ da mi mắt ở kết mạc, giác mạc... làm tổn thương gây bỏng mắt.

II. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH THEO ICD-10

- Bệnh nhân đau nhức mắt không mở mắt được, chói, chảy nước mắt, đỏ mắt, nhìn mờ sau bỏng.
- Đa số trường hợp phát hiện bỏng do hóa chất hay do nguyên nhân gì dễ dàng, để loại bỏ hóa chất ra khỏi mắt một cách nhanh nhất.
- Khám phát hiện các tổn thương của mắt

III. ĐIỀU TRỊ CẤP CỨU:

- Lấy hết tất cả ngoại vật khỏi mắt, tưới rửa mắt bằng dung dịch Natriclorua 9 ‰ hoặc Lactate Ringer.
- Đo độ pH bằng giấy quỳ (nếu có)
- Dẫn lưu rửa mắt bằng dung dịch Lactate Ringer hoặc Natriclorua 9‰ ít nhất 500ml trong khoảng 30 phút
- Kiểm tra lại độ pH sau 10 phút và cần rửa tiếp tục cho đến khi độ pH trở về bình thường (7-7,5)
- Không được trung hoà acid bằng baz và ngược lại.

IV. ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ

1. ĐIỀU TRỊ

a. Nguyên tắc chung:

- Loại trừ chất gây bỏng.
- Chống đau.
- Chống nhiễm khuẩn.
- Chống dính.
- Tăng cường dinh dưỡng giác mạc.
- Điều trị biến chứng, di chứng.
- Điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

b. Điều trị cụ thể

- Rửa mắt, rửa nhiều nước, nhiều lần, mỗi lần rửa ít nhất 15' - 30'. Dung dịch để rửa mắt là nước muối sinh lý, dung dịch Ringer hoặc nước sạch sẵn có tại nơi xảy ra tai nạn. Tốt nhất là truyền nhỏ giọt liên tục Ringer. Mục đích rửa mắt làm loãng chất gây bỏng và giảm độc tố chất gây bỏng.

- Lấy hết dị vật nếu có, kiểm tra kỹ ở các túi cùng, đặc biệt với bóng vôi phải lấy hết vôi. Vì vậy phải bóc lộ cùng đồ rộng bằng hai vành mi, lấy dị vật bằng panh.

- *Chú ý:* trường hợp bóng vôi sống, trước khi rửa phải lấy hết vôi bám kết mạc sau đó rửa mắt.

- Chống đau bằng các thuốc an thần, giảm đau tại chỗ và toàn thân. Chú ý khi sử dụng các thuốc giảm đau tại chỗ như Coll. Dicain nhỏ mắt nhiều có thể gây độc cho biểu mô. Thuốc giảm đau toàn thân như Paracetamol (Efferangan...).

- Chống nhiễm khuẩn, chống viêm

- Điều trị chủ yếu để lớp biểu mô giác mạc tái tạo tránh loét, thủng giác mạc. Sau bóng trên nền loét giác mạc có thể gặp nhiễm trùng thứ phát.

- Kháng sinh nhỏ và uống kết hợp: kháng sinh phổ rộng nhóm Quinolon thế hệ 4; thuốc mỡ Tra mắt. Đường uống sử dụng nhóm Cephalosporin thế hệ 3: 15mg/kg cân nặng uống hoặc truyền tĩnh mạch.

- Corticosteroid tại chỗ và toàn thân: tác dụng chống viêm màng bồ đào, dừng quá trình phát triển tân mạch vào giác mạc trong 2-3 tuần đầu sau bóng.

- Atropin 1%: tác dụng chống viêm chống dính. Nếu tăng nhãn áp uống Acetazolamide 250 mg 1v x 2 lần. Kadyum 0.5 g 1v uống

- Chống dính: rửa mắt lau sạch tiết tố hàng ngày, tách dính cùng đồ và hướng dẫn bệnh nhân tập vận động nhãn cầu, không được băng mắt.

- Các thuốc tăng cường dinh dưỡng: CB2, nước mắt nhân tạo, các thuốc tăng cường dinh dưỡng toàn thân.

- Kính tiếp xúc: có thể dùng sau vài tuần để bảo vệ lớp biểu mô và mô nhục, giúp lớp biểu mô tái tạo nhanh.

- Điều trị biến chứng: điều trị các biến chứng như viêm màng bồ đào, tăng nhãn áp bằng các thuốc kháng sinh, chống viêm và hạ nhãn áp tại chỗ và toàn thân.

2. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Đặc điểm của hóa chất là quá trình tiến triển nặng đặc biệt bóng kiềm thường tiên lượng khó khăn hơn, phụ thuộc vào những yếu tố sau:

+ Mức độ thiếu máu kết mạc

+ Tình trạng hờ mi

+ Tình trạng giác mạc: giác mạc không có lớp biểu mô che phủ sẽ phát triển màng máu từ kết mạc vào giác mạc. Loét giác mạc mãn tính, mạch máu xâm nhập vào lớp nhu mô làm cho giác mạc mờ đục và thị lực giảm.

- Những tổn thương nhãn cầu kết hợp:

+ Khô mắt do tắc ống bài tiết nước mắt.

+ Tăng nhãn áp do tổn thương góc.

+ Đục thể thủy tinh thứ phát với nghiền đồng tử.

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

- Mắt đau nhức không mở mắt được, giảm thị lực,
- Tổn thương các bộ phận của mắt như da mi, kết mạc, giác mạc mức độ trung bình đến nặng

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Mắt ổn hết đau nhức, mở mắt được
- Các tổn thương của mắt như da mi, kết mạc, giác mạc hết bóng, đang hồi phục

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Basu S, Ali H, Sangwan VS. (2012) “*Clinical outcomes of repeat autologous cultivated limbal epithelial transplantation for ocular surface burns.*” Am J Ophthalmol. 2012 Apr;153(4):643-50,
2. Blackburn J, Levitan EB, MacLennan PA, Owsley C, McGwin G Jr. (2012) “*The epidemiology of chemical eye injuries.*” Curr Eye Res. 37(9):787-93
3. Clare G, Suleman H, Bunce C, Dua H. (2012) “*Amniotic membrane transplantation for acute ocular burns.*” Cochrane Database Syst Rev. Sep 12;9
4. Crawford AZ, McGhee CN. (2012) “*Management of limbal stem cell deficiency in severe ocular chemical burns.*” Clin Experiment Ophthalmol.;40(3):227-9
5. Dua HS, Miri A, Faraj LA, Said DG.(2012) “*Free autologous conjunctival grafts.*” Ophthalmology. Oct;119(10):2189-2189
6. Thanikachalam S, Kaliaperumal S, Srinivasan R, Sahu PK. (2011) “*Amniotic membrane transplantation for acute ocular chemical burns in a child.*” J Indian Med Assoc. 2011 Aug;109(8):586

XUẤT HUYẾT TIỀN PHÒNG DO CHẤN THƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Là tình trạng chấn thương khiến máu tích tụ ở khoang trước của mắt. Trường hợp xuất huyết tiền phòng nguy hiểm hơn xuất huyết ở kết mạc, tuy rằng có chung biểu hiện là xuất huyết ở mắt

Các chấn thương xuyên và chấn thương đụng dập nhãn cầu sẽ dẫn đến hiện tượng xuất huyết tiền phòng do vỡ một số mạch máu trong mắt. Xuất huyết tiền phòng có thể đi kèm với xuất huyết buồng dịch kính.

- Tùy vào lượng máu tích tụ ở tiền phòng mà bệnh xuất huyết tiền phòng được chia ra làm nhiều cấp độ khác nhau. Lượng máu tích tụ càng nhiều thì độ nguy hiểm của bệnh càng cao. Đồng thời, màu sắc của lượng máu tích tụ cũng thể hiện tình trạng của bệnh, máu màu đỏ đậm hoặc đen được coi là nguy hiểm hơn máu màu đỏ tươi. Tình trạng này gây tổn thương cho mắt rất lớn.

II. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH THEO ICD-10

1. Lâm sàng:

- Đau nhức mắt, nhìn mờ, có bệnh sử chấn thương đụng dập
- Máu tiền phòng: máu chan hoà hoặc đông lắng lại, trường hợp xuất huyết nhẹ chỉ thấy tế bào hồng cầu lơ lửng trong tiền phòng.
- Có thể có tổn thương ở bộ phận khác của mắt

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu, máu chảy, máu đông
- Siêu âm mắt
- Đo nhãn áp

II. ĐIỀU TRỊ

- Hướng dẫn bệnh nhân nằm nghỉ ngơi tại giường, đi lại nhẹ nhàng, tránh những hoạt động mạnh

- Băng che mắt
- Liệt thể mi: Atropin 1% nhỏ mắt 3 lần/ngày
- Kháng viêm: Alphachymotrypsin 2 viên x 2 lần/ ngày hoặc tiêm bắp 1 ống x 2 lần/ngày.

Hoặc: Dexamethason 4 mg 1 ống (TMC), uống: Prednisolon 5 mg 4 v/ lần.

Trường hợp phản ứng tiền phòng mạnh nhỏ mắt Sunpredmet 1% 4-6 lần/ngày (chống chỉ định trường hợp có tổn thương giác mạc)

- Giảm đau: Paracetamol 500 mg x 2 - 3 viên/ngày
- Nếu nhãn áp tăng: Acetazolamide 250 mg 2 - 4 viên/ngày
- Nhỏ mắt Betoptic 0,25 - 0,5% 3 lần/ ngày

- Vitamin C nâng đỡ tổng trạng
- Điều trị tổn thương ở bộ phận khác nếu có.

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

- Đau nhức mắt, nhìn mờ, do chấn thương đụng dập
- Khám Máu tiền phòng mức độ trung bình đến nặng

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Mắt hết đau nhức, mắt nhìn rõ
- Tiền phòng sạch không còn chất tiết, máu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thu Yên, Nguyễn Quốc Anh, Nguyễn Văn Đàm (2012), “*Chấn thương đụng giập nhãn cầu*”, Nhân khoa , tập 2, tr. 342- 343.
2. R P Crick, P T Khaw (2003), “*Ocular trauma*”, A Textbook of Clinical Ophthalmology, pp 151- 154
3. Kuhn F (2008), “*Anterior chamber*”, Ocular traumatology, Springer publishers, pp.209- 230
4. Kuhn F (2008), “*Vitreous and Retina*”, Ocular traumatology, Springer publishers, pp.281- 335
5. Kuhn F (2002), “*Anterior Chamber*”, Ocular trauma- Principles and Practice, Thieme, pp.131- 146
6. Kuhn F (2002), “*Vitreous and Retina*”, Ocular trauma- Principles and Practice, pp 206-235
7. W Walton, S Von Hagen, R Grigorian, M Zarbin (2003), “*Prise en charge d'un hyphéma post-traumatique*”, Encyclopédie médico-chirurgicale, Masson- Elsevier, 21-700-A-30.

VIÊM GIÁC MẠC HERPES SIMPLEX

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Viêm giác mạc do herpes simplex thường ảnh hưởng đến bề mặt giác mạc nhưng đôi khi liên quan đến lớp đệm giác mạc (các lớp sâu hơn của giác mạc) hoặc bề mặt giác mạc bên trong (nội mô), tiền phòng và móng mắt. Tổn thương nhu mô có thể là do đáp ứng miễn dịch với vi rút.

- Như với tất cả nhiễm trùng do herpes simplex, có một nhiễm trùng nguyên phát, tiếp theo là một giai đoạn tiềm ẩn, trong đó vi rút đi vào rễ thần kinh. Vi rút tiềm tàng có thể kích hoạt lại, gây ra các triệu chứng tái phát.

- Viêm giác mạc do Herpes simplex là nguyên nhân chính gây mù lòa trên toàn thế giới.

II. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH THEO ICD-10

1. Lâm sàng:

- Đỏ mắt, cộm xôn, nhìn mờ
- Tổn thương điển hình ở giác mạc dạng hình cành cây, hình bản đồ hoặc đốm sâu

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu
- Tổng phân tích nước tiểu
- Đường máu

II. ĐIỀU TRỊ

a. Nguyên tắc chung

- Dùng thuốc ức chế tổng hợp axit nhân (AND) của virus đường tra và uống.
- Phối hợp điều trị thuốc chống viêm, tăng cường dinh dưỡng và kháng sinh chống bội nhiễm khi cần thiết.
- Điều trị biến chứng

b. Điều trị cụ thể

- Điều trị đặc hiệu kháng virus Acyclovir
- + Thuốc tra mắt: dùng một trong các loại thuốc sau
 - Acyclovir 3%: tra mắt 5 lần mỗi ngày..
- + Thuốc uống: Acyclovir viên 200 mg, 800mg. Thường dùng viên Acyclovir 200mg, uống ngày 5 viên chia 5 lần trong 7-10 ngày. Trẻ em dưới 2 tuổi liều dùng bằng nửa liều của người lớn, trẻ em trên 2 tuổi dùng bằng liều người lớn.
- Điều trị bổ sung

+ Chống bội nhiễm vi khuẩn: dùng kháng sinh phổ rộng tra, nhỏ mắt, một trong các loại sau: Coll. Cravit: nhỏ mắt 6 lần mỗi ngày.

+ Thuốc giãn đồng tử, liệt cơ thể mi: nhỏ Atropin 1-4% khi có phản ứng màng bồ đào.

+ Thuốc chống viêm steroid: dùng trong các trường hợp sau

- Viêm giác mạc hình đĩa.
- Viêm nhu mô kẽ khi có phản ứng màng bồ đào.

Dùng corticoid dạng nhỏ mắt. Tuy nhiên, cần hết sức thận trọng và bao giờ cũng phải dùng kèm với thuốc chống virus. Khi bệnh thoái triển phải dùng liều giảm dần.

+ Tăng cường dinh dưỡng tại chỗ và toàn thân.

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

- Mắt đỏ, cộm xốn, đau nhức, nhìn mờ
- Giác mạc viêm hình cành cây, hình bản đồ hoặc đốm sâu

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Mắt hết đỏ, hết đau nhức, nhìn rõ.
- Giác mạc viêm lành

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gupta N, Sachdev R, Sinha R, Titiyal JS, Tandon R.(2011) *Herpes zoster ophthalmicus: disease spectrum in young adults*. Middle East Afr J Ophthalmol. Apr;18(2):178-82.
2. Kaufman HE. (2011) *Adenovirus advances: new diagnostic and therapeutic options*. Curr Opin Ophthalmol. Jul;22(4):290-3. Review.
3. Kennedy DP, Clement C, Arceneaux RL, Bhattacharjee PS, Huq TS, Hill JM. (2011) *Ocular herpes simplex virus type 1: is the cornea a reservoir for viral latency or a fast pit stop?*.Cornea. Mar; 30(3):251-9.
4. Kolb AW, Schmidt TR, Dyer DW, Brandt CR. (2011) *Sequence variation in the herpes simplex virus u(s)1 ocular virulence determinant*. Invest Ophthalmol Vis Sci. Jun 28;52(7):4630-8.
5. Seitz B, Heiligenhaus A. (2011) *Herpetic keratitis: Various expressions require different therapeutic approaches*. Ophthalmologe. Apr;108(4):385-95.

VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM

I. ĐẠI CƯƠNG:

Viêm loét giác mạc do nấm là tình trạng mất lớp biểu mô giác mạc, kèm theo nhiễm nấm vào lớp nhu mô hoặc nội mô giác mạc; là tổn thương viêm loét giác mạc hay gặp thứ hai sau vi khuẩn. Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, bệnh nhân sẽ có nguy cơ giảm thị lực, mù lòa, thậm chí không giữ được mắt

I. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH THEO ICD-10

1. Lâm sàng:

- Sau chấn thương liên quan đến thực vật
- Sử dụng corticoide thường xuyên
- Đau nhức mắt, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, mờ mắt
- Khám: Phù nề mi, cương tụ rìa, thường có mủ tiền phòng
- Đặc điểm vết loét: bờ vết loét nhám nhở, có những đường phân nhánh tỏa ra xung quanh gọi là thâm lậu dạng vân tay hay dấu hiệu chân giả
- Tổn thương vệ tinh: cạnh ổ loét chính có những ổ loét nhỏ
- Bề mặt vết loét: Bề mặt lồi lên, bề mặt như một miếng màng cứng

2. Cận lâm sàng:

- Soi tươi, nhuộm gram mô nạo vết loét tìm nấm
- Cây và kháng sinh đồ
- Công thức máu
- Tổng phân tích nước tiểu
- Xét nghiệm chức năng gan, thận, đường máu

II. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

- Điều trị bằng phối hợp các loại thuốc kháng nấm đặc hiệu, phối hợp với thuốc kháng sinh nhỏ tại mắt để phòng bội nhiễm.
- Dinh dưỡng: Tăng cường hàn gắn tổn thương: nhỏ tại mắt, uống.
- Phối hợp điều trị triệu chứng và biến chứng.
- Phối hợp điều trị ngoại khoa khi cần thiết. khâu cò mi

2. Điều Trị cụ thể

- Tại mắt nhỏ:

- + Coll Natamycin: nhỏ mắt 10 - 15 lần mỗi ngày tùy mức độ nặng của bệnh.
- + Chống viêm non - steroid: tra mắt indomethacin.

+ Giãn đồng tử, liệt cơ thể mi: Coll. Atropin 1 - 4% nhỏ mắt 4 lần mỗi ngày. Nếu đồng tử không giãn phải tiêm tách dính mống mắt (tiêm dưới kết mạc bốn điểm cạnh rìa) hỗn hợp: Atropin 1% và Adrenalin 0,1%.

+ Tăng cường dinh dưỡng.

- Toàn thân:

Intraconazole 0,1g ngày uống 2 viên uống một lần sau ăn trong 20 đến 30 ngày.

Lưu ý: các thuốc uống chống nấm chống chỉ định dùng cho phụ nữ có thai và cho con bú. Có thể dùng thuốc kéo dài tùy theo tiến triển của bệnh nhưng phải kiểm tra chức năng gan định kỳ cho bệnh nhân.

+ Uống: các vitamin nhóm A. B

+ Hạ nhãn áp: khi loét giác mạc gây tăng nhãn áp. Uống acetazolamide 250 mg ngày 2 viên chia 2 lần. Cần phối hợp với uống Kaldium 0,6 g, 2 viên mỗi ngày chia 2 lần để tránh mất kali.

+ Chống chỉ định tuyệt đối dùng corticoid.

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

- Mắt đau nhức, nhìn mờ
- Giác mạc loét có các đặc điểm do nấm

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Mắt hết đau nhức, nhìn rõ
- Giác mạc loét đang lành

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chen HC, Tan HY, Hsiao CH, Huang SC, et al (2006): *Amniotic membrane transplantation for persistent corneal ulcers and perforation in acute fungal keratitis*. Cornea, Jun;25(5):564-72.
2. Namrata Sharma, Rasuk B Vajpayee, Vishal Gupta, Tanuj Dada (2002): *Fungal Keratitis*. Textbook of ophthalmology, vol 2: 1032-1037. Japee Brothers Medical publishers, New Delhi.
3. Thomas PA. (2003): *Fungal infection of the cornea*. Eye (Lond). Nov;17(8):852-62. Review.
4. Xie L, Zhai H, Shi W. (2007): *Penetrating keratoplasty for corneal perforation in fungal keratitis*. Cornea, Feb;26(2):158-62
5. Yildiz EH, Abdalla YF, Elsahn AF, et al(2010): *Update on fungal keratitis from 1999 to 2008*. Cornea. 2010 Dec;29(12):1406-11

LOÉT GIÁC MẠC DO VI KHUẨN

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Loét giác mạc là bệnh lý xảy ra khi giác mạc bị tổn thương mất tổ chức và bị nhiễm trùng.

- Như chúng ta đã biết, giác mạc là một lớp mô trong suốt nằm ở vị trí phía trước của con người, là bộ phận tiếp xúc trực tiếp với ánh sáng đầu tiên, cho phép ánh sáng đi qua giúp mắt chúng ta có thể thấy được. Chính vì vậy, đây có thể coi là bệnh lý hết sức nguy hiểm, có khả năng ảnh hưởng nghiêm trọng đến thị lực nếu như không được phát hiện và điều trị kịp thời.

II. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH THEO ICD-10

1. Lâm sàng:

- Đau nhức mắt, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, mờ mắt
- Khám phù nề mi, cương tụ rìa, có mủ tiền phòng
- Đặc điểm vết loét: bờ vết loét có bờ rõ rệt; Mủ nhiều và đặc ở nhu mô; Phù nề, thâm lậu mô giác mạc xung quanh vết loét; Bề mặt vết loét hoại tử mềm
- Phản ứng tiền phòng mạnh

2. Cận lâm sàng:

- Soi tươi, nhuộm gram mô nạo vết loét
- Cấy và kháng sinh đồ
- Xét nghiệm huyết học
- Tổng phân tích nước tiểu
- Xét nghiệm chức năng gan, thận, đường máu

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Cần phải tìm được vi khuẩn gây bệnh và điều trị bằng kháng sinh nhạy cảm với loại vi khuẩn đó (dựa vào kháng sinh đồ), nếu không xác định được loại vi khuẩn gây bệnh cần phải dùng kháng sinh phổ rộng.

- Điều trị bằng thuốc nhỏ mắt là chính, có thể kết hợp với dùng đường toàn thân.

- Phối hợp điều trị triệu chứng và biến chứng.
- Điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

2. Điều trị cụ thể

Kháng sinh chống vi khuẩn (theo kháng sinh đồ). Nếu không có kết quả kháng sinh đồ thì điều trị như sau:

- Thuốc nhỏ mắt:
- + Nếu do vi khuẩn gram (-): nhóm Levofloxacin. Coll. Cravit 1,5%

+ Nếu do vi khuẩn gram (+): nhóm Quinolon, Moxifloxacin 0,5% thuốc có phổ kháng khuẩn rộng nên có thể dùng điều trị cả vi khuẩn gram (-). Cách dùng: Ngày đầu có thể nhỏ mắt liên tục cách nhau 30 phút, những ngày sau nhỏ mắt 10 lần/ ngày.

- Thuốc uống: có thể dùng một trong các loại kháng sinh phổ rộng nhóm Quinolon sau:

+ Cefuroxime axetil 250 mg ngày uống 2-3 viên chia 2 lần, trong 5-7 ngày.

+ Ofloxacin 0,2 g ngày uống 2 viên chia 2 lần, trong 5-7 ngày

- Điều trị phối hợp

+ Giảm đồng tử, liệt cơ mi: Dùng Coll. Atropin 1- 4 % nhỏ mắt 2 lần mỗi ngày. Nếu đồng tử không giãn phải tiêm tách dính mống mắt (tiêm dưới kết mạc bốn điểm cạnh rìa) hỗn hợp: Atropin 1% và Adrenalin 0,1%.

- Tăng cường dinh dưỡng tại chỗ và toàn thân.

- Hạ nhãn áp: khi loét giác mạc gây tăng nhãn áp, loét dọa thủng hoặc thủng. Uống acetazolamide 250 mg 2 viên mỗi ngày chia 2 lần. Cần phối hợp với uống kali chloride 0,5 g uống 2 viên mỗi ngày chia 2 lần tránh mất kali.

- Chống chỉ định tuyệt đối dùng corticoid giai đoạn loét đang tiến triển.

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

- Đau nhức mắt, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, mờ mắt

- Giác mạc loét bờ vết loét có bờ rõ rệt; Mủ nhiều và đặc ở nhu mô; Phù nề, thâm lậu mô giác mạc xung quanh vết loét; Bề mặt vết loét hoại tử mềm

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Hết đau nhức mắt, nhìn rõ hơn

- Vết loét lành, tiền phòng sạch

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bourcier T, Thomas F, Borderie V, et all (2003): *Bacterial keratitis: predisposing factors, clinical and microbiological review of 300 cases*. Br J Ophthalmol. Jul;87(7):834-8.
2. Dahlgren MA, Lingappan A, Wilhelmus KR. (2007) *The clinical diagnosis of microbial keratitis*. Am J Ophthalmol. Jun;143(6):940-944. Epub Apr 3.
3. Gicquel JJ, Bejjani RA, Ellies P, et all (2007): *Amniotic membrane transplantation in severe bacterial keratitis*. Cornea. Jan;26(1):27-33.
4. Mary E Marquart, Emma BH Hume, Xiadong Zheng, et all (2002): *Bacterial Keratitis*. Texbook of ophthalmology, vol 2: 991-1009. Japee Brothers Medical Publishers, New Delhi.
5. Raymond L.M. Wong, R.A. Gangwani, Lester W.H. Yu, et all (2012): *New Treatment for Bacterial Keratitis*. J Ophthalmol. Sep, 28 (5): 125-130

THOÁI HÓA HOÀNG ĐIỂM TUỔI GIÀ THỂ TÂN MẠCH (THỂ ƯỚT)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thoái hóa hoàng điểm tuổi già (*Age-related Macular Degeneration - AMD*) là bệnh thoái hóa hoàng điểm liên quan đến quá trình lão hóa, là nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa sau tuổi 50.

- Thoái hóa hoàng điểm tuổi già được chia làm 3 giai đoạn: sớm (AREDS 2), trung gian (AREDS 3), và muộn (AREDS 4). Giai đoạn muộn có hai thể là thể khô (*dry AMD*) và thể ướt (*wet AMD - wAMD*) còn gọi là thoái hóa hoàng điểm tuổi già thể tân mạch (*neovascular Age-related Macular Degeneration - nAMD*).

- Thoái hóa hoàng điểm tuổi già thể tân mạch (thể ướt) tuy chỉ chiếm 10% tổng số trường hợp thoái hóa hoàng điểm tuổi già, nhưng lại gây ra gần 90% trường hợp mất thị lực trung tâm nghiêm trọng.

II. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH THEO ICD-10

- Triệu chứng cơ năng: Bệnh nhân từ 50 tuổi, nhìn mờ, nhìn méo hình và có ám điểm

- Dấu hiệu thực thể:

- + Bong biểu mô sắc tố. dịch dưới võng mạc
- + Bong thanh dịch võng mạc.
- + Xuất tiết, Xuất huyết võng mạc/ dưới võng mạc.
- + Phù hoàng điểm,
- + Drusen (tổn thương điển hình của AMD giai đoạn sớm),
- + Biến đổi biểu mô sắc tố: di thực sắc tố, teo biểu mô sắc tố.
- + Sẹo xơ

- Cận lâm sàng:

- + Soi đáy mắt
- + OCT

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung:

- Chẩn đoán và điều trị sớm wAMD để ngăn chặn quá trình mất thị lực, giúp bệnh nhân duy trì chất lượng cuộc sống và sống không phụ thuộc.

- Các liệu pháp điều trị bao gồm thuốc kháng VEGF tiêm nội nhãn, PDT, và phẫu thuật laser quang đông. Việc điều trị cần tuân thủ đúng phác đồ và đủ liều lượng.

- Cần chú trọng tư vấn đầy đủ để bệnh nhân tuân thủ việc tái khám và điều trị nhằm đạt được kết quả tối ưu. bệnh nhân hút thuốc lá cần được tư vấn cai thuốc lá.

2. Mục tiêu điều trị

Ngăn chặn và loại trừ sự phát triển tân mạch hắc mạc và các tổn thương mạch kèm theo để đạt được thị lực tốt nhất có thể cho bệnh nhân, đồng thời giảm gánh nặng của việc điều trị.

3. Điều trị cụ thể

3.1 Điều trị Wamd (thể ướt)

Tiêm nội nhãn các thuốc kháng VEGF: là lựa chọn điều trị đầu tay.

- Liều tiêm nội nhãn thuốc kháng VEGF: aflibercept 2mg, ranibizumab 0,5 mg, bevacizumab 1,25mg.

- Trong pha khởi đầu điều trị (pha nạp - loading dose), thực hiện 3 mũi tiêm nội nhãn được, cách nhau mỗi 4 tuần.

- Trong pha điều trị duy trì tiếp theo, việc tiêm nội nhãn được khuyến cáo thực hiện cá thể hóa theo mỗi bệnh nhân: liều cố định (mỗi 4 tuần với thuốc ranibizumab và bevacizumab; mỗi 8 tuần với thuốc aflibercept), điều trị tùy biến (PRN), điều trị và giãn cách (TAE).

- Theo dõi và điều trị sau đó phụ thuộc vào các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá của bác sĩ điều trị. Nên cá thể hoá điều trị để đạt được hiệu quả tối đa đồng thời giảm gánh nặng điều trị.

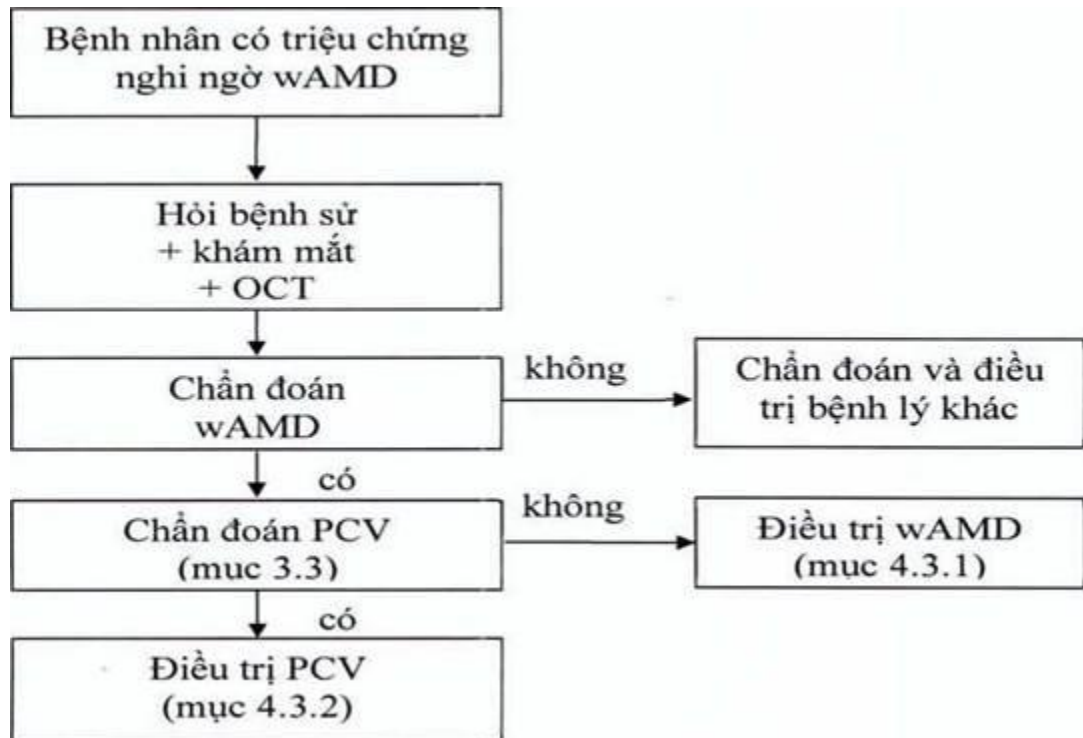
Các phương pháp điều trị AMD thể tân mạch khác:

- PDT + verteporfin (theo kết quả nghiên cứu TAP và VIP)
- Phẫu thuật laser quang đông nhiệt (theo kết quả nghiên cứu MPS)

3.2 Điều trị thể bệnh hắc mạc polyp (PCV)

Điều trị PCV đầu tay là sử dụng thuốc ức chế VEGF tương tự như điều trị wAMD.

Sơ đồ chẩn đoán, điều trị:



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Age-related macular degeneration: diagnosis and management guideline, January 2018.
2. Cheung et al, Polypoidal Choroidal Vasculopathy Definition, Pathogenesis, Diagnosis, and Management; Ophthalmology 2018;125:708-724.
3. American Academy of Ophthalmology Retina/Vitreous Panel. Preferred Practice Pattern@ Guidelines. Age-related macular degeneration. San Francisco. CA: American Academy of Ophthalmology; 2015. Available at: www.aao.org/ppp.
4. AAO: Wet AMD Look-alikes <https://www.aao.org/eyenet/article/wet-amd-lookalikes> (truy cập ngày 18/9/2019).
5. Chaikitmongkol et al., Sensitivity and Specificity of Potential Diagnostic Features Detected Using Fundus Photography, optical Coherence Tomography, and Fluorescein Angiography for Polypoidal Choroidal Vasculopathy, JAMA Ophthalmol. 2019; 137(6): 661-667.
6. Schmidt-Erfurth et al., Guidelines for the management of neovascular age-related macular degeneration by the European Society of Retina Specialists (EURETINA), Br J Ophthalmol 2014;98:1144-1167.
7. Cheung et al., Anti-VEGF Therapy for Neovascular AMD and Polypoidal Choroidal Vasculopathy; Asia-Pac J Ophthalmol 2017;6:527-534.
8. Chen et al, Management of polypoidal choroidal vasculopathy: Experts consensus in Taiwan, Journal of the Formosan Medical Association, Available online 7 May 2019, <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2019.04.012>.

PHÙ HOÀNG ĐIỂM DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG DME

I. ĐẠI CƯƠNG

Phù hoàng điểm do đái tháo đường (Diabetic Macular Edema - DME) là tình trạng tích lũy dịch ở khu vực trung tâm võng mạc, xuất phát từ sự phá vỡ hàng rào máu võng mạc (Blood-Retinal Barrier - BRB). Phù lan tỏa xuất hiện khi mạng lưới mao mạch rò dịch lan rộng, trong khi đó phù khu trú xuất hiện bởi sự rò dịch giới hạn, xung quanh một nhóm các vi phình mạch. DME có thể bao gồm xuất tiết cứng và gây ra hiện tượng mờ hoặc méo hình ở vùng thị lực trung tâm, đồng thời suy giảm thị lực.

Phù hoàng điểm do đái tháo đường là nguyên nhân hàng đầu gây mất thị lực ở độ tuổi 20-74, ảnh hưởng 7% bệnh nhân tiểu đường và là nguyên nhân chính gây mất thị lực ở bệnh nhân đái tháo đường.

Việt Nam có tần suất hiện mắc đái tháo đường là 4.9% (2016) Ước tính cả nước có 320.527 bệnh nhân mắc bệnh DME gây đe dọa thị lực (2016).

II. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH THEO ICD-10

1. Lâm sàng

Thị lực: nhìn mờ, méo hình; mất màu/nhạt màu; giảm độ tương phản; có ám điểm; thậm chí bệnh nhân có thể bị suy giảm hoặc mất thị lực.

2. Cận lâm sàng

- Soi đáy mắt
- OCT được sử dụng để xác định DME.

Bệnh nhân có thể có các dấu hiệu như: dày võng mạc, vi phình mạch, xuất huyết, xuất tiết cứng, xuất tiết mềm.

Trường hợp nặng hơn, có thể đi kèm: biến đổi mạch máu bất thường trong võng mạc, nốt phòng tĩnh mạch, tăng sinh xơ.

3. Chẩn đoán xác định

Soi đáy mắt/chụp hình màu đáy mắt nên được sử dụng để phát hiện hiện tượng dày võng mạc và/hoặc xuất tiết cứng, đồng thời xác định vị trí bị ảnh hưởng.

OCT là một phương pháp thực hiện nhanh, không xâm lấn giúp cung cấp hình ảnh võng mạc. Hình ảnh OCT có thể đánh giá định lượng bề dày hoàng điểm, vị trí phù và rất hữu ích trong việc xác định phù hoàng điểm có/không ảnh hưởng đến vùng trung tâm hố hoàng điểm. OCT có thể cho biết giá trị như: độ dày võng mạc trung tâm (CRT), dịch dưới võng mạc (SRF), nang dịch trong võng mạc (IRC), đứt gãy hoặc sự thay đổi độ dày võng mạc, hoặc đánh giá giao diện dịch kính võng mạc nhằm đánh giá hoạt động của bệnh.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung:

1.1 Điều trị và kiểm soát tốt bệnh đái tháo đường

Kiểm soát tốt các yếu tố chuyển hóa toàn thân, đặc biệt là đường huyết, huyết áp, lipid máu cần được chú trọng trong quá trình điều trị cho bệnh nhân.

1.2 Điều trị tại mắt

Thuốc kháng VEGF nên là điều trị đầu tay cho bệnh nhân DME có ảnh hưởng võng mạc trung tâm.

Trong trường hợp lựa chọn điều trị bị giới hạn, laser quang đông khu trú/lưới có thể được ứng dụng để giảm/ngăn ngừa tiến triển bệnh nhưng chỉ nên cân nhắc sử dụng ở mức thấp nhất.

Corticosteroid (tiêm nội nhãn/cạnh nhãn cầu) chỉ nên được cân nhắc trong một vài trường hợp, như ở bệnh nhân có đặt thấu kính (pseudophakic), hoặc sau cắt dịch kính, hoặc có nguy cơ cao các biến cố huyết khối tắc mạch.

2. Điều trị cụ thể

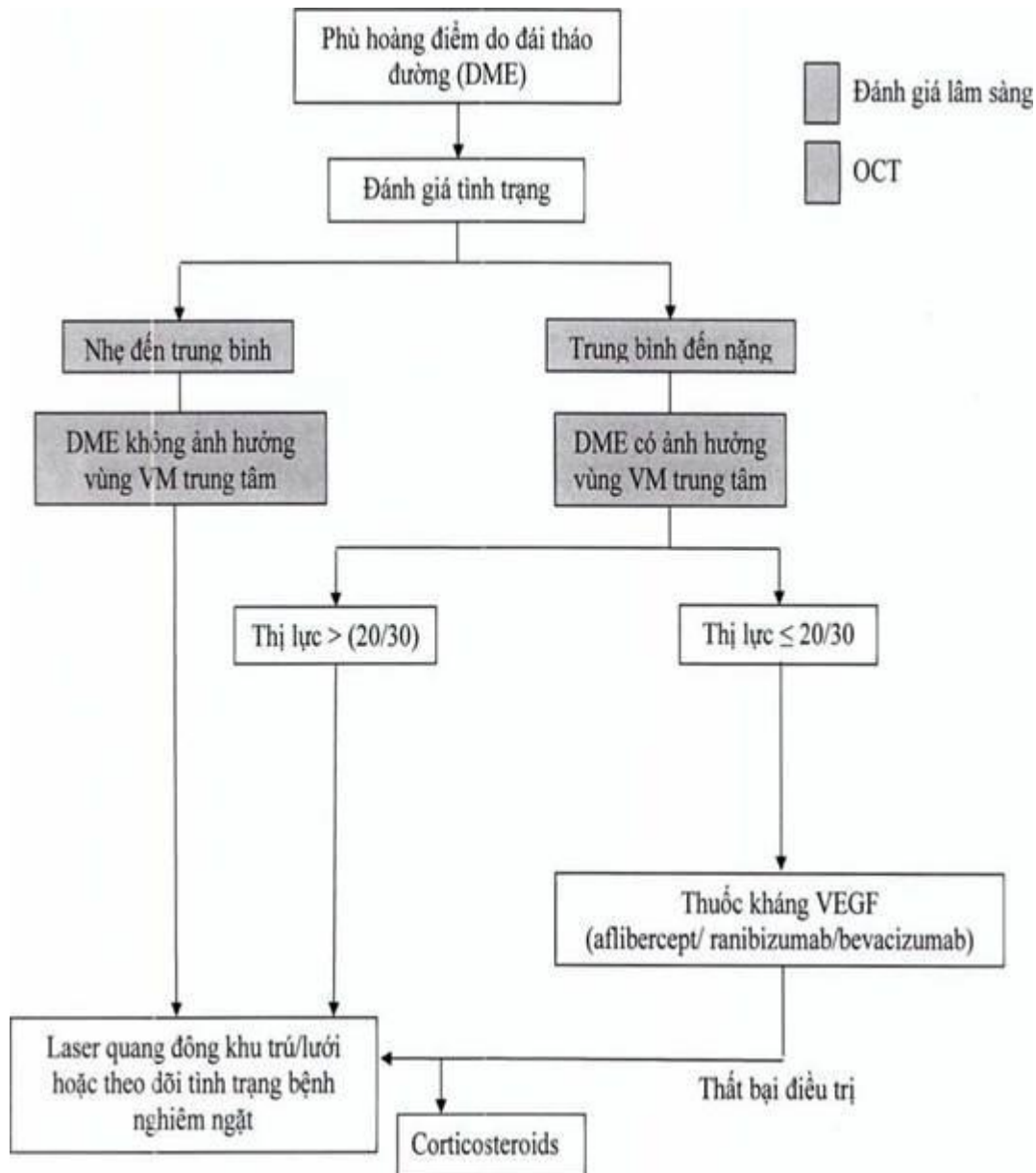
Tiêm nội nhãn các thuốc ức chế VEGF (aflibercept, ranibizumab, bevacizumab). Liều tiêm nội nhãn thuốc kháng VEGF: aflibercept 2mg, ranibizumab 0.5 mg, bevacizumab 1,25mg.

Trong pha khởi đầu điều trị (pha nạp- loading dose), việc tiêm nội nhãn được thực hiện mỗi 4 tuần với tối thiểu 6 mũi tiêm liên tiếp.

Trong pha điều trị duy trì tiếp theo, việc tiêm nội nhãn được khuyến cáo thực hiện mỗi 4 tuần với thuốc ranibizumab và bevacizumab; mỗi 8 tuần với thuốc aflibercept.

Theo dõi và điều trị sau đó phụ thuộc vào các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá của bác sĩ điều trị. Các liệu trình điều trị đang được áp dụng là liệu trình cố định (fixed dose), điều trị tùy biến (PRN) hay điều trị và mở rộng (TAE)

Nên cá thể hoá điều trị để đạt được hiệu quả tối đa đồng thời giảm gánh nặng điều trị với các liệu trình điều trị như điều trị tùy biến (PRN) hay điều trị và mở rộng (TAE).



Sơ đồ quyết định điều trị cho bệnh nhân DME dựa trên ảnh hưởng vùng Vỡng mạc trung tâm và thị lực

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

- Mắt nhìn mờ, méo hình; mất màu/nhạt màu; giảm độ tương phản; có ám điểm; có bệnh sử tiểu đường
- Soi đáy mắt. chụp OCT xác định tổn thương võng mạc

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Mắt nhìn rõ hơn không méo hình
- Soi đáy mắt. chụp OCT xác định võng mạc hết phù

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gemmy CM Cheung et al. Diabetic macular oedema: evidence-based treatment recommendations for Asian countries. *Clinical and Experimental Ophthalmology* 2018;46:75-86.
2. Tien Y. Wong et al. Guidelines on Diabetic Eye Care: The International Council of Ophthalmology Recommendations for Screening, Follow-up, Referral, and Treatment Based on Resource Settings. *Ophthalmology* 2018; 125:1608-1622.
3. Ursula Schmidt-Erfurth et al. Guidelines for the Management of Diabetic Macular Edema by the European Society of Retina Specialists (EURETINA); *Ophthalmologica* 2017; 237:185-222.
4. Hiroko Terasaki et al. Management of diabetic macular edema in Japan: a review and expert opinion. *Japanese Journal of Ophthalmology* 2018; 62:1-23.
5. Virgin G et al. Anti-vascular endothelial growth factor for diabetic macular oedema: a network meta-analysis (Review). *Cochrane Database Systematic Review* 2017.
6. Lee R et al. Epidemiology of diabetic retinopathy, diabetic macular edema and related vision loss. *Eye Vis (Lond)* 2015; 2:17.
7. World Health Organization - Diabetes country profiles, 2016. Available at: https://www.who.int/diabetes/country-profiles/vnm_en.pdf?ua=1

ĐỤC BAO SAU

I. ĐỊNH NGHĨA:

Nguyên nhân đục bao sau là do sự di cư và thâm nhập những tế bào biểu mô thủy tinh thể còn sót lại ra phía sau gây giảm thị lực.

II. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH THEO ICD-10

1. Lâm sàng:

- Mất nhìn mờ từ từ sau mổ đục thủy tinh thể từ 3 – 5 tháng
- Khám qua sinh hiển vi phát hiện đục bao sau

2. Cận lâm sàng: Gluoces máu

III. ĐIỀU TRỊ

1. phẫu thuật:

Mở bao sau bằng Laser – YAG Capsulotomy

2. Thuốc: Uống:

- Kháng viêm: Prednisolone 5 mg 1v x 2 lần/ngày.
- Giảm đau: Paracetamol 500mg 1v x 2 lần/ngày.
- Hạ áp: Acetazolamid 250 mg 1v x 2 lần/ngày.

Nhỏ mắt: + Coll tobramycin + dexamethason nhỏ mắt ngày 6 lần
+ Coll Betoptic nhỏ mắt ngày 2 lần

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Quyết định 7328/QĐ-BYT 2018 Hướng dẫn chẩn đoán điều trị Đục thủy tinh thể, đục bao sau

VIÊM KẾT MẠC CẤP DO ADENOVIRUS

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

1.1. Cơ năng:

- Bệnh nhân thường vừa mới bị bệnh nhiễm trùng đường hô hấp trên hoặc có tiếp xúc với người bị đau mắt đỏ.

- Cảm giác cộm, nóng rát, ngứa, nặng mi, sợ ánh sáng chảy nước mắt, thường là một bên vài ngày sau lan sang mắt bên kia.

1.2. Thực thể:

Đa tiết là dấu hiệu đặc biệt, chất tiết nhầy hoặc lỏng; Mi mắt phù nề, bờ mi đỏ; Kết mạc cương tụ, có màng hoặc giả mạc; Sưng hạch trước tai.

2. Cận lâm sàng: Công thức máu

II. ĐIỀU TRỊ

1. Thuốc dùng toàn thân:

1.1. Kháng sinh phòng bội nhiễm:

Người lớn: Ciprofloxacin 500 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

hoặc Cefixim 200 mg 1x 2 lần/ngày x 7 ngày

hoặc klamentin 625 mg 1x 2 lần/ngày x 7 ngày

Trẻ em: Erythromycine 25-50 mg/kg/ngày 2-3 lần/ngày x 7 ngày

hoặc Amoxicilin 25-50 mg/kg/ngày chia 2-3 lần x 7 ngày

hoặc Cephalixin 25-50 mg/kg/ngày chia 2-3 lần x 7 ngày

1.2. Giảm đau: Bằng Paracetamol

Người lớn: 500 mg x 2-3 lần/ngày

Trẻ em: 6 mg/kg/ngày chia 2-3 lần

1.3. Kháng histamine: Có thể sử dụng các thuốc như: Cezil (Cetirizine), Loratadine, Utizine, ...

1.4. Tăng cường sức đề kháng cơ thể bằng các Vitamin

2. Thuốc dùng tại mắt:

- Nhỏ nước mắt nhân tạo hoặc nước muối sinh lý ngày 6 - 8 lần.

- Nhỏ mắt một trong các loại thuốc sau: Biracin E (Tobramycine), hoặc nhóm Ciprofloxacin x 6 lần/ngày.

- Tra mắt bằng pd: Ofovici ngày 2 lần

- Dinh dưỡng giác mạc và nước mắt nhân tạo

VIÊM KẾT MẠC GIẢ MẠC, VIÊM KẾT MẠC CẤP TRỄ SƠ SINH

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Mắt đỏ, có thể sưng nề mi mắt
- Mắt tiết nhiều ghèn
- Chảy nước mắt, chói mắt, không mở được mắt
- Giả mạc bám vào kết mạc sụn mi
- Viêm tróc biểu mô giác mạc

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu
- Soi tươi, nhuộm Gram tìm song cầu Gram (-)

II. ĐIỀU TRỊ

1. Thuốc dùng tại mắt:

- Nhỏ mắt Biracin E (Tobramycine), hoặc Vigamox (Moxifloxacin) hoặc nhóm Levofloxacin mỗi giờ 01 lần trong ngày đầu, sau đó 06 lần / ngày
- Tra mắt bằng pd: Ofovic ngày 2 lần
hoặc Octavic (Ofloxacin)
- Nhỏ nước mắt nhân tạo trong trường hợp viêm tróc biểu mô giác mạc
- Rửa mắt bằng nước muối sinh lý 3 lần/ngày
- Bóc giả mạc nếu có

2 Toàn thân:

- Klamentin 250mg x 2 lần/ngày, 2-3 lần/ngày x 7 ngày
- hoặc: Erythromycine 25-50 mg/kg/ngày 2-3 lần/ngày x 7 ngày
hoặc Amoxicilin 25-50 mg/kg/ngày chia 2-3 lần x 7 ngày
hoặc Cephalexin 25-50 mg/kg/ngày chia 2-3 lần x 7 ngày
- Paracetamol 150 mg x 2 lần/ngày, uống
- Vitamin nâng tổng trạng.

VIÊM KẾT MẠC DO LẬU

Lậu là bệnh hoa liễu gây ra bởi bởi song cầu khuẩn Gram (-) *Neisseria Gonorrhoeae*. Bệnh có tính chất tối cấp, lây lan mạnh chủ yếu qua đường tiếp xúc với tiết tố người bệnh hoặc từ bộ phận sinh dục ở người bệnh

A. VIÊM KẾT MẠC DO LẬU Ở NGƯỜI LỚN

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Mất sưng nề, nhiều tiết tố vàng, bẩn, có bọt và loãng nước trào ra khi vành mi.
- Kết mạc cương tụ với những nhú gai viêm li ti làm kết mạc đỏ mìn như nhung.
- Giác mạc tổn thương trong những trường hợp nặng, ban đầu với loét cạnh rìa, sau lan vào trung tâm giác mạc gây hoại tử giác mạc, thủng giác mạc và viêm mủ nội nhãn.

2. Cận lâm sàng:

- Nhuộm Gram tìm thấy song cầu Gr (-) hình hạt cà phê trong và ngoài tế bào.
- Công thức máu

II. ĐIỀU TRỊ

1. Toàn thân:

- Kháng sinh điều trị đặc hiệu: Ceftriaxone
- + Viêm kết mạc: 1-2 g, TB liều duy nhất.
- + Loét giác mạc: 1-2 g, TB x 1 lần/ngày x 3-5 ngày.
- Giảm đau: Paracetamol 500 mg x 2-3 lần /ngày.
- Tăng cường sức đề kháng cơ thể bằng các Vitamin

2. Tại mắt:

- Rửa mắt bằng nước muối sinh lý mỗi giờ 1 lần.
- Vigamox (Moxifloxacin) hoặc nhóm Levofloxacin nhỏ mắt mỗi giờ
- Tra mắt bằng pd: Ofovix ngày 2 lần
- Dinh dưỡng giác mạc và nước mắt nhân tạo

B. VIÊM KẾT MẠC DO LẬU Ở TRẺ SƠ SINH

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Bệnh có tính chất tối cấp tính, xuất hiện vài ngày sau khi sinh. Mắt trẻ sưng húp, nhiều tiết tố loãng, vàng bản dính chặt hai mi, khi vành mi mở loãng trào ra qua khe mi, tái tạo nhanh sau khi rửa mắt.

- Mi mắt và kết mạc nề mọng, cương tụ nhiều.

- Tổn thương giác mạc có thể gồm: đục nhẹ lan toả trên biểu mô, tổn hại biểu mô, thâm nhiễm vùng rìa, viêm và loét ngoại vi sau đó lan vào trung tâm giác mạc gây hoại tử giác mạc, thủng giác mạc và viêm mủ nội nhãn.

2. Cận lâm sàng:

- Nhuộm Gram tìm thấy song cầu Gr (-) hình hạt cà phê nội tế bào.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Toàn thân:

- Kháng sinh điều trị đặc hiệu: Ceftriaxone
- + Viêm kết mạc: 50 mg/kg, TB liều duy nhất
- + Loét giác mạc: 50 mg/kg/ngày TB x 1 lần/ngày x 3-5 ngày
- Giảm đau: Paracetamol 6 mg/kg/ngày chia 2-3 lần /ngày, uống
- Tăng cường sức đề kháng cơ thể.

2. Tại mắt:

- Rửa mắt bằng nước muối sinh lý mỗi giờ 1 lần.
- Vigamox (Moxifloxacin) hoặc nhóm Levofloxacin nhỏ mắt mỗi giờ
- Tra mắt bằng pd: Ofovix ngày 2 lần
- Dinh dưỡng giác mạc và nước mắt nhân tạo

MẮT HỘT

I. PHÂN LOẠI

Phân loại mới của Tổ chức y tế thế giới theo 5 dấu hiệu:

1.TF (Trachomatous Follicle): Viêm mắt hạt - hạt: Phải có 02 tiêu chuẩn:

- Đường kính của hạt ít nhất từ 0,5 mm.
- Có ít nhất 5 hạt trên kết mạc sụn mi trên.

2. TI (Trachomatous inflammation – Intense): Viêm mắt hạt mạnh-thâm nhiễm:

- Kết mạc sụn mi trên thâm nhiễm, dày đỏ
- Thâm nhiễm che mờ > 1/2 hệ mạch máu kết mạc sụn mi trên.

3.TS (Trachomatous scarring): Sẹo kết mạc

- Sẹo trên kết mạc: các đoạn xơ trắng nhỏ, dải sẹo, hình sao hoặc hình mạng lưới

4.TT (Trachomatous Trichiasis): Lông xiêu – quặm

- Ít nhất có 1 lông xiêu chạm vào nhãn cầu hoặc có bằng chứng về việc đã nhỏ lông xiêu.

5.CO (Corneal Opacity): Sẹo giác mạc

- Có đám mờ đục giác mạc dễ quan sát thấy
- Sẹo phải che mờ một phần hay toàn bộ đồng tử gây giảm thị lực

Ý nghĩa:

- Mắt hạt hoạt tính: TF + TI
- MH không hoạt tính: TS + TT

II. CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán mắt hạt trên lâm sàng:

1.1. Tiêu chuẩn 1: Có hạt trên kết mạc sụn mi trên:

- Vị trí: vùng trung tâm
- Hạt vùng góc: không có giá trị chẩn đoán
- Hạt bờ trên sụn: nghi ngờ, theo dõi

1.2. Tiêu chuẩn 2: Sẹo điển hình trên kết mạc sụn mi trên

Phân biệt với sẹo do bỏng, sẹo trong viêm kết mạc có giả mạc.

1.3. Tiêu chuẩn 3: Hạt ở vùng rìa cực trên giác mạc hoặc di chứng hạt (lõm hạt)

1.4. Tiêu chuẩn 4: Màng máu ở vùng rìa trên giác mạc

2. Chẩn đoán xác định:

- Chỉ cần có **02 trong 04 tiêu chuẩn** trên.

- Đối với ở những vùng mắt hột nặng, tỷ lệ cao thì chỉ cần **01 trong 04 tiêu chuẩn**.

III. ĐIỀU TRỊ MẮT HỘT HOẠT TÍNH

A. PHÁC ĐỒ 1:

1. Điều trị cho cá thể:

- **Liên tục:** Tra mỡ Tetracilline 1 % 2 lần/ngày, liên tục 6 tuần.
- **Ngắt quãng:** Tra mỡ Tetracilline 1 % 1 lần/ngày, liên tục 10 ngày/1 tháng kéo dài 6 tháng liên tục.

2. Điều trị cho gia đình:

- Phát hiện những gia đình có bệnh mắt hột ở giai đoạn TF và TI và điều trị cho tất cả mọi người trong gia đình theo phác đồ trên.

B. PHÁC ĐỒ 2:

- Điều trị mắt hột bằng Azithromycine

Liều lượng:

- Người lớn trên 16 tuổi: 1 lần 1g (4 viên 0,25g)/ năm x 2 năm
- Trẻ em từ 1- 4 tuổi: 20 mg/ 1 kg cân nặng x 1 lần/ năm (uống thuốc nước)
- Trẻ em từ 5- 15 tuổi 20 mg/ 1 kg cân nặng x 1 lần/ năm (uống thuốc viên)

C. ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG DO MẮT HỘT:

1. Đốt lông xiêu
2. Mỏ quặm

VIÊM MÀNG BÒ ĐÀO TRUNG GIAN

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Dấu hiệu ruồi bay
- Tế bào viêm, thể lơ lửng trong dịch kính dạng nấm tuyết, xuất tiết kết mạc ở vùng par plana.

2. Cận lâm sàng:

Công thức máu, VS, X quang phổi, siêu âm mắt

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Tại mắt: Bằng nhóm Corticoid

Sunpredmet 1% nhỏ mắt 6-10 lần/ngày

2. Toàn thân:

- Prednisolone 1-1.5mg/kg/ngày trong 4-6 tuần, giảm liều 5-10mg/tuần khi có đáp ứng, ngưng thuốc khi liều dùng còn 10mg/ngày.
- Bổ sung thuốc chống loét dạ dày.Omeprazol 20 mg 1 v x 2 lần/ ngày
- Giảm đau: Paracetamol 0,5g uống 3 lần/ngày
- Vitamin nâng tổng trạng

VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO SAU

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Giảm thị lực
- Ổ viêm võng mạc kèm hay không kèm viêm dịch kính
- Ổ viêm hắc mạc
- Viêm mạch máu

2. Cận lâm sàng:

Công thức máu, VS, huyết thanh chẩn đoán HIV, huyết thanh chẩn đoán Toxoplasma, huyết thanh chẩn đoán Toxocara, X quang phổi, siêu âm mắt

II. ĐIỀU TRỊ

Điều trị Corticoide toàn thân:

Prednisolone 1-1.5mg/kg/ngày ít nhất trong 7-14 ngày, sau đó giảm liều tùy theo đáp ứng của bệnh nhân, trung bình giảm 5-10mg/tuần cho đến khi còn 10mg/ngày thì điều trị duy trì trong 2 tuần rồi ngưng.

- Bổ sung thuốc chống loét dạ dày. Omeprazol 20 mg 1 v x 2 lần/ ngày
- Giảm đau: Paracetamol 0,5g uống 3 lần/ngày
- Vitamin nâng tổng trạng.

- Trường hợp viêm màng bồ đào toàn bộ, không do nhiễm trùng và đe dọa thị lực, dùng corticoide đường tĩnh mạch liều cao: Solu-medrol 1g/ngày trong 3-4 ngày.

CHƯƠNG IV: TÂM THẦN

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT (F20)

I. ĐỊNH NGHĨA:

Tâm thần phân liệt (TTPL) là một bệnh loạn thần nặng tiến triển từ từ, có khuynh hướng mãn tính, căn nguyên hiện nay chưa rõ ràng, làm cho người bệnh dần dần tách khỏi cuộc sống bên ngoài, thu dần vào thế giới bên trong, tình cảm trở nên khô lạnh dần, khả năng học tập làm việc ngày một sút kém, có những hành vi, ý nghĩ dị kỳ, khó hiểu. Bệnh tiến triển mãn tính gây tổn kém cho gia đình và xã hội.

II. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH THEO ICD-10

- Các rối loạn phân liệt có đặc điểm chung là sự rối loạn cơ bản và đặc trưng về tư duy, tri giác, cảm xúc không thích hợp hay cùn mòn. Ý thức còn rõ ràng và năng lực trí tuệ thường được duy trì mặc dù có một số thiếu sót về nhận thức trong quá trình tiến triển.

- Mặc dù không xác định được các triệu chứng đặc trưng của bệnh một cách chặt chẽ, nhằm mục đích thực tiễn người ta chia các triệu chứng nói trên thành từng nhóm có tầm quan trọng đặc biệt đối với chẩn đoán, đó là:

a) Tư duy vang thành tiếng, tư duy bị đánh cắp hoặc bị áp đặt và tư duy bị phát thanh.

b) Các hoang tưởng bị kiểm tra, bị chi phối hoặc bị động, có liên quan rõ rệt với vận động của cơ thể hoặc các chi hoặc các ý nghĩ, hành vi hay cảm giác đặc biệt, tri giác hoang tưởng.

c) Các ảo thanh bình phẩm liên tục về hành vi của bệnh nhân hoặc bàn tán với nhau về bệnh nhân hoặc các loại ảo thanh lời nói khác xuất phát từ một bộ phận nào đó của cơ thể.

d) Các loại hoang tưởng dai dẳng khác không phù hợp với nền văn hóa và hoàn toàn không thể có sự đồng nhất về tôn giáo hoặc chính trị hoặc các quyền lực và khả năng siêu nhân (thí dụ: có khả năng kiểm soát được thời tiết, hoặc có thể giao tiếp với những người của thế giới khác).

e) Ảo giác dai dẳng bất cứ loại nào, kèm theo các hoang tưởng thoáng qua hoặc mới hình thành, không có nội dung cảm xúc rõ ràng hoặc kèm theo các định kiến dai dẳng, hoặc các ảo giác xuất hiện hàng ngày trong nhiều tuần hoặc nhiều tháng liên tiếp.

f) Tư duy bị ngắt quãng hoặc xen lẫn, đưa đến ngôn ngữ không liên quan hoặc lời nói không thích hợp hay ngôn ngữ bịa đặt, hoặc sáng tạo ngôn ngữ.

g) Tác phong căng trương lực như kích động, giữ nguyên dáng hay uồn sáp, phủ định, không nói, hay sững sờ.

h) Các triệu chứng âm tính như vô cảm rõ rệt, ngôn ngữ nghèo nàn, các đáp ứng cảm xúc cùn mòn hay không thích hợp thường đưa đến cách ly xã hội hay giảm sút hiệu xuất lao động xã hội; phải rõ ràng là các triệu chứng trên không do trầm cảm hay thuốc an thần kinh gây ra.

k) Biến đổi thường xuyên và có ý nghĩa về chất lượng toàn diện của tập tính cá nhân 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 một trong các nhóm từ (a) đến (d) hoặc phải có ít nhất hai triệu chứng trong các nhóm từ (e) đến (k).

- Thời gian của các triệu chứng phải tồn tại ít nhất là 1 tháng hay lâu hơn.
- Không được chẩn đoán TTPL nếu có các triệu chứng trầm cảm hay hưng cảm mở rộng xuất hiện trước các triệu chứng nói trên.
- Không được chẩn đoán TTPL khi có bệnh não rõ rệt hoặc bệnh nhân đang ở trong trạng thái nhiễm độc ma túy.
- Không được chẩn đoán TTPL khi có bệnh Động kinh và các bệnh tổn thương thực thể não.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG CỦA BỆNH TTPL (THEO ICD-10)

1. Tâm thần phân liệt thể Paranoid (F20.0)

Đây là thể bệnh TTPL thường gặp nhất ở đa số các nơi trên thế giới. Chiếm ưu thế trong bệnh cảnh thường là các hoang tưởng tương đối ổn định, thường có ảo giác kèm theo, đặc biệt ảo giác thính giác và rối loạn tri giác. Các rối loạn về cảm xúc, ý chí, ngôn ngữ và các triệu chứng căng trương lực không nổi bật.

*** Các nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán:**

Các tiêu chuẩn chung chẩn đoán bệnh TTPL (xem từ phần mở đầu đến F20 ở trên) phải được thỏa mãn. Ngoài ra, các ảo giác và/ hoặc hoang tưởng phải nổi bật và các rối loạn cảm xúc, ý chí và lời nói và các triệu chứng căng trương lực tương đối kín đáo. Thông thường các ảo giác thuộc các loại mô tả ở (b) và (c) ở trên. Hoang tưởng hầu hết có thể phụ thuộc bất cứ loại nào tuy nhiên các hoang tưởng bị kiểm tra, bị chi phối hay bị động và hoang tưởng bị truy hại các loại là đặc trưng nhất.

2. Tâm thần phân liệt thể thanh xuân (F20.1)

Trong thể này, các biến đổi cảm xúc nổi bật lên, các hoang tưởng và ảo giác thoáng qua và rời rạc, tác phong vô trách nhiệm và không lường trước, thường có tính điệu bộ. Cảm xúc hời hợt, không thích hợp và thường kèm theo cười khúc khích hay tự mãn, mỉm cười một mình hoặc kiểu cách, cau có, điệu bộ chơi khăm, than phiền nghi bệnh và những câu lặp lại. Tư duy lộn xộn, lời nói rông dài và rời rạc. Có khuynh hướng sống cô độc, hành vi như thiếu mục đích và thiếu cảm xúc. Thể bệnh TTPL này thường bắt đầu giữa các tuổi 15 và 25 và có khuynh hướng tiên lượng xấu, do các triệu chứng âm tính tiến triển nhanh, đặc biệt cảm xúc cùn mòn và mất ý chí.

*** Các nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán:**

Các tiêu chuẩn chung cho chẩn đoán bệnh TTPL (xem từ phần mở đầu đến F20 ở trên) cần phải được thỏa mãn. Thông thường thể thanh xuân được chẩn đoán đầu tiên đối với thanh thiếu niên hay người thành niên trẻ. Nhân cách tiền

bệnh lý có đặc tính đặc trưng là tính hơi nhút nhát và cô độc, nhưng không nhất thiết phải có như vậy. Để cho chẩn đoán thể thanh xuân đáng tin cậy cần phải có một thời gian hai hay ba tháng theo dõi liên tục để đảm bảo là các tác phong đặc trưng mô tả ở trên vẫn còn duy trì.

3. Tâm thần phân liệt thể căng trương lực (F20.2)

Các rối loạn tâm lý vận động nổi bật lên là nét chủ yếu và chiếm ưu thế và các cực của rối loạn có thể thay nhau như tăng động và sững sờ, hoặc vâng lời tự động và phủ định. Các dáng điệu và tư thế không tự nhiên có thể duy trì trong thời gian dài. Các giai đoạn kích động dữ dội có thể là nét đặc trưng của bệnh.

*** Các nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán :**

Các tiêu chuẩn chung cho chẩn đoán bệnh TTPL cần phải được thỏa mãn. Các triệu chứng căng trương lực riêng lẻ có thể xuất hiện nhất thời trong bối cảnh của bất cứ thể lâm sàng nào khác của bệnh TTPL. Nhưng muốn chắc chắn là TTPL thể căng trương lực thì một hay nhiều tác phong sau đây phải chiếm ưu thế trong bệnh cảnh: a) Trạng thái sững sờ; b) Trạng thái kích động; c) Tư thế bất thường; d) Tính phủ định; e) Sự cứng đờ; f) Uốn dẻo như sáp; g) Các triệu chứng khác như vâng lời tự động

4. Tâm thần phân liệt thể không biệt định (F20.3)

Thể này bao gồm các trạng thái đáp ứng các tiêu chuẩn chung cho chẩn đoán bệnh TTPL, nhưng không tương ứng với bất cứ thể nào đã mô tả ở trên (F20.0 – F20.2), hoặc biểu hiện đồng thời những tiêu chuẩn của nhiều thể mà không có một nhóm các nét đặc trưng cho chẩn đoán nào chiếm ưu thế rõ rệt. Thể này chỉ được dùng cho các trạng thái loạn thần (loại trừ TTPL di chứng F20.5 và trầm cảm sau phân liệt, F20.4) và sau khi đã cố gắng sắp xếp vào một trong ba thể phân liệt mô tả ở trên nhưng không được.

*** Các nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán.**

Đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh TTPL. Không thỏa mãn các tiêu chuẩn chẩn đoán của các thể Paranoid, thanh xuân hay căng trương lực, Không thỏa mãn các tiêu chuẩn chẩn đoán của TTPL thể di chứng hay thể trầm cảm sau phân liệt.

5. Tâm thần phân liệt thể trầm cảm sau phân liệt (F20.4)

Một giai đoạn trầm cảm, có thể kéo dài, xuất hiện như hậu quả của một bệnh TTPL. Một số triệu chứng phân liệt vẫn còn phải tồn tại nhưng không còn chiếm ưu thế trong bệnh cảnh. Các triệu chứng phân liệt kéo dài có thể là “dương tính” hay “âm tính” mặc dù các triệu chứng âm tính thường gặp hơn. Người ta không biết chắc và điều này không quan trọng cho chẩn đoán là đến mức độ nào các triệu chứng trầm cảm chỉ đơn thuần bị bộc lộ do các triệu chứng loạn thần ban đầu biến mất (hơn là do chúng mới phát sinh) và đến mức độ nào chúng là một thành phần nội tại của bệnh TTPL hơn là một phản ứng tâm lý đối với bệnh. Hiếm khi chúng trầm trọng hay mở rộng đến mức đáp ứng được các tiêu chuẩn của một giai đoạn trầm cảm nặng (F32.2 và F32.3) và nhiều lúc khó quyết định triệu chứng

nào của bệnh nhân do trầm cảm và triệu chứng nào do thuốc an thần kinh hoặc do ý chí suy yếu hay cùn mòn của bản thân bệnh TTPL. Rối loạn trầm cảm này kèm theo nguy cơ tự sát ngày càng tăng.

*** Các nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán:**

Bệnh nhân có một bệnh TTPL đáp ứng các tiêu chuẩn chung cho chẩn đoán TTPL trong vòng 12 tháng qua. Một số triệu chứng TTPL còn tồn tại. Các triệu chứng trầm cảm nổi bật lên làm cho bệnh nhân rất khó chịu, đáp ứng ít nhất các tiêu chuẩn của một giai đoạn trầm cảm (F32.-) và tồn tại ít nhất hai tuần. Nếu bệnh nhân không còn triệu chứng phân liệt nào nữa thì phải chẩn đoán là một giai đoạn trầm cảm (F32.-). Nếu các triệu chứng phân liệt còn phong phú và nổi bật thì phải duy trì chẩn đoán theo một thể TTPL tương ứng (F20.0, F20.1, F20.2 hay F20.3).

6. Tâm thần phân liệt thể di chứng (F20.5)

Một giai đoạn mạn tính trong tiến triển bệnh TTPL trong đó có sự tăng tiến rõ rệt từ một giai đoạn sớm (bao gồm một hay nhiều thời kỳ với những triệu chứng loạn thần đáp ứng các tiêu chuẩn chung chẩn đoán TTPL mô tả ở trên) đến một giai đoạn muộn hơn với nét đặc trưng là có những triệu chứng “âm tính” kéo dài nhưng không nhất thiết phải là không hồi phục.

*** Các nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán:**

Những triệu chứng phân liệt “âm tính” nổi bật lên, tức là: sự chậm chạp tâm lý vận động, hoạt động kém, cảm xúc cùn mòn, tính bị động và thiếu sáng kiến, ngôn ngữ nghèo nàn, nghèo nàn trong giao tiếp không dùng lời như biểu hiện nét mặt, tiếp xúc bằng mắt, âm điệu lời nói và tư thế, kém chăm sóc cá nhân và kém hoạt động xã hội. Trong quá khứ chắc chắn có ít nhất một giai đoạn loạn thần rõ rệt, đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh TTPL. Một thời kỳ ít nhất một năm trong đó có cường độ và tần số các triệu chứng phong phú như hoang tưởng và ảo giác chỉ còn tối thiểu hoặc giảm nhẹ về cơ bản và hội chứng “âm tính” của TTPL vẫn tồn tại. Không có trạng thái mất trí hay bệnh lý thực tổn nào khác; không có trầm cảm mạn tính hay trạng thái lưu viện đủ để giải thích các tật chứng âm tính. Nếu không thu thập được những thông tin thích hợp về tiền sử của bệnh nhân, do đó không thể xác định là các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh TTPL đã được thỏa mãn ở một lúc nào trong quá khứ, có thể cần phải làm một chẩn đoán tạm thời về TTPL thể di chứng:

7. Tâm thần phân liệt thể đơn thuần (F20.6)

Một trạng thái không thường gặp với tác phong kỳ dị phát triển âm thầm nhưng tăng dần với mất khả năng đáp ứng các yêu cầu xã hội và sự sút kém trong tất cả các việc làm; hoang tưởng và ảo giác không rõ ràng và các biểu hiện loạn thần không rõ bằng các thể thanh xuân, Paranoid và căng trương lực của bệnh TTPL. Các nét đặc trưng âm tính của TTPL thể di chứng (thí dụ như cảm xúc cùn mòn, ý chí giảm sút....) xuất hiện không có các triệu chứng loạn thần rõ rệt nào đi trước. Với sự tiếp xúc xã hội ngày càng nghèo nàn, đối tượng trở thành sống lang thang, thu mình lại, ăn không ngồi rồi, và sống không mục đích.

* Các nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán:

TTPL thể đơn thuần là một chẩn đoán khó và không đáng tin cậy vì còn phụ thuộc vào việc phải chứng minh sự tiến triển chậm, tăng dần của các triệu chứng âm tính đặc trưng cho TTPL thể di chứng (xem F20.5 ở trên) và không có trong bệnh sử các ảo giác, hoang tưởng hoặc các biểu hiện khác của một giai đoạn loạn thần xuất hiện sớm hơn, và những biến đổi có ý nghĩa trong tác phong cá nhân, biểu hiện sự mất quan tâm đáng kể, sự lười biếng và sự cách ly xã hội.

8. Các thể tâm thần phân liệt khác (F20.8)

Bao gồm: TTPL thể loạn cảm giác bản thể, rối loạn dạng phân liệt không xếp cách khác. Loại trừ: Rối loạn giống phân liệt cấp (F23.2), TTPL chu kỳ (F25.2), TTPL tiềm tàng (F23.2).

9. Tâm thần phân liệt không biệt định (F20.9) Loại trừ các thể bệnh trên

IV. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu thường quy,.....
- Điện não đồ, lưu huyết não, siêu âm Doppler mạch máu não
- Điện tâm đồ, X-quang tim phổi,
- Trắc nghiệm tâm lý: Test Beck, Zung, MMPI,....
- Các xét nghiệm chuyên khoa khác.

V. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ:

- TTPL là một bệnh chưa rõ nguyên nhân, điều trị triệu chứng là chủ yếu.
- Hóa dược liệu pháp có vai trò rất quan trọng, đặc biệt đối với các triệu chứng dương tính.
- Cần phối hợp nhiều liệu pháp điều trị (thuốc, sốc điện, tâm lý, lao động và phục hồi chức năng tái thích ứng xã hội ...)
- Cần phát hiện sớm và can thiệp sớm, điều trị tích cực sẽ đem lại hiệu quả tốt.
- Điều trị duy trì sau cơn loạn thần đầu tiên, quản lý và theo dõi phòng tái phát.
- Phục hồi chức năng cho bệnh nhân, đặc biệt quan trọng đối với các triệu chứng âm tính.
- 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.
- Giáo dục gia đình và cộng đồng thay đổi thái độ đối với bệnh TTPL (tránh mặc cảm, xa lánh, sỉ nhục người bệnh).
- Chăm sóc bệnh nhân lâu dài, đảm bảo cơ thể khỏe mạnh.

VI. ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ:

1. Hóa dược:

Tùy theo triệu chứng lâm sàng, từng thể bệnh, từng cá nhân mà chọn lựa thuốc cho phù hợp.

1.1. Đối với các triệu chứng dương tính (hoang tưởng, ảo giác, rối loạn hành vi):

- Sử dụng thuốc đường tiêm trong giai đoạn **cấp tính, BN chống đối, không chịu uống, không hợp tác khám chữa bệnh**: Cố định, quản lý người bệnh tại giường, buồng riêng.

+ Haloperidol	Liều 5 - 20 mg/ngày, tiêm bắp.
+ Aminazin	Liều 25 - 100 mg/ngày, tiêm bắp.
+ Seduxen	Liều 10 - 20 mg/ngày, tiêm bắp

- Sau giai đoạn cấp tính chuyển sang thuốc đường uống: lựa chọn một trong các thuốc sau:

+ Haloperidol	Liều 2 - 30 mg/ngày.
+ Aminazin	Liều 50 - 250 mg/ngày.
+ Levomepromazin	Liều 50 - 250 mg/ngày.
+ Risperidon	Liều 2 - 6 mg/ngày.
+ Olanzapine	Liều 5 - 20mg/ngày.
+ Quetiapin (Seroquel)	Liều 200 - 800 mg/ngày
+ Clozapin	Liều 25 - 800mg/ngày
+ Sulpiride	Liều 100 - 800 mg/ngày

1.2. Đối với các triệu chứng **âm tính** (thiếu hòa hợp, tự kỷ và giảm sút thể năng tâm thần): sử dụng thuốc an thần kinh thể hệ mới hoặc an thần kinh cổ điển với liều thấp.

+ Risperidon	Liều 1 - 6 mg/ngày.
+ Olanzapine	Liều 5 - 20 mg/ngày.
+ Sulpride	Liều 100 - 400 mg/ngày.

*** Lưu ý:** ưu tiên dùng **đơn trị liệu**, dùng đến liều tối đa không hiệu quả thì cân nhắc chuyển đổi thuốc hoặc phối hợp thuốc, tránh sự tương tác thuốc hạn chế sử dụng cùng lúc 3 loại thuốc chống loạn thần.

1.3. Đối với thể trầm cảm sau phân liệt: kết hợp thuốc chống trầm cảm thế hệ mới (SSRI) với thuốc an thần kinh thể hệ mới. **Không dùng ATK cổ điển.**

- Chống trầm cảm: Nhóm SSRI lựa chọn một trong các thuốc sau:

+ Sertralin	Liều 50 - 200 mg/ngày
+ Citalopam	Liều 10 - 40 mg/ngày
+ Mitazapin	Liều 15 – 30 mg/ngày

1.4. Nếu có rối loạn khí sắc thì sử dụng thêm thuốc điều chỉnh khí sắc:

+ Carbamazepin	Liều 400 - 800 mg/ngày.
+ Valproat	Liều 400 - 2000 mg/ngày.
+ Oxcarbamazepine	Liều 300 - 900 mg/ngày
+ Gabapentin	Liều 300 - 1200 mg/ngày

* **Lưu ý:** chỉ sử dụng điều chỉnh khí sắc khi có rối loạn khí sắc trong đợt điều trị.

- Nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: Propanolon 40mg.....
- Thuốc nuôi dưỡng tế bào thần kinh: Piracetam, Ginkgo biloba.....
- Thuốc hỗ trợ gan.....

1.5. **Lưu ý:** khi sử dụng Clozapin cần: **xét nghiệm huyết đồ hàng tuần trong 6 tháng đầu, 2 tuần lần từ tháng thứ 7 và không được kết hợp với Carbamazepin.**

2. Liệu pháp Shock điện (ECT):

- Áp dụng cho người bệnh không đáp ứng với thuốc ATK;
 - Trạng thái căng trương lực;
 - Chống đối không ăn uống;
 - Các trường hợp kháng thuốc;
- Sốc điện mỗi lần trong một ngày và mỗi đợt kéo dài 6 – 8 lần.

* TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:

1.1. Bệnh lần đầu.

1.2. Bệnh tái phát: Có một trong các triệu chứng sau.

- Bệnh không đáp ứng với thuốc điều trị ngoại trú.
- Không ngủ hoặc khó ngủ.
- Cười, nói một mình vô cớ (miệng nói lầm bầm một mình không rõ nội dung)
- Ảo giác (vd: nghe có người nói chuyện bên tai, nhìn thấy hình người đứng trước mặt...) .
- Hoang tưởng (nghĩ có người hại mình, nhạo mình, điều khiển mình...)
- Kích động (la hét, chửi bới, đập phá đồ đạc, đánh người...).
- Rối loạn hành vi tác phong (Bỏ nhà đi lang thang không mục đích, đi đứng, múa mem lung tung.....).
- Hành vi kỳ dị hoặc dơ bẩn (trang phục, ăn uống dơ bẩn,...).
- Cảm sút cùng mòn (về mặt thờ ơ, vô cảm...).
- Tuy duy nghèo nàn (lời nói đơn điệu, nghèo nàn...).
- Không chịu uống thuốc.

* TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 25 ngày điều trị (nhưng không quá 60 ngày).
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 3-4 ngày khi các triệu chứng loạn thần thuyên giảm và cho xuất viện khi bệnh nhân thật sự ổn định hòa nhập với cộng đồng.
- Đêm ngủ yên.
- Hết các triệu chứng loạn thần.
- Hết kích động
- Tư duy ổn định
- Hành vi ổn định

1. **Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế**
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học.** Nhà xuất bản Y học.
4. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Tâm thần phân liệt. *Tập bài giảng dành cho sau đại học.*
5. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007),** Tâm thần học và tâm lý học. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
6. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
7. **Tổ chức Y tế thế giới (1992),** “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”;WHO, Geneva 1992.
8. **Nguyễn Kim Việt (2016),** Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
9. **The British Association for Psychopharmacology (2011).** Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol (Oxf), 25(5), 567–620.
10. **The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014).** Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. NICE guideline. CG178, 5-46.
11. **Addington D., Abidi S., Garcia-Ortega I., et al. (2017).** Canadian Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Patients with Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. Can J Psychiatry, 62(9), 594–603.
12. **Elisa C., Amir H. C., Peter B. (2009),** “Treatment of Schizoaffective Disorder”, Psychiatry (Edgemont),p 15-17.
13. **Felix-Martin W., Rafael C., (2016),** “Current Treatment of Schizoaffective Disorder According to a Neural Network”, Neural Network. J Cytol Histol.
14. **Gary R., Donald A., William H., et al (2017),** “Guideline for the pharmacotherapy of schizophrenia in adul”, The canadian journal of schiatry, pp 605-612.
15. **Krishna R.P., Jessica C., et al (2014),** “Schizophrenia: overview and treatment options”, New York, pp 638-643.
16. **Rajiv Tandon (2018),** “Pharmacological Treatment of Schizophrenia 2017-2018 Update Summary”, medicaidmentalhealth.org, pp 37-40.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN DẠNG PHÂN LIỆT (F21)

I. ĐỊNH NGHĨA:

Rối loạn loại phân liệt là rối loạn tiến triển từ từ có khuynh hướng mãn tính, biểu hiện bằng các tác phong kỳ dị, tư duy, cảm xúc khác thường giống như trong bệnh tâm thần phân liệt. Tuy nhiên các bất thường này không rõ rệt như trong bệnh tâm thần phân liệt và không có đầy đủ các đặc trưng của bệnh tâm thần phân liệt ở bất kỳ giai đoạn nào của bệnh.

II. CHẨN ĐOÁN

Tiêu chuẩn chẩn đoán gồm có 2 mục A và B

1. Mục A: Có đủ tiêu chuẩn nhóm A, B và C của bệnh tâm thần phân liệt.

- **Nhóm A:** có hai hay nhiều hơn trong số các triệu chứng sau:

+ Hoang tưởng

+ Ảo giác

+ Ngôn ngữ vô tổ chức (như tư duy không liên quan)

+ Hành vi vô tổ chức hoặc căng trương lực (lưu ý không bao gồm các triệu chứng được coi như là một cách phản ứng theo một nền văn hóa nào đó)

+ Triệu chứng âm tính (giảm cảm xúc hoặc thờ ơ)

- **Nhóm B:** Mất chức năng xã hội và nghề nghiệp trong một thời gian đủ dài sau khi phát bệnh, một hay nhiều lĩnh vực chính như việc làm, quan hệ với mọi người hoặc tự chăm sóc bản thân giảm sút so với trước khi bị bệnh.

- **Nhóm C:** không phải là một rối loạn do thuốc hoặc bệnh tổn thương thực tổn gây ra. Rối loạn không phải là hậu quả trực tiếp của ma túy hoặc một bệnh cơ thể.

2. Mục B: Cơ rối loạn tâm thần (bao gồm các giai đoạn tiền triệu, phát bệnh và di chứng) thay đổi từ **1 tháng** nhưng ít hơn **6 tháng**.

III. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu thường quy,.....

- Điện não đồ, lưu huyết não, siêu âm Doppler mạch máu não

- Điện tâm đồ, X-quang tim phổi,

- Trắc nghiệm tâm lý: Test Beck, Zung, MMPI,....

- Các xét nghiệm chuyên khoa khác.

IV. TIẾN TRIỂN VÀ TIÊN LƯỢNG CỦA RỐI LOẠN DẠNG PHÂN LIỆT

- Loạn thần dạng phân liệt tương ứng với hội chứng chức năng hoang tưởng cấp mà tính không đồng nhất của nó và đặc biệt sự tiến triển của nó thường thuận lợi, điều này đã được chứng minh khi so sánh với tiến triển của TTPL.

- Gần đây một số tác giả đã cho rằng rối loạn dạng phân liệt thường tiến triển theo hướng loạn thần cảm xúc điển hình hoặc cơn tái phát nhiều hơn là theo hướng TTPL.

- Theo tiêu chuẩn chẩn đoán, thời gian kéo dài của rối loạn dạng phân liệt là từ **1- <6 tháng**.

- Ngoài ra có các yếu tố khác giúp cho tiên lượng tốt như: có yếu tố thúc đẩy; khởi phát đột ngột; các triệu chứng không phải TTPL mà là rối loạn cảm xúc.

V. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Rối loạn dạng phân liệt là một bệnh nguyên nhân chưa rõ nên điều trị triệu chứng là chủ yếu, cần phát hiện và can thiệp sớm.

- Hóa dược liệu pháp có vai trò quan trọng.

- Đơn trị liệu, nếu không đáp ứng hoặc đáp ứng kém thì dùng đa trị liệu phối hợp 2 loại thuốc an thần kinh, hạn chế phối hợp từ 3 thứ thuốc an thần kinh trở lên.

- Giáo dục gia đình và cộng đồng thay đổi thái độ đối với bệnh nhân (tránh mặc cảm, kỳ thị, xa lánh người bệnh)

- Với pha cấp tính cần phải điều trị nội trú trong bệnh viện bằng thuốc chống loạn thần trong suốt thời gian của bệnh.

RLDPL - Cần theo dõi bệnh nhân trong một thời gian dài để phân biệt hay TTPL (nếu thời gian ít hơn 6 tháng).

2. Liệu pháp hóa dược:

- Thuốc chống loạn thần cổ điển:

+ Haloperidol Liều 5 - 30 mg/ngày, tiêm bắp hoặc uống.

+ Aminazin Liều 25 - 100 mg/ngày, tiêm bắp.

+ Levomepromazin Liều 50 - 250 mg/ngày.

- Thuốc chống loạn thần không điển hình: lựa chọn một trong các thuốc sau:

+ Risperidon	Liều 2 - 6 mg/ngày.
--------------	---------------------

+ Olanzapine	Liều 5 - 20 mg/ngày.
--------------	----------------------

+ Quetiapin (Seroquel)	Liều 100 - 800 mg/ngày
------------------------	------------------------

+ Clozapin	Liều 25 - 400mg/ngày
------------	----------------------

+ Sulpiride Liều 100 - 800 mg/ngày

*** Lưu ý:** ưu tiên dùng **đơn trị liệu**, liều tối đa không hiệu quả thì cân nhắc chuyển đổi thuốc hoặc phối hợp thuốc, tránh sự tương tác thuốc hạn chế sử dụng cùng lúc 3 loại thuốc chống loạn thần.

3. Có thể điều trị phối hợp: chỉ phối hợp khi thật sự cần thiết

- Nhóm giải lo âu benzodiazepine: hạn chế sử dụng do thuốc gây nghiện.
- + Diazepam viên Liều 10 – 20mg/ngày
- Nhóm điều chỉnh khí sắc: lựa chọn một trong các thuốc sau:
- + Carbamazepin Liều 400 - 800 mg/ngày.
- + Valproat Liều 400 - 2000 mg/ngày.
- + Oxcarbamazepin Liều 300 – 900 mg/ngày
- Thuốc chống trầm cảm: chỉ sử dụng khi có dấu hiệu trầm cảm:
- + Nhóm SSRI: Sertralín, citalopam.....
- + Nhóm TCA, SNRI, NaSa.....
- Nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: Propanolon
- Thuốc nuôi dưỡng tế bào thần kinh: Piracetam, Ginkgo biloba.....
- Thuốc hỗ trợ gan.....

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

- Bệnh lần đầu.
- Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.
- Không chịu uống thuốc.
- Đêm không ngủ.
- Ngôn ngữ vô tổ chức (như nội dung không liên quan).
- Ảo giác (nghe, nhìn thấy có người nói chuyện bên tai....)
- Hoang tưởng (nghĩ có người nói xấu mình, hại mình...).
- Kích động (la hét, chửi bới, đánh người....).
- Rối loạn hành vi tác phong (lãng xãng, đi lại lung tung, múa men...)

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 18 ngày điều trị.
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 3-4 ngày khi các triệu chứng loạn thần thuyên giảm và cho xuất viện khi bệnh nhân thật sự ổn định.
- Đêm ngủ yên.
- Hết các triệu chứng loạn thần, ảo giác.
- Hết kích động,
- Hành vi ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị** ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016)**, *Bài giảng tâm thần học*. Nhà xuất bản Y học.
4. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Tâm thần phân liệt. *Tập bài giảng dành cho sau đại học*.
5. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
6. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007)**, Tâm thần học và tâm lý học. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
7. **Tổ chức Y tế thế giới (1992)**, “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”; WHO, Geneva 1992.
8. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016)**, “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.
9. **The British Association for Psychopharmacology (2011)**. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol (Oxf)*, 25(5), 567–620.
10. **The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014)**. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. NICE guideline. CG178, 5-46.
11. **Addington D., Abidi S., Garcia-Ortega I., et al. (2017)**. Canadian Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Patients with Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. *Can J Psychiatry*, 62(9), 594–603.
12. **Loya M., Dubey V., Diwan S., Singh H. (2017)**, “Acute and transient psychotic disorder and schizophrenia: On a continuum or distinct? A study of cognitive functions”, *International Journal of Medicine Research*, pp-4-7.
13. **Apurv K., Pinki D., Abdul K. (1997)**, “Treatment of acute and transient psychotic disorders with low and high doses of oral haloperidol”, *Indian Journal of Psychiatry*, pp 2-8
14. **Jonathan K. B., Saeed F. (2012)**, “Acute and transient psychotic disorders: An overview of studies in Asia”, *International Review of Psychiatry*, pp 463-466
15. **Loya M., Dubey V., Diwan S., Singh H. (2017)**, “Acute and transient psychotic disorder and schizophrenia: On a continuum or distinct? A study of cognitive functions”, *International Journal of Medicine Research*, pp-4-7.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TÂM THẦN CẤP VÀ NHẤT THỜI (F23)

I. ĐỊNH NGHĨA:

Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời (RLTTC) là một sự biến đổi từ một trạng thái không có những nét loạn thần sang một trạng thái loạn thần rõ rệt trong vòng 2 tuần hay ngắn hơn có thể kết hợp với stress hoặc không. Bệnh cảnh khởi đầu cấp có những triệu chứng loạn thần rõ rệt như hoang tưởng, ảo giác, tác phong bình thường bị rối loạn nặng. Các triệu chứng loạn thần phong phú, luôn biến đổi và đa dạng. Các rối loạn loạn thần ổn định hoàn toàn chậm nhất là 3 tháng và sau cơn người bệnh không bị biến đổi nhân cách.

II. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH: dựa vào ICD-10, dựa vào các đặc điểm sau đây

- Thời gian phát bệnh cấp: “Cấp” là một biến đổi từ trạng thái không loạn thần sang loạn thần rõ rệt trong vòng dưới hai tuần hay ngắn hơn. Nếu khởi phát trong vòng 48 giờ gọi là khởi phát đột ngột. Trong thời gian dưới hai tuần, bệnh phát sinh và phát triển đầy đủ các triệu chứng loạn thần như hoang tưởng, ảo giác, rối loạn hành vi tác phong. Thời gian tiến triển của bệnh từ vài tuần đến vài tháng, cá biệt có trường hợp kéo dài không quá 3 tháng kể từ khi bắt đầu các triệu chứng loạn thần.

- Trong bệnh lý có các triệu chứng loạn thần và triệu chứng phân liệt điển hình:

+ Các triệu chứng loạn thần luôn biến đổi và thay thế nhau nhanh chóng, tạo nên một bệnh cảnh mang tính đa dạng. Sự biến đổi cảm xúc chủ yếu là cảm xúc không ổn định. Cảm xúc trở nên nao động với thái độ hằn học, cáu gắt hoặc lo sợ vô lý, trầm cảm vật vã hay hưng cảm kích động. Các biến đổi cảm xúc không đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán một giai đoạn hưng cảm (F30), giai đoạn trầm cảm (F32).

+ Tình trạng cảm xúc cũng thay đổi thường xuyên trong ngày cùng với sự thay đổi các rối loạn hành vi tác phong v.v... để hình thành các thể lâm sàng có những đặc điểm riêng khác nhau.

- Thường có stress cấp kết hợp.

- Trong bệnh sử không tìm thấy nguyên nhân thực tổn: Như các trạng thái chấn động não, mê sảng, mất trí hoặc sử dụng rượu, ma túy có liên quan đến tình trạng loạn thần kể trên.

III. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, nước tiểu thường quy
- Điện não đồ, lưu huyết não, siêu âm Doppler mạch máu não
- Điện tâm đồ, X-quang tim phổi,
- Trắc nghiệm tâm lý: Test Beck, Zung, MMSE, MMPI,....
- Các xét nghiệm chuyên khoa khác.

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

Nhằm thanh toán các triệu chứng loạn thần đa dạng: Hoang tưởng, ảo giác, rối loạn cảm xúc, rối loạn hành vi tác phong v.v... Sử dụng thuốc phải tuân thủ các nguyên tắc sau đây:

- Chọn thuốc điều trị triệu chứng và hội chứng loạn thần: Tùy theo đặc điểm cấu trúc các triệu chứng và hội chứng bệnh trên từng bệnh nhân cụ thể để chọn lựa thuốc nào, nhóm nào phù hợp (giải ức chế, an dịu, chống loạn thần, chống trầm cảm).

- Chọn liều: Phải thăm dò bắt đầu từ liều thấp trong thời gian ngắn nhất và tính đến khả năng dung nạp thuốc ở liều khác nhau trên từng bệnh nhân để đạt tới liều đạt được làm mất các triệu chứng.

- Đơn trị liệu, nếu không đáp ứng hoặc đáp ứng kém thì dùng đa trị liệu phối hợp 2 loại thuốc an thần kinh, hạn chế phối hợp từ 3 thứ thuốc an thần kinh trở lên.

- Chọn thời điểm giảm liều và dừng thuốc: Khi bệnh thuyên giảm và ổn định, cho phép giảm liều và đưa đến ngưng điều trị. Tuy nhiên, khi ở người bệnh xuất hiện những tác dụng phụ nặng hoặc khi thuốc gây dị ứng cũng như không có tác dụng thì phải cắt thuốc ngay.

1. Các thuốc chống loạn thần:

- Thuốc an thần kinh cổ điển:

+ Haloperidol	Liều 5 - 30 mg/ngày, tiêm bắp hoặc uống.
---------------	--

+ Aminazin	Liều 25 - 100 mg/ngày, tiêm bắp hoặc uống.
------------	--

+ Levomepromazin	Liều 50 - 250 mg/ngày.
------------------	------------------------

- Thuốc an thần kinh không điển hình: lựa chọn một trong các thuốc sau:

+ Risperidon	Liều 2 - 6 mg/ngày.
--------------	---------------------

+ Olanzapine	Liều 5 - 20 mg/ngày.
--------------	----------------------

+ Quetiapin (Seroquel)	Liều 100 - 800 mg/ngày
------------------------	------------------------

+ Clozapin	Liều 25 - 800mg/ngày
------------	----------------------

+ Sulpiride	Liều 100 - 800 mg/ngày
-------------	------------------------

* Lưu ý:

Ưu tiên đơn trị liệu, liều tối đa không hiệu quả thì cân nhắc chuyển đổi thuốc hoặc phối hợp thuốc, để tránh tương tác thuốc hạn chế phối hợp cùng lúc 3 loại thuốc chống loạn thần.

2. Có thể điều trị phối hợp: Chỉ phối hợp khi có rối lo âu, trầm cảm, rối loạn khí sắc, bồn chồn, bức rứt.

- Nhóm giải lo âu benzodiazepine:
 - + Diazepam Liều 10mg - 20mg/ngày
- Nhóm điều chỉnh khí sắc:
 - + Carbamazepin Liều 400 - 800 mg/ngày.
 - + Valproat Liều 400 - 3000 mg/ngày.
 - + Oxcarbamazepin Liều 600 - 2400 mg/ngày
- Thuốc chống trầm cảm:
 - + Nhóm SSRI: Sertralín, citalopam,.....
 - + Nhóm TCA, SNRI, NaSa.....
- Nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: Propanolon
- Thuốc nuôi dưỡng tế bào thần kinh: Piracetam, Ginkgo biloba.....
- Thuốc hỗ trợ gan: Kahagan

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIÊN:** Có ít nhất 3-4 dấu hiệu sau

- Bệnh lẩn đầu.
- Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.
- Đêm không ngủ.
- Không chịu uống thuốc.
- Ngôn ngữ vô tổ chức (như nội dung không liên quan).
- Ảo giác (nghe, nhìn thấy có người nói chuyện bên tai....)
- Hoang tưởng (nghĩ có người nói xấu mình, hại mình...).
- Kích động (la hét, chửi bới, đánh người....).
- Căng thẳng hoặc lo sợ vô cớ.
- Rối loạn tư duy (nói nhảm một mình nội dung vô nghĩa..)
- Rối loạn hành vi tác phong (lăng xăng, đi lại lung tung, múa men...)

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 18 ngày điều trị.
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 3-4 ngày khi các triệu chứng loạn thần thuyên giảm.
- Đêm ngủ yên.
- Hết các triệu chứng loạn thần.
- Hết kích động, hành vi ổn định.
- Tư duy ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị** ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016)**, *Bài giảng tâm thần học*. Nhà xuất bản Y học.
4. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Tâm thần phân liệt. *Tập bài giảng dành cho sau đại học*.
5. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007)**, Tâm thần học và tâm lý học. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
6. **Tổ chức Y tế thế giới (1992)**, “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”;WHO, Geneva 1992.
7. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016)**, “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.
8. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
9. **The British Association for Psychopharmacology (2011)**. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol (Oxf), 25(5), 567–620.
10. **The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014)**. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. NICE guideline. CG178, 5-46.
11. **Addington D., Abidi S., Garcia-Ortega I., et al. (2017)**. Canadian Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Patients with Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. Can J Psychiatry, 62(9), 594–603.
12. **Loya M., Dubey V., Diwan S., Singh H. (2017)**, “Acute and transient psychotic disorder and schizophrenia: On a continuum or distinct? A study of cognitive functions”, International Journal of Medicine Research, pp-4-7.
13. **Apurv K., Pinki D., Abdul K. (1997)**, “Treatment of acute and transient psychotic disorders with low and high doses of oral haloperidol”, Indian Journal of Psychiatry, pp 2-8
14. **Jonathan K. B., Saeed F. (2012)**, “Acute and transient psychotic disorders: An overview of studies in Asia”, International Review of Psychiatry, pp 463-466
15. **Loya M., Dubey V., Diwan S., Singh H. (2017)**, “Acute and transient psychotic disorder and schizophrenia: On a continuum or distinct? A study of cognitive functions”, International Journal of Medicine Research, pp-4-7.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN CẢM XÚC LƯƠNG CỰC (F31)

I. ĐỊNH NGHĨA:

Rối loạn lưỡng cực là một rối loạn khí sắc mãn tính, đặc trưng bởi các giai đoạn hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ xen kẽ hay đi kèm với các giai đoạn trầm cảm. Rối loạn lưỡng cực còn gọi là rối loạn hưng trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực, rối loạn phổ lưỡng cực.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Nguyên tắc chẩn đoán

- Các giai đoạn rối loạn khí sắc (hưng cảm hoặc trầm cảm) phải được lặp đi lặp lại (ít nhất 2 lần) và hoạt động của bệnh nhân bị rối loạn đáng kể, có thể có loạn thần hoặc không có loạn thần.

- Nếu hiện tại là giai đoạn trầm cảm thì trước đó nhất thiết phải có một giai đoạn hưng cảm trong quá khứ. Nếu hiện tại là giai đoạn hưng cảm thì trước đó phải có một giai đoạn hưng cảm hoặc trầm cảm trong quá khứ. Nếu hiện tại là giai đoạn cảm xúc hỗn hợp, thì trước đó phải có ít nhất một giai đoạn rối loạn cảm xúc khác đáp ứng các tiêu chuẩn đối với giai đoạn hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ rõ hoặc giai đoạn cảm xúc hỗn hợp trong quá khứ.

- Thời gian giữa các giai đoạn rối loạn khí sắc (hưng cảm hoặc trầm cảm) dài ngắn khác nhau nhưng bệnh thường hồi phục hoàn toàn giữa các giai đoạn.

- Ở mỗi giai đoạn rối loạn khí sắc (hưng cảm hoặc trầm cảm) có thể có triệu chứng loạn thần nhưng không đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt hoặc rối loạn phân liệt cảm xúc hoặc với bất kỳ rối loạn tâm thần thực tồn nào.

1.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán theo ICD-10

- **F31.0 Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn hưng cảm nhẹ.**

- + Giai đoạn hiện nay phải có đầy đủ các tiêu chuẩn cho hưng cảm nhẹ (F30.0)

- + Đã có ít nhất một giai đoạn rối loạn cảm xúc khác (hưng cảm nhẹ, hưng cảm, trầm cảm hoặc hỗn hợp) trước đây.

- **F31.1 Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn hưng cảm không có triệu chứng loạn thần.**

- + Giai đoạn hiện tại phải có đầy đủ tiêu chuẩn của hưng cảm không có các triệu chứng loạn thần (F30.1).

- + Đã có ít nhất một giai đoạn rối loạn cảm xúc khác (hưng cảm nhẹ, hưng cảm, trầm cảm hoặc hỗn hợp) trong quá khứ.

- **F31.2 Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn hưng cảm có triệu chứng loạn thần.**

+ Giai đoạn hiện tại phải có đầy đủ các tiêu chuẩn của hưng cảm có các triệu chứng loạn thần (F30.2).

+ Đã có ít nhất một giai đoạn rối loạn cảm xúc khác (hưng cảm nhẹ, hưng cảm, trầm cảm hoặc hỗn hợp) trong quá khứ.

- F31.3 Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn trầm cảm nhẹ hoặc vừa (không có triệu chứng cơ thể và có triệu chứng cơ thể).

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

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

- F31.4 Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn trầm cảm nặng không có các triệu chứng loạn thần.

+ Giai đoạn hiện tại phải có đầy đủ các tiêu chuẩn của của một giai đoạn trầm cảm nặng không có các triệu chứng loạn thần (F32.2).

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

- F31.5 Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn trầm cảm nặng có triệu chứng loạn thần.

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

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

- F31.6 Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn hỗn hợp.

+ Hiện tại bệnh nhân có ít nhất một giai đoạn rối loạn cảm xúc hưng cảm, hưng cảm nhẹ hoặc hỗn hợp trong quá khứ.

+ Hiện tại biểu lộ hoặc pha trộn hoặc thay đổi nhanh chóng các triệu chứng hưng cảm, hưng cảm nhẹ và trầm cảm.

+ Chỉ làm chẩn đoán này nếu cả hai nhóm triệu chứng đều nổi bật trong phần lớn giai đoạn hiện tại của bệnh và nếu giai đoạn này kéo dài ít nhất 2 tuần.

- F31.7 Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn thuyên giảm.

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

+ Thêm vào đó ít nhất một giai đoạn cảm xúc khác: Hưng cảm, trầm cảm hoặc hỗn hợp nhưng hiện nay bệnh nhân không có một rối loạn cảm xúc nào đáng kể và không có như vậy trong nhiều tháng.

- F31.8 Rối loạn cảm xúc lưỡng cực khác.

Bao gồm: Rối loạn cảm xúc lưỡng cực II.

Các giai đoạn hưng cảm tái phát.

- **F31.9 Rối loạn cảm xúc lưỡng cực không biệt định.**

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Rối loạn phân liệt cảm xúc (F25).
- Rối loạn trầm cảm tái diễn (F33).
- Rối loạn cảm xúc thực tổn (F06.3).

III. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, nước tiểu thường quy
- Điện não đồ, lưu huyết não, siêu âm Doppler mạch máu não
- Điện tâm đồ, X-quang tim phổi,
- Trắc nghiệm tâm lý: Test Beck, Zung, MMSE, MMPI,....
- Các xét nghiệm chuyên khoa khác.

IV. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ:

- Phát hiện sớm và điều trị sớm, tích cực.
- Xác định rõ thể bệnh để điều trị cho phù hợp.
- Nhập viện trong các trường hợp nặng như Trầm cảm có nguy cơ tự sát, hưng cảm có nguy cơ kích động hoặc trạng thái kích động.
- Lựa chọn thuốc phối hợp thuốc cho phù hợp với từng thể bệnh.
- Điều trị dự phòng tái phát sau mỗi giai đoạn.

RLCXLC, giai đoạn trầm cảm:

- Thuốc chỉnh khí sắc/kết hợp với:
- Thuốc chống trầm cảm
- Thuốc giải lo âu
- Thuốc chống loạn thần
- Sốc điện, tâm lý liệu pháp
- Thường đánh giá sau 4 tuần điều trị.

* **Lưu ý:** Trong giai đoạn trầm cảm của rối loạn cảm xúc lưỡng cực không được sử dụng thuốc chống trầm cảm đơn thuần vì dễ gây đảo pha hoặc chuyển thành pha hỗn hợp.

1. RLCXLC, giai đoạn hưng cảm:

- Thuốc chỉnh khí sắc/kết hợp với:
- + Thuốc chống loạn thần
- + Thuốc giải lo âu
- Sốc điện, tâm lý liệu pháp.

+ Thường đánh giá sau 1 – 2 tuần điều trị.

V. ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ:

1. Liệu pháp hoá dược: lựa chọn thuốc và liều điều trị tùy thuộc từng cá thể.

a. Thuốc điều chỉnh khí sắc: lựa chọn một trong các thuốc sau:

+ Carbamazepin	Liều 400 - 800 mg/ngày.
+ Valproat	Liều 400 - 3000 mg/ngày.
+ Oxcarbamazepin	Liều 600 - 2400 mg/ngày.
+ Topiramate	Liều 50 - 300 mg/ngày.
+ Gabapentin	Liều 300 - 1800 mg/ngày.

- Thuốc chống trầm cảm: lựa chọn một trong các thuốc sau:

+ Sertralin	Liều 50 - 200 mg/ngày.
+ Citalopam	Liều 20 - 60 mg/ngày.
+ Escitalopam	Liều 10 - 20 mg/ngày.

- Thuốc an thần kinh cổ điển:

+ Haloperidol	Liều 5 - 30 mg/ngày, tiêm bắp hoặc uống.
+ Aminazin	Liều 25 - 100 mg/ngày, tiêm bắp hoặc uống.
+ Levomepromazin	Liều 50 - 250 mg/ngày.

- Thuốc an thần kinh không điển hình:

+ Risperidon	Liều 2 - 6 mg/ngày.
+ Olanzapine	Liều 5 - 20 mg/ngày.
+ Quetiapin (Seroquel)	Liều 100 - 800 mg/ngày
+ Clozapin	Liều 25 - 800 mg/ngày
+ Sulpiride	Liều 100 - 800 mg/ngày

- Nhóm giải lo âu benzodiazepine:

+ Diazepam	Liều 10 - 20 mg/ngày
------------	----------------------

- Nhóm thuốc khác: thuốc tăng cường tuần hoàn não và nuôi dưỡng tế bào thần kinh (Piracetam, Ginkgo biloba ...)

2. Sốc điện: Chỉ định trong trường hợp:

- Trầm cảm nặng hoặc đe dọa đến tính mạng người bệnh,
- Trầm cảm có hoang tưởng, ảo giác, sững sờ hoặc kích động, có hành vi tự sát hoặc người bệnh không dùng thuốc hướng thần được.
- Hưng cảm có loạn thần hoặc không có loạn thần.
- Điều trị duy trong các giai đoạn của rối loạn cảm xúc lưỡng cực.

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:** Có ít nhất 3-4 dấu hiệu sau

- Bệnh lần đầu.
- Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.
- Không chịu uống thuốc.
- Đêm mất ngủ.
- Ảo giác (nghe, nhìn thấy có người nói chuyện bên tai....)
- Hoang tưởng tự cao (cho là mình tài giỏi, giàu có, có mình phát minh...)
- Buồn chán.
- Khí sắc tăng hoặc giảm (lúc vui vẻ quá mức bình thường, lúc buồn bã...)
- Rối loạn tư duy (tư duy phi tán, nhịp nhanh, nói chuyện liêng thiêng, hết chuyện này đến chuyện kia...)
- Có trầm cảm kèm theo cơn hưng cảm thay đổi qua lại nhanh chóng.
- Cơn hưng cảm xen lẫn cơn trầm cảm và ngược lại.
- Rối loạn hành vi tác phong (lãng xãng, gây hấn, ...)

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 15- 16 ngày điều trị.
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 3-4 ngày khi các triệu chứng hết hẳn
- Đêm ngủ yên.
- Hết các triệu chứng loạn thần.
- Hết kích động, hành vi ổn định.
- Khí sắc cảm xúc ổn định
- Tư duy ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị** ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016)**, *Bài giảng tâm thần học*. Nhà xuất bản Y học.
4. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
5. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007)**, *Tâm thần học và tâm lý học*. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
6. **Tổ chức Y tế thế giới (1992)**, “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”;WHO, Geneva 1992.
7. **Tổ chức Y tế thế giới (1992)**. ICD-10 Phân loại các rối loạn tâm thần và hành vi-Tiêu chuẩn chẩn đoán dành cho nghiên cứu, (biên dịch) Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Nguyễn Minh Tuấn (2016)**, *Giáo trình Bệnh học Tâm thần*, Nhà xuất bản Y học.
9. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016)**, “Giáo trình bệnh học tâm thần”, *Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội*, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.
10. **The National Institute for Health and Care Excellence (2014). Bipolar disorder:** the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. September 2014.
11. **Grunze H., et al. (2009)**. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders.
12. **Lakshmi N. Y., Sidnay H. K., Saga V. P., et al (2018)**. Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) and international society for bipolar disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patient with bipolar disorder. *Bipolar disorders*; 20:97-170
13. **Laskshmi N.Y., Sidney H. K. (2017)**. Kaplan and Sadock s Comprehensive Textbook of Psychiatry: Pharmacological treatment of depression and bipolar disorders, Wolters Kluwer.
14. **Marcos E. M. B., Hermes M. T. B. (2016)**, “Schizoaffective Disorder and Depression. A case Study of a patient from ceará, Brazil”, *iMedPub Journals*, pp1-8
15. **Vieta E., Berk M., Schulze T. G., et al (2018)**. Bipolar disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 18008
16. **The National Institute for Health & Care Excellence - NICE (2010)**. The Treatment and Management of Depression in Adults (updated edition). National Clinical Practice Guideline 90, 2010.
17. **Gautam S., Jain A., Gautam M., Vahia V. N., et al (2017)**. Clinical Practice Guidelines for the management of Depression. *Indian J Psychiatry*;59, Suppl
18. **Hasan A., Falkai P., Wobrock T., et al. (2013)**. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological

Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J Biol Psychiatry*, 14(1), 2–44.

19. **Kennedy S. H., Lam R. W., McIntyre R. S., et al (2016).** Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(9), 540–560.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN PHÂN LIỆT CẢM XÚC (F25)

I. ĐỊNH NGHĨA:

- Rối loạn phân liệt cảm xúc là rối loạn có các triệu chứng cảm xúc (hưng cảm, trầm cảm) và triệu chứng phân liệt xuất hiện rõ rệt, đồng thời hoặc cách nhau vài ngày trong cùng một giai đoạn. Bệnh diễn biến thành từng đợt, giữa các đợt bệnh thuyên giảm, có khuynh hướng mãn tính.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Một chẩn đoán rối loạn phân liệt cảm xúc chỉ được đặt ra khi cả hai triệu chứng phân liệt và cảm xúc rõ rệt đều nổi bật đồng thời hoặc cách nhau vài ngày trong cùng giai đoạn của bệnh.

- Giai đoạn của bệnh không đáp ứng những tiêu chuẩn chẩn đoán của bệnh tâm thần phân liệt hoặc của rối loạn cảm xúc.

- Không chẩn đoán rối loạn phân liệt cảm xúc trong những trường hợp sau:

+ Các triệu chứng phân liệt và cảm xúc xuất hiện ở những giai đoạn khác nhau của bệnh (thí dụ: bệnh nhân có triệu chứng trầm cảm tiếp theo sau một thời kỳ loạn thần của bệnh tâm thần phân liệt: F20.4).

+ Giai đoạn rối loạn phân liệt cảm xúc xảy ra xen kẽ của những giai đoạn hưng cảm hay trầm cảm điển hình. Trường hợp này nên chẩn đoán rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hoặc rối loạn trầm cảm tái diễn nếu bệnh cảnh lâm sàng vẫn điển hình về nhiều mặt.

2. Chẩn đoán phân biệt:

Rối loạn phân liệt cảm xúc cần phải phân biệt với bệnh tâm thần phân liệt và rối loạn cảm xúc.

- Bệnh tâm thần phân liệt: Đáp ứng đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt, rối loạn cảm xúc thường không điển hình, không xảy ra đồng thời và không ngang bằng với các triệu chứng tâm thần phân liệt. Giữa các giai đoạn bệnh thuyên giảm không hoàn toàn. Bệnh tiến triển mạn tính, tiên lượng nặng nề hơn.

- Rối loạn cảm xúc: Đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán của rối loạn cảm xúc, các triệu chứng loạn thần trong rối loạn cảm xúc không đặc trưng cho tâm thần phân liệt, thường không đồng đều nổi bật và đồng thời trong cùng một giai đoạn bệnh.

Thời kỳ giữa các giai đoạn của bệnh gần như ổn định hoàn toàn, bệnh nhân thường vẫn công tác được, sống hòa nhập với gia đình và xã hội tốt hơn. Đáp ứng với các thuốc chống trầm cảm, thuốc chống loạn thần và thuốc điều chỉnh khí sắc cũng tốt hơn.

III. CÁC THỂ BỆNH:

1. Rối loạn phân liệt cảm xúc, loại hưng cảm (F25.0)

- Các triệu chứng tâm thần phân liệt và các triệu chứng hưng cảm đều nổi bật trong cùng một giai đoạn của bệnh.

+ Khí sắc bất thường, hưng phấn, tự đánh giá bản thân quá cao và ý tưởng khuếch đại, nhưng đôi khi kích động hoặc cấu kình, kèm theo tác phong xâm phạm và ý tưởng bị truy hại. Trong nhiều trường hợp đều có sự tăng năng lượng, hoạt động quá mức, sự tập trung chú ý bị rối loạn và mất khả năng ức chế xã hội bình thường. Có thể có hoang tưởng liên hệ, tự cao hay truy hại. Các triệu chứng điển hình hơn của tâm thần phân liệt như ý nghĩ bị phát thanh, bị các lực lượng xa lạ đang kiểm tra họ, ảo thanh bình luận và phê phán bệnh nhân, các hoang tưởng kỳ quái v.v... tồn tại rõ nét.

+ Bệnh thường khởi phát cấp diễn với những rối loạn phong phú, tác phong rối loạn nặng nề, việc phục hồi hoàn toàn thường xuất hiện trong vài tuần.

Các nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán:

- Khí sắc hưng phấn phải nổi bật rõ rệt, nếu ít rõ rệt thì thường kết hợp tính cấu kình hoặc tính kích động tăng lên.

- Trong cùng một giai đoạn bệnh phải có ít nhất một hay tốt hơn là hai triệu chứng tâm thần phân liệt điển hình rõ ràng (như đã biệt định cho tâm thần phân liệt F20...).

2. Rối loạn phân liệt cảm xúc, loại trầm cảm (F25.1)

Một rối loạn trong đó có các triệu chứng tâm thần phân liệt và trầm cảm, cả hai đều nổi bật lên trong cùng một giai đoạn của bệnh.

- Khí sắc trầm thường kèm theo nhiều triệu chứng trầm cảm đặc trưng, tác phong bất thường như chậm chạp, mất ngủ, mất năng lượng, ăn mất ngon, sút cân, thu hẹp các mối quan tâm, giảm sút sự tập trung chú ý, các ý tưởng bị tội, thất vọng và tự sát v.v...

Đồng thời trong cùng một giai đoạn có những triệu chứng tâm thần phân liệt điển hình như: ý tưởng bị phát thanh, những lực lượng xa lạ đang tìm cách kiểm tra họ. Bệnh nhân có thể khẳng định rằng họ đang bị rình mò, nghe tiếng nói không những gièm pha hoặc buộc tội họ mà còn muốn giết họ, tiếng nói thảo luận với nhau để xử lý việc này.

- Các giai đoạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm thường ít phong phú và ít dễ sợ hơn các giai đoạn phân liệt cảm xúc loại hưng cảm, nhưng chúng có khuynh hướng kéo dài lâu hơn và tiên lượng ít thuận lợi hơn.

- Đa số các bệnh nhân hồi phục hoàn toàn, một số có khả năng chuyển sang dị tật phân liệt.

*** Nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán :**

- Phải có trầm cảm nổi bật, ít nhất có hai triệu chứng trầm cảm đặc trưng kết hợp với hành vi tác phong dị thường như đã ghi trong giai đoạn trầm cảm (F32...).

- Trong cùng một giai đoạn bệnh ít nhất phải có một và tốt hơn là hai triệu chứng tâm thần phân liệt điển hình xuất hiện rõ ràng (như đã biệt định cho tâm thần phân liệt F20...)

3. Rối loạn phân liệt cảm xúc, loại hỗn hợp (F25.2)

Các rối loạn trong đó các triệu chứng phân liệt (F20.) cùng tồn tại với những triệu chứng của rối loạn cảm xúc lưỡng cực hỗn hợp (F31.6): triệu chứng trầm cảm và hưng cảm có thể chuyển đổi một cách nhanh chóng từ ngày này sang ngày khác hay từ giờ này sang giờ khác.

4. Rối loạn phân liệt cảm xúc khác (F25.8)

Chỉ chẩn đoán thể này khi trong bệnh cảnh lâm sàng không đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán của bất kỳ mục nào khác ở trên.

IV. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, nước tiểu thường quy
- Điện não đồ, lưu huyết não, siêu âm Doppler mạch máu não
- Điện tâm đồ, X-quang tim phổi,
- Trắc nghiệm tâm lý: Test Beck, Zung, MMSE, MMPI,....
- Các xét nghiệm chuyên khoa khác.

V. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Nguyên nhân của bệnh chưa rõ ràng vì vậy chủ yếu là điều trị triệu chứng bằng các thuốc chống loạn thần, các thuốc chống trầm cảm và các thuốc điều chỉnh khí sắc.

- Điều trị phối hợp nhiều liệu pháp: thuốc, tâm lý, thích ứng xã hội v.v... Chẩn đoán sớm và điều trị tích cực đợt cấp tính đầu tiên. Sau khi ra viện phải tiếp tục theo dõi, quản lý, điều trị củng cố và điều trị dự phòng chống tái phát.

- Cần phải điều trị nội trú cho những bệnh nhân có những triệu chứng loạn thần nặng, có những hành vi nguy hiểm cho bản thân và người khác. Tùy từng trường hợp, tùy từng thể bệnh mà có thể dùng từng loại thuốc đơn lẻ hay phối hợp thuốc. Một số trường hợp có thể tiến hành sốc điện (trầm cảm tự sát, kích động dữ dội, kháng thuốc v.v...).

- Bệnh tiến triển thường có tính chất chu kỳ, các đợt tái phát thường liên quan đến các yếu tố không thuận lợi, do đó phải điều trị và quản lý lâu dài tại cộng đồng. Thầy thuốc phối hợp với gia đình trong việc điều trị ngoại trú. Phát hiện sớm các dấu hiệu tái phát, kiểm soát stress, cần có sự nâng đỡ chăm sóc của người thân để bệnh nhân hòa nhập tốt với gia đình và xã hội.

2. Điều trị hóa dược: lựa chọn một trong các nhóm thuốc an thần kinh sau:

- Thuốc an thần kinh cổ điển:

+ Haloperidol

Liều 5 - 30 mg/ngày, tiêm bắp hoặc uống.

+ Aminazin	Liều 25 - 100 mg/ngày, tiêm bắp
+ Levomepromazin	Liều 50 - 250 mg/ngày
- Thuốc an thần kinh không điển hình:	
+ Risperidon	Liều 2 - 6 mg/ngày
+ Olanzapine	Liều 5 - 20 mg/ngày
+ Quetiapin	Liều 100 - 800 mg/ngày
+ Clozapin	Liều 50 - 800 mg/ngày
+ Sulpiride	Liều 100 - 800 mg/ngày

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

3. Điều trị phối hợp: khi có rối trầm cảm, lo âu, rối loạn khí sắc, bồn chồn, bức rứt.

- Thuốc chống trầm cảm:
 - + Nhóm chống trầm cảm 3 vòng: Amitriptiline.....
 - + Nhóm SSRI: Sertralin, citalopam, Escitalopam
 - + Nhóm khác: Mitazapin ...
- Nhóm giải lo âu benzodiazepine:
 - + Diazepam Liều 10mg - 20mg/ngày
- Nhóm điều chỉnh khí sắc:
 - + Carbamazepin Liều 400 - 800 mg/ngày.
 - + Valproat Liều 400 - 2000 mg/ngày.
 - + Oxcarbamazepin Liều 300 - 900 mg/ngày
 - + Topiramát Liều 50 – 300 mg/ngày
- Thuốc nuôi dưỡng tế bào thần kinh: Piracetam, Ginkgo biloba.....
- Thuốc hỗ trợ gan.....

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

- Bệnh lần đầu.
- Bệnh tái phát: Có một trong các triệu chứng sau.
- Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.
- Không chịu uống thuốc.
- Bệnh lý cơ thể khác đi kèm.
- Bệnh tâm thần khác đi kèm
- Không ngủ.
- Ngờ ngẩn
- Có kèm theo trí nhớ kém.

- Kích động (la hét, ...).
- Rối loạn cảm xúc (có cơn giận dữ, tự cào cấu, tấn công người khác).
- Rối loạn tư duy Tư duy (lẫn bầm một mình, không có ngôn ngữ hoặc chỉ phát âm nhưng từ đơn giản mà cả bản thân cũng không hiểu)
- Rối loạn hành vi tác phong (đi lại lung tung, phá phách, đứng ngòai không yên...)
- Rối loạn vận động (vận động kém, có khi không đi được, hành động định hình lặp đi lặp lại)

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 20 ngày điều trị.
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 3-4 ngày khi hết các triệu chứng loạn thần và cho xuất viện.
- Đêm ngủ yên.
- Hết các triệu chứng loạn thần.
- Hết kích động.
- Hết rối loạn cảm xúc
- Tư duy ổn định.
- Hành vi ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế

Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)

Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học. Nhà xuất bản Y học.

Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023) Tâm thần phân liệt. *Tập bài giảng dành cho sau đại học.*

Tâm thần học (1995) Trần Đình Xiêm

Học viện Quân Y (2016), Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản quân đội nhân dân, Hà Nội.

Tổ chức Y tế thế giới (1992), “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”;WHO, Geneva 1992.

Nguyễn Kim Việt (2016), Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016), “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.

Andreas M. (2012), “Schizoaffective Disorder”, Korean J Schizophr Res, pp 5-

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TÂM THẦN THỰC TỒN (F.06)

I. KHÁI NIỆM:

1. Định nghĩa:

Rối loạn tâm thần thực tồn là những rối loạn tâm thần liên quan trực tiếp đến những tổn thương thực thể não (u não, viêm não, thoái hoá não...) hay những bệnh ngoài não (bệnh nội khoa, nội tiết, nhiễm trùng, nhiễm độc, rối loạn chuyển hoá...) ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của não bộ.

2. Các biểu hiện thường hay gặp là:

- Ảo giác thực tồn: (F06.0) với các trạng thái ảo giác dai dẳng hoặc tái diễn, thường ảo thanh hoặc ảo thị xảy ra trong trạng thái ý thức sáng sủa mà người bệnh có hay không thừa nhận, Hoang tưởng có thể hình thành từ những ảo giác, nhưng sự thấu hiểu vẫn được duy trì.

- Rối loạn căng trương lực thực tồn: (F06.1) với biểu hiện sững sờ, giảm nhiều hoặc mất các vận động tự chủ và lời nói, giữ nguyên tư thế, chống đối, có thể kèm theo sự hưng phấn căng trương lực.

- Hoang tưởng thực tồn: (F06.2) với các hoang tưởng dai dẳng hoặc tái diễn chiếm ưu thế trên bệnh cảnh lâm sàng, có thể kèm theo ảo giác nhưng không hạn chế vào nội dung của ảo giác.

- Rối loạn lo âu thực tồn: (F06.4) là những nét đặc trưng của rối loạn lo âu lan toả, hay rối loạn hoảng sợ.

- Rối loạn cảm xúc thực tồn: (F06.6) với các biểu hiện đặc trưng của cảm xúc không kìm chế, cảm xúc không ổn định rõ rệt và dai dẳng, sự mệt mỏi và một số cảm giác cơ thể khó chịu.

- Ngoài ra ít gặp hơn là (Rối loạn khí sắc thực tồn: F06.3), (Rối loạn phân ly thực tồn: F06.5), (Rối loạn nhận thức: F06.7), (Rối loạn tâm thần biệt định khác do tổn thương và rối loạn chức năng não do bệnh cơ thể: F06.8), (Rối loạn tâm thần không biệt định do tổn thương não và rối loạn chức năng não và bệnh cơ thể), (Rối loạn nhân cách và hành vi do tổn thương và rối loạn chức năng não F07).

II. CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY RA RỐI LOẠN TÂM THẦN THỰC TỒN

1. Các nguyên nhân tổn thương ở não

Chấn thương sọ não, tai biến mạch máu não, xơ vữa mạch não, u não, viêm não, viêm màng não, thoái hoá não (Bệnh Alzheimer, bệnh Pick, bệnh Creutzfeldt-Jacob, bệnh HIV...).

2. Các nguyên nhân ngoài não

2.1. Các bệnh cơ thể không nhiễm khuẩn:

- Viêm loét dạ dày - tá tràng, viêm đại tràng mạn tính
- Xơ teo gan cấp, thoái hoá gan - não (bệnh Wilson)
- Suy thận tăng urê huyết; Suy tim, nhồi máu cơ tim

- Bệnh thiếu máu ác tính - Bệnh luput ban đỏ hệ thống
- Bệnh suy dinh dưỡng, thiếu vitamin PP, vitamin B12

2.2. Các bệnh nhiễm khuẩn

- Thấp khớp cấp, viêm nội tâm mạc bán cấp (Osler)
- Sốt rét ác tính (thể não, thể phổi)
- Viêm phổi do virus, bệnh lao phổi - Bệnh viêm gan siêu vi trùng
- Nhiễm trùng hậu sản - Nhiễm HIV/AIDS

2.3. Các bệnh nội tiết

Bệnh Basedow (cường giáp), bệnh suy giáp; Bệnh Cushing, Addison; Bệnh tiểu đường

2.4. Các nguyên nhân do nhiễm độc

- Nhiễm độc rượu mãn tính gây ra sảng rượu; hoang tưởng, ảo giác do rượu, Korsakop do rượu...
- Nghiện ma túy
- Ngộ độc chì, thủy ngân, oxyt cacbon, photpho, mangan...
- Atropine, barbiturat, cafein, cyclodol...

III. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN THỰC TỒN (THEO ICD – 10):

1. Có bằng chứng về bệnh lý thực thể tại não và các bệnh lý cơ thể trước đó (dựa trên tiền sử, bệnh sử, triệu chứng lâm sàng, kết quả xét nghiệm-cận lâm sàng).
2. Tìm thấy mối liên hệ về thời gian (nhiều tuần hoặc vài tháng) giữa các bệnh lý thực thể với sự khởi phát và tiến triển của các triệu chứng rối loạn tâm thần.
3. Sự hồi phục của rối loạn tâm thần tiếp theo sự mất đi hoặc thuyên giảm của tổn thương tại não và ngoài não.
4. Không có một bằng chứng gợi ý về nguyên nhân xen kẽ của hội chứng tâm thần (như tiền sử gia đình nặng nề về bệnh tâm thần phân liệt, hoặc bệnh lý do stress thúc đẩy).

IV. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, nước tiểu thường quy
- Điện não đồ, lưu huyết não, siêu âm Doppler mạch máu não
- Điện tâm đồ, X-quang tim phổi,
- Trắc nghiệm tâm lý: Test Beck, Zung, MMSE, MMPI,....
- Các xét nghiệm chuyên khoa khác.

V. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị

1.1. Điều trị nguyên nhân thực tồn tại não và các bệnh lý cơ thể khác:

+ Điều trị nguyên nhân gây nên rối loạn tâm thần là chính, đó là các rối loạn tại não hoặc ảnh hưởng tới não gây rối loạn

+ Đi đôi với điều trị nguyên nhân và điều trị triệu chứng rối loạn tâm thần cần chú ý chăm sóc, nuôi dưỡng, nâng cao thể trạng, tăng cường sức đề kháng của cơ thể nhằm hỗ trợ cho người bệnh chóng hồi phục.

1.2. Điều trị các rối loạn tâm thần:

Tuỳ từng hội chứng hay triệu chứng mà sử dụng thuốc ATK, thuốc CTC, thuốc chỉnh khí sắc, thuốc giải lo âu gây ngủ cho phù hợp.

Chú ý: Bệnh nhân rối loạn tâm thần thực tồn khả năng dung nạp thuốc kém, nên khi sử dụng các thuốc hướng thần điều trị cần chú ý:

+ Chọn loại thuốc ít gây ra tác dụng phụ và biến chứng về cơ thể, đặc biệt về tim mạch, gan thận... Không nên dùng các thuốc ATK, CTC điển hình vì có nhiều tác dụng phụ. Nên dùng thuốc ATK, CTC thế hệ mới (không điển hình)

+ Ban đầu dùng liều thấp, tăng dần đến khi có hiệu quả, thường dùng liều thấp hơn so với liều thông thường.

+ Chọn liều phải tăng dần từ thấp đến liều có hiệu quả phù hợp với từng cá thể.

+ Cần theo dõi thường xuyên chặt chẽ về cơ thể, thể dịch để tránh những tác dụng phụ và tai biến do thuốc gây ra.

+ Đi đôi với điều trị nguyên nhân và điều trị triệu chứng rối loạn tâm thần cần chú ý chăm sóc, nuôi dưỡng, nâng cao thể trạng, tăng cường sức đề kháng của cơ thể nhằm hỗ trợ cho người bệnh chóng hồi phục.

2. Điều trị hóa dược:

a. Dấu hiệu hoang tưởng, ảo giác, căng trương lực, hưng cảm thực tồn

- Thuốc an thần kinh không điển hình: dùng liều thấp

+ Risperidone Liều 1 - 6 mg/ngày

+ Olanzapine Liều 5 - 10 mg/ngày

+ Clozapine Liều 25 - 300 mg/ ngày

+ Quetiapin Liều 50 - 800 mg/ngày

+ Haloperidol Liều 0.5 - 20 mg/ngày

b. Điều trị phối hợp: khi có rối trầm cảm, lo âu, rối loạn khí sắc, bồn chồn, bức rứt, suy nhận thức.

- **Thuốc chống trầm cảm:** lựa chọn một trong các thuốc sau:

+ Amitrityline Liều 25 - 150 mg/ngày

+ Sertraline Liều 50 - 200 mg/ ngày.

+ Venlafaxin	Liều 75 - 375 mg/ngày.
+ Mirtazapin	Liều 15 - 45 mg/ngày.
+ Citalopam	Liều 10 - 40 mg/ngày.
+ Escitalopam	Liều 10 - 40 mg/ngày.

* **Lưu ý: Trầm cảm nặng:** phối hợp thuốc chống trầm cảm với an thần kinh.

- Thuốc giải lo âu:

+ Diazepam	Liều 5mg - 20mg/ngày
------------	----------------------

- Trạng thái cảm xúc không ổn định: kết hợp thuốc chĩnh khí sắc sau:

+ Valproat	Liều 200 - 2500 mg/ngày
+ Carbamazepin	Liều 100 - 1600 mg/ngày
+ Oxcarbamazepin	Liều 300 - 2400 mg/ngày
+ Levetiracetam	Liều 500mg - 1500 mg/ngày

- Triệu chứng suy nhận thức:

+ Galantamin	Liều 8 - 24 mg/ngày
--------------	---------------------

- Thuốc bồi dưỡng thần kinh, tăng cường tuần hoàn não:

+ Piracetam	Liều 400 - 1200 mg/ngày
+ Ginkgo biloba	Liều 80 - 120 mg/ ngày

- **Nâng cao thể trạng:**

- Các loại Vitamin, các Acid amin, bồi phụ nước-điện giải khi cần thiết.

- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng cho người bệnh.

- Phục hồi chức năng càng sớm càng tốt, phòng chống loét, bội nhiễm.

* **TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

- Bệnh lần đầu.
- Bệnh tái phát: Có một trong các triệu chứng sau.
- Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.
- Đêm không ngủ.
- Không chịu uống thuốc.

Ảo giác (vd: nghe có người nói chuyện bên tai, nhìn thấy hình người đứng trước mặt...) .

- Hoang tưởng (nghe có người hại mình, nhập mình, đầu độc mình,.....)
- Phủ định bệnh (cho mình là không có bệnh nhưng thật chất là có bệnh)
- Bồn chồn không yên.
- Buồn chán, đau nhức nhiều.

- Lo âu, sợ sệt không lý do.
- Căng thẳng không lý do.
- Có kèm theo sa sút trí tuệ.
- Kích động (la hét, chửi bới, mọi người...).
- Rối loạn tư duy (cười, nói lảm bảm một mình vô không rõ nội dung....)
- Rối loạn hành vi tác phong (đi lại nhiều trong đêm, lục phá đồ đạc lung tung.....).

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 18 ngày điều trị.
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 2-3 ngày khi hết các triệu chứng loạn thần và cho xuất viện.
- Đêm ngủ yên.
- Hết các triệu chứng loạn thần, ảo giác, hoang tưởng.
- Hết kích động.
- Hết lo âu, buồn chán.
- Tư duy ổn định.
- Hành vi ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế**
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học.** Nhà xuất bản Y học.
4. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Loạn thần thực tồn, *Tập bài giảng dành cho sau đại học.*
5. **Học viện Quân Y (2016),** Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản quân đội nhân dân, Hà Nội.
6. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2000),** Rối loạn tâm thần thực tồn. *Tập bài giảng dành cho sau đại học.*
7. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
8. **David A., et al (2010),** Tâm thần học người già, Nhà xuất bản Y học, 2014. Sách dịch Nguyễn Kim Việt biên dịch
9. **Tổ chức Y tế thế giới (1992),** “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”;WHO, Geneva 1992.
10. **Nguyễn Kim Việt (2016),** Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
11. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016),** “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.
12. **Nguyễn Kim Việt (2000),** Rối loạn tâm thần thực tồn, Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội.
13. **American Psychiatric Association (2013).** Opioid dependence. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5, American Psychiatric.
14. **American Psychiatric Association (2013).** Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV.
15. **American Psychiatric Association (1994).** *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition.*
16. **Jinsoo C., Theo C. M. (2017),** “Current Treatments for Delusional Disorder”, Psychiatry, pp 5-20
17. **Kaplan & Sadock’s.** Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CHẬM PHÁT TRIỂN TÂM THẦN (F70-F79)

I. ĐỊNH NGHĨA:

- Chậm phát triển tâm thần là một trạng thái phát triển bị ngừng trệ hay không đầy đủ của tâm thần, được đặc trưng chủ yếu bằng tật chứng về kỹ năng trong thời kỳ phát triển, bao gồm cả kỹ năng nhận thức, ngôn ngữ, học tập, lao động, xã hội, chăm sóc bản thân. Tỷ lệ gặp chậm phát triển tâm thần trong dân số chung là 1 - 3%.

- Chậm phát triển có thể kèm hoặc không kèm rối loạn cơ thể hoặc tâm thần khác. Chậm phát triển tâm thần có thể mắc đồng diễn các rối loạn tâm thần.

II. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

1. Chẩn đoán chậm phát triển tâm thần mức độ nhẹ:

- Khả năng tư duy: có tư duy mô tả cụ thể, thiếu sáng kiến, khả năng phân tích tổng hợp kém. Biết nói chậm, nhưng có khả năng sử dụng ngôn ngữ trong những giao tiếp hằng ngày.

- Có khả năng học tiểu học, nhưng khó khăn trong học lý thuyết.

- Cảm xúc: có cảm xúc cấp cao nhưng thiếu tự lập, không đủ khả năng giải quyết nội tâm, thường phụ thuộc vào bố mẹ.

- Hành vi tác phong: có khả năng tự chăm sóc cá nhân, làm được các công việc đơn giản, thích nghi được với môi trường xã hội nhưng cần có người trợ giúp.

- Chỉ số IQ: 50-69

2. Chẩn đoán chậm phát triển tâm thần mức độ trung bình:

- Khả năng tư duy: có thể có tư duy khái quát thô sơ, không có tư duy trừu tượng, không hiểu được ý chính của vấn đề, khả năng phán đoán nghèo nàn, chậm biết nói, chậm hiểu, ngôn ngữ đơn giản, phát âm sai, nói lắp, nói ngọng, khó hình thành ngôn ngữ viết.

- Cảm xúc: không ổn định.

- Hành vi tác phong: có thể làm công việc đơn giản, không làm được những công việc có tính máy móc, không thay đổi được theo hoàn cảnh. Cần sự trợ giúp và hướng dẫn.

- Chỉ số IQ: 35- 49

3. Chẩn đoán chậm phát triển tâm thần mức độ nặng:

- Tư duy: Không có ngôn ngữ hoặc chỉ phát âm nhưng từ đơn giản mà cả bản thân cũng không hiểu.

- Cảm xúc: chỉ có cảm xúc bản năng, thỏa mãn bản thân, bài tóa cảm xúc thô sơ.

- Hành vi tác phong: chỉ có những hoạt động bản năng, những phản ứng thô sơ, cần người trợ giúp hoạt động chăm sóc bản thân.

- Thường có những bệnh lý về cơ thể hoặc tâm thần khác đi kèm.

- Chỉ số IQ: 20 - 34.

4. Chẩn đoán chậm phát triển tâm thần mức độ trầm trọng:

- Tư duy: không có khả năng nhận thức, không có khả năng phản ứng với các kích thích đơn giản.
- Cảm xúc: hoàn toàn là cảm xúc bản năng, có cơn giận dữ, tự cào cấu hay tấn công người khác.
- Vận động kém, có khi không đi được, hành động định hình lặp đi lặp lại.
- Thường có những bệnh lý về cơ thể, thần kinh hoặc tâm thần khác đi kèm.
- Chỉ số IQ: < 20.

III. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu thường quy
- Điện não đồ, lưu huyết não, siêu âm Doppler mạch máu não
- Điện tâm đồ, X-quang tim phổi,
- Các xét nghiệm chuyên khoa khác.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Việc điều trị dựa trên đánh giá nhu cầu xã hội, giáo dục, tâm thần và môi trường.
- CPTTT thường có liên quan với một loạt các rối loạn tâm thần khác kết hợp nên cần điều trị chuyên biệt và hỗ trợ tâm lý xã hội.
- Điều trị CPTTT là quá trình lâu dài và phức tạp, đòi hỏi sự quan tâm của gia đình, xã hội. Chủ yếu là ngoại trú, tại các trung tâm y tế giáo dục, các bệnh viện ban ngày...
- Việc điều trị tại cộng đồng tạo điều kiện cho người bệnh phục hồi chức năng và tái thích ứng xã hội, tuy vậy khả năng phục hồi còn rất hạn chế, chỉ phát huy được những tiềm năng còn sót lại, làm cho trẻ có những tiến bộ về vận động, ngôn ngữ...

2. Điều trị hóa dược:

- Việc điều trị CPTTT bằng thuốc chỉ đóng vai trò thứ yếu và chỉ là điều trị triệu chứng
- Nếu trẻ có lo âu căng thẳng, sợ hãi, có thể dùng các thuốc giải lo âu:
 - + Diazepam Liều 0,5mg/kg cân nặng/ngày.
- Đối với trẻ có trạng thái kích động, rối loạn hành vi tác phong, rối loạn khí sắc, ám ảnh có thể dùng các thuốc sau:
 - + Haloperidol liều lượng tùy theo tuổi và từng cá thể trẻ em.
- Thuốc an thần kinh không điển hình: lựa chọn một trong thuốc sau:

- * TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

- Bệnh lần đầu.
- Bệnh tái phát: Có một trong các triệu chứng sau.
- Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.
- Không chịu uống thuốc.
- Bệnh lý cơ thể khác đi kèm.
- Bệnh tâm thần khác đi kèm
- Không ngủ.
- Ngờ ngẩn
- Có kèm theo trí nhớ kém.

- Kích động (la hét, ...).
- Rối loạn cảm xúc (có cơn giận dữ, tự cào cấu, tấn công người khác).
- Rối loạn tư duy Tư duy (lẫn bầm một mình, không có ngôn ngữ hoặc chỉ phát âm nhưng từ đơn giản mà cả bản thân cũng không hiểu)
- Rối loạn hành vi tác phong (đi lại lung tung, phá phách, đứng ngồi không yên...)
- Rối loạn vận động (vận động kém, có khi không đi được, hành động định hình lặp đi lặp lại)

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 16 ngày điều trị.
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 3-4 ngày khi các triệu chứng loạn thần giảm và cho xuất viện.
- Đêm ngủ yên.
- Hết các triệu chứng loạn thần.
- Hết kích động.
- Hết rối loạn cảm xúc
- Tư duy ổn định.
- Hành vi ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị** ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016)**, *Bài giảng tâm thần học*. Nhà xuất bản Y học.
4. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Châm phát triển tâm thần, *Tập bài giảng dành cho sau đại học*.
5. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
6. **Tổ chức Y tế thế giới (1992)**, “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”;WHO, Geneva 1992.
7. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2000)**, Rối loạn tâm thần thực tồn. *Tập bài giảng dành cho sau đại học*.
8. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007)**, Tâm thần học và tâm lý học. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
9. **Daniel R. R., Larry J. S., et al (2014)**, “Schizotypal personality disorders: a current review”, New York, pp 1-10.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ GIAI ĐOẠN HUNG CẢM (F30)

I. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA BỆNH:

Biểu hiện bằng một sự hưng phấn toàn bộ hoạt động tâm thần, bao gồm:

- Cảm xúc hưng phấn: khí sắc tăng, vui vẻ, bệnh nhân cảm thấy khoan khoái dễ chịu, đầy sinh lực, có thể đi từ trạng thái khoái cảm đến hưng dữ hay đùa cợt. Bệnh nhân nhìn xung quanh thấy vui tươi, sáng sủa, thú vị, lạc quan về tiền đồ.

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

- Vận động hưng phấn: vẻ mặt rất biểu cảm, đứng ngồi không yên, hay liếc mắt với người khác, ít ngủ, ăn uống ít, dễ tiếp xúc, thân mật với mọi người thái quá, chi tiêu không tính toán, không biết e thẹn nên hay có những hành vi lỗ mãng, khiêu dâm, đáng đi thì điệu bộ, đi đứng như là đang đi diễu binh. hoạt động, can thiệp vào mọi việc không biết mệt mỏi. Thường là không kích động, chỉ kích động khi nào kiệt sức hay có bệnh nhiễm khuẩn và bệnh cơ thể kèm theo.

Phân loại theo ICD 10 gồm:

- Hưng cảm nhẹ.
- Hưng cảm vừa.
- Hưng cảm nặng có các triệu chứng loạn thần.

II. CHẨN ĐOÁN: TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN THEO ICD-10

- F30.0 Giai đoạn hưng cảm nhẹ

+ Khí sắc tăng hoặc dễ bị kích thích đến một mức độ hoàn toàn không bình thường đối với người bệnh và duy trì như vậy trong ít nhất 4 ngày liên tiếp

+ Ít nhất 3 trong số các dấu hiệu sau phải có mặt, dẫn đến rối loạn hoạt động chức năng cá nhân trong cuộc sống hàng ngày:

1. Tăng hoạt động hoặc đứng ngồi không yên
2. Nói nhiều
3. Phân tán tư tưởng hoặc khó tập trung
4. Giảm nhu cầu ngủ
5. Tăng hoạt động tình dục
6. Tiêu pha hơi nhiều, hoặc có hành vi liều lĩnh, vô trách nhiệm
7. Tăng giao tiếp xã hội hoặc quá suồng sã.

+ Giai đoạn này không đáp ứng các tiêu chuẩn của hưng cảm (F30.1 và F30.2), rối loạn cảm xúc lưỡng cực (F31.-), giai đoạn trầm cảm (F32.-), rối loạn khí sắc chu kỳ (F34.0) hoặc chán ăn tâm thần (F50.0).

+ Nhóm các bệnh để loại trừ hay được đặt ra nhất. Giai đoạn này không thể gắn với việc sử dụng chất tác động tâm thần (F10 - F19) hoặc với bất kỳ một rối loạn tâm thần thực tồn nào (trong nhóm F00 - F09).

- F30.1 Giai đoạn hưng cảm không có triệu chứng loạn thần

+ Khí sắc tăng phải chủ đạo hoặc cấu kinh và hoàn toàn không bình thường đối với người bệnh. Sự thay đổi khí sắc phải chiếm ưu thế và duy trì được trong vòng ít nhất 1 tuần (trừ khi nó quá trầm trọng đến nỗi cần phải nhập viện).

+ Ít nhất 3 trong các dấu hiệu sau phải có mặt (4 dấu hiệu nếu khí sắc chỉ dễ bị kích thích) dẫn đến rối loạn trầm trọng hoạt động chức năng cá nhân trong cuộc sống hàng ngày:

1. Tăng hoạt động hoặc đứng ngồi không yên
2. Nói nhiều (“tư duy dồn dập”)
3. Các ý nghĩ thay đổi rất nhanh hoặc có trải nghiệm chủ quan về tư duy phi tán
4. Mất sự kiềm chế về mặt xã hội, gây ra hành vi không phù hợp với hoàn cảnh
5. Giảm nhu cầu ngủ
6. Tự cao hoặc ý tưởng khuếch đại
7. Phân tán hoặc thay đổi liên tục trong hoạt động hoặc trong các kế hoạch
8. Có hành vi ngông cuồng hoặc liều lĩnh mà bệnh nhân không nhận thấy những nguy cơ của chúng, Vd tiêu pha hoang phí, đầu tư bừa bãi, lái xe liều lĩnh
9. Tăng hoạt động tình dục hoặc phô trương tình dục.

- Không có các ảo giác hoặc hoang tưởng, mặc dù rối loạn tri giác có thể xảy ra (VD tăng thính lực, đánh giá màu sắc đặc biệt sinh động).

- Nhóm các rối loạn để loại trừ thường được đặt ra nhất. Giai đoạn này không thể gắn với việc sử dụng các chất tác động tâm thần (F10-F19) hoặc bất kỳ một số rối loạn tâm thần thực tồn nào (trong nhóm F00 - F09).

- F30.2 Giai đoạn hưng cảm với các triệu chứng loạn thần

+ Giai đoạn này đáp ứng các tiêu chuẩn đối với hưng cảm không có triệu chứng loạn thần (F30.1) với ngoại trừ tiêu chuẩn C

+ Giai đoạn này không đáp ứng đồng thời các tiêu chuẩn đối với bệnh tâm thần phân liệt (F20.0 - F20.3) hoặc rối loạn loại phân liệt cảm xúc thể hưng cảm.

+ Các hoang tưởng hoặc ảo giác xuất hiện, ngoài những loại đã được liệt kê như là những hoang tưởng, ảo giác điển hình của tâm thần phân liệt (hoang tưởng tự cao, hoang tưởng liên hệ, hoang tưởng bị truy hại, ảo giác thính giác, ...)

Nhóm các bệnh để loại trừ thường được đặt ra. Giai đoạn này không thể gắn với việc sử dụng chất tác động tâm thần (F10 - F19) hoặc với bất kỳ một rối loạn tâm thần thực tồn nào (trong nhóm F00 - F09).

- **F30.8 Các giai đoạn hưng cảm khác**

- **F30.9 Giai đoạn hưng cảm không biệt định**

III. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, nước tiểu thường quy
- Điện não đồ, lưu huyết não, siêu âm Doppler mạch máu não
- Điện tâm đồ, X-quang tim phổi,
- Trắc nghiệm tâm lý: Test Beck, Zung, MMPI,....
- Các xét nghiệm chuyên khoa khác.

IV. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ:

- Phát hiện sớm điều trị kịp thời.
- Xác định rõ mức độ hưng cảm.
- Lựa chọn thuốc phù hợp với trạng thái của bệnh.
- Kết hợp thuốc cho phù hợp.
- Điều trị duy trì ít nhất 06 tháng để đề phòng bệnh tái phát.

V. ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ:

1. Điều trị hóa được: lựa chọn thuốc và liều điều tùy thuộc vào từng cá thể.

*** Điều trị giai đoạn cấp:**

- Thuốc chỉnh khí sắc: lựa chọn một trong các thuốc sau:

+ Valproate Liều 1200 - 2000 mg/ngày, liều tối đa 60mg/kg/ngày

+ Cacbamazepin Liều 400 - 1200 mg/ngày

+ Oxcarbazepine Liều 1200 - 600 mg/ngày

+ Topiramate Liều 50 - 400 mg/ngày

+ Gabapentin Liều 300 - 1800 mg/ngày

- Thuốc an thần kinh cổ điển:

+ Haloperidol Liều 5 - 30 mg/ngày, tiêm bắp hoặc uống.

+ Aminazin Liều 25 - 100 mg/ngày, tiêm bắp.

+ Levomepromazin Liều 50 - 250 mg/ngày.

- Thuốc an thần kinh không điển hình: lựa chọn một trong các thuốc sau:

+ Risperidon Liều 2 - 6 mg/ngày.

+ Olanzapine Liều 5 - 20 mg/ngày.

- + Quetiapin (Seroquel) Liều 100 - 800 mg/ngày
- + Clozapin Liều 50 - 800 mg/ngày
- + Sulpiride Liều 100 - 800 mg/ngày
- Thuốc nhóm Benzodiazepine:
- + Diazepam Liều 10 mg - 20 mg/ngày.
- + Clonazepam Liều 1 - 4 mg/ngày.
- Thuốc nuôi dưỡng tế bào thần kinh: Piracetam, Ginkgo biloba.....
- Thuốc hỗ trợ gan: Kahagan.....

2. Sốc điện: Chỉ định ở trường hợp hưng cảm nặng, kháng trị.

3. Điều trị dự phòng:

- Việc can thiệp sớm có vai trò quan trọng trong việc phục hồi chức năng xã hội nghề nghiệp, cũng như giảm gánh nặng do bệnh tật gây ra.

- Tuân thủ điều trị giúp giảm sự tái phát bệnh, giảm tỉ lệ nhập viện cũng như mức độ nặng của giai đoạn rối loạn khí sắc.

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:** Có ít nhất 3-4 dấu hiệu sau

- Bệnh lần đầu.
- Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.
- Không chịu uống thuốc.
- Mất ngủ hoặc giảm nhu cầu ngủ.
- Hoang tưởng tự cao (cho là mình tài giỏi, giàu có, có phát minh, ý tưởng khuếch đại....)
- Tăng hoạt động hoặc đứng ngồi không yên
- Khí sắc tăng (lúc vui vẻ quá mức bình thường)
- Rối loạn tư duy (Nói nhiều, phi tán, nhịp nhanh, dồn dập, nói chuyện liêng thiêng, hết chuyện nọ sang chuyện kia...)
- Rối loạn hành vi tác phong (lãng xãng, gây hấn, tiêu pha hoang phí, đầu tư bữa bãi, lái xe liều lĩnh...)

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 18 ngày điều trị.
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 4-5 ngày khi hết các triệu chứng loạn thần và cho xuất viện.
- Đêm ngủ yên.
- Hết các triệu chứng loạn thần.
- Khí sắc cảm xúc ổn định
- Tư duy ổn định.
- Hành vi ổn định

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế**
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học.** Nhà xuất bản Y học.
4. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023) Tâm thần học. Tập bài giảng dành cho sau đại học.**
5. **Tâm thần học (1995) Trần Đình Xiêm**
6. **Tổ chức Y tế thế giới (1992), “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”;WHO, Geneva 1992.**
7. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007), Tâm thần học và tâm lý học.** Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
8. **Jochim, J., Rifkin-Zybutz, R., Geddes, J., et al (2019).** Valproate for acute mania. Cochrane Database of Systematic Reviews.
9. **Update 2009 on the Treatment of Acute Mania. The World Journal of Biological Psychiatry. 10(2); 85-116.**

ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ HÀNH VI KẾT HỢP VỚI THỜI KỲ SINH ĐẼ (F53)

I. TRIỆU CHỨNG:

Dấu hiệu và triệu chứng của rối loạn tâm thần sau khi sinh có thể xuất hiện bất cứ lúc nào nhưng biểu hiện lại khác nhau tùy thuộc vào từng loại.

1. Baby blues

Chỉ xuất hiện có một vài ngày hoặc vài tuần có thể bao gồm:

- Lo âu - Buồn bã - Kích thích
- Khóc lóc - Khó ngủ

2. Trầm cảm sau sinh:

Trầm cảm sau sinh có thể xuất hiện như các baby blues lúc đầu tiên.

Nhưng các dấu hiệu và triệu chứng có cường độ cao hơn và kéo dài.

* Các triệu chứng như:

- Không quan tâm đến vấn đề tình dục - Khó chịu và tức giận
- Thiếu niềm vui trong cuộc sống - Quá mệt mỏi
- Cảm giác xấu hổ hoặc tội lỗi, khóc lóc - Tâm trạng bất an
- Khó khăn khi liên kết với bé, không chăm sóc con. - Mất ngủ
- Suy nghĩ gây tổn thương bé, tự sát. - Ăn không ngon

3. Rối loạn loạn thần sau sinh (thường sau sinh 2-4 tuần):

* Các dấu hiệu và triệu chứng của rối loạn tâm thần sau sinh bao gồm:

- Có hoang tưởng hoặc ảo giác
- Bạo lực đối với đứa trẻ
- nỗ lực để làm hại bản thân hoặc em bé

Chẩn đoán	Nguy cơ
Không có tiền sử bệnh tâm thần, Buồn sau sinh , Trầm cảm nặng	Thấp
Đã từng mắc trầm cảm sau sinh, Rối loạn khí sắc chu kỳ, Trầm cảm nặng tái diễn	Trung bình
Đã từng mắc trầm cảm sau sinh và rối loạn trầm cảm tái diễn, Trầm cảm nặng tái diễn	Cao
Trầm cảm trong thai kỳ, Đã từng mắc rối loạn lưỡng cực , trầm cảm sau sinh	Cao nhất

II. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu thường quy, sinh hóa nước tiểu
- Điện não đồ, lưu huyết não, siêu âm Doppler mạch máu não

- Điện tâm đồ, X-quang tim phổi ,
- Trắc nghiệm tâm lý: Test Beck, Zung, thang đánh giá trầm cảm sau sinh, DASS, ...
- Các xét nghiệm chuyên khoa khác.

III. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ:

1. Phương pháp điều trị bằng thuốc:

1.1. Baby blues

- Diễn biến trong vòng vài ngày đến một tuần, thường là tự khỏi.
- Vấn đề quan trọng nhất là sự giúp đỡ từ gia đình, người thân và bạn bè, kết nối chia sẻ với các bà mẹ khác.
- Tránh uống rượu, có thể làm thay đổi tính tâm trạng tồi tệ hơn.
- Nếu cần, bác sĩ có thể kê toa thuốc tuyến giáp.

1.2. Trầm cảm sau sinh:

Trầm cảm sau sinh thường được tư vấn và điều trị bằng thuốc.

- Tư vấn: giải thích hợp lý về tình trạng bệnh, cách chăm sóc con và bản thân sau sinh, tư vấn về cuộc sống,...
- Thuốc chống trầm cảm: Cần nhắc việc sử dụng thuốc và cho con bú bởi một số thuốc sẽ qua đường sữa mẹ. Nên lựa chọn một trong các loại sau:

- | | |
|---------------------|------------------------|
| + Sertralin | Liều 50 - 200 mg/ngày. |
| + Citalopam | Liều 20 - 40 mg/ngày. |
| + Escitalopam | Liều 10 - 20 mg/ngày. |
| + Venlafaxine | |

* Lưu ý: Thời gian: có thể được dùng cho đến khi một năm.

- Các thuốc điều chỉnh khí sắc: lựa chọn một trong các thuốc sau:

- | | |
|------------------|-------------------------|
| + Valproat | Liều 200 - 1000 mg/ngày |
| + Oxcarbamazepin | Liều 300 - 1200 mg/ngày |
| + Levetiracetam | Liều 500 – 1500 mg/ngày |

- Hormone trị liệu: Estrogen thay thế có thể giúp phục hồi nhanh chóng lượng estrogen giảm khi sinh con, trong đó có thể giảm bớt các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh trầm cảm sau sinh ở một số phụ nữ.

- Sock điện: tác dụng nhanh và an toàn cho con. Được chỉ định trong trường hợp trầm cảm nặng.

Với điều trị thích hợp, trầm cảm sau sinh mất đi trong vòng vài tháng.

Trong một số trường hợp, trầm cảm sau sinh kéo dài đến một năm. Điều quan trọng để tiếp tục điều trị sau khi bệnh nhân bắt đầu cảm thấy tốt hơn, tuy nhiên ngưng điều trị quá sớm chỉ có thể dẫn đến tái phát.

1.3. Rối loạn loạn thần sau sinh:

- Nhập viện điều trị nội trú
- Sử dụng thuốc:
- Thuốc an thần kinh khi có loạn thần (hoang tưởng, ảo giác, rối loạn hành vi):

+ Halopridol Liều 5 - 30 mg/ngày, tiêm bắp hoặc uống.

+ Risperidon Liều 1 - 6 mg/ngày.

+ Olanzapine Liều 5 - 20mg/ngày.

- Thuốc chống trầm cảm: Cần nhắc việc sử dụng thuốc và cho con bú bởi một số thuốc sẽ qua đường sữa mẹ. Nên lựa chọn một trong các loại sau:

+ Sertralin Liều 50 - 200 mg/ngày.

+ Citalopam Liều 20 - 60 mg/ngày.

+ Escitalopam Liều 10 - 20 mg/ngày.

- Sử dụng kết hợp thuốc chỉnh khí sắc:

+ Carbamazepin Liều 400 – 800 mg/ngày.

+ Valproat Liều 400 – 2000 mg/ngày.

- Thuốc giải lo âu, gây ngủ: Diazepam Liều 10 - 20 mg/ngày.

- Liệu pháp sốc điện (ECT) được khuyến cáo là tốt.

Lưu ý:

- Một số thuốc được bài tiết qua đường sữa mẹ nên có thể tác động đến trẻ. Nên cân nhắc tiếp tục cho trẻ dùng sữa mẹ hoặc ăn ngoài.

- Đối với trường hợp trầm cảm nặng hoặc loạn thần sau sinh thì nên cách ly mẹ và con để đảm bảo an toàn cho con. Khi ổn định mới cho tiếp xúc mẹ con và được theo dõi bởi bác sỹ chuyên khoa tâm thần và gia đình.

- Một số trường hợp có thể tái phát bệnh ở những lần sinh nở tiếp theo. Vì vậy cần tư vấn cho gia đình chú ý đến những thay đổi của người mẹ khi sinh đẻ.

* TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:

- Bệnh lần đầu.
- Bệnh tái phát: Có một trong các triệu chứng sau.
- Bệnh không đáp ứng với thuốc điều trị ngoại trú.
- Không chịu uống thuốc
- Mất ngủ hoặc khó ngủ.

- Ăn uống kém ngon.
- Ý nghĩ tự sát.
- Suy nghĩ mình tội lỗi, khóc lóc vô cớ.
- Ảo giác (vd: nghe có người nói chuyện bên tai, nhìn thấy hình người đứng trước mặt...) .
- Hoang tưởng (nghĩ có người hại mình, nhậ mình, điều khiển mình)
- Kích động (la hét, chửi bới, đập phá đồ đạc, đánh người...).
- Rối loạn cảm xúc, khí sắc (dễ cáu gắt, dễ xúc động.....)
- Rối loạn tư duy (cười, nói một mình vô không rõ nội dung....)
- Bạo lực đối với đứa trẻ
- Rối loạn hành vi tác phong (nỗ lực để làm hại bản thân hoặc em bé, nỗ lực để làm hại bản thân hoặc em bé)

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 15 ngày điều trị.
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 3-4 ngày khi các triệu chứng loạn thần giảm và cho xuất viện.
- Đêm ngủ yên.
- Hết các triệu chứng loạn thần.
- Hết kích động.
- Cảm xúc, khí sắc ổn định.
- Tư duy ổn định.
- Hành vi ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế**
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học.** Nhà xuất bản Y học.
4. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Tâm thần học, *Tập bài giảng dành cho sau đại học.*
5. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
6. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007),** Tâm thần học và tâm lý học. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
7. **Tổ chức Y tế thế giới (1992),** “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”;WHO, Geneva 1992.
8. **Jochim, J., Rifkin-Zybutz, R., Geddes, J., et al (2019).** Valproate for acute mania. Cochrane Database of Systematic Reviews.
9. Update 2009 on the Treatment of Acute Mania. The World Journal of Biological Psychiatry. 10(2); 85-116.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN HOẢNG LOẠN (F41.0)

I. CHẨN ĐOÁN

1. Theo tiêu chuẩn ICD-10:

A. Bệnh nhân trải nghiệm các cơn hoảng sợ tái diễn, những cơn này không phải lúc nào cũng kết hợp với một tình huống hoặc một đồ vật nhất định và thường xảy ra tự phát (có nghĩa là các giai đoạn này không thể dự đoán trước). Các cơn hoảng sợ không liên quan với việc tiếp xúc các tình huống nguy hiểm hoặc đe dọa tính mạng.

B. Một cơn hoảng sợ được đặc trưng bởi tất cả tính chất sau:

- (1) Đây là một giai đoạn kín đáo của sự sợ hãi hoặc khó chịu ghê gớm.
- (2) Nó khởi phát đột ngột
- (3) Nó đạt mức độ tối đa vòng vài phút và kéo dài ít nhất vài phút.
- (4) Ít nhất bốn trong số các triệu chứng được liệt kê dưới đây phải có mặt, một trong số đó phải nằm trong các mục từ (a) đến (d).

Các triệu chứng kích thích hệ thực vật:

- (a) Hồi hộp, tim đập mạnh hoặc tăng nhịp tim
- (b) Vã mồ hôi
- (c) Run rẩy
- (d) Khô miệng (không do thuốc hoặc mất nước)

Các triệu chứng vùng ngực và bụng:

- (a) Khó thở
- (b) Cảm giác nghẹn
- (c) Đau hoặc khó chịu ở ngực
- (d) Buồn nôn hoặc khó chịu ở bụng (ví dụ: sôi bụng)

Các triệu chứng liên quan đến trạng thái tâm thần:

- (a) Cảm giác chóng mặt, không vững, ngất hoặc choáng váng
- (b) Cảm giác đồ vật không thật (trí giác sai thực tại) hoặc cảm giác cơ thể ở xa hoặc “không thực sự ở đây” (giải thể nhân cách)
- (d) Sợ bị chết

Các triệu chứng toàn thân

- (a) Có các cơn nóng bừng hoặc ớn lạnh
- (b) Cảm giác tê cóng hoặc kim châm

C. Những chẩn đoán loại trừ hay gặp nhất. Các cơn hoảng sợ không do một bệnh cơ thể, rối loạn tâm thần thực ôn (F00-F09) hoặc các rối loạn tâm thần khác như

tâm thần phân liệt và các rối loạn liên quan (F20-F29), các rối loạn khí sắc [cảm xúc] (F30-F39) hoặc các rối loạn dạng cơ thể (F45.-).

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

- Trong những hoàn cảnh không có sự nguy hiểm khách quan.
- Không giới hạn vào những tình thế đã biết hoặc có thể đoán trước được.
- Tương đối ít có các triệu chứng lo âu giữa các cơn (mặc dù sự lo âu về một cơn sắp tới là hay gặp).

II. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu thường quy
- Tìm chất ma túy trong nước tiểu: test nhanh 4 hoặc 5 chỉ số.
- Điện não đồ, lưu huyết não, siêu âm Doppler mạch máu não
- Điện tâm đồ, X-quang tim phổi,
- Trắc nghiệm tâm lý: Test Beck, Zung, thang DASS, Hamilton, MMPI,....
- Các xét nghiệm chuyên khoa khác.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Chiến lược điều trị tùy thuộc từng cá thể, phụ thuộc vào các vấn đề riêng biệt của từng cá thể. Nhìn chung, điều trị ám ảnh sợ khoảng rộng gồm các nguyên tắc sau:

- Chẩn đoán xác định rối loạn này.
- Giáo dục về lo âu, bao gồm:
 - + Bản chất của lo âu.
 - + Quản lý những đáp ứng tự vệ hoặc những đáp ứng rút lui- thoái lùi.
 - + Vai trò của thở sâu (tăng thông khí) trong lo âu.
 - + Nỗi sợ hãi thông thường bị lưu giữ bởi những người có cơn hoảng sợ
- Chiến lược cung cấp đào tạo kỹ thuật kiểm soát các triệu chứng lo âu và khuyến khích cá nhân thực hành các kỹ thuật này thường xuyên và định kỳ. (bao gồm kiểm soát nhịp thở- bài tập thở sâu; tập thư giãn). Từng bước đối mặt với các hoàn cảnh gây sợ.
- Khuyến khích bệnh nhân tránh sử dụng các thuốc gây êm dịu (sedation) để làm giảm các triệu chứng lo âu. Trong một số trường hợp thuốc chống trầm cảm có thể sử dụng để kiểm soát cơn hoảng sợ nặng.
- Tư vấn chuyên khoa nếu triệu chứng hoảng sợ hoặc hành vi né tránh vẫn tồn tại dai dẳng mặc dù đã thực hiện tất cả các bước trên.

2. Điều trị cụ thể

- Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc Serotonin (SSRIs): lựa chọn một trong các thuốc sau: Ưu tiên đơn trị liệu

+ Sertraline Liều 50 – 200 mg/ngày.

+ Escitalopam Liều 10 – 20 mg/ngày.

+ Citalopram Liều 20 – 40 mg/ngày.

* **Lưu ý:** dùng liều thấp tăng dần trong 1- 2 tuần, uống sau bữa ăn.

- Thuốc chống trầm cảm 3 vòng: Sử dụng khi thuốc SSRI không có kết quả hoặc do bệnh nhân không dung nạp với thuốc SSRI.

+ Amitriptylin Liều x 50 - 200 mg/ngày.

Các thuốc CTC 3 vòng đều có tác dụng kháng cholin nên có nhiều tác dụng phụ: khô miệng, táo bón, bí đái, mệt. Thận trọng khi dùng cho người già.

- Các thuốc benzodiazepin: Lựa chọn một trong các thuốc sau

+ Seduxen Liều 10 - 20 mg/ngày.

+ Clonazepam Liều 1 - 2 mg/ngày.

* **Lưu ý:** Khi ngừng điều trị phải giảm liều từ từ để tránh hội chứng cai, giảm 15% liều mỗi tuần.

- Các thuốc khác:

+ Venlafaxin Liều 75 - 150 mg/ngày.

+ Mirtazapin Liều 15 - 45 mg/ngày.

+ Propranolol Liều 40 - 80 mg/ngày.

+ Valproat Liều 20 - 50 mg/kg/ngày.

Chú ý: điều trị tấn công bằng thuốc chống trầm cảm trong thời gian ít nhất 6 tháng, Thời gian điều trị củng cố (liều bằng ½ liều tấn công) tối thiểu là 36 tháng kể từ khi cắt được cơn. Có thể điều trị đơn trị liệu, hoặc kết hợp thuốc CTC với các thuốc khác.

* TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:

- Bệnh lần đầu.
- Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.
- Không chịu uống thuốc
- Không ngủ được hoặc mất ngủ kéo dài.
- Hồi hộp, khó thở dạng xiết chặt từng cơn.
- Bồn chồn, lo lắng,
- Rối loạn hành vi (đứng ngồi không yên).
- Sợ chết....
- Ảnh hưởng cực nặng xã hội nghề nghiệp.
- Bệnh lý nội khoa kèm theo

* TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 14 ngày điều trị.
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 2-3 ngày khi các triệu chứng thuyên giảm và cho xuất viện.
- Đêm ngủ yên.
- Hết các triệu chứng loạn thần.
- Các triệu chứng cơ thể ổn định.
- Hết bồn chồn, lo lắng.
- Hành vi ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế**
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học.** Nhà xuất bản Y học.
4. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
5. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Tâm thần học. *Tập bài giảng dành cho sau đại học.*
6. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007),** Tâm thần học và tâm lý học. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
7. **Tổ chức Y tế thế giới (1992),** “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”;WHO, Geneva 1992.
8. **Kaplan & Sadock (2013).** Rối loạn sự phát triển lan tỏa, *Tóm lược Tâm thần học trẻ em và thanh thiếu niên*, Sách dịch, Nhà xuất bản Y học
9. **Nguyễn Minh Tuấn (2016),** Giáo trình Bệnh học Tâm thần, Nhà xuất bản Y học.
10. **Nguyễn Kim Việt (2016),** Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
11. **Kaplan & Sadock’s.** Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ HÀNH VI DO SỬ DỤNG RƯỢU (F10)

I. 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.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán trạng thái cai rượu (F10.3) và sảng rượu (F10.4):

- Giảm hoặc ngừng sử dụng rượu ở người nghiện rượu
- Ba trong các dấu hiệu sau phải có mặt:

1	Kích động tâm thần vận động	6	Run: tay, lưỡi, môi, mí mắt
2	Ảo giác	7	Vã mồ hôi
3	Mất ngủ	8	Buồn nôn, nôn ói
4	Đau đầu	9	Nhịp tim nhanh/tăng huyết áp
5	Động kinh cơn lớn	10	Cảm giác khó ở hoặc mệt mỏi

- Nếu có mê sảng xuất hiện thì chẩn đoán là Trạng thái cai với mê sảng/Sảng run do rượu (F10.4)

Lưu ý: đánh giá trạng thái cai rượu bằng thang CIWA-Ar trên lâm sàng (< 8 điểm: nhẹ; 8 - 15 điểm: vừa; > 15 điểm)

2. Tiêu chuẩn chẩn đoán Rối loạn loạn thần do rượu (F10.5):

- Khởi phát của các triệu chứng loạn thần phải xảy ra trong khi hoặc trong vòng hai tuần có sử dụng rượu.
- Các triệu chứng loạn thần phải tồn tại hơn 48h và không quá 6 tháng.
- Các triệu chứng: giống tâm thần phân liệt, hoang tưởng-ảo giác chiếm ưu thế, trầm cảm, hưng cảm.

3. Các bệnh não do rượu

Thường do thiếu dinh dưỡng và thiếu vitamine nhóm B

a) Bệnh não Gayet – Wernick

- Biểu hiện lâm sàng
- + Tiến triển từ từ với tăng rối loạn tiêu hóa (chán ăn, nôn), gầy, khuynh hướng ngủ gà, thờ ơ, đôi khi có rối loạn vận động kết hợp.
- + Rối loạn ý thức nặng, thay đổi: chậm chạp, đờ đẫn, kích động, mê mông (phân biệt với sảng rượu cấp), lú lẫn kèm theo rối loạn trí nhớ, tiến triển tới hội chứng Korsakoff với bịa chuyện.

+ Các rối loạn vận nhãn: rung giật nhãn cầu ngang hoặc dọc, liệt dây 6 hai bên, mất quy tụ dây 3, liệt chức năng. Đôi khi xuất huyết võng mạc.

+ Tăng trương lực cơ đối lập, mất phối hợp vận động, rối loạn thăng bằng (hội chứng tiểu não).

+ Rối loạn thần kinh thực vật: nhịp tim nhanh, hạ huyết áp, ngất lịm.

Các dấu hiệu viêm đa dây thần kinh.

- Tiên triễn :

+ Tiên tới tử vong sau hôn mê

+ Tiên tới hội chứng Korsakoff di chứng

b) Hội chứng Korsakoff

- Là hội chứng của bệnh não Gayet – Wernicke

- Biểu hiện lâm sàng:

+ Mất nhớ những sự kiện mới

+ Rối loạn định hướng không gian, thời gian

+ Bịa chuyện, nhận nhầm

+ Viêm dạ dày, viêm dây thần kinh ngoại vi (rối loạn cảm giác, vận động chi dưới)

- Tiên triễn: điều trị hầu như không kết quả, không thuyên giảm (di chứng).

c) Một số bệnh não do rượu khác:

- Bệnh Marchiafava-Bignami: động kinh, hôn mê, sa sút trí tuệ, nói khó, tăng trương lực cơ đối lập.

- Bệnh não giả Pellagra (thiếu Vitamin PP): rối loạn định hướng, rối loạn trí nhớ, ảo giác, tăng trương lực cơ đối lập, co giật.

- Bệnh não gan: sa sút trí tuệ dần, rối loạn thần kinh (múa giật, run, nói khó, rối loạn phối hợp vận động), tăng sản tế bào hình sao, tổn thương neuron thoái hóa ở vỏ não.

II. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, nước tiểu thường quy

- Điện não đồ, lưu huyết não, siêu âm Doppler mạch máu não

- Điện tâm đồ, X-quang tim phổi

- Trắc nghiệm tâm lý: Test CIWI-Ar, Beck, Zung,....

- Các xét nghiệm chuyên khoa khác.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị hội chứng cai rượu:

- Tốt nhất là điều trị nội trú, cắt rượu hoàn toàn.

- Nếu có kích động tâm thần vận động: cố định, quản lý tại giường, buồng riêng

- Thuốc giải lo âu nhóm Benzodiazepin: Seduxen Liều 10 - 30 mg/ngày, uống, tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch.

- Nếu có ảo giác, hoang tưởng: dùng thuốc an thần kinh

- Thuốc chống loạn thần cổ điển:

+ Haloperidol Liều 5 - 30 mg/ngày, tiêm bắp hoặc uống.

+ Aminazin Liều 25 - 100 mg/ngày, tiêm bắp.

+ Levomepromazin Liều 50 - 250 mg/ngày.

- Thuốc chống loạn thần không điển hình: lựa chọn một trong các thuốc sau:

+ Risperidon Liều 2 - 6mg/ngày.

+ Olanzapine Liều 5 - 20mg/ngày.

+ Quetiapin (Seroquel) Liều 50 - 750 mg/ngày

+ Clozapin Liều 25 - 600mg/ngày

+ Sulpiride Liều 100 - 800 mg/ngày

- Sử dụng thuốc kháng động kinh để dự phòng cơn co giật và làm giảm các triệu chứng của hội chứng cai:

+ Carbamazepin Liều 400 - 800 mg/48h đầu, sau đó 200mg/ngày.

+ Oxcarbamazepin Liều 300 - 900 mg/ngày

+ Valproat Liều 500 - 1000 mg/ngày

- Thuốc kháng β -adernergic làm giảm các triệu chứng của hội chứng cai, đặc biệt là các triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật:

- Propranolol Liều x 40 - 120 mg/ngày

- Atenolol Liều 50 - 100 mg/ngày

- Thuốc chẹn α 2-adrenergic receptor: Clonidin (catapres): 0,1 - 0,2 mg x 4 lần/ngày.

- Bù nước, điện giải cho bệnh nhân đầy đủ, kịp thời: 2-4 lít/ngày

+ Ringer lactat, NaCl 0,9%,

+ Glucose 5%: chỉ dùng sau khi Bn được điều trị bằng Vitamin B1.

- Vitamin nhóm B liều cao:

+ Vitamin B1 Liều 200 - 300 mg/ngày,

+ Vitamin B6 Liều 100 - 500 mg/ngày,

+ Vitamin B12 Liều 1000 -2000 mcg/ngày.

- Tăng cường tuần hoàn não: Piracetam 800 - 2000mg/ngày, Ginkgo biloba.

- Giải độc và tăng cường chức năng gan: Kahagan
- Điều trị các bệnh lý cơ thể và các rối loạn tâm thần kết hợp (nếu có).
- Nâng cao thể trạng, tăng cường dinh dưỡng, vệ sinh.
- Chăm sóc cấp một.

2. Điều trị Rối loạn loạn thần do rượu:

- Cắt bia rượu hoàn toàn.
- Thuốc giải lo âu nhóm Benzodiazepin: Seduxen liều 10 - 30 mg/ngày, uống, tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch.
- Thuốc chống loạn thần cổ điển:
 - + Haloperidol Liều 5 - 30 mg/ngày, tiêm bắp hoặc uống.
 - + Aminazin Liều 25 - 100 mg/ngày, tiêm bắp.
 - + Levomepromazin Liều 50 - 250 mg/ngày.
- Thuốc chống loạn thần không điển hình: lựa chọn một trong các thuốc sau:

- + Risperidon Liều 2 - 6 mg/ngày.
- + Olanzapine Liều 5 - 20 mg/ngày.
- + Quetiapin (Seroquel) Liều 50 - 800 mg/ngày
- + Clozapin Liều 25 - 600 mg/ngày
- + Sulpiride 50mg Liều 100 - 800 mg/ngày

- Tăng cường tuần hoàn não: Piracetam Liều 1000 - 3000mg/ngày, Ginkgo biloba.

- Giải độc và tăng cường chức năng gan: Kahagan
- Điều trị các bệnh lý cơ thể và các rối loạn tâm thần kết hợp (nếu có).
- Bù nước - điện giải cho bệnh nhân đầy đủ, kịp thời.
- Vitamin nhóm B liều cao:

- + Vitamin B1 Liều 200-300 mg/ngày
- + Vitamin B6 Liều 100-500 mg/ngày
- + Vitamin B12 Liều 1000-2000 mcg/ngày.

- Thuốc kháng β -adernergic làm giảm các triệu chứng của hội chứng cai, đặc biệt là các triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật:

- Propranolol Liều 40 - 120 mg/ngày
- Atenolol Liều 50 - 100 mg/ngày

- Thuốc chẹn α 2-adrenergic receptor: Clonidin (catapres): Liều 0,1 - 0,2 mg x 4 lần/ngày.

- Nếu có rối loạn khí sắc: lựa chọn các thuốc sau:

- | | |
|------------------|-------------------------|
| + Valproat | Liều 500 - 2000 mg/ngày |
| + Carbamazepin | Liều 200 - 800 mg/ngày |
| + Oxcarbamazepin | Liều 200 - 800 mg/ngày |

- **Nếu có Trầm cảm, lo âu do rượu**

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| + Sertralin | Liều 50 - 100 mg/ ngày. |
| + Citalopam | Liều 10 - 40 mg/ngày. |
| + Escitalopam | Liều 10 - 40 mg/ngày. |
| + Venlafaxin | Liều 37,5 - 300 mg/ngày. |
| + Mirtazapin | Liều 15 - 45 mg/ngày. |
| + Amitriptyline | Liều 50 - 100 mg/ngày |

Lưu ý: đề phòng, ngăn ngừa bệnh nhân tự sát.

3. Điều trị các bệnh não do rượu:

* Nếu có dấu hiệu trầm cảm: lựa chọn một trong các thuốc sau:

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| + Sertralin | Liều 50 - 100 mg/ ngày. |
| + Citalopam | Liều 10 - 40 mg/ngày. |
| + Escitalopam | Liều 10 - 40 mg/ngày. |
| + Venlafaxin | Liều 75 - 300 mg/ngày. |
| + Mirtazapin | Liều 15 - 45 mg/ngày. |
| + Amitriptyline | Liều 50 - 100 mg/ngày |

- Phần lớn các bệnh não do rượu, nhất là các hội chứng Korsakov và Gayet Wernicke thuyên giảm tốt với liệu pháp Vitamin B liều cao, tăng cường tuần hoàn não liều cao, cắt rượu hoàn toàn.

- Vitamin nhóm B liều cao:

- | | |
|---------------|-------------------------------------|
| + Vitamin B1 | Liều 200-300mg/ngày |
| + Vitamin B6 | Liều 100-500mg/ngày |
| + Vitamin B12 | Liều 1000-2000 mcg/ngày, Vitamin A. |

- Thuốc tăng cường tuần hoàn não: Piracetam: 4g - 12 g/ngày, tiêm tĩnh mạch hoặc truyền tĩnh mạch. Sau đó duy trì 2,4 g/ngày.

+ Bổ sung thêm sắt, acid folic, magesi B6, selen và kẽm.

+ Các biện pháp dinh dưỡng thích hợp, điều trị chống tái nghiện rượu.

4. Dự phòng tái phát nghiện rượu:

- Naltrexon Liều 50 mg hàng ngày hoặc 100 mg uống cách nhật.
- Disulfiram (esperal) Liều 250 - 500 mg/ngày
- Acamprosal (aotal, zulex) Liều 333 - 1998 mg/ngày

* Kết hợp với các thuốc chống trầm cảm nhóm SSRI, liệu pháp tâm lý, phục hồi chức năng.

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

- Bệnh lần đầu.
- Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.
- Không chịu uống thuốc
- Đêm mất ngủ.
- Rối loạn tư duy (nói nhảm một mình...)
- Kích động (la hét, chửi bới, đập phá đồ đạc, đánh người...).
- Ảo giác giác (vd: nhìn thấy ma, quỷ, rắn, rết, nghe có người nói chuyện dai dẳng bên tai, xúi dục, cảm giác côn trùng bò trên da...).
- Hoang tưởng (nghĩ có người hại mình, ghen tuông,).
- Bồn chồn, bứt rứt.
- Hồi hộp, tim đập nhanh.
- Sợ sệt, run tay, vã mồ hôi.
- Rối loạn hành vi tác phong (đi lại nhiều, đứng ngồi không yên).
- Co giật, run giật cơ.
- Vặt vãi, kích thích.
- Sảng (Lơ mơ, múa quờn, mạch, huyết áp giao động)
- Bệnh lý nội khoa kèm theo.

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 18 ngày điều trị (không quá 30 ngày).
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 3-4 ngày khi hết các triệu chứng loạn thần và cho xuất viện .
- Đêm ngủ yên.
- Hết các triệu chứng loạn thần, ảo giác, hoang tưởng
- Hành vi ổn định.
- Hết co giật, bồn chồn, bứt rứt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế**
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học.** Nhà xuất bản Y học.
4. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
5. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Tâm thần học. *Tập bài giảng dành cho sau đại học.*
6. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2000),** Rối loạn tâm thần thực tồn. *Tập bài giảng dành cho sau đại học.*
7. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007),** Tâm thần học và tâm lý học. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
8. **Tổ chức Y tế thế giới (1992),** “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”; WHO, Geneva 1992.
9. **Nguyễn Minh Tuấn (2016),** Giáo trình Bệnh học Tâm thần, Nhà xuất bản Y học.
10. **Nguyễn Kim Việt (2016),** Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
11. **Trần Viết Nghị (2000),** Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần, Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội.
12. **Nguyễn Viết Thiêm (2000),** Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần, Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội, 103-111.
13. Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần, Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội.
14. **American Psychiatric Association (2013).** Alcohol-Related Disorders, Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5, American Psychiatric Publishing, 490-503.
15. **Jakobsen K.D., Skyum E., Hashemi N., et al. (2017).** Antipsychotic treatment of schizotypy and schizotypal personality disorder: a systematic review. J Psychopharmacol (Oxf), 31(4), 397–405.
16. **Kaplan & Sadock’s.** Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ TRẠNG THÁI CAI RƯỢU CÓ MÊ SẢNG (SẢNG RƯỢU - SẢNG RUN - F10.4)

I. ĐỊNH NGHĨA:

Sảng rượu (trạng thái cai rượu có mê sảng) là một cấp cứu tâm thần và nội khoa thường gặp trong lâm sàng, thường xuất hiện ở người bệnh nghiện rượu mạn tính khi dừng hoặc giảm lượng rượu uống. Biểu hiện nổi bật của sảng rượu là tình trạng lú lẫn, rối loạn thần kinh thực vật nặng, rối loạn nước điện giải và các rối loạn cơ thể nghiêm trọng khác như viêm phổi, suy thận... nếu không được điều trị kịp thời có thể dẫn tới tử vong (20%). Sảng rượu có thể diễn ra đột ngột, nhưng thường diễn ra sau 02 đến 04 ngày dừng sử dụng rượu.

II. CHẨN ĐOÁN SẢNG RƯỢU:

1. Chẩn đoán sảng rượu căn cứ vào các triệu chứng lâm sàng sau:

- Xuất hiện trên người bệnh nghiện rượu mạn tính, sau khi dừng hoặc giảm lượng rượu uống, hoặc có bệnh nội khoa kèm theo.
- Rối loạn ý thức kiểu sảng hoặc lú lẫn.
- Rối loạn tri giác: thường là ảo thị, ảo giác xúc giác
- Rối loạn tư duy: hoang tưởng bị hại, bị truy hại hoặc hoang tưởng theo dõi.
- Rối loạn cảm xúc: lo sợ, cảm xúc không ổn định, ...
- Rối loạn hành vi: lú lẫn, chạy trốn, kích động, tự sát,...
- Rối loạn thần kinh thực vật: run, vã mồ hôi, mạch nhanh...
- Rối loạn điện giải và chuyển hóa.

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán quốc tế về các rối loạn tâm thần và hành vi lần thứ 10 (ICD 10), sảng rượu được chẩn đoán ở hai mã:

F10.40: sảng rượu không có co giật

F10.41: sảng rượu có co giật

2. Xét nghiệm:

- Công thức máu
- Sinh hóa máu: điện giải, glucose, ure, creatinin, GOT, GPT,...
- Xét nghiệm nước tiểu
- Chụp X quang tim phổi
- Xét nghiệm tìm các độc chất như ma túy, thuốc, kim loại nặng,...
- Điện tâm đồ, điện não đồ, CT sọ não,
- Thang đánh giá hội chứng cai rượu CIWI-Ar,....
- Một số xét nghiệm loại trừ khác.

III. XỬ TRÍ

- [illegible]

- Thuốc chẹn $\alpha 2$ - adrenergic receptor: Clonidin 0,1 - 0,2 mg x 4 lần/ngày.
- Nếu bệnh nhân kích động mạnh cần phải quản lý, cố định bệnh nhân tại giường, buộc riêng.
- Đảm bảo đầy đủ dinh dưỡng cho bệnh nhân: ăn lỏng, dễ tiêu. Nếu không ăn được thì nuôi dưỡng qua sonde dạ dày, đường tĩnh mạch.
- Đề phòng loét, nhiễm trùng.
- Chăm sóc cấp một.
- Sau khi ổn định cần điều trị chống tái nghiện bằng thuốc, kết hợp với liệu pháp tâm lý, phục hồi chức năng.

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

- Bệnh lần đầu xuất hiện trên người bệnh nghiện rượu mạn tính, sau khi dừng hoặc giảm lượng rượu uống.
- Không chịu uống thuốc
- Rối loạn ý thức kiểu sáng hoặc lú lẫn.
- Rối loạn tri giác: thường là ảo thị, ảo giác xúc giác
- Rối loạn tư duy: hoang tưởng bị hại, bị truy hại hoặc hoang tưởng theo dõi.
- Rối loạn cảm xúc: lo sợ, cảm xúc không ổn định, ...
- Rối loạn hành vi: lún sờ, chạy trốn, kích động, tự sát,...
- Rối loạn thần kinh thực vật: run, vã mồ hôi, mạch nhanh...
- Rối loạn điện giải và chuyển hóa.
- Vật vã kích thích (múa quờn..).
- Tri giác lơ mơ.
- Vã mồ hôi, huyết áp dao động
- Co giật, run giật cơ.
- Có bệnh nội khoa kèm theo.

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 20 ngày điều trị.
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 3-4 ngày khi hết các triệu chứng loạn thần và cho xuất viện .
- Đêm ngủ yên.
- Hết ảo giác.
- Hành vi ổn định
- Hết co giật, run giật cơ

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế**
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học.** Nhà xuất bản Y học.
4. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
5. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Tâm thần học, *Tập bài giảng dành cho sau đại học.*
6. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2000),** Rối loạn tâm thần thực tồn. *Tập bài giảng dành cho sau đại học.*
7. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007),** Tâm thần học và tâm lý học. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
8. **Tổ chức Y tế thế giới (1992),** “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”; WHO, Geneva 1992.
9. **Nguyễn Minh Tuấn (2016),** Giáo trình Bệnh học Tâm thần, Nhà xuất bản Y học.
10. **Nguyễn Kim Việt (2016),** Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
11. **Nguyễn Minh Tuấn (2004),** Chẩn đoán và điều trị trạng thái lệ thuộc (Nghiện), Nhà xuất bản Y học.
12. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016),** “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.
13. **Trần Viết Nghị (2000),** Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần, Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội.
14. **American Psychiatric Association (2013).** Alcohol-Related Disorders, Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5, American Psychiatric Publishing, 490-503.
15. **Jakobsen K.D., Skyum E., Hashemi N., et al. (2017).** Antipsychotic treatment of schizotypy and schizotypal personality disorder: a systematic review. J Psychopharmacol (Oxf), 31(4), 397–405.
16. **Kaplan & Sadock’s.** Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN DO SỬ DỤNG CÁC CHẤT DẠNG AMPHETAMINES (ATS)

I. NGỘ ĐỘC AMPHETAMINES:

1. Lâm sàng:

Dựa vào hỏi bệnh có dùng amphetamin và có triệu chứng lâm sàng của ngộ độc thuốc cường giao cảm.

- Triệu chứng thần kinh trung ương: nói nhiều, lo âu, mất ngủ, kích thích, co giật và hôn mê. Có thể bị xuất huyết não do tăng huyết áp hoặc do viêm mạch.

- Biểu hiện ngoại vi cấp: vã mồ hôi, run, tăng trương lực cơ, nhịp nhanh, tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim cấp (thậm chí ngay cả với mạch vành bình thường). Nếu tiêm nhầm vào động mạch gây co mạch có thể dẫn đến hoại tử.

- Tử vong do nhịp nhanh thất, co giật, xuất huyết não hoặc do tăng thân nhiệt. Tăng thân nhiệt là hậu quả của co giật và tăng vận cơ quá mức và có thể gây tổn thương não, tiêu cơ vân, và suy thận.

- Hội chứng serotonin: rung giật cơ, máy cơ, kích thích, vã mồ hôi, rung giật nhãn cầu, tăng phản xạ gân xương đặc biệt ở chi dưới, tăng trương lực cơ, tăng thân nhiệt.

- Dùng kéo dài amphetamin gây sút cân, bệnh cơ tim, tăng áp động mạch phổi, có những động tác lặp lại (như cào trên da), hoang tưởng, tâm thần. Những rối loạn tâm thần có thể kéo dài nhiều ngày hoặc hàng tuần. Sau khi ngừng thuốc, bệnh nhân mệt mỏi, ngủ nhiều, ăn nhiều và trầm cảm kéo dài nhiều ngày.

- Thời gian xuất hiện triệu chứng: sau uống là 1 giờ, trong vòng vài phút với đường tiêm. Thời gian tác dụng kéo dài 2 tới 12 giờ với liều thông thường, nếu dùng liều lớn có thể kéo dài tới 48 giờ.

- Mức độ nặng của ngộ độc amphetamin

Mức độ nhẹ	Mức độ trung bình	Mức độ nặng
Sảng khoái	Kích thích	Tăng thân nhiệt
Tăng tỉnh thức	Hoang tưởng	Toan chuyển hóa
Nghiến răng	Ảo giác	Tiêu cơ vân
Thay đổi tính tình	Vã mồ hôi	Suy thận cấp
Nhịp nhanh	Đau bụng	Tăng kali máu
Tăng HA	Hội hộp trống ngực	Giảm HA
	Đau ngực	DIC, tử vong

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm đặc hiệu: amphetamin và các dẫn chất được phát hiện trong nước tiểu, giúp chẩn đoán xác định. Không có liên quan giữa nồng độ amphetamin

huyết thanh với mức độ nặng trên lâm sàng và do đó thường không định lượng amphetamin máu. Các dẫn xuất của amphetamin và các amin adrenergic có thể phản ứng chéo khi làm bằng phương pháp miễn dịch, để chẩn đoán cần làm thêm các xét nghiệm khác như sắc ký lớp mỏng, sắc ký khí khối phổ.

- Xét nghiệm khác: đường máu, ure, creatinin, CK, CKMB, troponin T, tổng phân tích nước tiểu, đông máu cơ bản. Điện tim 12 chuyển đạo và mắc monitor theo dõi điện tim, CT sọ não (nếu nghi ngờ xuất huyết não). Siêu âm tim và đặt catheter động mạch phổi trong trường hợp nghi ngờ bệnh van tim và tăng áp mạch phổi.

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán

A. Có sử dụng ATS.

B. Có các thay đổi về tâm lý và hành vi không thích hợp rõ rệt trên lâm sàng:

- Khoái cảm, hưng phấn quá mức và cảm giác nhiều năng lượng
- Mất ngủ, lo âu, bồn chồn, căng thẳng, giận dữ
- Ảo giác (ảo thị, ảo thanh,...)
- Ý tưởng, hoang tưởng bị theo dõi, bị truy hại
- Hành vi công kích, gây hấn, tấn công người khác, hành vi có tính định hình,
- Giảm khả năng xét đoán, khả năng lao động, xã hội.

C. Có 2 hoặc nhiều hơn các triệu chứng sau:

Cường giao cảm	Hội chứng serotonin	Các triệu chứng khác
Tăng nhịp tim	Buồn nôn, nôn.	Sút cân.
Tăng huyết áp, đau ngực	Gật cơ, co giật	Kích động,
Tăng thân nhiệt,	Tăng trương lực cơ, Tăng PX gân xương	Ức chế tâm thần vận động
Giãn đồng tử	Ảo giác	
Vã mồ hôi, ớn lạnh	Rối loạn ý thức: Sảng, lú lẫn, hôn mê	

D. Các TC này xuất hiện cấp diễn, có liên quan trực tiếp hoặc rất nhanh sau khi sử dụng ATS (vài phút đến 03 giờ).

E. Các triệu chứng này không do một bệnh cơ thể nào khác gây ra và không ghép được vào một RL tâm thần nào khác.

4. Điều trị:

- Nguyên tắc: Phải điều trị cấp cứu tại bệnh viện, nếu nặng chuyển HSTC.
- + Đảm bảo hô hấp, tuần hoàn
- + Điều trị giải độc, điều trị theo triệu chứng và thường dùng chất đối kháng Receptor Dopamin: Aminazine, Haloperidol...

+ Tăng thải trừ bằng truyền dịch Glucose, bù nước điện giải, cân bằng toan kiềm, Có thể làm tăng độ axit nước tiểu (ammonium chloride....) để tăng bài tiết ATS.

+ Chống co giật, điều trị về tim mạch, điều chỉnh về thân nhiệt, đảm bảo dinh dưỡng, vitamin.

Với MDA, MDMA có thể dùng SSRIs để bảo vệ các neuron Serotonin.

- Điều trị cụ thể:

- Điều trị bằng thuốc để giải độc có thể dùng: Chất đồng vận hệ Dopamine như:

+ Amantadine	Liều 200 - 300 mg/ngày
--------------	------------------------

+ Bromocriptine	Liều 5 - 10 mg/ngày
-----------------	---------------------

- Thuốc chống loạn thần cổ điển:

+ Haloperidol Liều 5 - 30 mg/ngày, tiêm bắp hoặc uống.

+ Aminazin Liều 25 - 100 mg/ngày, tiêm bắp.

+ Levomepromazin Liều 50 - 250 mg/ngày.

- Thuốc chống loạn thần không điển hình:

+ Risperidon	Liều 2 - 6 mg/ngày.
--------------	---------------------

+ Olanzapine	Liều 5 - 20 mg/ngày.
--------------	----------------------

+ Quetiapin (Seroquel)	Liều 100 - 800 mg/ngày
------------------------	------------------------

+ Clozapin	Liều 25 - 400 mg/ngày
------------	-----------------------

+ Sulpiride	Liều 100 - 800 mg/ngày
-------------	------------------------

- Thuốc chống trầm cảm: lựa chọn một trong các nhóm sau, ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả thì mới xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 3 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn:

- Nhóm ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin:

+ Sertralín Liều 50 - 100 mg/ ngày.

+ Citalopam Liều 10 - 40 mg/ngày.

+ Escitalopam Liều 10 - 40 mg/ngày.

- Thuốc tác động kép: lựa chọn một trong các thuốc sau:

+ Venlafaxin	Liều 75 - 300 mg/ngày.
--------------	------------------------

+ Mirtazapin Liều 15 - 45 mg/ngày.

- Thuốc chống trầm cảm 3 vòng:

+ Amtriptylin Liều 50 - 100mg/ngày.

- Các thuốc chỉnh khí sắc: lựa chọn một trong các thuốc sau:

- + Valproat Liều 500 - 2000 mg/ngày
- + Carbamazepin Liều 200 - 1200 mg/ngày
- + Oxcarbamazepin Liều 200 - 1600 mg/ngày
- + Topiramet Liều 25 - 100 mg/ngày
- Thuốc giải lo âu nhóm benzodiazepine: Diazepam Liều 10 - 20 mg/ngày
- Tăng cường tuần hoàn não: Piracetam 800 - 2000mg/ngày, Ginkgo biloba.
- Giải độc và tăng cường chức năng gan: Kahagan.....
- Điều hoà thân nhiệt: với trường hợp tăng thân nhiệt cần nhanh chóng hạ thân nhiệt cho BN bằng cách chườm mát, phòng thoáng mát, dùng các thuốc hạ thân nhiệt Paracetamol như đặt hậu môn-trực tràng.
- Nhịp tim nhanh và tăng huyết áp do dùng quá liều Methamphetamine nên điều trị ban đầu với Benzodiazepin tiêm tĩnh mạch, Nitroglycerine ngậm dưới lưỡi. Có thể sử dụng thuốc giãn mạch như natri nitroprusside.
- Chống co giật: phenobarbital hay thiopentone có thể cần thiết cho co giật mà không đáp ứng với các thuốc benzodiazepin.
- Ringer lactat, NaCl 0,9%, Glucose 5%: 1000 - 2000 ml/ngày.
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng, phòng chống loét, bội nhiễm.

II. NGHIÊN ATS

1. Chẩn đoán nghiên ATS

1.1. Thường gặp:

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

1.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán 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.

1.3. Các biểu hiện có thể có:

- Trạng thái loạn thần
- Hội chứng trầm cảm
- Xét nghiệm nước tiểu (+) với ATS

2. Điều trị:

- Điều trị hội chứng cai và chống tái nghiện cần phối hợp nhiều liệu pháp: hoá dược, tâm lý cá nhân, gia đình, nhóm, lao động, tái thích ứng cộng đồng...

- Điều trị trạng thái loạn thần.

- Cần thiết lập tốt mối quan hệ điều trị sau cai để giúp giải quyết các RL trầm cảm, nhân cách...kéo dài.

III. TRẠNG THÁI CAI AMPHETAMINE:

1. Chẩn đoán:

- Biểu hiện hội chứng cai có thể xuất hiện từ vài giờ đến vài ngày sau khi ngưng sử dụng APT: xuất hiện trầm cảm kích động, lo âu, thèm thuốc, có thể có trạng thái nghịch đảo: ăn nhiều ngủ nhiều.

- Các triệu chứng đạt cường độ tối đa trong vòng 2 - 4 ngày sau và hết sau khoảng một tuần.

- Triệu chứng nặng nề nhất là trầm cảm. Ở người nghiện dài ngày, sử dụng ma túy liều cao thì trầm cảm thường rất nặng, có thể có ý tưởng và hành vi tự sát.

2. Điều trị

2.1. Nguyên tắc:

- Điều trị hội chứng cai - giải độc - chống tái nghiện.
- Điều trị các rối loạn tâm thần khác do Amphetamin gây ra
- Điều trị các bệnh cơ thể kết hợp.
- Nâng cao thể trạng, bồi phụ nước điện giải

2.2. Điều trị cụ thể:

- Hóa dược:

+ Điều trị giải độc: Chất đồng vận hệ Dopamine như:

- Amantadine 100mg x 2 lần/ngày...
- Bromocriptine 2,5mg x 2 lần/ngày...

- Thuốc an thần kinh:

- Nhóm chống loạn thần cổ điển:

+ Haloperidol

Liều 5 - 30 mg/ngày, tiêm bắp hoặc uống.

- + Aminazin Liều 25 - 100 mg/ngày, tiêm bắp.
+ Levomepromazin Liều 50 - 250 mg/ngày.
- Thuốc chống loạn thần không điển hình: lựa chọn một trong các thuốc sau:
- + Risperidon Liều 2 - 6 mg/ngày.
+ Olanzapine Liều 5 - 20 mg/ngày.
+ Quetiapin (Seroquel) Liều 100 -800 mg/ngày
+ Clozapin Liều 25 - 400 mg/ngày
- Thuốc chống trầm cảm: lựa chọn một trong các nhóm sau:
- Nhóm ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin:
- + Sertralín Liều 50 - 100 mg/ ngày.
+ Citalopam Liều 10 - 40 mg/ngày.
+ Escitalopam Liều 10 - 40 mg/ngày.
- Thuốc tác động kép:
- + Venlafaxin Liều 75 - 300 mg/ngày.
+ Mirtazapin Liều 15 - 45 mg/ngày.
- Thuốc chống trầm cảm 3 vòng:
- + Amitriptylin Liều 50 - 100 mg/ngày.
- Các thuốc chỉnh khí sắc: lựa chọn một trong các thuốc sau:
- + Valproat Liều 500 - 1500 mg/ngày
+ Carbamazepin Liều 200 - 400 mg/ngày
+ Oxcarbamazepin Liều 200 - 400 mg/ngày
- Thuốc giải lo âu nhóm benzodiazepine: Diazepam liều 10 - 20 mg/ngày
- Các thuốc giải lo âu khác: Lexomil, Xanax, Seresta...
- Tăng cường tuần hoàn não: Piracetam 800 - 2000mg/ngày, Ginkgo biloba.
- Giải độc và tăng cường chức năng gan: Kahagan.....
- Vitamine nhóm B, C, nâng cao thể trạng.

IV. RỐI LOAN TÂM THẦN DO AMPHETAMINE.

1. Chẩn đoán

- Biểu hiện lâm sàng rất giống với TTPL paranoid
- Biểu hiện cốt lõi là Hội chứng paranoid với các đặc trưng:
 - + Nhiều ảo thị (sinh động, nhiều màu sắc, cấp diễn) và ảo thanh.

- + Các ảo giác này chiếm ưu thế trong bệnh cảnh.
- + Các hoang tưởng thường gặp là: HT liên hệ, bị truy hại, bị theo dõi,
- Tăng hoạt động hoặc RL hành vi do hoang tưởng, ảo giác chi phối.
- Tăng tình dục (hypersexuality).
- Bối rối lẫn lộn, đôi khi tư duy rời rạc không liên quan...
- Các triệu chứng cơ thể: đau đầu, đau cơ, bồn chồn, bứt rứt,...
- Triệu chứng thường xuất hiện cấp diễn ở những người nghiện APT lâu ngày hoặc kèm nhiễm độc rượu, stress.
- Phân biệt với TTPL: Triệu chứng giảm dần sau vài ngày khi được điều trị, hoặc xét nghiệm nước tiểu tìm thấy chất ma túy...

2. Điều trị

- Điều trị giải độc
- Điều trị các bệnh cơ thể kèm theo (viêm gan B, C, HIV,...)
- Thuốc an thần kinh:
- Nhóm chống loạn thần cổ điển:
 - + Haloperidol Liều 5 - 30 mg/ngày, tiêm bắp hoặc uống.
 - + Aminazin Liều 25 - 100 mg/ngày, tiêm bắp.
 - + Levomepromazin Liều 50 - 250 mg/ngày.
- Nhóm chống loạn thần không điển hình: lựa chọn một trong các thuốc sau:
 - + Risperidon Liều 2 - 6 mg/ngày.
 - + Olanzapine Liều 5 - 20 mg/ngày.
 - + Quetiapin (Seroquel) Liều 100 - 800 mg/ngày
 - + Clozapin Liều 25 - 400 mg/ngày
- Thuốc chống trầm cảm: lựa chọn một trong các nhóm sau:
 - Nhóm ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin:
 - + Sertralin Liều 50 - 100 mg/ ngày.
 - + Citalopam Liều 10 - 40 mg/ngày.
 - + Escitalopam Liều 10 - 40 mg/ngày.
 - Thuốc tác động kép:
 - + Venlafaxin Liều 37,5 - 375 mg/ngày.
 - + Mirtazapin Liều 15 - 45 mg/ngày.
- Thuốc chống trầm cảm 3 vòng:
 - + Amtriptylin Liều 50 - 100mg/ngày.

- Thuốc giải lo âu nhóm benzodiazepine: Diazepam Liều 10 - 20 mg/ngày
- Tăng cường tuần hoàn não: Piracetam 800 - 2000mg/ngày, Ginkgo biloba.
- Giải độc và tăng cường chức năng gan: Kahagan
- Bồi phụ nước-điện giải, Vitamin nhóm B, C; Đảm bảo dinh dưỡng, vệ sinh.
- Trong quá trình điều trị có thể xuất hiện Hội chứng cai (ngày thứ 2 - 4).

V. TRẦM CẢM LIÊN QUAN SỬ DỤNG ATS

1. Biểu hiện lâm sàng

- Các triệu chứng đặc trưng: giảm năng lượng, 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.
- Cần phát hiện sớm ý tưởng và hành vi tự sát ở các bệnh nhân sử dụng ATS.

2. Điều trị

- Thuốc chống trầm cảm: lựa chọn một trong các nhóm sau:
- Nhóm ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin:
 - + Sertralin Liều 50 - 100 mg/ ngày.
 - + Citalopam Liều 10 - 40 mg/ngày.
 - + Escitalopam Liều 10 - 40 mg/ngày.
- Thuốc tác động kép:
 - + Venlafaxin Liều 75 - 300 mg/ngày.
 - + Mirtazapin Liều 15 - 45 mg/ngày.
- Thuốc chống trầm cảm 3 vòng:
 - + Amitriptylin Liều 50 - 100mg/ngày.
- Thuốc giải lo âu nhóm benzodiazepine: Diazepam liều 10 - 20 mg/ngày
- Tăng cường tuần hoàn não: Piracetam 800 - 2000mg/ngày, Ginkgo biloba.
- Giải độc và tăng cường chức năng gan: Kahagan
- Trị liệu tâm lý: luyện tập thư giãn, tư vấn tâm lý

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

Bệnh lần đầu.

Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.

Không chịu uống thuốc

Đêm không ngủ.

Kích động (la hét, chửi bới, đập phá đồ đạc, gây hấn, đánh người...).

Ảo giác (vd: nghe, nhìn thấy có người nói chuyện dai dẳng bên tai, ...).

Hoang tưởng (nghĩ có người hại mình, ghen tuông,).

Rối loạn cảm xúc, khí sắc (bồn chồn, bức rứt, sợ sệt, buồn chán,...).

Rối loạn hành vi tác phong (múa mem, lãng xãng, đi lại lung tung,...).

Buồn chán, khó tập trung, bi quan...

Bồn chồn, bức rứt, lo âu.

Ý nghĩ hoặc hành vi tự sát

Giật cơ hoặc co giật

Bệnh lý cơ thể kèm theo

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 18 ngày điều trị (không quá 30 ngày).
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 3-4 ngày khi các triệu chứng loạn thần thuyên giảm và cho xuất viện .
- Đêm ngủ yên.
- Hết các triệu chứng loạn thần, ảo giác, hoang tưởng.
- Khí sắc ổn định.
- Hành vi ổn định.
- Hết buồn chán, bồn chồn, bức rứt,....
- Hết ý nghĩ, hành vi tự sát
- Các triệu chứng cơ thể ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế**
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học.** Nhà xuất bản Y học.
4. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
5. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Tâm thần học, *Tập bài giảng dành cho sau đại học.*
6. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007),** Tâm thần học và tâm lý học. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
7. **Tổ chức Y tế thế giới (1992),** “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”; WHO, Geneva 1992.
8. **Nguyễn Minh Tuấn (2016),** Giáo trình Bệnh học Tâm thần, Nhà xuất bản Y học.
9. **Nguyễn Kim Việt (2016),** Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
10. **Nguyễn Minh Tuấn (2004),** Chẩn đoán và điều trị trạng thái lệ thuộc (Nghiện), Nhà xuất bản Y học.
11. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016),** “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học., trang 74-79.
12. **Trần Viết Nghị (2000),** Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần, Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội.
13. **Trần Viết Nghị, Nguyễn Minh Tuấn (1995),** “Điều trị nghiện ma túy bằng thuốc hướng thần”, kỷ yếu Hội nghị khoa học về các phương pháp điều trị nghiện ma túy, Bộ Y tế, Viện sức khỏe tâm thần.
14. **Nguyễn Minh Tuấn (2004).** Nghiện Heroin, Các phương pháp điều trị, Nhà xuất bản Y học.
15. **Nguyễn Kim Việt (2000),** Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần, Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội.
16. **American Psychiatric Association (1994),** “Amphetamine-type stimulants” Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, Fourth Edition, DSM- IV. Washington, DC
17. **Babalonis S, Haney M, Malcolm R.J, et al (2017).** Oral cannabidiol does not produce a signal for abuse liability in frequent marijuana smokers. Drug Alcohol Depend. 172, 9-13.
18. **Benjamin J. S, Virginia A. S, Pedro R (2017).** Substance-Related Disorders, Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Vol. 1.
19. **Benjamin J. S., Virginia A. S. (2007),** “Substance-Related Disorders- Amphetamine (or Amphetamine-like) Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry”, Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry 10th Edition, Lippincott Williams & Wilkins (2007)

20. **Bergamaschi M.M, Queiroz R.H.C, Zuardi A.W., et al (2011).** Safety and side effects of cannabidiol, a Cannabis sativa constituent. *Curr Drug Saf.* 6(4), 237-249.
21. **Daniel R. R., Larry J. S., et al (2014),** “Schizotypal personality disorders: a current review”, New York, pp 1-10.
22. **Dervaux A.M. (2010).** Influence de la consommation de substances sur l'émergence et l'évolution des troubles psychotiques: le cas du cannabis. La these doctorale, Université Pierre et Marie Curie - Paris VI, Paris, France.
23. **Robert E., et al (2014).** Substance-Related and Addictive Disorders. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*, 6th, DSM-5 Edition, British Library, USA, 735 – 814.
24. **Rong C, Lee Y., Carmona N.E., et al (2017).** Cannabidiol in medical marijuana: Research vistas and potential opportunities. *Pharmacol Res.* 121, 213-8.
25. **Kaplan & Sadock's.** Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN STRESS SAU SANG CHẤN (PTSD – F43.1)

I. KHÁI NIỆM

- PTSD là các rối loạn phát sinh sau chấn thương tâm lý từ vài tuần đến vài tháng, tối đa là 6 tháng. Bệnh có thể tiến triển thuận lợi (khỏi bệnh) hoặc giao động (tái phát, tăng hoặc thuyên giảm). Một số ít bệnh nhân có thể kéo dài nhiều năm và để lại biến đổi nhân cách rõ rệt.

- Đặc điểm nhấn mạnh của PTSD là có một chấn thương tâm lý rất mạnh, mang tính đe dọa bản thân hoặc người thân.

II. CHẨN ĐOÁN

A. Bệnh nhân phải tiếp xúc với một sự kiện gây stress hoặc một tình huống nguy hiểm đặc biệt hoặc một thảm họa thiên nhiên (trong thời gian ngắn hoặc dài), những điều này có thể gây ra đau khổ lan tràn ở hầu hết mọi người.

B. Phải có những ký ức dai dẳng hoặc có sự "hồi sinh" của những sang chấn trong những cảnh "hồi tưởng" bắt buộc, những ký ức sống động hoặc trong các giấc mơ tái diễn hoặc trong việc trải nghiệm sự đau khổ tột cùng khi phải tiếp xúc với các hoàn cảnh giống hoặc liên quan với sang chấn.

C. Bệnh nhân phải biểu hiện sự tránh né hoặc thích né tránh những tình huống giống hoặc liên quan với sang chấn, điều này không có trước khi tiếp xúc với sang chấn.

D. Một trong hai nhóm triệu chứng sau phải có mặt:

1. Không thể gọi lại, một phần hoặc toàn bộ, những khía cạnh quan trọng của giai đoạn tiếp xúc với sang chấn.

2. Các triệu chứng dai dẳng về tăng nhạy cảm tâm lý và kích thích không có trước khi tiếp xúc với sang chấn), được biểu hiện bởi hai trong số các dấu hiệu sau:

- Khó buồn ngủ hoặc ngủ không yên
- Cáu kỉnh hoặc có các cơn nóng giận bộc phát; Khó tập trung
- Tăng mức độ cảnh tỉnh; Đáp ứng giật mình quá mức

Tiêu chuẩn B, C và D phải được đáp ứng đồng thời trong vòng 6 tháng kể từ khi có sự kiện gây stress hoặc kể từ khi kết thúc giai đoạn stress (đối với một số mục đích, những sự khởi phát muộn hơn 6 tháng cũng có thể được bao gồm trong mục này, nhưng chúng cần được biệt định rõ).

III. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu thường quy
- Điện não đồ, lưu huyết não, siêu âm Doppler mạch máu não
- Điện tâm đồ, X-quang tim phổi,
- Trắc nghiệm tâm lý: Test Beck, Zung, thang DASS, Hamilton, MMPI,....

- Các xét nghiệm chuyên khoa khác.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Khi bệnh nhân vừa trải qua một sang chấn đáng kể thì vấn đề chủ yếu là trợ giúp, khuyến khích bệnh nhân trao đổi về sang chấn, hướng dẫn các cơ chế đối phó với sang chấn (thư giãn..). Có thể sử dụng một ít thuốc bình thản, gây ngủ..

- Với bệnh nhân đã có sang chấn trong quá khứ nay bắt đầu có các triệu chứng PTSD: hướng dẫn bệnh nhân về triệu chứng bệnh, các phương thức điều trị, sự trợ giúp của gia đình, cộng đồng..

2. Điều trị cụ thể

- Thuốc chống trầm cảm: lựa chọn một trong các nhóm sau, **ưu tiên đơn trị liệu**, nếu ít hiệu quả thì mới xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 3 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn:

- Nhóm ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin:

+ Sertralin Liều 50 - 100 mg/ ngày.

+ Citalopam Liều 10 - 40 mg/ngày.

+ Escitalopam Liều 10 - 40 mg/ngày.

- Thuốc tác động kép:

+ Mirtazapin Liều 15 - 45 mg/ngày.

- Thuốc chống trầm cảm 3 vòng:

+ Amtriptylin Liều 50 - 100mg/ngày.

- Các thuốc chống co giật, điều chỉnh khí sắc:

+ Valproat	Liều 500 - 2000 mg/ngày
------------	-------------------------

+ Carbamazepin	Liều 200 - 1200 mg/ngày
----------------	-------------------------

+ Oxcarbamazepin	Liều 200 - 1600 mg/ngày
------------------	-------------------------

+ Topiramat Liều 25 - 100mg/ngày

- Thuốc giải lo âu nhóm benzodiazepine: Diazepam Liều 10 - 20 mg/ngày, uống hoặc tiêm tĩnh mạch chậm.

*** Lưu ý:** Các thuốc chống loạn thần **cần tránh dùng trừ** khi có kích động hay gây hấn, tấn công và chỉ dùng ngăn ngừa.

- Không dùng đơn trị liệu thuốc chống co giật, an thần kinh điều trị PTSD.

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIÊN:**

- Bệnh lần đầu.
- Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.
- Không chịu uống thuốc

- Đêm không ngủ.
- Rối loạn tư duy (nói nhảm một mình...)
- Kích động (la hét, chửi bới,...).
- Hoang tưởng (nghĩ có người hại mình, ghen tuông,).
- Rối loạn cảm xúc, khí sắc (bồn chồn, bứt rứt, sợ sệt, buồn chán,...).
- Rối loạn hành vi tác phong.

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 14 ngày điều trị.
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 2-3 ngày khi các triệu chứng loạn thần thuyên giảm và cho xuất viện .
- Đêm ngủ yên.
- Hết kích động.
- Khí sắc ổn định.
- Hành vi ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế**
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học.** Nhà xuất bản Y học.
4. **Tâm thần học (1995) Trần Đình Xiêm**
5. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023) Tâm thần phân liệt. Tập bài giảng dành cho sau đại học.**
6. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2000), Rối loạn tâm thần thực tồn. Tập bài giảng dành cho sau đại học.**
7. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007), Tâm thần học và tâm lý học.** Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
8. **Tổ chức Y tế thế giới (1992), “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”; WHO, Geneva 1992.**
9. **Nguyễn Minh Tuấn (2016), Giáo trình Bệnh học Tâm thần,** Nhà xuất bản Y học.
10. **Nguyễn Kim Việt (2016), Giáo trình bệnh học tâm thần,** Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
11. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016), “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội,** Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.
12. **Trần Hữu Bình (2016), Giáo trình bệnh học tâm thần: Giai đoạn trầm cảm,** Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
13. **Nguyễn Minh Tuấn (2016), Giáo trình Bệnh học Tâm thần,** Nhà xuất bản Y học.
14. **The National Institute for Health & Care Excellence - NICE (2010).** The Treatment and Management of Depression in Adults (updated edition). National Clinical Practice Guideline 90, 2010.
15. **Addington D., Abidi S., Garcia-Ortega I., et al. (2017).** Canadian Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Patients with Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. Can J Psychiatry, 62(9), 594–603.
16. **Daniel R. R., Larry J. S., et al (2014), “Schizotypal personality disorders: a current review”, New York, pp 1-10.**
17. **Jakobsen K.D., Skyum E., Hashemi N., et al. (2017).** Antipsychotic treatment of schizotypy and schizotypal personality disorder: a systematic review. J Psychopharmacol (Oxf), 31(4), 397–405.
18. **Kaplan & Sadock’s. Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment**
19. **Laskshmi N.Y., Sidney H. K. (2017).** Kaplan and Sadock s Comprehensive Textbook of Psychiatry: Pharmacological treatment of depression and bipolar disorders, Wolters Kluwer.
20. **Marcos E. M. B., Hermes M. T. B. (2016), “Schizoaffective Disorder and Depression. A case Study of a patient from ceará, Brazil”, iMedPub Journals, pp1-8**

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ PHẢN ỨNG STRESS CẤP (F43.0)

I. ĐỊNH NGHĨA:

Phản ứng stress cấp là các triệu chứng xuất hiện trong vòng một tháng sau khi có sang chấn tâm lý. Trong và sau khi chấn thương, bệnh nhân có ít nhất 03 trong số các triệu chứng sau: cảm giác chết lặng, cảm giác tan rã, hoặc mất đáp ứng cảm xúc, giảm nhận thức của bệnh nhân với xung quanh, giải thể thực tại, giải thể nhân cách, quên phân ly. Bệnh nhân không thực hiện các công việc bình thường hàng ngày như lao động, học tập. Các rối loạn này phải diễn ra trong vòng 2 đến 4 ngày sau chấn thương.

II. CHẨN ĐOÁN: TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN THEO ICD-10

A. BN phải tiếp xúc với một tác nhân gây stress đặc biệt về mặt tâm thần hoặc cơ thể.

B. Sự tiếp cận với tác nhân gây stress được nối tiếp bởi sự khởi phát ngay lập tức của các triệu chứng (trong vòng một giờ).

C. Có hai nhóm triệu chứng phản ứng stress cấp được phân bậc như sau:

- F43.00 Nhẹ: chỉ có tiêu chuẩn (1), dưới đây được đáp ứng
- F43.01 Trung bình: Tiêu chuẩn (1) được đáp ứng và có hai triệu chứng bất kỳ của tiêu chuẩn (2)
- F43.02 Nặng: hoặc là tiêu chuẩn (1) được đáp ứng và có 4 triệu chứng bất kỳ của tiêu chuẩn (2) hoặc có sự sống sờ phân ly (xem thêm mục F44.2)

(1) Các tiêu chuẩn B, C và D của rối loạn lo âu lan toả (F41.0) được đáp ứng

- (2)
- a. Cách ly khỏi những giao tiếp xã hội được mong đợi
 - b. Thu hẹp sự chú ý
 - c. Rối loạn sự định hướng rõ
 - d. Cấu giận hoặc xâm phạm bằng lời
 - e. Tuyệt vọng hoặc không có hy vọng
 - f. Tăng hoạt động không có mục đích hoặc thích hợp
 - g. Buồn rầu quá mức hoặc không kiểm soát được (được đánh giá theo các chuẩn mực văn hoá của địa phương)

D. Nếu tác nhân gây stress chỉ nhất thời hoặc có thể làm mất đi, các triệu chứng này phải bắt đầu giảm sau không quá 8 giờ. Nếu sự tiếp xúc với tác nhân gây stress tiếp diễn các triệu chứng này phải bắt đầu giảm sau không quá 48 giờ

E. Tiêu chuẩn loại trừ được sử dụng nhất: phản ứng này phải xảy ra khi không có đồng thời bất cứ một rối loạn tâm thần hoặc hành vi khác trong ICD - 10 (ngoài trừ mục F41.1) (RL lo âu lan toả) và mục F60.- (các RL nhân cách) và cách thời điểm kết thúc của một giai đoạn bị bất kỳ RL tâm thần và hành vi nào khác >3 tháng.

III. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu thường quy
- Điện não đồ, lưu huyết não, siêu âm Doppler mạch máu não
- Điện tâm đồ, X-quang tim phổi,
- CT Scanner, MRI sọ não
- Trắc nghiệm tâm lý: Test Beck, Zung, MMPI,....
- Các xét nghiệm chuyên khoa khác.

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc:

- Cách ly bệnh nhân khỏi môi trường gây stress. Động viên, hỗ trợ tâm lý cho bệnh nhân, tránh gợi ý lại những khía cạnh của chấn thương tâm lý, Liệu pháp thư giãn luyện tập. Tăng cường sức đề kháng của cơ thể.
- Sử dụng thuốc bình thần Benzodiazepin trong thời gian ngắn.
- Trường hợp kích động mạnh có thể kết hợp thuốc an thần kinh an dịu.

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Tâm lý liệu pháp:

Tâm lý liệu pháp đóng vai trò quyết định trong điều trị phản ứng stress cấp.

- Trước hết phải cô lập được stress: bệnh nhân cần được đưa ra khỏi môi trường gây chấn thương tâm lý càng sớm càng tốt. Khi thoát ra khỏi môi trường gây chấn thương tâm lý thì hầu hết bệnh nhân dần trở về trạng thái tâm lý bình thường, tình trạng hoảng hốt, lo âu, phân ly sẽ giảm đi.

- Nhân viên y tế hoặc các thành viên trong gia đình cần giữ vững tình trạng tâm lý cho bệnh nhân, động viên an ủi bệnh nhân để họ nhận thấy rằng nguy hiểm đã qua, giúp họ thư giãn, hướng dẫn cách tập thở chậm rãi để giảm bớt các triệu chứng khó chịu về cơ thể.

- Các liệu pháp tâm lý nhận thức, hành vi nói chung là không cần thiết vì phản ứng stress cấp theo định nghĩa chỉ kéo dài không quá một tháng rồi tự hết.

- Liệu pháp thư giãn: Nhằm tạo ra một đáp ứng sinh lý để đối kháng lại phản ứng stress. Thư giãn có thể làm giảm nhịp tim, nhịp thở, giảm mức tiêu thụ oxy, giảm huyết áp, giảm lưu lượng máu nội tạng có lợi cho các cơ ở ngoại biên. Thư giãn cũng làm giảm căng thẳng của cơ trơn và cơ vòng.

- Liệu pháp tập tính:

+ Điều chỉnh lại cách sống: phải làm cho đối tượng ý thức rõ rệt lợi ích của sự cân bằng hài hòa giữa hoạt động và thư giãn để tăng cường sức đề kháng với stress.

+ Khẳng định bản thân: Giúp bệnh nhân làm chủ được tình huống, cho bệnh nhân tập đối phó lại với các tình huống stress.

- Tập luyện các môn thể thao, giao lưu văn hóa văn nghệ, du lịch, giải trí giúp bệnh nhân có điều kiện hòa nhập trở lại với xã hội.

2.2. Điều trị hóa dược:

- Thuốc chống trầm cảm: lựa chọn một trong các nhóm sau:
 - Nhóm ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin: SSRI
 - + Sertralin Liều 50 - 100 mg/ ngày.
 - + Citalopam Liều 10 - 40 mg/ngày.
 - + Escitalopam Liều 10 - 40 mg/ngày.
 - Thuốc tác động kép:
 - + Venlafaxin Liều 75 - 375 mg/ngày.
 - + Mirtazapin Liều 15 - 45 mg/ngày.
 - Thuốc chống trầm cảm 3 vòng:
 - + Amitriptylin Liều 50 - 100mg/ngày.
 - Thuốc an thần kinh:
 - Nhóm chống loạn thần cổ điển:
 - + Haloperidol Liều 5 - 30 mg/ngày, tiêm bắp hoặc uống.
 - + Levomepromazin Liều 50 - 250 mg/ngày.
 - Nhóm chống loạn thần không điển hình:
 - + Risperidon Liều 2 - 6 mg/ngày.
 - + Olanzapine Liều 5 - 20 mg/ngày.
 - + Quetiapin (Seroquel) Liều 100 - 800 mg/ngày
 - + Clozapin Liều 25 - 400 mg/ngày
 - Thuốc giải lo âu nhóm benzodiazepine: Diazepam liều 10 - 20 mg/, uống hoặc tiêm tĩnh mạch chậm.
 - Tăng cường tuần hoàn não: Piracetam 800 - 2000mg/ngày, Ginkgo biloba.
 - Các thuốc bổ khoáng chất và vitamine khác: Magiesia, Calcium, Vitamin nhóm B, Vitamine C, Glucocorticoid.....
- * Lưu ý:**
- Các thuốc chống trầm cảm bất kỳ loại nào cũng không cho kết quả rõ rệt trong phản ứng stress cấp.
 - Thuốc ức chế adrenergic (propranolon) hầu như không có tác dụng điều trị cho phản ứng stress cấp.
 - Thuốc bình thần benzodiazepin có tác dụng cắt tình trạng lo âu quá mức, hoảng hốt, sợ hãi, phân ly, kích động của bệnh nhân. Chỉ nên dùng thuốc nhóm

này khi thực sự cần thiết, không nên sử dụng kéo dài. Khi điều trị thường sử dụng đường uống nhưng trong một số trường hợp cần thiết có thể dùng thuốc tiêm. Thường dùng: Seduxen 5 – 20mg/ngày, Lexomil 6 mg x 1- 2 viên/ngày, Tranxen 10 mg x 1 – 2 viên/ngày, Rivotril 2 mg x 1 viên/ngày.

- Thuốc an thần kinh: chỉ dùng trong trường hợp có kích động mạnh mẽ mà dùng benzodiazepin không kết quả.

- Các thuốc bổ sung khoáng chất và vitamin:

+ Magnesium (Mg): lợi ích của Mg trong việc cân bằng hoạt động của các neuron đặc biệt trong hoạt động của các acid amin gây kích thích.

+ Calcium (Ca): tham gia vào các trao đổi ion khi co cơ và giãn cơ cũng như trong quá trình kiểm soát kích thích thần kinh cơ.

+ Các vitamin: đặc biệt là vitamin nhóm B tham gia vào các giai đoạn chuyển hoá năng lượng, vitamin C cũng giữ vai trò tổng hợp cortisol. Vitamin còn tăng khả năng sức đề kháng của cơ thể.

+ Glucocorticoid: Làm tăng khả năng đề kháng sinh lý của chủ thể đối với stress.

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

- Bệnh lần đầu.
- Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.
- Đêm không ngủ.
- Rối loạn tư duy (nói nhảm một mình...)
- Kích động (la hét, chửi bới,...).
- Hoang tưởng (nghĩ có người hại mình, ghen tuông,).
- Rối loạn cảm xúc, khí sắc (bồn chồn, bứt rứt, buồn chán quá mức ,...).
- Rối loạn hành vi tác phong.
- Tuyệt vọng không ăn uống.

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 15 ngày điều trị.
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 2-3 ngày khi các triệu chứng loạn thần thuyên giảm và cho xuất viện .
- Đêm ngủ yên.
- Hết kích động.
- Khí sắc ổn định.
- Hành vi ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế**
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học.** Nhà xuất bản Y học.
4. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
5. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Tâm thần học, *Tập bài giảng dành cho sau đại học.*
6. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007),** Tâm thần học và tâm lý học. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
7. **Tổ chức Y tế thế giới (1992),** “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”; WHO, Geneva 1992.
8. **Nguyễn Minh Tuấn (2016),** Giáo trình Bệnh học Tâm thần, Nhà xuất bản Y học.
9. **Nguyễn Kim Việt (2016),** Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
10. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016),** “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.
11. **Trần Hữu Bình (2016),** Giáo trình bệnh học tâm thần: Giai đoạn trầm cảm, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
12. **Nguyễn Minh Tuấn (2016),** Giáo trình Bệnh học Tâm thần, Nhà xuất bản Y học.
13. **Kaplan & Sadock (2013).** Rối loạn sự phát triển lan tỏa, *Tóm lược Tâm thần học trẻ em và thanh thiếu niên*, Sách dịch, Nhà xuất bản Y học
14. **The National Institute for Health & Care Excellence - NICE (2010).** The Treatment and Management of Depression in Adults (updated edition). National Clinical Practice Guideline 90, 2010.
15. **Addington D., Abidi S., Garcia-Ortega I., et al. (2017).** Canadian Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Patients with Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. *Can J Psychiatry*, 62(9), 594–603.
16. **Daniel R. R., Larry J. S., et al (2014),** “Schizotypal personality disorders: a current review”, New York, pp 1-10.
17. **Jakobsen K.D., Skyum E., Hashemi N., et al. (2017).** Antipsychotic treatment of schizotypy and schizotypal personality disorder: a systematic review. *J Psychopharmacol (Oxf)*, 31(4), 397–405.
18. **Kaplan & Sadock’s.** Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment
19. **Laskshmi N.Y., Sidney H. K. (2017).** Kaplan and Sadock s Comprehensive Textbook of Psychiatry: Pharmacological treatment of depression and bipolar disorders, Wolters Kluwer.
20. **Marcos E. M. B., Hermes M. T. B. (2016),** “Schizoaffective Disorder and Depression. A case Study of a patient from ceará, Brazil”, *iMedPub Journals*, pp1-8

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ GIAI ĐOẠN TRẦM CẢM (F32)

I. 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 CID 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.

II. LÂM SÀNG:

Hội chứng trầm cảm điển hình là trạng thái biểu hiện quá trình ức chế toàn bộ hoạt động tâm thần, gồm có: cảm xúc bị ức chế, tư duy bị ức chế và vận động bị ức chế.

- Cảm xúc bị ức chế: khí sắc giảm thấp, buồn rầu, ủ rũ, khóc lóc, mất mọi quan tâm thích thú cũ, nhìn xung quanh thấy ảm đạm, bi quan về tương lai. Bệnh nhân cảm thấy một nỗi buồn có nhiều sắc thái. Nỗi buồn có thể kèm theo hiện tượng mất cảm giác tâm thần. Đôi khi kèm theo các hiện tượng giải thể nhân cách, tri giác sai thực tại.

- Tư duy bị ức chế: suy nghĩ chậm chạp, liên tưởng khó khăn. Tự cho mình là hèn kém, mất tin tưởng vào bản thân. Trường hợp nặng có hoang tưởng bị tội hay tự buộc tội, dễ đưa đến ý tưởng và hành vi tự sát.

- Vận động bị ức chế: bệnh nhân ít hoạt động, ít nói, ăn uống kém, thường nằm hay ngồi lâu ở một tư thế, mặt mày đau khổ, trầm ngâm suy nghĩ. Trường hợp nặng có thể có hiện tượng bất động. Bệnh nhân có thể có cơn xung động trầm cảm (kích động, la hét, lẫn lộn,...).

Ngoài ra, bệnh nhân có thể có một số triệu chứng tâm thần khác: sự chú ý trì trệ, tập trung vào nỗi đau khổ bên trong, hoặc có các rối loạn thần kinh thực vật, rối loạn tiêu hóa (chán ăn, buồn nôn, táo bón, đi lỏng), rối loạn tim mạch. Ở phụ nữ có thể mất kinh, rối loạn kinh nguyệt.

Trầm cảm có 03 mức độ: nhẹ, vừa và nặng. Ngoài ra trong thực hành tâm thần học còn chia thành:

- Trầm cảm có lo âu.
- Trầm cảm không có lo âu.
- Trầm cảm với triệu chứng cơ thể.
- Trầm cảm không có các triệu chứng cơ thể.
- Trầm cảm có loạn thần: có hoang tưởng, ảo giác kèm theo.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD – 10:

- Có 3 triệu chứng đặc trưng (chủ yếu) của trầm cảm là:

Giảm khí sắc: bệnh nhân cảm thấy buồn vô cớ, chán nản, ảm đạm, thất vọng, bơ vơ và bất hạnh, cảm thấy không có lối thoát. Đôi khi nét mặt bất động, thờ ơ, vô cảm.

Mất mọi quan tâm và thích thú: Bệnh nhân thường phàn nàn về cảm giác ít thích thú, ít vui vẻ trong các hoạt động sở thích cũ hay trầm trọng hơn là sự mất nhiệt tình, không hài lòng với mọi thứ. Thường xa lánh, tách rời xã hội, ngại giao tiếp với mọi người xung quanh.

Giảm năng lượng dẫn đến tăng mệt mỏi và giảm hoạt động: mệt mỏi, yếu ớt, thiếu sinh lực, bất lực. Bệnh nhân chậm chạp về ngôn ngữ, giao tiếp và vận động. Các công việc hàng ngày trở nên khó khăn, có khi không hoàn thành được, thậm chí phải bỏ hoàn toàn công việc. Một số bệnh nhân giảm năng lượng biểu hiện bằng giảm hoặc mất dục năng. Ước chế năng sẽ biểu hiện giống trạng thái sống sờ.

- 7 triệu chứng phổ biến của trầm cảm:

- + Giảm sút sự tập trung và chú ý.
- + Giảm sút tính tự trọng và lòng tự tin.
- + Những ý tưởng bị tội, không xứng đáng.
- + Nhìn vào tương lai thấy ảm đạm, bi quan.
- + Ý tưởng và hành vi tự huỷ hoại hoặc tự sát.
- + Rối loạn giấc ngủ: ngủ nhiều hoặc ngủ ít, dễ thức giấc nửa đêm, dậy sớm.
- + Ăn ít ngon miệng.

2. Xét nghiệm-cận lâm sàng:

- Công thức máu: số lượng hồng cầu giảm
- Sinh hóa máu: giảm nồng độ Vitamine B12, acid folic, sự thay đổi của các hormon,...
- Tổng phân tích nước tiểu
- Trắc nghiệm tâm lý: Test Beck ≥ 14 điểm, Test Hamilton ≥ 14 điểm, thang trầm cảm ở người già: ≥ 10 điểm, ở phụ nữ sau sinh ≥ 13 điểm, thang **DASS 21**
- Điện não đồ, Lưu huyết não, Doppler mạch máu não
- CT, MRI sọ não tìm các tổn thương thực thể.
- Các xét nghiệm chuyên khác khác nếu cần.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị nguyên nhân dẫn đến trầm cảm.
- Làm giảm và mất hoàn toàn các triệu chứng.

- Phòng ngừa tái phát và tái diễn trầm cảm.
- Phải phát hiện sớm chẩn đoán chính xác, đánh giá mức độ trầm trọng, các trạng thái khác nhau của trầm cảm (kể cả trầm cảm nhẹ, trầm cảm che giấu).
- Phải xác định được mức độ trầm cảm hiện có ở người bệnh (nhẹ, trung bình hay nặng).
- Phải xác định rõ nguyên nhân trầm cảm: trầm cảm nội sinh, trầm cảm phản ứng hay trầm cảm thực tổn.
- Phải nhận rõ trầm cảm có kèm theo những rối loạn thần khác hay không (hoang tưởng, ảo giác, căng trương lực...).
- Chỉ định sớm các thuốc (Antidepressants) biết chọn lựa đúng nhóm thuốc, loại thuốc, liều lượng thích hợp với từng trạng thái bệnh, từng người bệnh.
- Phải biết chỉ định kết hợp thích hợp các thuốc an thần kinh khi cần thiết tùy từng thể loại trầm cảm.
- Sốc điện (ECT) kết hợp với thuốc trầm cảm trong các trường hợp trầm cảm nặng có ý tưởng hành vi tự sát và những trường hợp kháng thuốc.
- Tránh sử dụng IMAO vì những biến chứng làm tái phát bệnh, vì IMAO không sử dụng kết hợp với các thuốc hưng thần khác và thường gây biến chứng nguy hiểm khi phối hợp thuốc này không đúng.
- Đi đôi với sử dụng thuốc chống trầm cảm, thực hành tâm thần học còn sử dụng liệu pháp hành vi, liệu pháp nhận thức.
- Điều trị duy trì ít nhất 06 tháng để phòng tái phát với giai đoạn trầm cảm đầu tiên, 02 năm với lần tái phát thứ hai và > 5 năm với tái phát lần thứ 3.

2. Điều trị liệu pháp hóa dược

Tùy theo mức độ bệnh, thể bệnh, nguyên nhân và cá thể người bệnh mà chọn lựa thuốc cho phù hợp.

- Thuốc chống trầm cảm: lựa chọn một trong các nhóm sau; **ưu tiên đơn trị liệu**, nếu ít hiệu quả thì mới 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:

- | | |
|----------------|-------------------------------------|
| ✓ Sertralin | Liều 50 - 200 mg/ ngày |
| ✓ Citalopram | Liều 20 - 40 mg/ ngày (sau ăn sáng) |
| ✓ Escitalopram | Liều 10 - 20 mg/ ngày (sau ăn sáng) |

+ Nhóm tác động kép:

- | | |
|------------------|----------------------------------|
| ✓ Venlafaxin | Liều 50 - 150 mg/ngày |
| ✓ Mirtazapin | Liều 15 - 45 mg/ngày (buổi tối). |
| ✓ Duloxetine | Liều 40 - 120 mg/ngày |
| ✓ Desvenlafaxine | Liều 50 - 400 mg/ngày |

+ Nhóm chống trầm cảm 3 vòng:

- ✓ Amitriptylin Liều 50 - 100 mg/ngày (vào buổi tối)

* **Lưu ý:**

❖ **Trầm cảm ở trẻ em:** Nên lựa chọn nhóm SSRI

- ✓ Sertralin (Zoloft) Liều 2,5 - 50 mg/ngày
- ✓ Citalopram (Celexa) Liều 5 - 40 mg/ngày

❖ **Trầm cảm ở người già:** SSRI là nhóm thuốc ưu tiên hàng đầu

- ✓ Sertralin (Zoloft) Liều 25 - 100 mg/ngày
- ✓ Citalopram (Celexa) Liều 10 - 30 mg/ngày
- ✓ Escitalopram Liều 10 - 20 mg/ngày

Nếu không đáp ứng với SSRIs thì SRIs là lựa chọn tiếp theo

- ✓ Venlafaxine (Effexor) Liều 37,5 - 150 mg/ngày
- ✓ Duloxetine (Cymbalta) Liều 10 - 30 mg/ngày
- ✓ Desvenlafaxine (Pristiq) Liều 50 mg/ngày

Một số thuốc CTC nhóm khác: khi hai nhóm trên không hiệu quả

- ✓ Mirtazapine Liều 15 - 45 mg/ngày

- Thuốc chống loạn thần: **Nếu trầm cảm có loạn thần** (hoang tưởng, ảo giác): lựa chọn các thuốc sau.

- Thuốc chống loạn thần cổ điển:

- ✓ Haloperidol Liều 5 - 30mg/ngày, tiêm bắp hoặc uống.
- ✓ Levomepromazin Liều 50 - 250 mg/ngày.

- Thuốc chống loạn thần không điển hình: lựa chọn một trong các thuốc sau:

- ✓ Risperidon Liều 2 - 6 mg/ngày.
- ✓ Olanzapine Liều 5 - 20 mg/ngày.
- ✓ Quetiapin Liều 100 - 800 mg/ngày
- ✓ Clozapin Liều 25 - 400 mg/ngày

- Thuốc giải lo âu nhóm Benzodiazepin:

- ✓ Seduxen Liều 10 - 30 mg/ngày, uống, tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch.

- Thuốc giải lo âu gây ngủ:

- ✓ Lexomil Liều 6mg/ngày
- ✓ Rivotril Liều 1 - 2mg/ngày

Kết hợp thuốc chỉnh khí sắc:

- ✓ Carbamazepin Liều 400 - 800 mg/ngày.
- ✓ Valproat Liều 400 - 2000 mg/ngày.
- ✓ Oxcarbamazepin Liều 300 - 900 mg/ngày

- Tăng cường tuần hoàn não: Piracetam 800 - 2000mg/ngày, Ginkgo biloba.

- Thuốc hỗ trợ chức năng gan: Kahagan.....

* Nếu trầm cảm có **hành vi tự sát**, tổn thương về cơ thể: cấp cứu kịp thời và điều trị theo chuyên khoa.

* Điều trị theo **nguyên nhân** gây trầm cảm và các bệnh cơ thể kết hợp.

* **Hiệu quả** sau dùng thuốc từ 2 – 4 tuần, điều trị lâu dài trên 6 tháng.

B. Liệu pháp sốc điện:

Chỉ định: trầm cảm nặng, trầm cảm có loạn thần, từ chối ăn uống, hành vi tự sát hoặc không đáp ứng với điều trị khác.

Cần chú ý đến các chống chỉ định của sốc điện.

Đánh giá lâm sàng, đặc biệt về nhận thức của BN sau mỗi lần điều trị trong liệu trình.

Nếu BN đáp ứng với ECT, cần dùng thuốc CTC để dự phòng tái phát.

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

- Bệnh lần đầu.
- Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.
- Không chịu uống thuốc.
- Mất ngủ kéo dài (từ 2 tuần trở lên)
- Kích động (la hét...)
- Trầm cảm nặng (khí sắc trầm, mất hứng thú, giảm năng lượng, ...).
- Trầm cảm tái diễn (bệnh củ tái diễn lại dai dẳng).
- Có triệu chứng loạn thần (nghe và nhìn thấy có người nói chuyện dai dẳng bên tai, nghĩ có người hại mình ...).
- Hoang tưởng (nghi bệnh.....)
- Rối loạn cảm xúc khí sắc (về mặt buồn, hay khó một mình vô cớ, cáu gắt, bồn chồn...)
- Mệt mỏi nhiều, không lao động được, học tập giảm sút.
- Có ý tưởng và hành vi tự sát.

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 14 ngày điều trị.
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 3-4 ngày khi các triệu chứng loạn thần thuyên giảm và cho xuất viện .
- Đêm ngủ yên.

- Hết các triệu chứng loạn thần, hoang tưởng.
- Cảm xúc, khí sắc ổn định.
- Hết hoang tưởng
- Hành vi ổn định.
- Hết ý tưởng và hành vi tự sát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế**
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học.** Nhà xuất bản Y học.
4. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
5. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Tâm thần học. *Tập bài giảng dành cho sau đại học.*
6. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007),** Tâm thần học và tâm lý học. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
7. **Tổ chức Y tế thế giới (1992),** “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”; WHO, Geneva 1992.
8. **Nguyễn Minh Tuấn (2016),** Giáo trình Bệnh học Tâm thần, Nhà xuất bản Y học.
9. **Nguyễn Kim Việt (2016),** Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
10. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016),** “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.
11. **Trần Hữu Bình (2016),** Giáo trình bệnh học tâm thần: Giai đoạn trầm cảm, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
12. **The National Institute for Health & Care Excellence - NICE (2010).** The Treatment and Management of Depression in Adults (updated edition). National Clinical Practice Guideline 90, 2010.
13. **American Psychiatric Association (2013).** Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV.
14. **American Psychiatric Association (1994).** *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition.*
15. **Gautam S., Jain A., Gautam M., Vahia V. N., et al (2017).** Clinical Practice Guidelines for the management of Depression. Indian J Psychiatry;59, Suppl
16. **Kaplan & Sadock's.** Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment
17. **Kennedy S. H., Lam R. W., McIntyre R. S., et al (2016).** Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder. The Canadian Journal of Psychiatry, 61(9), 540–560.
18. **MIMS neurology & psychiatry disease management guidelines**

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN HỖN HỢP LO ÂU TRẦM CẢM (F41.2)

I. ĐỊNH NGHĨA:

Rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm là một trạng thái bao gồm cả triệu chứng lo âu và trầm cảm nhưng không có triệu chứng nào được ghi nhận một cách riêng biệt là đủ nặng để chẩn đoán là trầm cảm hoặc lo âu.

Hỗn hợp lo âu và trầm cảm là rối loạn thường gặp trong chăm sóc sức khỏe ban đầu với các triệu chứng tương đối nhẹ, nhưng vẫn đủ để chẩn đoán là hội chứng lo âu trầm cảm song hành.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn triệu chứng:

Hỗn hợp các triệu chứng rối loạn trầm cảm cùng tồn tại với triệu chứng rối loạn lo âu, không có triệu chứng nào xem xét một cách riêng biệt là đủ nặng để đánh giá chẩn đoán. Nếu có lo âu với mức độ trầm cảm ít hơn thì cần xem xét để đặt chẩn đoán khác. Khi cả hai hội chứng trầm cảm và lo âu đều đủ trầm trọng thì trầm cảm phải được ưu tiên trước. Một số triệu chứng thần kinh tự động (run, đánh trống ngực, khô miệng, sôi bụng...) phải có dù chỉ từng hồi.

2. Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ chẩn đoán nếu:

- Lo âu và lo lắng quá mức, không có triệu chứng thần kinh tự động.
- Các triệu chứng đáp ứng đầy đủ nhưng xảy ra có liên quan chặt chẽ với những biến đổi đáng kể trong đời sống hoặc các sự kiện gây stress trong đời sống.
- Triệu chứng trầm cảm lo âu kéo dài.

3. Chẩn đoán xác định:

- Khí sắc giảm hay trầm buồn
- Mất sự hài lòng hay quan tâm thích thú
- Có các biểu hiện lo âu, lo lắng
- Thường có các triệu chứng kết hợp sau đây:
 - + Kém tập trung chú ý
 - + Ăn không ngon miệng
 - + Căng thẳng, bồn chồn
 - + Run, đánh trống ngực, khô miệng, sôi bụng,...
 - + Ý nghĩ hay hành vi sát
 - + Mất dục năng

4. Chẩn đoán phân biệt

- Nếu các triệu chứng trầm cảm hoặc lo âu biểu hiện nặng nề hơn, cần phân biệt với trầm cảm (F32) và rối loạn lo âu lan tỏa (F44.1)

- Nếu các triệu chứng cơ thể chiếm ưu thế, cần phân biệt với các triệu chứng cơ thể không giải thích được (F45).

- Nếu bệnh nhân có trong tiền sử một giai đoạn hưng cảm (tăng khí sắc, nói nhanh, kích thích...) phân biệt với RLCXLC (F31)

- Nếu có sử dụng ma túy và rượu nặng, phân biệt với rối loạn do sử dụng rượu (F10) và rối loạn do sử dụng ma túy (F11).

III. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, nước tiểu thường quy
- Điện não đồ, lưu huyết não, siêu âm Doppler mạch máu não
- Điện tâm đồ, X-quang tim phổi,
- Trắc nghiệm tâm lý: Test Beck, Zung, Thang đánh giá trầm cảm và lo âu của Hamilton
- Các xét nghiệm chuyên khoa khác.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Ưu tiên đơn trị liệu.
- Khởi đầu liều thấp và tăng từ từ đến khi có hiệu quả.
- Hạn chế **lạm dụng thuốc nhóm** giải lo âu gây nghiện.

2. Điều trị hóa dược liệu pháp:

- Thuốc giải lo âu gây ngủ nhóm Benzodiazepine: **hạn chế sử dụng, do thuốc có tính chất gây nghiện.**

+ Diazepam Liều 5 - 20 mg/ngày, uống hoặc tiêm tĩnh mạch chậm.

+ Clonazepam Liều 10 - 150 mg/ngày

- Thuốc chống trầm cảm: Nhóm SSRI, SNRI, 3 vòng, hoặc nhóm khác:

+ Sertralin Liều 50 - 200 mg/ ngày

+ Citalopram Liều 20 - 40 mg/ ngày (sau ăn sáng)

+ Escitolopram Liều 10 - 20 mg/ ngày (sau ăn sáng)

+ Venlafaxin Liều 37,5 - 150 mg/ngày

+ Mirtazapin Liều 15 - 45 mg/ngày (buổi tối).

+ Amitritylin Liều 25 - 300 mg/ngày (vào buổi tối)

+ Buspiron: Khởi đầu 2.5-5 mg 3 lần/ngày, sau đó tăng dần đến khi có hiệu quả điều trị (tối đa 20 mg/ngày ở trẻ em và 60 mg/ngày ở người lớn). Buspirone có tác dụng rất chậm (sau 2-3 tuần) và ít hiệu quả ở bệnh nhân đã điều trị với BZDs.

*** Lưu ý: ưu tiên đơn trị liệu**, nếu ít hiệu quả thì mới xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 3 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn:

- Kháng Histamin:

+ Hydroxyzine: liều khởi đầu 10-20 mg/ngày, có thể tăng đến 200 - 300 mg/ngày

- Thuốc chống loạn thần thế hệ mới, liều thấp:

+ Risperidon Liều 2 - 6 mg/ngày.

+ Olanzapine Liều 5 - 20 mg/ngày.

+ Quetiapin (Seroquel) Liều 100 - 800 mg/ngày

+ Clozapin Liều 25 - 400 mg/ngày

- Thuốc chỉnh khí sắc:

+ Carbamazepin Liều 400 - 800 mg/ngày.

+ Valproat Liều 400 - 2000 mg/ngày.

+ Oxcarbamazepin Liều 300 -900 mg/ngày

- Thuốc ức chế β :

+ Propranolol: liều khởi đầu 10 mg 2 lần/ngày, liều tối đa 80-160 mg/ngày.

- Tăng cường tuần hoàn não: Piracetam 800 - 2000mg/ngày, Ginkgo biloba.

- Thuốc hỗ trợ chức năng gan: Kahagan.....

3. Tâm lý liệu pháp

- Liệu pháp giải thích hợp lý

- Liệu pháp thư giãn luyện tập

- Liệu pháp nhận thức hành vi

- Liệu pháp gia đình

4. Thời gian điều trị:

Trị liệu đến khi các triệu chứng cải thiện và sau đó duy trì thêm ít nhất 6 tháng. Một số bệnh nhân đòi hỏi kéo dài thời gian trị liệu hơn, và có thể là suốt đời để tránh tái phát.

* TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:

- Bệnh lần đầu.

- Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.

- Mất ngủ .

- Lo âu.

- Mệt mỏi, Bồn chồn, bứt rứt, cáu gắt.

- Hồi hộp đánh trống ngực.

- Đau đầu, căng thẳng, chóng mặt.

- ý nghĩ và hành vi tự sát

- Khí sắc trầm buồn.
- Triệu chứng trầm cảm kèm theo như: Buồn chán, chán nản, mệt mỏi, mất tập trung, ăn uống ít.

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 16 ngày điều trị.
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 3-4 ngày khi các triệu chứng giảm và cho xuất viện .
- Đêm ngủ yên.
- Hết các triệu chứng trầm cảm.
- Cảm xúc, khí sắc ổn định.
- Hành vi ổn định.
- Hết ý hết và hành vi tự sát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế**
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học.** Nhà xuất bản Y học.
4. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
5. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Tâm thần học, *Tập bài giảng dành cho sau đại học.*
6. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007),** Tâm thần học và tâm lý học. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
7. **Tổ chức Y tế thế giới (1992),** “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”; WHO, Geneva 1992.
8. **Nguyễn Minh Tuấn (2016),** Giáo trình Bệnh học Tâm thần, Nhà xuất bản Y học.
9. **Nguyễn Kim Việt (2016),** Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
10. **Kaplan & Sadock (2013).** Rối loạn sự phát triển lan tỏa, *Tóm lược Tâm thần học trẻ em và thanh thiếu niên*, Sách dịch, Nhà xuất bản Y học
11. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016),** “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học., trang 74-79.
12. **Trần Hữu Bình (2016),** Giáo trình bệnh học tâm thần: Giai đoạn trầm cảm, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
13. **The National Institute for Health & Care Excellence - NICE (2010).** The Treatment and Management of Depression in Adults (updated edition). National Clinical Practice Guideline 90, 2010.
14. **American Psychiatric Association (2013).** Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV.
15. **American Psychiatric Association (1994).** *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition.*
16. **Gautam S., Jain A., Gautam M., Vahia V. N., et al (2017).** Clinical Practice Guidelines for the management of Depression. Indian J Psychiatry;59, Suppl
17. **Kaplan & Sadock’s.** Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment
18. **Kennedy S. H., Lam R. W., McIntyre R. S., et al (2016).** Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder. The Canadian Journal of Psychiatry, 61(9), 540–560.
19. **MIMS neurology & psychiatry disease management guidelines**
20. **Addington D., Abidi S., Garcia-Ortega I., et al. (2017).** Canadian Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Patients with Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. Can J Psychiatry, 62(9), 594–603.

21. **Laskshmi N.Y., Sidney H. K. (2017).** Kaplan and Sadock s Comprehensive Textbook of Psychiatry: Pharmacological treatment of depression and bipolar disorders, Wolters Kluwer.
22. **Marcos E. M. B., Hermes M. T. B. (2016),** “Schizoaffective Disorder and Depression. A case Study of a patient from ceará, Brazil”, iMedPub Journals, pp1-8

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LO ÂU LAN TỎA (F41.1)

I. 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, tồn tại.
- Lo lắng là một tính hiệu báo động, báo trước một nguy hiểm sắp xảy đến, cho phép con người sử dụng mọi biện pháp để đương đầu với sự đe dọa.
- Lo âu bệnh lý là lo âu quá mức hoặc dai dẳng không tương xứng với sự đe dọa được cảm thấy, ảnh hưởng đến hoạt động của người bệnh, có thể kèm theo những ý nghĩ hay hành động có vẻ như quá mức hay vô lý.
- Lo âu có thể là biểu hiện hay gặp của nhiều rối loạn tâm thần và cơ thể.
- Trước một bệnh nhân lo âu cần xác định:
 - + Lo âu bình thường hay bệnh lý.
 - + Nếu là bệnh lý cần xác định lo âu nguyên phát hay thứ phát (do một bệnh tâm thần hoặc cơ thể khác).

II. CHẨN ĐOÁN: THEO TIÊU CHUẨN ICD-10:

A. Phải có một khoảng thời gian ít nhất 6 tháng với sự căng thẳng nổi bật, lo lắng và cảm giác lo sợ về các sự kiện, các rắc rối hàng ngày.

B. Ít nhất 4 trong số các triệu chứng được liệt kê dưới đây phải có mặt, ít nhất 1 trong số 4 triệu chứng đó phải nằm trong mục từ (1) đến (4):

Các triệu chứng kích thích thần kinh thực vật.

1. Hồi hộp, tim đập mạnh, hoặc nhịp tim nhanh.
2. Vã mồ hôi.
3. Run.
4. Khô miệng (không do thuốc hoặc mất nước).

Các triệu chứng liên quan đến vùng ngực và bụng:

5. Khó thở.
6. Cảm giác nghẹn.
7. Đau hoặc khó chịu ở ngực.
8. Buồn nôn hoặc khó chịu ở bụng (ví dụ: sôi bụng)

Các triệu chứng liên quan đến trạng thái tâm thần:

9. Chóng mặt, không vững, ngất xỉu hoặc choáng váng.
10. Cảm giác mọi đồ vật không thật (tri giác sai thực tại) hoặc bản thân ở rất xa hoặc "không thực sự ở đây" (giải thể nhân cách)
11. Sợ mất kiểm chế, "hoá điên" hoặc ngất xỉu.
12. Sợ bị chết

Các triệu chứng toàn thân:

- 13. Có các cơn nóng bừng hoặc ớn lạnh
- 14. Cảm giác tê cứng hoặc kim châm

Các triệu chứng căng thẳng:

- 15. Căng cơ hoặc đau đớn
- 16. Bồn chồn hoặc không thể thư giãn
- 17. Có cảm giác tù túng, đang bên bờ vực, hoặc căng thẳng tâm thần
- 18. Có cảm giác có khối trong họng, hoặc khó nuốt

Các triệu chứng không đặc hiệu khác:

- 19. Đáp ứng quá mức với một sự ngạc nhiên nhỏ hoặc bị giật mình
- 20. Khó tập trung hoặc đầu óc "trở nên trống rỗng" vì lo lắng hoặc lo âu
- 21. Cáu kỉnh dai dẳng
- 22. Khó ngủ vì lo lắng

C. Rối loạn này không đáp ứng tiêu chuẩn của rối loạn hoảng sợ (F41.0) của rối loạn lo âu ám ảnh sợ (F40.-), rối loạn ám ảnh nghi thức (F42.-) hoặc rối loạn nghi bệnh (F45.2).

D. 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 tổn (F00-F09) hoặc rối loạn có liên quan đến chất tác động tâm thần (F10-F19) như là sự sử dụng quá mức các chất giống amphetamin hoặc hội chứng cai benzodiazepine.

III. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu thường quy
- Điện não đồ, lưu huyết não, siêu âm Doppler mạch máu não
- Điện tâm đồ, X-quang tim phổi,
- Trắc nghiệm tâm lý: Test Beck, Zung, thang DASS, Hamilton, MMPI,....
- Các xét nghiệm chuyên khoa khác.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- **Kiểm soát lo âu và giảm stress**
- **Điều trị triệu chứng**
- **Chọn thuốc:**
 - + Thuốc giải lo âu
 - + Thuốc chống trầm cảm

- + Thuốc an thần kinh
- + Một số thuốc khác

2. Điều trị bằng hóa dược:

- Thuốc giải lo âu gây ngủ nhóm Benzodiazepine:
 - + Seduxen Liều 10 - 20 mg/ngày.
 - + Loraepam Liều 2 - 6 mg/ngày.
 - + Alprazolam Liều 1 - 4 mg/ngày.
- Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc Serotonin (Nhóm SSRIs):
 - + Sertralin Liều 50 - 200 mg/ ngày.
 - + Citalopam Liều 10 - 40 mg/ngày.
 - + Escitalopam Liều 10 - 40 mg/ngày.

*** Lưu ý: Ưu tiên đơn trị liệu, dùng liều thấp tăng dần trong 1- 2 tuần, uống sau bữa ăn.**

- Thuốc tác động kép:
 - + Venlafaxin Liều 37,5 - 375 mg/ngày.
 - + Mirtazapin Liều 15 - 45 mg/ngày.
- Thuốc chống trầm cảm 3 vòng:
 - + Amtriptylin Liều 50 - 200mg/ngày.
- Thuốc an thần kinh: Nếu có triệu chứng loạn thần, lựa chọn một trong các thuốc sau:
 - + Risperidon Liều 2 - 6 mg/ngày.
 - + Olanzapine Liều 5 - 20 mg/ngày.
 - + Quetiapin (Seroquel) Liều 100 - 800 mg/ngày
 - + Sulpirid Liều 100 - 800 mg/ngày
- Thuốc chỉnh khí sắc: lựa chọn một trong các thuốc sau:
 - + Carbamazepin Liều 400 - 800 mg/ngày.
 - + Valproat Liều 400 - 2000 mg/ngày.
 - + Oxcarbamazepin Liều 300 – 900 mg/ngày
- Thuốc ức chế β :
 - + Propranolol Liều khởi đầu 10 mg 2 lần/ngày, Liều tối đa 80-160 mg/ngày.

- Tăng cường tuần hoàn não: Piracetam 800 - 2000mg/ngày, Ginkgo biloba.

- Các thuốc bổ khoáng chất và vitamine khác: Magiesia, Calcium, Vitamin nhóm B, Vitamine C, Glucocorticoid.....

3. Điều trị bằng liệu pháp tâm lý:

- Liệu pháp nhận thức hành vi, giải thích hợp lý.
- Liệu pháp thư giãn luyện tập, vui chơi, giải trí.

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

- Bệnh lần đầu.
- Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.
- Mất ngủ liên tục.
- Lo âu quá mức hoặc lo âu dai dẳng nhiều ngày.
- Bồn chồn không yên, lo lắng nhiều.
- Hồi hộp, đánh trống ngực.
- Mất kiểm soát (cáu gắt, chửi bới mọi người...)
- Đau đầu, chóng mặt, căng thẳng.
- Khó tập trung “đầu óc trống rỗng”
- ảnh hưởng chức năng xã hội nghề nghiệp

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 14 - 15 ngày điều trị.
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 3-4 ngày khi các triệu chứng thuyên giảm và cho xuất viện .
- Đêm ngủ yên.
- Hết các triệu chứng lo âu, bồn chồn.
- Hết cáu gắt, hồi hộp, căng thẳng.
- Hết đau đầu, chóng mặt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị** ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016)**, *Bài giảng tâm thần học*. Nhà xuất bản Y học.
4. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
5. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Tâm thần học, *Tập bài giảng dành cho sau đại học*.
6. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007)**, Tâm thần học và tâm lý học. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
7. **Tổ chức Y tế thế giới (1992)**, “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”; WHO, Geneva 1992.
8. **Nguyễn Minh Tuấn (2016)**, *Giáo trình Bệnh học Tâm thần*, Nhà xuất bản Y học.
9. **Nguyễn Kim Việt (2016)**, *Giáo trình bệnh học tâm thần*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
10. **Kaplan & Sadock (2013)**. Rối loạn sự phát triển lan tỏa, *Tóm lược Tâm thần học trẻ em và thanh thiếu niên*, Sách dịch, Nhà xuất bản Y học
11. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016)**, “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.
12. **Trần Hữu Bình (2016)**, *Giáo trình bệnh học tâm thần: Giai đoạn trầm cảm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
13. **Kaplan & Sadock’s**. Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment
14. **MIMS neurology & psychiatry disease management guidelines**

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN LO ÂU ÁM ẢNH SỢ HÃI (F40)

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Âm ảnh sợ khoảng trống (F40.0)

Âm ảnh sợ khoảng trống là lo âu quá mức liên quan đến việc phải ở trong tình huống hoặc ở chỗ mà khó có đường thoát hoặc người giúp đỡ không thể vào được. Sợ khoảng trống thường được áp dụng cho các nhóm tình huống mà bệnh nhân ở một mình bên ngoài nhà của mình như đi xe buýt, trên tàu, trên cầu, trong ô tô, nơi đông người, xếp hàng,....

Tiêu chuẩn chẩn đoán theo ICD-10: F40.0

A. Có biểu hiện sợ rõ rệt và không thay đổi hoặc né tránh trong ít nhất hai trong số các tình huống sau:

- 1) Các đám đông
- 2) Những nơi công cộng
- 3) Đi lại một mình
- 4) Đi xa nhà

B. Ít nhất hai triệu chứng lo âu trong các tình huống gây sợ phải xuất hiện cùng nhau, trong ít nhất một lần kể từ khi khởi phát bệnh và một trong các triệu chứng phải nằm trong các mục từ (1) đến (4) được liệt kê dưới đây:

*** Các triệu chứng kích thích hệ thần kinh thực vật:**

- (1) Hồi hộp hoặc tim đập nhanh hoặc tăng nhịp tim
- (2) Vã mồ hôi
- (3) Run rẩy
- (4) Khô miệng (không do thuốc hoặc mất nước)

*** Các triệu chứng liên quan đến vùng ngực và bụng**

- (5) Khó thở
- (6) Cảm giác nghẹn
- (7) Đau hoặc khó chịu vùng ngực
- (8) Buồn nôn hoặc khó chịu vùng ngực (ví dụ cảm giác sôi bụng)

*** Các triệu chứng liên quan đến trạng thái tâm thần:**

- (9) Cảm giác chóng mặt, không vững, ngất hoặc choáng váng
- (10) Có cảm giác không thật về các đồ vật (tri giác sai thực tại) hoặc cảm giác cơ thể ở rất xa hoặc “không thực sự ở tại đây” (giải thể nhân cách)
- (11) Sợ bị mất kiểm chế, “trở nên bị điên” bất tỉnh
- (12) Sợ bị chết

*** Các triệu chứng toàn thân:**

(13) Có cơn nóng bừng hoặc ớn lạnh

(14) Tê cóng hoặc có cảm giác kim châm

C. Suy kiệt cảm xúc nặng do cứ phải né tránh hoặc do các triệu chứng lo âu và bệnh nhân nhận thấy rằng các điều này là quá đáng hoặc không hợp lý.

D. Các triệu chứng chỉ hạn chế hoặc nổi trội trong các tình huống gây sợ hoặc sự liên tưởng đến các tình huống gây sợ.

E. Những chẩn đoán loại trừ thường gặp nhất. Sự sợ hãi hoặc né tránh các tình huống này (tiêu chuẩn A) không phải là hậu quả của các hoang tưởng, các ảo giác hoặc các rối loạn khác như các rối loạn tâm thần thực tồn (F00-F09), các rối loạn khí sắc [cảm xúc] (F30-F39), hoặc rối loạn ám ảnh nghi thức (F425.-) và không phải là hậu quả của các niềm tin văn hóa.

Sự hiện diện hoặc vắng mặt của rối loạn hoảng sợ (F41.0) trong phần lớn các tình huống ám ảnh sợ khoảng trống có thể được biệt định bằng cách sử dụng một chữ số thứ năm.

- F40.00 Không có rối loạn hoảng sợ

- F40.01 Có rối loạn hoảng sợ

2. Ám ảnh sợ xã hội

Ám ảnh sợ xã hội là sợ các hoạt động mà bệnh nhân phải đối mặt với các người khác. Bệnh nhân ám ảnh sợ xã hội thường tránh xa các tình huống mà trong đó đòi hỏi họ phải va chạm với những người khác hoặc phải đối diện với những người khác.

*** Tiêu chuẩn chẩn đoán ám ảnh sợ xã hội**

A. Sợ hãi với cường độ mạnh và bền vững của một hay nhiều tình huống xã hội, trong đó bệnh nhân bộc lộ với người khác sự sợ hãi phụ thuộc vào người quen để giảm sự sợ hãi. Bệnh nhân sợ rằng sẽ phản ứng bằng cách xấu hổ hoặc thiếu tự tin.

B. Biểu hiện trong tình huống xã hội gây ra lo âu, dưới hình thức là một cơn hoảng sợ kịch phát.

C. Bệnh nhân thừa nhận rằng sợ hãi quá mức và không có lý do.

D. Các tình huống xã hội gây sợ hãi bị né tránh hoặc chịu đựng với lo âu hoặc sợ hãi mãnh liệt.

E. Sự né tránh lo âu hoặc sợ hãi trong tình huống xã hội gây ra sợ hãi, cản trở rõ rệt đến cuộc sống bình thường hoạt động xã hội và nghề nghiệp do có ám ảnh sợ.

F. Ở người trên 18 tuổi, bệnh kéo dài ít nhất 6 tháng.

G. Sợ hãi hoặc né tránh không phải là hậu quả của một chất tác động tâm thần hoặc một bệnh thực tổn và không thể giải thích được do một bệnh tâm thần khác như hoảng sợ, có hoặc không có ám ảnh sợ khoảng trống.

3. Ám ảnh sợ biệt định (đặc hiệu):

Ám ảnh sợ biệt định là sợ một sự vật, tình huống hoặc hoạt động nhất định. Hội chứng gồm có 3 thành phần:

- Lo âu trước đó có thể tăng lên khi có kích thích ám ảnh
- Triệu chứng trung tâm là sợ hãi
- Hành vi xa lánh để giảm thiểu tối do lo lắng.

Tiêu chuẩn chẩn đoán theo ICD-10

A. Một trong hai nhóm triệu chứng sau phải có mặt:

(1) Sợ hãi rõ nét một đồ vật hoặc tình huống cụ thể không được bao gồm trong mục ám ảnh sợ khoảng trống (F40.0) hay ám ảnh sợ xã hội (F40.1).

(2) Có sự né tránh rõ rệt một đồ vật hoặc tình huống cụ thể không được bao gồm trong mục ám ảnh sợ khoảng trống (F40.0) hay ám ảnh sợ xã hội (F40.1).

Trong số các đồ vật và tình huống thường gặp nhất là các con vật như: chim, con trùng, độ cao, sấm, khi bay; các không gian khép kín và hẹp; cảnh tượng máu chảy hoặc bị thương; tiêm, làm răng và bệnh viện.

B. Các triệu chứng lo âu trong các tình huống gây sợ như được định nghĩa trong mục F40.0, tiêu chuẩn B, phải biểu hiện ở một thời điểm nào đó kể từ khi khởi phát rối loạn này.

C. Sự suy kiệt cảm xúc nặng gây ra bởi các triệu chứng nay hoặc bởi sự né tránh và bệnh nhân nhận thấy rằng những điều này là quá đáng hoặc không phù hợp

D. Các triệu chứng chỉ giới hạn hoặc chiếm ưu thế trong các tình huống gây sợ hoặc khi liên tưởng đến các tình huống gây sợ.

*** Các thể lâm sàng**

Các ám ảnh sợ đặc hiệu có thể được phân thành các dưới nhóm như sau:

- Loại sợ loài vật (ví dụ: các côn trùng, chó)
- Sợ các hiện tượng thiên nhiên (ví dụ nước bão)
- Sợ tiêm, máu và bị thương
- Sợ theo tình huống (ví dụ trong thang máy hoặc trong đường hầm)
- Loại khác

II. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu thường quy
- Điện não đồ, lưu huyết não, siêu âm Doppler mạch máu não

- Điện tâm đồ, X-quang tim phổi,
- Trắc nghiệm tâm lý: Test Beck, Zung, thang DASS, Hamilton, MMPI,...
- Các xét nghiệm chuyên khoa khác.

III. ĐIỀU TRỊ

- Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin (SSRI):
- Thuốc giải lo âu gây ngủ nhóm Benzodiazepine:
 - + Seduxen Liều 10 - 20 mg/ngày.
 - + Alprazolam Liều 1 - 4 mg/ngày.
- Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc Serotonin (SSRI):
 - + Sertralin Liều 50 - 200 mg/ ngày.
 - + Citalopam Liều 10 - 40 mg/ngày.
 - + Escitalopam Liều 10 - 40 mg/ngày.
- Thuốc tác động kép:
 - + Venlafaxin Liều 37,5 - 375mg/ngày.
 - + Mirtazapin Liều 15 - 45 mg/ngày.
- Thuốc chống trầm cảm 3 vòng:
 - + Amtriptylin Liều 50 - 200mg/ngày.
- Thuốc an thần kinh:
 - + Risperidon Liều 2 - 6 mg/ngày.
 - + Olanzapine Liều 5 - 20 mg/ngày
 - + Clozapin Liều 50 - 200mg/ngày.
- Thuốc ức chế β :
 - + Propranolol: Liều khởi đầu 10 mg 2 lần/ngày, liều tối đa 80-160 mg/ngày.
- Tăng cường tuần hoàn não: Piracetam 800 - 2000mg/ngày, Ginkgo biloba.
- Các thuốc bổ khoáng chất và vitamine khác: Magiesia, Calcium, Vitamin

* TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:

- Bệnh lần đầu.
- Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.
- Không chịu uống thuốc.
- Mất ngủ liên tục.
- Lo sợ quá mức (ví dụ: sợ các côn trùng, khoảng rộng, tiếp xúc đông...)
- Hồi hộp, đánh trống ngực.
- Mất kiểm soát (cáu gắt, chửi bới mọi người...)

- Đau đầu, chóng mặt, căng thẳng.
- Ảnh hưởng chức năng xã hội nghề nghiệp.

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 15 ngày điều trị.
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 3-4 ngày khi các triệu chứng thuyên giảm và cho xuất viện .
- Đêm ngủ yên.
- Hết các triệu chứng lo âu, bồn chồn.
- Hết đau đầu, chóng mặt, căng thẳng.
- Hết đau đầu, chóng mặt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế**
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học.** Nhà xuất bản Y học.
4. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
5. **Bộ môn tâm thần, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh,** Tâm thần học và tâm lý học, Tập bài giảng Ngô Tích Linh
6. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Tâm thần học. *Tập bài giảng dành cho sau đại học.*
7. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007),** Tâm thần học và tâm lý học. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
8. **Tổ chức Y tế thế giới (1992),** “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”; WHO, Geneva 1992.
9. **Nguyễn Minh Tuấn (2016),** Giáo trình Bệnh học Tâm thần, Nhà xuất bản Y học.
10. **Nguyễn Kim Việt (2016),** Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
11. **Kaplan & Sadock (2013).** Rối loạn sự phát triển lan tỏa, *Tóm lược Tâm thần học trẻ em và thanh thiếu niên*, Sách dịch, Nhà xuất bản Y học
12. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016),** “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.
13. **Trần Hữu Bình (2016),** Giáo trình bệnh học tâm thần: Giai đoạn trầm cảm, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
14. **Kaplan & Sadock’s.** Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment
15. **MIMS neurology & psychiatry disease management guidelines**

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN DẠNG CƠ THỂ (F45)

I. ĐỊNH NGHĨA:

- Các rối loạn cơ thể là biểu hiện tái diễn các triệu chứng cơ thể cùng với những yêu cầu dai dẳng đòi khám xét về y tế, mặc dù kết quả âm tính nhiều lần và thầy thuốc đảm bảo rằng các triệu chứng này không có cơ sở bệnh cơ thể. Các yếu tố tâm lý được quy là nguyên nhân gây ra các triệu chứng.

- Mã số chẩn đoán theo tiêu chuẩn ICD10: F45

+ F45.0 Rối loạn cơ thể hóa.

+ F45.3 Rối loạn nghi bệnh.

+ F45.4 Rối loạn đau dạng cơ thể.

+ F45.8 Rối loạn dạng cơ thể khác.

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán quyết định đòi hỏi tất cả những điều sau:

- Bệnh nhân than phiền dai dẳng các triệu chứng cơ thể nhiều loại mặc dù kết quả âm tính nhiều lần và thầy thuốc đảm bảo rằng các triệu chứng này không có cơ sở bệnh cơ thể.

- Yêu cầu dai dẳng đòi khám xét về y tế để điều trị các triệu chứng hoặc để tìm một bệnh cơ thể nằm bên dưới các triệu chứng hiện có.

- Bệnh nhân thường dừng lại những cố gắng muốn thảo luận về khả năng có nguyên nhân tâm lý.

- Trầm cảm và lo âu thường có và có thể biện minh cho sự điều trị đặc hiệu.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG

1. Rối loạn cơ thể hóa (F45.0)

- Các nét chính là các triệu chứng cơ thể nhiều loại, tái diễn, luôn thay đổi, chúng thường có nhiều năm trước khi bệnh nhân đến thầy thuốc tâm thần. Các triệu chứng có thể qui vào một bộ phận hay một hệ thống nào đó của cơ thể.

- Những triệu chứng phổ biến nhất là những cảm giác ở dạ dày – ruột (đau, ói, ợ, nôn, buồn nôn v.v...), cảm giác da khác thường (ngứa, chấy bỏng, tê cứng, đau đốn v.v...), cảm giác dây bản. Các phản nản về tình dục và kinh nguyệt cũng phổ biến.

- Trầm cảm và lo âu thường có và có thể biện minh cho sự điều trị đặc hiệu.

- lạm dụng thuốc an dũ và giảm đau thường do quá trình dùng thuốc nhiều lần.

- Tiến triển của rối loạn là mạn tính và giao động. Rối loạn phổ biến ở nữ nhiều hơn nam, và thường bắt đầu ở tuổi thành niên sớm.

* **Các nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán:** chẩn đoán quyết định đòi hỏi tất cả những điều sau:

- Ít nhất 2 năm có những triệu chứng cơ thể nhiều loại và thay đổi mà không tìm thấy một giải thích thỏa đáng nào về mặt cơ thể.

- Dai dẳng từ chối lời khuyên của thầy thuốc rằng không cắt nghĩa được các triệu chứng về mặt cơ thể.

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

2. Rối loạn nghi bệnh (F45.2)

- Nét chính là một sự bận tâm dai dẳng vào khả năng mắc một hoặc nhiều rối loạn cơ thể nặng và tiến triển. Bệnh nhân biểu hiện những lời phàn nàn dai dẳng về cơ thể hoặc sự bận tâm dai dẳng về biểu hiện cơ thể của họ.

- Sự chú ý thường tập trung vào chỉ một hoặc hai cơ quan hoặc hệ thống cơ thể. Mức độ tin tưởng về sự có mặt của các rối loạn và việc nhấn mạnh vào một số rối loạn này hơn rối loạn khác thường thay đổi giữa các lần khám bệnh.

- Trầm cảm và lo âu rõ rệt thường có, có thể biện minh cho một chẩn đoán phụ. Rối loạn giấc ngủ, khả năng lao động giảm sút dẫn đến thường xuyên đi khám bệnh. Yếu tố tâm lý thường là nhân tố thúc đẩy, nhưng cũng có khi không tìm thấy có sự liên quan đến các stress tâm lý. Các rối loạn xuất hiện lần đầu tiên sau 50 tuổi hiếm gặp. Tiến triển của cả triệu chứng lẫn rối loạn chức năng hoạt động thường mạn tính và giao động. Phải không có các hoang tưởng cố định về chức năng và hình dạng cơ thể. Hội chứng này xảy ra ở nam lẫn nữ, và không có đặc điểm gia đình đặc biệt (trái với rối loạn cơ thể hóa). Trước khi đến chuyên khoa Tâm thần bệnh nhân thường đã trải qua nhiều năm khám và điều trị trong phạm vi chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc ở các chuyên khoa ngoài tâm thần.

*** Các nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán:**

Để chẩn đoán quyết định phải có cả hai điều sau:

- Dai dẳng tin vào khả năng bị một bệnh cơ thể nặng nằm bên dưới các triệu chứng hiện có, mặc dù khám lâm sàng và làm xét nghiệm nhiều lần đã không chứng minh được điều đó, hoặc là bận tâm dai dẳng cho là có dị hình hoặc biến dạng.

- Dai dẳng từ chối lời khuyên và trấn an của thầy thuốc là không có bệnh cơ thể hoặc một sự bất thường nào bên dưới các triệu chứng.

3. Loạn chức năng thần kinh tự trị dạng cơ thể (F45.3)

- Các triệu chứng được bệnh nhân trình bày như thể do rối loạn cơ thể ở một hệ thống hoặc cơ quan do sự kiểm soát của hệ thần kinh tự trị như hệ tim mạch, hệ thống dạ dày – ruột, hô hấp, tiết niệu sinh dục v.v...

- Các triệu chứng thường chia làm 2 loại được bệnh nhân phàn nàn dựa trên các dấu hiệu khách quan của hưng phấn thần kinh tự trị, như đánh trống ngực, ra mồ hôi, đỏ mặt và run. Loại thứ hai, được đặc trưng bằng các triệu chứng chủ quan và không đặc hiệu hơn như cảm giác đau thoáng qua, cháy bỏng, nặng nề, bị bó chặt, hoặc cảm giác sưng phù hay căng da.

- Ở nhiều bệnh nhân có bằng chứng là có stress tâm lý, hoặc những khó khăn hay những vấn đề hiện hành tỏ ra có liên quan với rối loạn đó.

*** Các nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán:**

Chẩn đoán quyết định đòi hỏi tất cả những điểm sau:

- Triệu chứng hưng phấn thần kinh tự trị như đánh trống ngực, ra mồ hôi, run, đỏ mặt... dai dẳng và khó chịu.

- Các triệu chứng chủ quan thêm vào được qui cho một cơ quan hoặc hệ thống đặc hiệu.

- Bệnh tâm dai dẳng và đau khổ về khả năng có một rối loạn trầm trọng của một cơ quan hoặc hệ thống được nêu ra, nhưng không đáp ứng sự giải thích và sự trấn an nhiều lần của thầy thuốc.

- Không có bằng chứng là có rối loạn đáng kể về cấu trúc hoặc chức năng của hệ thống hay cơ quan được nêu.

4. Rối loạn đau dạng cơ thể dai dẳng (F45.4)

- Than phiền đau đớn dai dẳng, trầm trọng và gây đau khổ mà không thể giải thích đầy đủ bằng quá trình sinh lý hoặc rối loạn thực thể. Đau xảy ra kết hợp với xung đột về cảm xúc hoặc những vấn đề tâm lý xã hội đủ để cho phép kết luận chúng là nguyên nhân chính. Các loại đau thường gặp là đau thắt lưng, đau đầu, đau mặt không điển hình, đau hông mạn v.v... Kết quả là thường làm tăng rõ rệt sự ủng hộ và chú ý của cá nhân hoặc của y tế.

- Đau có đặc điểm là không phù hợp với định khu giải phần của hệ thần kinh, thường đã đến khám nhiều thầy thuốc, đã sử dụng nhiều loại thuốc, thậm chí đòi được điều trị bằng phẫu thuật.

- Đau không phải do cố ý tạo ra, không phải do rối loạn khí sắc, rối loạn lo âu hoặc rối loạn tâm thần khác gây ra.

- Thường gặp ở nữ nhiều hơn nam và thường xuất hiện ở lứa tuổi 40 – 50 tuổi.

*** Nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán:**

Chẩn đoán xác định đòi hỏi tất cả những điểm sau:

- Than phiền dai dẳng đau đớn, trầm trọng và gây đau khổ mà không thể giải thích được bằng quá trình sinh lý hoặc rối loạn cơ thể.

- Đau thường kết hợp với xung đột về cảm xúc hoặc những vấn đề tâm lý xã hội.

- Đau không phải do một rối loạn tâm thần khác gây ra.

- Thường làm tăng rõ rệt sự ủng hộ và chú ý của cá nhân hoặc của y tế.

5. Rối loạn dạng cơ thể không biệt định (F45.1)

- Bệnh nhân phàn nàn về nhiều triệu chứng cơ thể, thay đổi và dai dẳng nhưng không có đủ một bệnh cảnh lâm sàng toàn vẹn và điển hình của rối loạn cơ

thể hóa. Ví dụ, có thể thiếu phương thức phản nản mạnh mẽ và bí ẩn, các lời phản nản có thể tương đối ít, tất cả về kết hợp hoạt động xã hội và gia đình có thể hoàn toàn không có.

- Có thể có hoặc không có cơ sở để phán đoán căn nguyên tâm lý, nhưng phải không có cơ sở thực tế của các triệu chứng dùng làm chẩn đoán một bệnh tâm thần khác.

- Chẩn đoán phân biệt như đối với hội chứng đầy đủ của rối loạn cơ thể hóa.

IV. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, nước tiểu thường quy
- Điện não đồ, lưu huyết não, Doppler mạch máu não
- Điện tâm đồ, Xquang tim phổi.
- Trắc nghiệm tâm lý:
 - ✓ Test Beck, Test Zung, Thang đánh giá lo âu - trầm cảm - stress.
 - ✓ Trắc nghiệm nhân cách,...

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Các rối loạn dạng cơ thể có nguyên nhân tâm lý và cơ thể gắn bó với nhau; biểu hiện lâm sàng rất phức tạp, thường được phát hiện chậm nên việc điều trị thường kéo dài, người bệnh cần phải kiên trì.

- Liệu pháp tâm lý thường là chủ đạo: liệu pháp thư giãn, các liệu pháp tâm lý cá nhân... nhằm giải quyết các xung đột nội tâm hoặc tạo cảm giác thư giãn giúp kiểm soát triệu chứng khó chịu cũng như lo âu.

- Sử dụng thuốc phối hợp để điều trị các triệu chứng cơ thể. Một số trường hợp có thể dùng các thuốc chống trầm cảm, giải lo âu.

- Những trường hợp diễn biến nặng, phức tạp cần phải được điều trị nội trú ở bệnh viện chuyên khoa tâm thần và luôn luôn chú ý dự phòng các biến chứng bất thường xảy ra.

2. Điều trị hóa dược:

- Thuốc giải lo âu gây ngủ nhóm Benzodiazepine:

+ Seduxen	Liều 10 - 20 mg/ngày.
+ Lorazepam	Liều 2 - 6 mg/ngày.
- Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc Serotonin (Nhóm SSRIs):

+ Sertralin	Liều 50 - 200 mg/ ngày.
+ Citalopam	Liều 10 - 40 mg/ngày.
+ Escitalopam	Liều 10 - 20 mg/ngày.

- Thuốc tác động kép:
 - + Venlafaxin Liều x 37,5 - 150 mg/ngày.
 - + Mirtazapin Liều 15 - 45 mg/ngày.
- Thuốc chống trầm cảm 3 vòng:
 - + Amitriptylin Liều 50 - 200mg/ngày.
- Thuốc an thần kinh: lựa chọn một trong các thuốc sau:
 - + Risperidon Liều 2 - 6 mg/ngày.
 - + Olanzapine Liều 5 - 20 mg/ngày.
 - + Quetiapin (Seroquel) Liều 100 - 800 mg/ngày
 - + Sulpirid
- Thuốc chỉnh khí sắc: lựa chọn một trong các thuốc sau:
 - + Carbamazepin Liều 400 - 800 mg/ngày.
 - + Valproat Liều 400 - 2000 mg/ngày.
 - + Oxcarbamazepin Liều 300 – 900 mg/ngày
- Thuốc ức chế β :
 - + Propranolol: Liều khởi đầu 10 mg 2 lần/ngày, Liều tối đa 80-160 mg/ngày.
- Tăng cường tuần hoàn não: Piracetam 800 - 2000mg/ngày, Ginkgo biloba.
- Các thuốc bổ khoáng chất và vitamine khác: Magiesia, Calcium, Vitamin

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

- Bệnh lần đầu.
- Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.
- Mất ngủ liên tục.
- Lo âu.
- Bồn chồn, hồi hộp, đánh trống ngực.
- Hoang tưởng nghi bệnh (ngghi mình mắc bệnh không thể điều trị khỏi..)
- Hay phàn nàn về nhiều triệu chứng cơ thể, thay đổi và dai dẳng.
- Đau đầu, chóng mặt, căng thẳng.
- Dễ cáu gắt, dễ gây hấn.

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 15 ngày điều trị.
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 3-4 ngày khi các triệu chứng thuyên giảm và cho xuất viện .
- Đêm ngủ yên.

- Hết các triệu chứng lo lắng, bồn chồn.
- Hết cái gắt, hồi hộp, căng thẳng.
- Hết đau đầu, chóng mặt
- Hết hoang tưởng

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị** ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016)**, *Bài giảng tâm thần học*. Nhà xuất bản Y học.
4. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
5. **Bộ môn tâm thần, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh**, Tâm thần học và tâm lý học, Tập bài giảng Ngô Tích Linh
6. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Tâm thần học, *Tập bài giảng dành cho sau đại học*.
7. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007)**, Tâm thần học và tâm lý học. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
8. **Tổ chức Y tế thế giới (1992)**, “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”; WHO, Geneva 1992.
9. **Nguyễn Minh Tuấn (2016)**, Giáo trình Bệnh học Tâm thần, Nhà xuất bản Y học.
10. **Nguyễn Kim Việt (2016)**, Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
11. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016)**, “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.
12. **Trần Hữu Bình (2016)**, Giáo trình bệnh học tâm thần: Giai đoạn trầm cảm, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
13. **Kaplan & Sadock’s**. Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment
14. **MIMS neurology & psychiatry disease management guidelines**

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN PHÂN LY (F44)

I. ĐỊNH NGHĨA:

- Rối loạn phân ly là bệnh cảnh mất một phần hay hoàn toàn sự hợp nhất bình thường giữa trí nhớ, quá khứ, ý thức về đặc tính cá nhân với những cảm giác trực tiếp và sự kiểm soát vận động của cơ thể. Đây là một rối loạn chức năng có liên quan chặt chẽ với sang chấn tâm lý và nhân cách người bệnh.

II. HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN

1. Đặc điểm lâm sàng

- Bệnh xuất hiện sau một stress tâm lý hay một hoàn cảnh xung đột.
- Các triệu chứng có liên quan đến loại hình thần kinh của người bệnh (nghệ sĩ yếu) và những nét tính cách đặc trưng của người bệnh, chủ yếu là tính tự gọi cảm rất cao.
- Triệu chứng thường xuất hiện đột ngột sau một stress tâm lý và lên mức tối đa ngay.
- Các triệu chứng cơ thể không phù hợp với định khu giải phẫu, không có tổn thương thực thể đi kèm.
- Áp dụng đúng đắn liệu pháp tâm lý thì bệnh khỏi nhanh.

2. Chẩn đoán xác định theo ICD-10

2.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán RLPL (F44):

- Các nét lâm sàng biệt định cho các rối loạn cá nhân trong chương F44.
- Không có bằng chứng của một rối loạn cơ thể nào có thể giải thích các triệu chứng.
- Bằng chứng có nguyên nhân tâm lý dưới dạng kết hợp rõ rệt về thời gian với sự kiện gây sang chấn và những vấn đề hoặc các mối quan hệ bị rối loạn.

2.1.1. Quên phân ly (F44.0):

- Các tiêu chuẩn chung đối với rối loạn phân ly (F44) phải được đáp ứng.
- Phải có triệu chứng quên, một phần hoặc toàn bộ đối với các sự kiện hoặc các vấn đề mới xảy ra, đã hoặc vẫn còn gây sang chấn hoặc gây stress.
- Quên quá rộng và dai dẳng không thể giải thích được bằng việc không nhớ thông thường (mặc dù mức độ trầm trọng và phạm vi của nó có thể thay đổi từ lần đánh giá này sang lần tiếp theo) hoặc bởi sự giả vờ có chủ ý.

2.1. 2. Trốn nhà phân ly (F44.1):

- Các tiêu chuẩn chung đối với rối loạn phân ly (F44) phải được đáp ứng.
- Bệnh nhân thực hiện một chuyến đi bất ngờ, song vẫn có tổ chức, đi xa nhà hoặc xa những nơi làm việc và hoạt động xã hội thường ngày, trong thời gian này việc tự chăm sóc bản thân vẫn được duy trì.

- Có triệu chứng quên, một phần hoặc toàn bộ, về chuyến đi, điều này cũng đáp ứng tiêu chuẩn C đối với quên phân ly.

2.1.3. Sững sờ phân ly (F44.2):

- Các tiêu chuẩn chung đối với rối loạn phân ly (F44) phải được đáp ứng.
- Có sự giảm nặng hoặc vắng mặt những cử động và lời nói hữu ý cũng như sự đáp ứng bình thường với ánh sáng, tiếng động và sự tiếp xúc xúc giác.
- Trương lực cơ bình thường, tư thế không thay đổi, nhịp thở được duy trì (thường những cử động nhãn cầu phối hợp bị hạn chế).

2.1.4 Rối loạn vận động phân ly (F44.4):

- Phải đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán RLPL.
- Một trong hai nhóm sau phải có mặt:
 - + Mất một phần hoặc toàn bộ khả năng thực hiện các động tác mà thường chúng chịu sự điều khiển hữu ý (bao gồm cả lời nói).
 - + Các mức độ khác nhau hoặc thay đổi của mất phối hợp hoặc thất điều, hoặc không có khả năng đứng mà không có sự trợ giúp.

2.1.5. Co giật phân ly (F44.5)

- Phải đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán RLPL.
- Bệnh nhân biểu hiện các cử động co cứng đột ngột bất ngờ, rất giống bất kỳ loại cơn giật kiểu động kinh nào, nhưng không được kể tiếp bởi việc mất ý thức.
- Các triệu chứng trong tiêu chuẩn B không được đi kèm cắn phải lưỡi, thâm tím hoặc trầy xước nặng do ngã, hoặc tiểu tiện không tự chủ.

2.1.6 Tê và mất giác quan phân ly (F44.6):

- Phải đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán RLPL.
- Một trong hai nhóm sau phải có mặt:
 - + Mất một phần hoặc toàn bộ một cảm giác bất kỳ hoặc tất cả các cảm giác trên da ở một phần hoặc toàn bộ cơ thể (đặc hiệu là: cảm giác sờ, kim châm, rung, nóng lạnh).
 - + Mất một phần hoặc toàn bộ thị trường, thính lực hoặc khứu giác (đặc thù).

2.1.7. Các RLPL hỗn hợp (F44.7):

- Hỗn hợp các rối loạn biệt định ở trên (F44.4-F44.6) phải được ghi mã ở đây.

III. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu thường quy
- Điện não đồ, lưu huyết não, siêu âm Doppler mạch máu não
- Điện tâm đồ, X-quang tim phổi.

- Trắc nghiệm tâm lý: Test Beck, Zung, thang DASS, Hamilton, MMPI,....
- Các xét nghiệm chuyên khoa khác.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung:

RLPL vận động và cảm giác là bệnh tâm sinh, nên trong điều trị liệu pháp tâm lý có vai trò quan trọng. Cần nghiên cứu và áp dụng những liệu pháp phù hợp đặc điểm tâm lý và bệnh lý của người bệnh. Mọi triệu chứng RLPL vận động và cảm giác có thể tự mất hoặc sau một quá trình điều trị.

- Trong liệu pháp tâm lý có thể kết hợp nhiều liệu pháp với nhau, vừa cả liệu pháp điều trị triệu chứng lẫn liệu pháp hướng tới bệnh nguyên như loại trừ sang chấn tâm lý và thay đổi ứng xử không thích nghi của nhân cách.

- Có thể sử dụng thuốc khi cần thiết, nên dùng trong một thời gian ngắn, tránh lạm dụng thuốc.

2. Điều trị hóa dược:

- Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc Serotonin (Nhóm SSRIs):

- + Sertralin Liều 50 - 200 mg/ ngày.

- + Citalopam Liều 10 - 40 mg/ngày.

- + Escitalopam Liều 10 - 20 mg/ngày.

- Thuộc tác động kép:

- + Venlafaxin Liều 37,5 - 375 mg/ngày.

- + Mirtazapin Liều 15 - 45 mg/ngày.

- Thuốc chống trầm cảm 3 vòng:

- + Amtriptylin Liều 50 - 150mg/ngày.

- Thuốc giải lo âu gây ngủ nhóm Benzodiazepine:

- + Seduxen Liều 10 - 20 mg/ngày.

- + Alprazolam Liều 1 - 4 mg/ngày.

- Thuốc an thần kinh:

- + Risperidon Liều 2 - 6 mg/ngày.

- + Olanzapine Liều 5 - 20 mg/ngày.

- | | |
|------------|-----------------------|
| + Sulpirid | Liều 100 - 800mg/ngày |
|------------|-----------------------|

- Thuốc ức chế β :

- + Propranolol: Liều khởi đầu 10 mg 2 lần/ngày, liều tối đa 80-160 mg/ngày.

- Tăng cường tuần hoàn não: Piracetam 800 - 2000mg/ngày, Ginkgo biloba.

- Các thuốc bổ khoáng chất và vitamine khác: Magiesia, Calcium, Vitamin

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

- Bệnh lần đầu.
- Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.
- Mất ngủ liên tục.
- Co giật (cử động co cứng đột ngột...).
- Rối loạn hành vi tác phong (bỏ nhà đi, gây hấn...)
- Ảo thanh (nghe có tiếng người nói dục bên tai...).
- Kích động (chửi bới, đánh người thân...)

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 14 - 15 ngày điều trị.
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 3-4 ngày khi các triệu chứng thuyên giảm và cho xuất viện .
- Đêm ngủ yên.
- Hết co giật
- Hành vi ổn định.
- Hết ảo thanh.
- Hết kích động

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế**
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học.** Nhà xuất bản Y học.
4. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
5. **Bộ môn tâm thần, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh,** Tâm thần học và tâm lý học, Tập bài giảng Ngô Tích Linh
6. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Tâm thần học, *Tập bài giảng dành cho sau đại học.*
7. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007),** Tâm thần học và tâm lý học. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
8. **Tổ chức Y tế thế giới (1992),** “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”; WHO, Geneva 1992.
9. **Nguyễn Minh Tuấn (2016),** Giáo trình Bệnh học Tâm thần, Nhà xuất bản Y học.
10. **Nguyễn Kim Việt (2016),** Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
11. **Kaplan & Sadock (2013).** Rối loạn sự phát triển lan tỏa, *Tóm lược Tâm thần học trẻ em và thanh thiếu niên*, Sách dịch, Nhà xuất bản Y học
12. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016),** “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.
13. **Kaplan & Sadock’s.** Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment
14. **MIMS neurology & psychiatry disease management guidelines**
15. **Daniel R. R., Larry J. S., et al (2014),** “Schizotypal personality disorders: a current review”, New York, pp 1-10.
16. **Jakobsen K.D., Skyum E., Hashemi N., et al. (2017).** Antipsychotic treatment of schizotypy and schizotypal personality disorder: a systematic review. J Psychopharmacol (Oxf), 31(4), 397–405.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SA SÚT TRÍ TUỆ (F00)

I. ĐỊNH NGHĨA:

Sa sút trí tuệ (dementia - SSTT) là trạng thái suy giảm nhận thức xảy ra trên những người mà tình trạng tri giác vẫn bình thường và không bị những bệnh vốn có thể gây ra suy giảm nhận thức như sảng, trầm cảm. Tình trạng suy giảm nhận thức mang tính chất nặng dần và không thể đảo ngược được với biểu hiện nổi bật nhất và xuất hiện sớm nhất là sự suy giảm về trí nhớ, ngoài ra còn có kèm theo các rối loạn khác của trí tuệ như rối loạn nhận thức, rối loạn ngôn ngữ, và rối loạn khả năng thực hiện các cử động hữu ý. Các triệu chứng này gây suy giảm và trở ngại đáng kể cho các hoạt động nghề nghiệp, xã hội và cả các hoạt động sống hàng ngày của cá thể.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Bệnh Alzheimer (50-60% các trường hợp sa sút trí tuệ)
2. Các bệnh lý mạch máu: (10-20% các trường hợp sa sút trí tuệ): Nhồi máu đa ổ, Ổ khuyết, Bệnh Binswanger, nhồi máu vi thể ở vỏ não
3. Các khối u nội sọ: u não, absces não (1-5% các trường hợp)
4. Thiếu oxy não, Chấn thương não
4. Các rối loạn thoái hoá thần kinh: bệnh Parkinson, Huntington, Pick, liệt trên nhân tiến triển, Wilson, bệnh xơ hoá cột bên teo cơ
5. Các bệnh nhiễm trùng, nhiễm độc rượu, ma tuý (1-5% các trường hợp)
6. Các rối loạn do dinh dưỡng, các rối loạn chuyển hoá
7. Sa sút tâm thần còn có thể là giai đoạn cuối của một số bệnh lý tâm thần mãn tính: Tâm thần phân liệt, động kinh, ...

III. CẬN LÂM SÀNG (THƯỜNG QUY)

- Test tâm thần tối thiểu MMSE hoặc trắc nghiệm sàng lọc tương đương.
- Xét nghiệm máu:
 - + Điện giải đồ,
 - + Sinh hóa máu
 - + Công thức máu
 - + Folate, homocysteine, Vitamin B12, hoocmon kích thích giáp TSM
- Thăm dò chức năng: điện não đồ, lưu huyết não, điện tâm đồ,...
- Chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm Doppler xuyên sọ, mạch cảnh, CT-Scanner, MRI sọ não.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán SSTT trong bệnh Alzheimer

1.1. Suy giảm nhận thức biểu hiện bằng:

- Giảm trí nhớ (khả năng thu nhận thông tin mới và nhớ lại những thông tin cũ), kèm theo:

- Có một (hoặc nhiều) rối loạn nhận thức sau đây:
 - + Mất ngôn (rối loạn ngôn ngữ) (aphasia/ language disturbance).
 - + Mất dùng động tác (apraxia), không có khả năng thực hiện các động tác mặc dù chức năng vận động bình thường.
 - + Mất nhận biết (agnosia), không có khả năng nhận ra và xác định những đồ vật mặc dù chức năng vận động bình thường.
 - + Rối loạn khả năng thực hiện nhiệm vụ (ví dụ lên kế hoạch, tổ chức, phối hợp, trừu tượng hoá)

1.2. Suy giảm nhận thức trong các tiêu chuẩn A làm giảm đáng kể chức năng nghề nghiệp và xã hội và giảm rõ rệt so với trước.

1.3. Khởi phát từ từ và suy giảm nhận thức nặng dần.

1.4. Suy giảm nhận thức trong các tiêu chuẩn A không do các nguyên nhân sau:

- Các bệnh thần kinh trung ương có thể gây thiếu hụt trí nhớ và nhận thức nặng dần (Ví dụ: Bệnh mạch não, bệnh Parkinson, bệnh Huntington, máu tụ ngoài màng cứng, tràn dịch não áp lực bình thường, u não).

- Các bệnh toàn thân có thể gây ra nguyên nhân sa sút trí tuệ (Ví dụ: Thiếu năng giáp, thiếu Vitamin B12 hoặc acid Folic, thiếu niacin, tăng calci máu, giang mai thần kinh, nhiễm HIV).

- Những tình trạng do thuốc gây nên.

1.5. Thiếu sót trên không chỉ xảy ra trong cơn mê sảng.

1.6. Những rối loạn này không phù hợp với chẩn đoán khác (trầm cảm nặng, tâm thần phân liệt).

2. Tiêu chuẩn chẩn đoán SSTT trong bệnh mạch máu

2.1. Suy giảm nhận thức biểu hiện của cả hai:

- Suy giảm trí nhớ (khả năng suy yếu để tìm hiểu thông tin mới hoặc để lại những thông tin đã học trước đó)

- Một hoặc nhiều các rối loạn nhận thức sau:

- + Mất ngôn (rối loạn ngôn ngữ) (aphasia/language disturbance).
- + Mất dùng động tác (apraxia), không có khả năng thực hiện các động tác mặc dù chức năng vận động bình thường.
- + Mất nhận biết (agnosia), không có khả năng nhận ra và xác định những đồ vật mặc dù chức năng vận động bình thường.
- + Rối loạn khả năng thực hiện nhiệm vụ (ví dụ lên kế hoạch, tổ chức, phối hợp, trừu tượng hoá)

2.2. Suy giảm nhận thức trong các tiêu chuẩn A làm giảm đáng kể chức năng nghề nghiệp và xã hội và giảm rõ rệt so với trước.

2.3. Có dấu hiệu và triệu chứng thần kinh rõ (ví dụ, tăng các phản xạ gân xương, bất thường về dáng đi, yếu cơ cứng các chi một bên, phản xạ da gan bàn chân dương tính,...) hoặc có bằng chứng rõ ràng của bệnh mạch máu não trong bệnh sử, khám lâm sàng hoặc các xét nghiệm cận lâm sàng (ví dụ, liên quan đến nhồi máu não)

2.4. Không có biểu hiện của tình trạng mê sảng

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán SSTT thùy trán thái dương (Pick)

- Suy giảm nhận thức (Suy giảm trí nhớ, Mất ngôn, Mất dùng động tác, Mất nhận biết, Rối loạn khả năng thực hiện nhiệm vụ) làm giảm đáng kể chức năng nghề nghiệp và xã hội và giảm rõ rệt so với trước.

- Có những nét ưu thế của thùy trán như:

Rối loạn hành vi:

- + Tác phong xã hội thô lỗ,
- + Dấu hiệu giải ức chế sớm (tính dục, bạo lực)
- + Mất nhận thức bản thân và xã hội sớm (bao gồm vệ sinh cá nhân kém và hành động phạm pháp nhẹ như ăn cắp ở cửa hàng)
- + Hành vi rập khuôn và lặp lại (dọn đồ đạc trong nhà)
- + Dễ sao nhãng và có tính xung động

Triệu chứng về cảm xúc:

- + Khoái cảm, cùn mòn cảm xúc, vô cảm,
- + Lo âu, bồn chồn
- + Cảm xúc không liên quan và máy năng lượng

Rối loạn lời nói:

- + Giảm lời nói tiến triển
- + Nhại lời

Khám thực thể:

- + Xuất hiện phản xạ nguyên phát và rối loạn cơ vòng sớm
- + Bất động, cứng cơ, run muện
- + Huyết áp thấp và dao động

4. Tiêu chuẩn chẩn đoán SSTT thể Lewy

- Suy giảm nhận thức (Suy giảm trí nhớ, Mất ngôn, Mất dùng động tác, Mất nhận biết, Rối loạn khả năng thực hiện nhiệm vụ) làm giảm đáng kể chức năng nghề nghiệp và xã hội và giảm rõ rệt so với trước.

- Nhận thức giao động, ảo giác thị giác, biểu hiện Parkinson nhẹ.
- Các đặc điểm hỗ trợ: hay té ngã, ngất, mất ý thức thoáng qua, nhạy cảm với thuốc chống loạn thần, hoang tưởng hệ thống, ảo giác

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Khám xét toàn diện lâm sàng, cận lâm sàng đánh giá toàn diện về bệnh.
- Cần đánh giá mức độ bệnh và các bệnh cơ thể kèm theo, khả năng độc lập của bệnh nhân để lên kế hoạch điều trị cụ thể.
- Trong việc dùng an thần kinh cần lưu ý:
 - + Cần tránh các thuốc kháng Cholinergic.
 - + Liều lượng nên thấp vì các bệnh nhân là người cao tuổi.
 - + Cần nhắc tương tác giữa các thuốc điều trị.
 - + Đề phòng tai biến ngã.
- Điều trị các bệnh cơ thể kèm theo.
- Có kế hoạch cụ thể giúp đỡ các mặt sinh hoạt cho các bệnh nhân bị bệnh nặng.

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Sa sút trí tuệ trong bệnh Alzheimer (F00)

- Điều trị các triệu chứng nhận thức: lựa chọn một trong các thuốc sau:

+ Galantamine	Liều 8 - 24 mg/ngày
+ Rivastigmin	Liều 1,5 - 12mg/ngày
+ Memantine	Liều x 5- 20 mg/ngày
- Một số thuốc đã được nghiên cứu điều trị suy giảm nhận thức như: thuốc bồi dưỡng thần kinh, thuốc tăng cường chuyển hóa, tuần hoàn não:

+ Piracetam	Liều 400 - 1200mg/ngày
+ Ginkgo Giloba	Liều 40 - 80 mg/ngày
+ Vinpocetin	Liều 5 - 100mg/ngày
- Nếu có trầm cảm: sử dụng một trong các thuốc sau:

+ Sertraline	Liều 50 -200mg/ngày
+ Citalopram	Liều 10 - 40mg/ngày
+ Escitalopram	Liều 10 - 20mg/ngày
+ Mitazapin	Liều x 30 - 45mg/ngày
+ Venlafaxin	Liều 75 - 375mg/ngày
- Nếu có triệu chứng loạn thần: sử dụng thuốc CLT không điển hình

+ Risperidon	Liều 1 – 6 mg/ngày
+ Olanzapine	Liều 5 - 20 mg/ngày
+ Quetiapine	Liều 100 - 800 mg/ngày
+ Haloperidol	Liều 0.5 - 20 mg/ngày

- Nếu có biểu hiện rối loạn khí sắc, bồn chồn, bức rức, gây hấn mà dùng thuốc an thần kinh không có tác dụng:

+ Valproat	Liều 200 - 2500 mg/ngày
+ Carbamazepin	Liều 100 - 1600 mg/ngày
+ Oxcarbamazepin	Liều 300 - 2400 mg/ngày
+ Levetiracetam	Liều 500 - 1500mg/ngày

- Thuốc hỗ trợ chức năng gan: Kahagan, Boganic.....

- Chú ý: Tránh các thuốc kháng cholinergic như benztropine, chống trầm cảm ba vòng, clozapine, thioridazine.

2.2. Sa sút trí tuệ trong bệnh mạch máu (F01):

- Điều trị căn bệnh đã gây ra sa sút trí tuệ:

+ Điều trị bằng thuốc và thay đổi lối sống các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, tiểu đường và rối loạn lipid máu là hết sức quan trọng.

+ Khuyến khích bệnh nhân ăn chế độ giảm chất béo và bổ sung folate và các vitamine nhóm B.

+ Điều trị chống tập kết tiểu cầu, chống đông, bóc mảng xơ vữa và đặt stent có vai trò nhất định trong điều trị các rối loạn về mạch máu.

- Điều trị các triệu chứng nhận thức: lựa chọn một trong các thuốc sau:

+ Galantamine	Liều 8 – 24 mg/ngày
+ Rivastigmin	Liều 1,5 - 12mg/ngày (uống hoặc miếng dán)
+ Memantine	Liều 5 - 20 mg/ngày.

- Một số thuốc đã được nghiên cứu điều trị suy giảm nhận thức như: thuốc bồi dưỡng thần kinh, thuốc tăng cường chuyển hóa, tuần hoàn não:

+ Piracetam	Liều 400 - 1200 mg/ngày
+ Ginkgo Giloba	Liều 40 - 120 mg/ngày
+ Vinpocetin	Liều 5 - 100 mg/ngày

- Nếu có triệu chứng loạn thần: sử dụng thuốc CLT không điển hình

+ Risperidon	Liều 1 - 6 mg/ngày
+ Olanzapine	Liều 5 - 30 mg/ngày
+ Quetiapine	Liều 100 - 800 mg/ngày

- + Haloperidol Liều 0.5 - 20 mg/ngày
- Nếu có trầm cảm: sử dụng một trong các thuốc sau:
 - + Sertraline Liều 50 - 200 mg/ngày
 - + Citalopram Liều 10 - 40 mg/ngày
 - + Escitalopram Liều 10 - 20 mg/ngày
 - + Mitazapin Liều 30 - 45 mg/ngày
 - + Venlafaxin Liều 75 - 375 mg/ngày
- Nếu có biểu hiện rối loạn khí sắc, bồn chồn, bức rức, gây hấn mà dùng thuốc an thần kinh không có tác dụng:
 - + Valproat Liều 200 - 2500 mg/ngày
 - + Carbamazepin Liều 100 - 1600 mg/ngày
 - + Oxcarbamazepin Liều 300 - 2400 mg/ngày
 - + Levetiracetam Liều 500 - 1500mg/ngày
- Thuốc hỗ trợ chức năng gan: Kahagan, Boganic.....
- **Chú ý: Tránh các thuốc kháng cholinergic như benztropine, chống trầm cảm ba vòng, clozapine, thioridazine.**

2.3. Sa sút trí tuệ trán thái dương (bệnh Pick F02.0)

- Điều trị suy giảm nhận thức: lựa chọn một trong các thuốc sau:
 - + Galantamine Liều 8 – 24 mg/ngày
 - + Rivastigmin Liều 1,5 - 12mg/ngày (uống hoặc miếng dán)
 - + Memantine Liều 5 - 20 mg/ngày.
- Một số thuốc đã được nghiên cứu điều trị bồi dưỡng thần kinh, thuốc tăng cường chuyển hóa, tăng cường tuần hoàn não:
 - + Piracetam Liều 400 - 1200mg/ngày
 - + Ginkgo Giloba Liều 40 - 120 mg/ngày
 - + Vinpocetin Liều 5 - 100mg/ngày
- Thuốc chống oxy hóa: Vitamin E.....
- Nếu có các rối loạn khác như hoang tưởng, ảo giác sử dụng thuốc chống loạn thần không điển hình: lựa chọn một trong các thuốc sau:
 - + Risperidon Liều 1 – 6 mg/ngày
 - + Olanzapine Liều 5 - 30 mg/ngày
 - + Quetiapine Liều 100 - 800 mg/ngày
- Nếu dấu hiệu trầm cảm: lựa chọn một trong các thuốc sau:

+ Sertraline	Liều 50 -200 mg/ngày
+ Citalopram	Liều 10 - 40 mg/ngày
+ Escitalopram	Liều 10 - 20 mg/ngày
+ Mitazapin	Liều 30 - 45 mg/ngày
+ Venlafaxin	Liều 37,5 - 375 mg/ngày

- Nếu có biểu hiện rối loạn khí sắc, bồn chồn, bức rức, gây hấn mà dùng thuốc an thần kinh không có tác dụng: lựa chọn một trong các thuốc sau:

+ Valproat	Liều 200 - 2500 mg/ngày
+ Carbamazepin	Liều 100 - 1600 mg/ngày
+ Oxcarbamazepin	Liều 300 - 2400 mg/ngày
+ Levetiracetam	Liều 500 - 1500mg/ngày

- Thuốc hỗ trợ chức năng gan: Kahagan, Boganic

3. Điều trị hỗ trợ trong Sa sút trí tuệ

- Vấn đề quan trọng không kém việc dùng thuốc điều trị Sa Sút Tâm Thần đó là chăm sóc, quản lý người bệnh.

- Các biện pháp hỗ trợ cần thiết cho bệnh nhân và người chăm sóc bao gồm giới thiệu các dịch vụ công cộng, giảm stress cho người chăm sóc và giải quyết các vấn đề về pháp luật và đạo đức của suy giảm nhận thức.

- Hỗ trợ bệnh nhân trong chăm sóc bản thân, vệ sinh cá nhân, ăn uống, phòng tránh ngã, tạo môi trường vui chơi, giải trí.

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

- Bệnh lần đầu.
- Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.
- Rối loạn giấc ngủ.
- Nói nhảm (hay lẩm bẩm một mình)
- Không chịu ăn uống hoặc ăn uống quá độ.
- Sa sút trí tuệ (ngớ ngẩn, đi không biết đường về nhà, không nhận biết được con cháu...).
- Hoang tưởng (nghĩ con cái và mọi người tìm cách hại mình).
- Vận động chậm chạp
- Rối loạn hành vi tác phong (đi lại nhiều trong đêm, lục phá đồ đạc trong nhà ...).
- Đau đầu, chóng mặt, căng thẳng.
- Kích động (la hét, chửi bới ...)
- Dễ cáu gắt, dễ gây hấn.

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 15 ngày điều trị.

- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 3-4 ngày khi các Triệu chứng thuyên giảm và cho xuất viện .

- Đêm ngủ yên.
- Hết các triệu chứng loạn thần.
- Hết hoang tưởng
- Hết kích động.
- Hết cáu gắt, gây hấn.
- Hết đau đầu, chóng mặt
- Hành vi ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế**
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học.** Nhà xuất bản Y học.
4. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
5. **Bộ môn tâm thần, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh,** Tâm thần học và tâm lý học, Tập bài giảng Ngô Tích Linh
6. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Tâm thần học, *Tập bài giảng dành cho sau đại học.*
7. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2000),** Rối loạn tâm thần thực tồn. *Tập bài giảng dành cho sau đại học.*
8. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007),** Tâm thần học và tâm lý học. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
9. **Tổ chức Y tế thế giới (1992),** “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”; WHO, Geneva 1992.
10. **Nguyễn Minh Tuấn (2016),** Giáo trình Bệnh học Tâm thần, Nhà xuất bản Y học.
11. **Nguyễn Kim Việt (2016),** Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
12. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016),** “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.
13. Consensus recommendations for the postmortem diagnosis of Alzheimer’s disease. The National Institute on Aging, and Reagan Institute Working Group on Diagnostic Criteria for the Neuropathological Assessment of Alzheimer’s Disease. *Neurobiol Aging* 1997; 18:S1
14. Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Hampel H, et al. Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer’s disease: the IWG-2 criteria. *The Lancet Neurology*, Vol 13, June 2014.
15. Gorelick PB, Scuteri A, Black SE, et al. Stroke Association for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Vascular Contributions to Cognitive Impairment and Dementia : A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2011, 42:2672-2713.
16. Hort J, O’Brien JT, Gainotti G, et al. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer’s disease. *European Journal of Neurology* 2010, 17: 1236–1248.
17. Ihl R, Bachinskaya N, Korczyn AD, Vakhapova V, Tribanek M, Hoerr R, Napryeyenko O. Efficacy and safety of a once-daily formulation of Ginkgo biloba extract EGb 761 in dementia with neuropsychiatric features: a randomized controlled trial (GOTADAY Study). *Int J Geriatr Psychiatry* 2010; 26(11):1186–1194.

18. Ihl R, et. al. Efficacy and Safety of a Once-daily formulation of Ginkgo biloba extract EGb 761 in dementia with neuropsychiatric features: a randomized controlled trial (GOTADAY Study). *International Journal of Geriatric Psychiatry* (2010).
19. Ihl R, Frolich L, Winblad B, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Alzheimer's disease and other dementias. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2011; 12: 2–32.
20. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011; 7:263.
21. NICE technology appraisal guidance 2011. Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease.
22. Rabins PV, Rovner BW, Rummans T, et al. Guideline watch (october 2014): practice guideline for the treatment of patients with alzheimer's disease and other dementias. *APA Guideline Watch*.
23. Sadowsky CH, Galvin JE. Guidelines for the Management of Cognitive and Behavioral Problems in Dementia. *J Am Board Fam Med* 2012; 25:350–366.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN HÀNH VI TRẺ EM

I. ĐỊNH NGHĨA:

Rối loạn hành vi là toàn bộ những hành vi xâm phạm đến những quyền lợi cơ bản của người khác (tài sản, thân thể) hay chống lại những quy định của xã hội, cộng đồng và pháp luật, các hành vi này lặp lại và kéo dài ít nhất là 6 tháng.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

- Hành vi rối loạn phải là một hành vi vượt quá ranh giới bình thường so với lứa tuổi. Thí dụ cơn giận dữ của trẻ 3 tuổi, và hành vi gây gỗ của bé 7 tuổi không xem là rối loạn hành vi.

- Hành vi rối loạn phải là những hành vi lặp lại và kéo dài ít nhất 06 tháng.

- Hành vi rối loạn không phải là triệu chứng của một bệnh hay một rối loạn tâm thần khác (tâm thần phân liệt, rối loạn hưng cảm, trầm cảm, rối loạn tăng động, nhân cách bệnh ...)

- Chú ý: các triệu chứng trong nhóm 11,13,15, 16, 20, 21, 23 chỉ cần xuất hiện một lần là đủ tiêu chuẩn, cụ thể như sau:

- + Thường có các cơn cáu giận trầm trọng so với mức độ phát triển của nó
- + Thường hay cãi người lớn
- + Thường chủ động từ chối các yêu cầu của người lớn hoặc không tuân theo các luật lệ.
- + Thường cố tình một cách rõ rệt làm những việc gây khó chịu cho người khác
- + Thường đổ lỗi cho người khác về các lỗi mà chúng gây ra hoặc những hành vi sai trái của chúng
- + Thường dễ “chạm tự ái” hoặc dễ bị làm khó chịu bởi người khác
- + Thường hay cáu giận hoặc phân uất
- + Thường có thái độ ác ý hoặc hận thù

III. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu thường quy
- Điện não đồ, lưu huyết não, ...
- Trắc nghiệm tâm lý: WICS, WAIS, Vanderbilt, RAVEN, ...
- Các xét nghiệm chuyên khoa khác.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Các liệu pháp giáo dục.
- Các liệu pháp tâm lý.

- Liệu pháp hóa dược (chỉ áp dụng cho những trường hợp có rối loạn tâm thần khác kết hợp như lo âu, trầm cảm, động kinh, RL tăng động giảm chú ý ...)

2. Điều trị hóa dược:

- Nếu có loạn thần: sử dụng thuốc chống loạn thần không điển hình: lựa chọn một trong các thuốc sau:

+ Risperidon	Liều 1- 2 mg/ngày
+ Quetiapine	Liều 50 - 200 mg/ngày.
+ Olanzapin	Liều 5 - 10 mg/ngày

- Nếu dấu hiệu trầm cảm: lựa chọn một trong các thuốc sau:

+ Sertraline	Liều 50 -200mg/ngày
+ Citalopram	Liều 10 - 40mg/ngày
+ Escitalopram	Liều 10 - 20mg/ngày

- Thuốc chống động kinh: hiệu quả với các triệu chứng về hành vi, cảm xúc hoặc có bệnh động kinh đi kèm, lựa chọn một trong các thuốc sau:

+ Valproat	Liều 30 - 50 mg/kg/ngày
+ Carbamazepin	Liều 15 - 20 mg/kg/ngày
+ Oxcarbamazepin	Liều 30 - 40 mg/kg/ngày
+ Gabapentin	Liều 25 - 50 mg/kg/ngày

- Thuốc tăng cường tuần hoàn não:

+ Piracetam	Liều 400 - 800mg/ngày
+ Ginkgo Giloba	Liều 40 - 80 mg/ngày

- Thuốc hỗ trợ chức năng gan: Kahagam

- Dinh dưỡng: bổ xung vitamin nhóm B và khoáng chất

V. QUẢN LÝ RỐI LOẠN HÀNH VI:

- Phát hiện sớm các rối loạn hành vi, gửi đến các trung tâm tư vấn tâm lý, bệnh viện chuyên khoa tâm thần.

- Quản lý các rối loạn hành vi phải được kết hợp chặt chẽ giữa gia đình nhà trường, cộng đồng và các nhà trị liệu.

VI. PHỤC HỒI RỐI LOẠN HÀNH VI:

- Rối loạn hành vi có thể được xem như là sự thiếu xã hội hóa, trẻ mất dần sự học tập hoặc không được dạy một cách có hiệu quả các chuẩn mực xã hội. Do vậy các em cần được theo học các lớp đào tạo về kỹ năng sống để phục hồi các chức năng tâm lý xã hội .

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

- Bệnh lần đầu.

- Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.
- Rối loạn giấc ngủ.
- Nói nhảm (hay lẩm bẩm một mình)
- Rối loạn hành vi tác phong (cầu xé, đánh người thân, lãng xăng, phá phách, chạy nhảy lung tung,)
- Kích động (la hét, khóc lóc...)
- Dễ cáu gắt
- Kèm theo các triệu chứng loạn thần khác.

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 15 ngày điều trị.
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 3-4 ngày khi các Triệu chứng thuyên giảm và cho xuất viện .
- Đêm ngủ yên.
- Hết nói nhảm
- Hết các triệu chứng loạn thần.
- Hết kích động.
- Hết cáu gắt.
- Hành vi ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị** ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016)**, *Bài giảng tâm thần học*. Nhà xuất bản Y học.
4. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
5. **Bộ môn tâm thần, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh**, Tâm thần học và tâm lý học, Tập bài giảng Ngô Tích Linh
6. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Tâm thần học, *Tập bài giảng dành cho sau đại học*.
7. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007)**, Tâm thần học và tâm lý học. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
8. **Tổ chức Y tế thế giới (1992)**, “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”; WHO, Geneva 1992.
9. **Nguyễn Minh Tuấn (2016)**, Giáo trình Bệnh học Tâm thần, Nhà xuất bản Y học.
10. **Nguyễn Kim Việt (2016)**, Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
11. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016)**, “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.
12. **Kaplan & Sadock’s**. Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment
13. **MIMS neurology & psychiatry disease management guidelines**

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý

I. ĐỊNH NGHĨA:

- Rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD) là một rối loạn thường gặp trong thực hành lâm sàng tâm thần học trẻ em. Phần lớn các trường hợp thường có biểu hiện triệu chứng giảm chú ý kết hợp với rối loạn tăng động.
- Đặc điểm nổi bật của rối loạn này là người bệnh không thể duy trì sự tập trung chú ý cần thiết vào một sự vật, một chủ đề, một công việc nào đó.
- Đặc trưng bởi sự giảm duy trì chú ý và tăng mức độ xung động ở trẻ em hoặc vị thành niên so với trẻ cùng lứa tuổi và mức độ phát triển.
- ADHD không được chẩn đoán khi triệu chứng xảy ra ở trẻ em, trẻ vị thành niên hoặc người trưởng thành mắc rối loạn phát triển lan tỏa, TTPL hoặc rối loạn loạn thần khác.

II. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

1. Nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán

- Phải có cả hai tiêu chuẩn giảm chú ý và tăng động - xung động.
- Cả hai rối loạn đều xuất hiện sớm trước 5 tuổi (ICD – 10), và biểu hiện phải rõ rệt so với độ tuổi và thời kỳ phát triển.
- Các rối loạn đó phải lan tỏa trong nhiều môi trường (gia đình, nhà trường, xã hội) và kéo dài ít nhất 6 tháng.
- Phải có bằng chứng rõ ràng các rối loạn này ảnh hưởng bất lợi cho hoạt động xã hội, ảnh hưởng đến quan hệ bạn bè giảm sút khả năng học tập, trở ngại trong những việc làm phù hợp với tuổi phát triển.
- Các rối loạn đó không phải do tự kỷ, tâm thần phân liệt hay các rối loạn liên quan đến sức khỏe tâm thần khác như: rối loạn cảm xúc, lo âu, rối loạn phân ly, rối loạn nhân cách...)

2. Các tiêu chuẩn chẩn đoán

a) Giảm chú ý:

Có 6 (hoặc nhiều hơn) trong các triệu chứng sau của giảm chú ý, biểu hiện kéo dài ít nhất 6 tháng với mức độ làm trẻ thích ứng kém hoặc không phù hợp với mức phát triển tâm thần:

- Thường không thể chú ý kỹ lưỡng vào các chi tiết, hoặc phạm những lỗi do cầu thả trong học tập, trong công việc hoặc trong các hoạt động khác.
- Thường khó khăn duy trì sự chú ý trong nhiệm vụ hoặc trong các hoạt động chơi.
- Thường biểu hiện dường như không lắng nghe những gì người khác nói trực tiếp với trẻ .

- Thường không thể làm theo toàn bộ những chỉ dẫn hoặc không hoàn thành bài tập, công việc trong gia đình, những nhiệm vụ ở nơi làm việc (không phải vì hành vi chống đối hoặc không hiểu được các chỉ dẫn).

- Thường khó khăn trong cách tổ chức công việc và các hoạt động.

- Thường tránh né, không thích hoặc miễn cưỡng thực hiện các nhiệm vụ đòi hỏi phải duy trì những nỗ lực tinh thần (như làm bài tập trường hoặc ở nhà).

- Thường đánh mất những vật dụng cần thiết (như vở bài tập ở trường, bút chì, sách, đồ chơi và các dụng cụ khác).

- Thường dễ bị sao nhãng bởi những kích thích bên ngoài.

- Thường quên các hoạt động hằng ngày.

b) Tăng hoạt động:

Có 6 (hoặc nhiều hơn) trong các triệu chứng của tăng hoạt động – xung động phải xuất hiện ít nhất 6 tháng với mức độ làm trẻ thích ứng kém hoặc không phù hợp với mức độ phát triển tâm thần.

* Tăng động:

1. Cử động chân tay liên tục hoặc không ngồi yên.

2. Rời khỏi chỗ trong lớp hoặc trong các tình huống khác mà cần phải ngồi yên một chỗ.

3. Thường chạy quanh hoặc leo trèo quá mức trong các tình huống mà điều đó là không thích hợp (ở thanh thiếu niên, có thể chỉ biểu hiện cảm giác bồn chồn).

4. Thường khó khăn trong khi chơi hoặc gặp khó khăn trong các hoạt động yêu cầu giữ yên lặng.

5. Thường hoạt động liên tục hoặc hoạt động như được “gắn động cơ”.

* Xung động:

1. Thường buột miệng nói câu trả lời trước khi các câu hỏi được đặt ra hoàn chỉnh

2. Thường không thể khó khăn chờ đợi theo hàng hoặc chờ đến lượt trong các trò chơi lần lượt hoặc trong các tình huống sinh hoạt nhóm.

3. Thường ngắt lời hoặc xâm phạm vào vấn đề của người khác (Ví dụ: xen vào cuộc nói chuyện của người khác hoặc các trò chơi của trẻ khác).

III. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu thường quy, Sinh hóa nước tiểu.

- Điện não đồ, lưu huyết não, ...

- Trắc nghiệm tâm lý: WICS, WAIS, Vanderbilt, RAVEN, ...

- Các xét nghiệm chuyên khoa khác.

IV. ĐIỀU TRỊ

Hóa dược được xem là lựa chọn hàng đầu của điều trị ADHD.

Nguyên tắc điều trị:

Điều trị bằng hóa dược là chủ yếu, kết hợp điều trị tâm lý xã hội.

Điều trị hóa dược:

A. Thuốc kích thích thần kinh trung ương:

a) Methylphenidate:

Các loại thuốc: Ritalin (5mg, 10 mg), Ritalin-SR (20mg), Ritalin-LA (5 mg, 10 mg), Metadate ER (10mg), Concerta (18 mg).

Được chỉ định cho trẻ từ 6 tuổi trở lên.

Thuốc dạng tác dụng thông thường ngày uống 2 đến 3 lần vì tác dụng chỉ kéo dài trong vòng 2 đến 3 giờ. Loại tác dụng kéo dài chỉ dùng 1 lần/ ngày.

Liều lượng và cách dùng: với loại thường Ritalin liều khởi đầu 5mg uống 2 đến 3 lần/ngày. Cứ mỗi 3 ngày tăng liều từ 5 đến 10mg cho đến liều có tác dụng.

Liều tối đa không quá 60mg/ngày.

b) Loại tác dụng kéo dài: Concerta, dùng vào buổi sáng.

Trẻ 6-12 tuổi liều khởi đầu 18mg 1 ngày, khoảng liều tăng dần từ 18-54 mg.

Thiếu niên từ 13-17 tuổi liều khởi đầu 18mg/1 ngày, khoảng liều 18-72 mg/1 ngày (không quá 2mg/kg)

Người lớn 18-65 tuổi: Liều khởi đầu 18 mg hay 36 mg/ngày. Khoảng liều 18-72mg /1 ngày

c) Dextroamphetamin:

Các loại thuốc: Dexedrin (5 mg,10 mg), Dextrostat (5, 10 mg), Adderall (5, 10 mg), Adderall XR (10 mg), Lisdexamphetamin (30 mg).

- Dùng cho trẻ em trên 6 tuổi.

Khởi đầu 2,5mg 2 lần/ngày. Tăng 2,5 đến 5mg mỗi tuần đến liều tối đa 20mg/ngày.

Liều thông thường 5 - 20mg/ngày

Gần đây Dextroamphetamin cũng được dùng điều trị Rối loạn giảm chú ý - Tăng động cho trẻ từ 3 tuổi trở lên.

Thời gian bán hủy dài hơn Methylphenidate nhưng loại thường vẫn phải uống nhiều lần trong ngày. Dạng tác dụng kéo dài cho phép sử dụng ngày một lần.

Liều lượng và cách dùng: Đối với loại thường trẻ từ 3 đến 5 tuổi. Liều khởi đầu từ 2,5mg/ngày cứ mỗi tuần tăng thêm 2,5mg.

Trẻ trên 6 tuổi. Liều khởi đầu 5mg/ngày mỗi tuần tăng 5mg Liều thông thường 2,5 đến 40mg/ngày chia làm 2 - 3 lần

- Adderall (Dextroamphetamine + Amphetamine): Liều khởi đầu 2,5mg 2 lần/ngày. 3 - 7 ngày tăng thêm 2,5 đến 5mg cho đến 30mg/ngày.

Người lớn có thể lên đến 40mg/ngày.

- Adderall XR 10 - 30mg/ngày. Tác dụng phụ thường gặp ở các thuốc kích thích tâm thần: Loạn nhịp tim, giảm ngon miệng, sụt ký, mất ngủ, bồn chồn, đau đầu, đau bụng, mẩn ngứa da và Tic.

Khoảng 80% đến 90% bệnh nhân đáp ứng với Methylphenidate và Dextroamphetamine.

B. Các thuốc không kích thần

- | | |
|------------------------------|-------------------------|
| - Atomoxetine HCl (Stratera) | Liều 40 - 80 mg/ngày |
| - Bupropion (Wellbutrin) | Liều 150 - 300 mg/ngày |
| - Clonidine | Liều 0,05 - 0,1 mg/ngày |

Chú ý:

trước và trong quá trình cần kiểm tra kỹ lưỡng về toàn trạng cơ thể, mạch huyết áp, chiều cao, cân nặng.

C. Phối hợp các thuốc khác

- Nếu dấu hiệu trầm cảm: lựa chọn một trong các thuốc sau:

- | | |
|----------------|----------------------|
| + Amitriptylin | Liều 25 - 50 mg/ngày |
| + Sertraline | Liều 50 -100 mg/ngày |
| + Citalopram | Liều 10 - 20 mg/ngày |
| + Escitalopram | Liều 10 - 20 mg/ngày |
| + Mitazapin | Liều 15 - 45 mg/ngày |

- Nếu có loạn thần: sử dụng thuốc chống loạn thần không điển hình: lựa chọn một trong các thuốc sau:

- | | |
|--------------|-----------------------|
| + Risperidon | Liều 0.5 – 2 mg/ngày |
| + Olanzapine | Liều 1 - 5 mg/ngày |
| + Quetiapine | Liều 50 - 100 mg/ngày |

- Thuốc chống động kinh: hiệu quả với các triệu chứng về hành vi, cảm xúc hoặc có bệnh động kinh đi kèm, lựa chọn một trong các thuốc sau:

- | | |
|------------------|--------------------------|
| + Valproat | Liều 30 - 50 mg/kg/ngày |
| + Carbamazepin | Liều 15 - 20 mg/kg/ngày |
| + Oxcarbamazepin | Liều 30 - 40 mg/kg/ngày |
| + Gabapentin | Liều 25 - 50 mg/kg/ngày |
| + Levetiracetam | Liều 40 - 100 mg/kg/ngày |

- Thuốc giải lo âu: Nhóm Bezodiazepin như Diazepam hoặc nhóm Non - Bezodiazepam như Etifoxin, sedanxio.....
- Thuốc tăng cường tuần hoàn não:
 - + Piracetam Liều 400 - 800mg/ngày
 - + Ginkgo Giloba Liều 40 - 80 mg/ngày
- Thuốc hỗ trợ chức năng gan: Kahagam
- Dinh dưỡng: bổ xung vitamin nhóm B và khoáng chất.....

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

Bệnh lần đầu.

Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.

Rối loạn giấc ngủ.

Khó khăn trong việc tập...

Khó khăn trong việc hoàn thành các bài tập....

Tăng động (lãng xãng, cử động tay chân liên tục, phá phách, chạy nhảy lung tung...)

Kích động (la hét, khóc lóc...)

Dễ câu gắt

Kèm theo các triệu chứng loạn thần khác.

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIÊN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 14 - 15 ngày điều trị.
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 3-4 ngày khi các Triệu chứng thuyên giảm và cho xuất viện .
- Đêm ngủ yên.
- Hết các triệu chứng loạn thần.
- Hết kích động.
- Hết cáu gắt.
- Hành vi ổn định.

•

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế**
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học.** Nhà xuất bản Y học.
4. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
5. **Bộ môn tâm thần, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh,** Tâm thần học và tâm lý học, Tập bài giảng Ngô Tích Linh
6. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Tâm thần học. *Tập bài giảng dành cho sau đại học.*
7. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007),** Tâm thần học và tâm lý học. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
8. **Tổ chức Y tế thế giới (1992),** “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”;WHO, Geneva 1992.
9. **Nguyễn Minh Tuấn (2016),** Giáo trình Bệnh học Tâm thần, Nhà xuất bản Y học.
10. **Nguyễn Kim Việt (2016),** Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
11. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016),** “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.
12. **Kaplan & Sadock’s.** Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment
13. **MIMS neurology & psychiatry disease management guidelines**

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TỰ KỶ

I. ĐỊNH NGHĨA:

- Tự kỷ là một dạng bệnh rối loạn bao gồm những rối loạn về tâm lý - thần kinh. Đây là rối loạn phát triển lan tỏa với mức độ từ nhẹ đến nặng, khởi phát sớm ở trẻ em trước 3 tuổi và diễn biến kéo dài cả cuộc đời.

- Biểu hiện tự kỷ có trên ba lĩnh vực:

- + Tương tác xã hội.
- + Giao tiếp
- + Hành vi định hình
- + Ý thức thu hẹp

II. Nguyên nhân:

1. Di truyền (tổn thương gen),

- Phân loại bệnh theo ICD-10, tự kỷ được chia thành 2 loại:

- + Tự kỷ điển hình: tự kỷ bẩm sinh (chậm phát triển và/ hoặc các triệu chứng xuất hiện ngay sau sinh đến trước 3 tuổi)
- + Tự kỷ không điển hình (mắc sau 3 tuổi):

2. Tổn thương não

- Tiền sử phát triển bình thường tới 12 đến 30 tháng tuổi
- Sau đó ngừng phát triển đột ngột hoặc thoái triển

3. Yếu tố môi trường.

- Các triệu chứng khác của tự kỷ xuất hiện

*** Các dấu hiệu báo động tự kỷ ở trẻ trước 24 tháng:**

- Không bập bẹ nói khi 12 tháng tuổi
- Không có cử chỉ khi 12 tháng tuổi: chỉ tay vẫy tay, bắt tay, nhìn mắt, cười đáp...
- Không nói được từ đơn khi 16 tháng
- Không tự nói câu 2 từ khi 24 tháng
- Mất kỹ năng ngôn ngữ và giao tiếp ở bất kỳ lứa tuổi nào.

II. LÂM SÀNG

- **Các triệu chứng không đặc hiệu trước 12 tháng tuổi:**

Tăng động: trẻ kích động khó ngủ, khóc nhiều, khó dỗ dành, khó chịu không lý do.

Trẻ thờ ơ, yên lặng, dường như thích ở một mình, ít đòi hỏi cha mẹ chăm sóc.

Khả năng tập trung kém: không chú ý hoặc tập trung như các trẻ cùng tuổi khác.

- Các triệu chứng đặc hiệu sau 12 tháng tuổi có khả năng liên quan đến kỹ năng giao tiếp và xã hội:

- + Mất đáp ứng với âm thanh (có thể bị điếc hoặc khiếm thính).
- + Ít hoặc không cười trong giao tiếp.
- + Không có hoặc giảm kỹ năng giao tiếp không lời (không hoặc ít bập bẹ, ít nói).
- + Khó tham gia vào các trò chơi.
- + Các tác động qua lại bằng phát âm, hoạt động giảm.
- + Hành vi quan sát bằng mắt đặc biệt (có thể quay đi, tránh không nhìn chăm chăm, ánh mắt đờ đẫn trống vắng hoặc chán không nhìn...)
- + Giọng nói với âm thanh lặp đi lặp lại đơn điệu.
- + Bị cuốn hút mạnh mẽ với một vật nhất định.
- + Tham gia kém vào những hoạt động thông thường mang tính xã hội.

- Bộ câu hỏi CHAT (gồm 9 dấu hiệu) có đặc tính đặc hiệu cao, nhưng độ nhạy thấp.

- Bộ câu hỏi sàng lọc trẻ tự kỷ dưới 18 tháng, được áp dụng rộng rãi trên thế giới:

Trẻ có bị thiếu các hành vi điển hình như:

1. Biết khoe
2. Mắt nhìn linh hoạt, phù hợp
3. Biết thể hiện nét mặt ấm áp, vui sướng.
4. Quay lại khi được gọi tên
5. Chia sẻ môi quan tâm/ thích thú.
6. Phối hợp các kỹ năng giao tiếp không lời
7. Thể hiện các hành vi bất thường
8. Các cử động lặp lại với đồ vật
9. Cử động hoặc tự thể lặp lại của cơ thể.

Trong đó các dấu hiệu chủ chốt là:

1. Mắt nhìn thiếu linh hoạt, phù hợp
2. Ít hoặc không biết chia sẻ cảm xúc
3. Thiếu các cử chỉ và hành vi đồng thuận, biểu trưng (chẳng hạn gật đầu với nghĩa đồng ý, xua tay khi phản đối)
4. Hạn chế sử dụng lời nói

5. Thiếu các trò chơi giả vờ và hạn chế sử dụng đồ vật

6. Có các cách thức giao tiếp khác thường (dùng tay người khác để chỉ, nhại lại lời,...)

III. CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

1.1. Có ít nhất 6 dấu hiệu trong các phần (1), (2) và (3), trong đó có ít nhất 2 mục từ phần (1) và 1 mục từ phần (2) và (3):

a) Khiếm khuyết về chất lượng trong quan hệ xã hội, được biểu hiện bằng ít nhất 2 trong các triệu chứng sau đây:

- Khiếm khuyết rõ rệt trong việc sử dụng nhiều hành vi không lời nói như giao tiếp bằng mắt, biểu lộ qua nét mặt, tư thế cơ thể và các cử chỉ nhằm để điều chỉnh quan hệ xã hội.

- Thất bại, kém trong việc phát triển các mối quan hệ bạn bè thích hợp với mức phát triển của trẻ.

- Thiếu sự tìm kiếm tự động nhằm chia sẻ vui thích, các mối quan tâm và kết quả đạt được với người khác (ví dụ như thiếu việc cho người khác xem, mang đến khoe hoặc chỉ cho thấy các đồ vật quan tâm)

- Thiếu sự trao đổi qua lại về xã hội hoặc cảm xúc

b) Các suy kém về chất lượng trong giao tiếp được biểu hiện bằng ít nhất 1 trong những triệu chứng sau đây:

- Chậm trễ hoặc thiếu vắng hoàn toàn sự phát triển về ngôn ngữ nói (không có kèm theo việc cố gắng bù trừ bằng các phương thức giao tiếp thay thế như cử chỉ hay điệu bộ)

- Ở những cá thể có ngôn ngữ đầy đủ thì tiêu chuẩn là suy kém rõ rệt về khả năng khởi đầu hay duy trì một đối thoại với người khác

- Sử dụng ngôn ngữ theo cách định hình lặp đi lặp lại, ngôn ngữ kỳ lạ

- Thiếu vắng trò chơi giả vờ theo cách tự nhiên và phong phú hoặc thiếu trò chơi bắt chước xã hội phù hợp với mức phát triển của trẻ

c) Các kiểu hành vi, các ham thích, các hoạt động lặp đi lặp lại giới hạn và định hình được biểu hiện bằng ít nhất 1 trong những triệu chứng sau đây:

- Bận rộn bao quanh một hoặc nhiều hơn các kiểu vui thích giới hạn và định hình bất thường về cường độ hoặc mức tập trung

- Bám dính một cách cứng ngắc rõ rệt đối với các thói quen hoặc các nghi thức hằng ngày đặc biệt, không có chức năng

- Các cách thức vận động định hình và lặp đi lặp lại (Ví dụ như vẫy tay hoặc ngón tay, nhảy hoặc vận động toàn cơ thể)

- Bận rộn thường xuyên với các phần của vật thể

1.2. Sự phát triển chậm trễ hoặc thực hành chức năng bất thường trong ít nhất 1 trong các lĩnh vực sau đây, khởi phát trước 3 tuổi:

- Tương tác xã hội
- Sử dụng ngôn ngữ trong giao tiếp xã hội, hoặc
- Chơi biểu tượng.

1.3. Bệnh cảnh này không giải thích được rối loạn Rett hay rối loạn giải thể ở tuổi nhỏ.

2. Chẩn đoán mức độ tự kỷ

Thang đánh giá mức độ tự kỷ ở trẻ em (CARS) gồm 15 lĩnh vực:

- a. Quan hệ với mọi người
- b. Bất chú ý
- c. Đáp ứng tình cảm
- d. Động tác cơ thể
- e. Sử dụng đồ vật
- f. Thích nghi với sự thay đổi
- g. Phản ứng thị giác
- h. Phản ứng thính giác
- i. Phản ứng qua vị giác và khứu giác
- 10) Sự sợ hãi hay hồi hộp
- 11) Giao tiếp bằng lời
- 12) Giao tiếp không lời
- 13) Mức độ hoạt động
- 14) Đáp ứng trí tuệ
- 15) Ấn tượng chung về tự kỷ

Cách cho điểm: Mỗi lĩnh vực cho từ 1 đến 4 điểm

Nhận định: Từ 15 điểm đến 30 điểm: không tự kỷ

Từ 31 điểm đến 36 điểm: tự kỷ nhẹ và vừa

Từ 37 điểm đến 60 điểm: tự kỷ nặng

IV. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu thường quy, nước tiểu thường qui.
- Điện não đồ, lưu huyết não, Điện tâm đồ
- Trắc nghiệm tâm lý: CARS, MCHAT, RAVEN,
- Các xét nghiệm chuyên khoa khác.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Mục tiêu:

Các liệu pháp điều trị nhằm đến tăng các hành vi xã hội, giảm các triệu chứng hành vi lạ và tăng giao tiếp ngôn ngữ và học tập cần được khắc phục.

Giảm các hành vi gây rối mà có thể trở nên tệ hại hơn trong quá trình di chuyển và ở trường.

2. Nguyên tắc:

- Phát hiện sớm, can thiệp kịp thời, toàn diện.
- Nâng cao kỹ năng xã hội cho trẻ
- Tạo môi trường sống thích hợp.
- Phương pháp can thiệp dựa trên học thuyết nhận thức và hành vi, sử dụng phương tiện thị giác để dạy trẻ.

- Chương trình giáo dục bắt đầu càng sớm càng tốt, tốt nhất: từ 2-4 tuổi.

- Không có thuốc đặc trị chữa tự kỷ. Chỉ có thuốc điều trị những triệu chứng, rối loạn đi kèm: tăng động, hung tính, tự gây thương tích, hành vi định hình nặng

3. Điều trị hóa dược: không có thuốc đặc hiệu nào là hiệu quả với các triệu chứng chính của rối loạn tự kỷ. Một số có tác dụng trong việc làm giảm bớt tăng động, ám ảnh và các hành vi cưỡng bức, cấu kính, giận dữ và các hành vi tự gây tổn thương.

- Thuốc chống loạn thần: Nếu có **cơn tăng động, cơn hờn giận, hành vi định hình**: sử dụng thuốc chống loạn thần không điển hình:

+ Risperidon	Liều 0.5 - 2 mg/ngày
+ Olanzapine	Liều 1 - 5 mg/ngày
+ Quetiapine	Liều 50 - 200 mg/ngày
+ Sulpirid	Liều 50 -100 mg/ngày

- Thuốc kích thích thần kinh:

+ Methylphenidate	Liều 18 - 72 mg/ngày, tùy lứa tuổi.
-------------------	-------------------------------------

- Thuốc giải lo âu:

- + Nhóm Bezodiazepin: Diazepam 5mg.....
- + Nhóm Non - Bezodiazepam: Etifoxin, sedanxio.....

- Thuốc chống trầm cảm: lựa chọn một trong các thuốc sau:

+ Sertraline	Liều 50 -100 mg/ngày
+ Citalopram	Liều 10 - 20 mg/ngày
+ Escitalopram	Liều 10 - 20 mg/ngày

+ Mitazapin

Liều 15 - 45 mg/ngày

- Thuốc chống động kinh: hiệu quả với các triệu chứng về hành vi, cảm xúc hoặc có bệnh động kinh đi kèm, lựa chọn một trong các thuốc sau:

+ Valproate

Liều 30 - 50 mg/kg/ngày

+ Carbamazepin

Liều 15 - 20 mg/kg/ngày

+ Oxcarbamazepin

Liều 30 - 40 mg/kg/ngày

+ Gabapentin

Liều 25 - 50 mg/kg/ngày

- Thuốc tăng cường tuần hoàn não:

+ Piracetam

Liều 400 - 800mg/ngày

+ Ginkgo biloba

Liều 40 - 80 mg/ngày

- Thuốc hỗ trợ chức năng gan: Kahagam

- Dinh dưỡng: bổ xung vitamin nhóm B và khoáng chất, Magiesia B6....

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế**
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học.** Nhà xuất bản Y học.
4. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
5. **Bộ môn tâm thần, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh,** Tâm thần học và tâm lý học, Tập bài giảng Ngô Tích Linh
6. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Tâm thần học. *Tập bài giảng dành cho sau đại học.*
7. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007),** Tâm thần học và tâm lý học. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
8. **Tổ chức Y tế thế giới (1992),** “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”;WHO, Geneva 1992.
9. **Nguyễn Minh Tuấn (2016),** Giáo trình Bệnh học Tâm thần, Nhà xuất bản Y học.
10. **Nguyễn Kim Việt (2016),** Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
11. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016),** “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.
12. **Kaplan & Sadock’s.** Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment
13. **MIMS neurology & psychiatry disease management guidelines**

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐỘNG KINH (G.40)

I. ĐỊNH NGHĨA:

Con động kinh là biểu hiện lâm sàng xảy ra do sự phóng điện bất thường, kích phát và quá mức của một nhóm neuron ở não. Biểu hiện trên lâm sàng là các triệu chứng xảy ra đột ngột, tạm thời liên quan đến vùng võ não bị phóng điện bao gồm biến đổi ý thức, vận động, cảm giác, tự động hoặc tâm thần.

Động kinh là sự tái diễn từ 2 cơn động kinh trở lên cách nhau trên 24 giờ, không phải do sốt cao và các nguyên nhân cấp tính khác như rối loạn chuyển hóa, ngừng thuốc hay ngừng rượu đột ngột xảy ra.

II. MỘT SỐ CƠN ĐỘNG KINH THƯỜNG GẶP:

1. Động kinh kinh cục bộ:

- Thể đơn thuần (cơn BJ): Chủ yếu biểu hiện co giật thường ở 1 chi lan toả từ xa về gần theo hành trình Jackson rồi lan toả 1/2 người và sau đó có thể toàn thể hoá, ý thức có thể hẹp đến mất hẳn.

- Thể phức hợp:

- + Ý thức u ám, có những cơn vắng

- + Rối loạn các vận động mang tính định hình vô nghĩa như: các cơn nhai, cơn cười, các cơn đi lại không mục đích...

- Cơn rối loạn tâm thần: Các ảo thị, ảo khứu ...

2. Động kinh toàn thể

2.1. Cơn lớn:

- Có thể có dấu hiệu báo trước sau đó cơn sẽ trải qua 4 giai đoạn:

- Giai đoạn co cứng 30 - 60 giây: các cơ đột ngột co cứng làm cho người bệnh đột ngột ngã ra.

- Giai đoạn co giật 3 - 5 phút giật cứng, tăng trương lực cơ toàn thân giật nhịp nhàng càng về sau thưa dần mất trợn, mặt tím tái, có thể đái ra quần...

- Giai đoạn duỗi mềm: Mất hết trương lực cơ, các cơ trơn dẫn người bệnh sùi bọt mép, có thể đái, ỉa tự động...

- Giai đoạn hồi phục: Người bệnh tỉnh lại không nhớ các sự việc xảy ra, một số người bệnh chưa tỉnh hẳn có thể có hành vi nguy hiểm, nên trong giai đoạn này nên ta cần theo dõi sát.

2.2. Cơn nhỏ

- Cơn vắng ý thức đột ngột: có thể chỉ 1-10 giây, không co giật. Người bệnh tự nhiên ngừng hoạt động (đang ăn tự nhiên làm rơi đĩa...), ngừng nói, nét mặt đờ đẫn, hết cơn lại tiếp tục làm việc hoặc nói tiếp lời nói đang bỏ dở.

- Cơn giật cơ: các cơ máy nhẹ, có thể gặp ở bất kỳ nhóm cơ nào (Ví dụ: tự nhiên thấy bàn tay cứ giật lên...)

- Con mắt trương lực: mắt trương lực cơ đột ngột, làm người bệnh ngã khụy, đầu cúi về phía trước, sau đó nhòe dậy lại đi bình thường.

III. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng: Chẩn đoán động kinh chủ yếu dựa vào cơn lâm sàng

- Triệu chứng đặc trưng của từng cơn
- Dấu hiệu thần kinh và tâm thần giữa các cơn.
- Tuổi khởi phát.
- Căn nguyên.

2. Điện não đồ: có giá trị hỗ trợ chẩn đoán và theo dõi tiến triển của bệnh

- Sóng đặc hiệu giữa các cơn
- Sóng đặc hiệu điện não trong cơn.

3. Các xét nghiệm cận lâm sàng:

- Xét nghiệm chức năng gan, thận: đường huyết, ure huyết, GOT, GPT,...
- Điện giải đồ
- Dopler mạch máu não
- MRI, CT Scanner

Các xét nghiệm cận lâm sàng này có giá trị chẩn đoán nguyên nhân động kinh.

4. Tiêu chuẩn phụ:

- Sự đáp ứng điều trị (Test điều trị).
- Đặc điểm sinh lí bệnh.

IV. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ:

1. Mục tiêu:

Trong điều trị động kinh về cơ bản là cắt hết hoặc giảm được số cơn động kinh cho người bệnh mà phải giảm tối thiểu tác dụng phụ của thuốc. Động kinh nếu được phát hiện sớm và điều trị đúng cách thì khả năng khỏi bệnh hoàn toàn là rất cao.

2. Nguyên tắc:

- Phát hiện điều trị sớm nhằm giảm những hậu quả xấu do bệnh gây ra.
- Cố gắng khám xét kỹ phát hiện và điều trị những nguyên nhân gây động kinh.
- Lựa chọn thuốc và liều lượng thuốc phải căn cứ vào thể bệnh, loại cơn lâm sàng, thể trạng bệnh nhân.

- Nên lựa chọn đơn trị liệu, liều thấp tăng dần cho đến khi cắt được cơn (vì tính an toàn, ít tác dụng phụ hơn và không gây sự tương tác giữa thuốc này với thuốc khác).

- Giảm thiểu những tác dụng phụ của thuốc kháng động kinh.

- Thay đổi thuốc và kết hợp thuốc:

Khi sử dụng một loại thuốc kháng động kinh mà thất bại do không có hiệu quả hoặc có phản ứng phụ thì cần phải thay bằng thuốc khác. Trước khi quyết định thay thuốc nên xem xét lại chẩn đoán, liều lượng thuốc dùng và khả năng dung nạp.

Nếu phải thay thuốc trong quá trình điều trị thì việc thay thuốc phải thực hiện từ từ trong 7 ngày trong quá trình điều trị, không được chuyển thuốc đột ngột.

Nếu dùng liều cao mà không có tác dụng thì nên thay bằng thuốc khác trước khi phải điều trị phối hợp với thuốc kháng động kinh thứ hai.

Hạn chế việc dùng hai hay nhiều thuốc động kinh một lúc. Không được kết hợp hai thứ thuốc cùng loại với nhau (ví dụ Phenobarbital với Primidon, Seduxen với Mogadon, v.v...).

- Có kế hoạch kiểm tra từng thời kỳ: máu, các chức năng gan, thận của bệnh nhân.

- Ngừng điều trị thuốc:

Không được dừng thuốc đột ngột vì dễ xảy ra trạng thái động kinh liên tục.

Bệnh Động kinh cần thời gian điều trị lâu dài, sau điều trị nội trú, phải được theo dõi điều trị tại cộng đồng. Thời gian điều trị duy trì tối thiểu 02 năm sau cơn cuối cùng và không còn sóng động kinh trên bản ghi điện não đồ. Trước khi ngừng điều trị phải giảm liều từ từ trong 3 - 6 tháng và theo dõi cơn động kinh và điện não đồ. Nếu đang giảm liều mà xuất hiện cơn động kinh hoặc có sóng động kinh trên điện não đồ thì phải điều trị lại theo liệu trình như trước khi giảm liều.

- Các cơn co giật do cai rượu, rối loạn chuyển hoá hoặc do nhiễm độc thần kinh thì không cần thiết phải điều trị với thuốc kháng động kinh lâu dài.

- Cần theo dõi bằng xét nghiệm (máu, chức năng gan, điện giải đồ) trước khi điều trị thuốc, nhằm phát hiện các yếu tố nguy cơ đặc biệt ảnh hưởng đến lựa chọn thuốc và làm cơ sở cho lần theo dõi sau về huyết học, sinh hoá và chức năng gan.

- Theo dõi nồng độ thuốc trong máu:

Theo dõi nồng độ thuốc trong huyết tương nhằm hai mục đích là đánh giá sự tuân thủ của bệnh nhân khi dùng thuốc và đánh giá sự ngộ độc thuốc.

Theo dõi nồng độ thuốc còn đánh giá mức độ tương tác của thuốc kháng động kinh với các thuốc khác. Carbamazepine, phenytoin và barbiturate là thuốc ức chế men gan. Sự thay đổi liều lượng một thuốc có thể làm thay đổi nồng độ trong huyết tương một số thuốc khác.

- Tuỳ theo từng trường hợp, ngoài thuốc bệnh nhân phải có chế độ ăn uống, sinh hoạt, lao động, nghỉ ngơi, giải trí thích hợp.

V. CÁC THUỐC CHỐNG ĐỘNG KINH: Ưu tiên đơn trị liệu, dùng liều thấp tăng dần, liều tối đa không hiệu quả thì cân nhắc chuyển đổi thuốc, phối hợp thuốc nhưng không quá 3 loại thuốc để tránh xảy ra tác dụng không mong muốn.

1. Carbamazepin (Tegretol)

- Chỉ định: Các cơn động kinh cục bộ hoặc phức tạp

- Liều lượng:

+ Trẻ em (TE): 10 - 30 mg/kg/ ngày

+ Người lớn (NL): 10 - 12 mg/kg/ngày

2. Phenobarbital (gardenal)

- Chỉ định: Động kinh toàn thể và động kinh cục bộ.

- Liều lượng:

+ Trẻ em (TE): 4 mg/kg/ ngày

+ Người lớn (NL): 3 mg/kg/ngày

3. Phenytoin (Sodanton)

- Chỉ định: Động kinh cục bộ, động kinh toàn thể.

- Liều lượng:

+ Trẻ em (TE): 5 - 7 mg/kg/ ngày

+ Người lớn (NL): 3 - 5 mg/kg/ngày

4. Valproat (Depakin, Encorat)

- Chỉ định: Động kinh cục bộ, động kinh toàn thể.

- Liều lượng:

+ Trẻ em (TE): 30 mg/kg/ ngày

+ Người lớn (NL): 20 - 30 mg/kg/ngày

5. Gabapentin

- Chỉ định: Động kinh cục bộ, động kinh toàn thể.

- Liều lượng: Người lớn (NL): 900 - 3600 mg/ngày, chia 2 lần

6. Levitiracetam (keppra)

- Chỉ định: Tất cả các thể động kinh

- Liều lượng: 1000 - 3000 mg/ngày

7. Oxcarbazepin (Oxetol)

- Chỉ định: Không dung nạp với carbamazepin, Động kinh cục bộ, động kinh toàn thể.

- Liều lượng:

+ Trẻ em (TE): 10 - 30 mg/kg/ ngày

+ Người lớn (NL): 600 - 2400 mg/ngày, chia 2 lần

8. Tiagabin (Gabitril)

- Chỉ định: ĐK kháng thuốc, động kinh cục bộ, động kinh toàn thể.

- Liều lượng: 15 - 50mg/kg, chia 3 lần.

9. Topiramate (Topamax)

- Chỉ định: động kinh cục bộ, động kinh toàn thể, ĐK kháng thuốc.

- Liều lượng:

+ Trẻ em (TE): 6 mg/kg/ ngày

+ Người lớn (NL): bắt đầu 25 - 50 mg/ngày, sau tăng lên 200 - 400 mg/ngày.

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

- Bệnh co giật lần đầu.
- Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.
- Co giật 2-3 cơn trong ngày
- Rối loạn giấc ngủ.
- Nói nhảm (hay lẩm bẩm một mình)
- Kèm theo các triệu chứng loạn thần khác.

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 20 ngày điều trị.
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 3-4 ngày khi các Triệu chứng thuyên giảm và cho xuất viện .
- Đêm ngủ yên.
- Hết co giật.
- Hết nói nhảm
- Hết các triệu chứng loạn thần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị** ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học.** Nhà xuất bản Y học.
4. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
5. **Bộ môn tâm thần, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh,** Tâm thần học và tâm lý học, Tập bài giảng Ngô Tích Linh
6. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007),** Tâm thần học và tâm lý học. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
7. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Tâm thần học. *Tập bài giảng dành cho sau đại học.*
8. **Tổ chức Y tế thế giới (1992),** “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”;WHO, Geneva 1992.
9. **Lê Quang Cường (2005),** “Động kinh”, Nhà xuất bản Y học.
10. **Cao Tiến Đức (2017),** “Động kinh: các rối loạn tâm thần trong động kinh và điều trị”, Nhà xuất bản Y học, trang 9-15.
11. **Nguyễn Minh Tuấn (2016),** Giáo trình Bệnh học Tâm thần, Nhà xuất bản Y học.
12. **Nguyễn Kim Việt (2016),** Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
13. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016),** “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.
14. **Kaplan & Sadock’s.** Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment
15. **MIMS neurology & psychiatry disease management guidelines**
16. **NICE (2012),** “Epilepsies: diagnosis and management ”, NICE guidelines.
17. **Dieter S., Steven C. S. (2014).** “Drug treatment of epilepsy in adults ”, BMJ, p2-19.

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH

I. KHÁI NIỆM

- Là trạng thái trong đó các cơn động kinh xuất hiện liên tiếp liên nhau mà trong giai đoạn giữa các cơn vẫn tồn tại các triệu chứng thần kinh; hoặc rối loạn ý thức; hoặc một cơn động kinh kéo dài quá lâu gây nên một bệnh cảnh lâm sàng nặng nề.

- Về thời gian kéo dài một hoạt động động kinh từ 30 phút trở lên với các triệu chứng khác nhau do các quá trình giải phẫu, sinh lý bệnh và nguyên nhân rất đa dạng.

- Một số tác giả đưa ra định nghĩa phù hợp cho lâm sàng hơn

Cơn co giật kéo dài trên 5 phút, hoặc

Có trên hoặc bằng 2 cơn co giật mà giữa các cơn không có sự phục hồi hoàn toàn ý thức.

II. TRIỆU CHỨNG

2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Tình trạng động kinh toàn thể co giật - tăng trương lực (tonic - clonic):

Các cơn động kinh toàn thể nối tiếp nhau, không phục hồi ý thức giữa các cơn. Đôi khi cơn động kinh chỉ biểu hiện kín đáo trên lâm sàng bằng co giật nhẹ ở mặt. Có thể chỉ biểu hiện bằng hôn mê.

- Cơn vắng ý thức kéo dài hoặc liên tiếp: Thường biểu hiện bằng tình trạng lẫn lộn. Có thể có co giật kín đáo mi mắt. Nguy cơ di chứng trí tuệ vĩnh viễn nếu cơn kéo dài.

- Tình trạng động kinh một phần: Cơn co giật nối tiếp nhau với thiếu sót vận động giữa các cơn: Rối loạn lời nói kéo dài. Tình trạng lẫn lộn. Nguy cơ có các tổn thương não không hồi phục.

2.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Điện não đồ: Xác định chẩn đoán trạng thái động kinh và phân loại tổn thương trên hệ thống thần kinh trung ương.

- Các chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm khác: Đánh giá nguyên nhân và biến chứng của trạng thái động kinh

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: co giật kéo dài trên 30 phút hoặc co giật kéo dài trên 5 phút mà không có hồi phục thần kinh giữa các cơn.

- Cận lâm sàng: Điện não xác định các sóng động kinh kéo dài.

2. Chẩn đoán nguyên nhân

- Chọc dịch não tủy: Phát hiện các tình trạng viêm màng não do vi khuẩn, virus, nấm, lao, kí sinh trùng.
- Chụp cộng hưởng từ sọ não: xác định huyết khối tĩnh mạch, tổn thương não do thiếu oxy, do hạ đường máu.
- Chụp CT sọ não: xác định tổn thương nhồi máu não, xuất huyết não, xuất huyết dưới nhện, các chấn thương sọ não, các tổn thương u não.
- Điện não đồ: Rất có giá trị chẩn đoán trạng thái động kinh mà biểu hiện lâm sàng không rõ ràng.
- Các xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân:
 - + Tìm amphetamin, rượu, thuốc ngủ,.. .xét nghiệm máu và/hoặc nước tiểu.
 - + Các rối loạn điện giải máu: Hạ natri máu, hạ canxi máu.
- Các xét nghiệm loại trừ khác

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

- Phải cắt được cơn càng nhanh càng tốt, phối hợp các thuốc cắt cơn, chống phù não, hồi sức tim mạch và chăm sóc tích cực. Đồng thời khám cẩn thận, toàn diện để tìm nguyên nhân để sau khi cắt cơn tiến hành điều trị nguyên nhân.
- Đặt bệnh nhân ở nơi an toàn để phòng sang chấn trong lúc co giật.
- Đảm bảo chức năng sống cơ bản: hô hấp, huyết động, toan chuyển hóa, thân nhiệt, sơ cứu các chấn thương (nếu có).
- Các thuốc phải được tiêm đủ liều bằng đường tĩnh mạch.
- Sự kết hợp Benzodiazepin (tác dụng ngay lập tức) và Phenytoin (tác dụng kéo dài) phải được coi là phương thức điều trị hàng đầu vì lý do hiệu quả và tính an toàn tương đối (không ảnh hưởng đến ý thức). Diazepam tiêm tĩnh mạch có thể làm hết cơn ở 70% bệnh nhân trong vòng 3 phút. Tác dụng ban đầu của Diazepam sẽ giảm dần từ phút thứ 10, đó là thời điểm Phenytoin truyền tĩnh mạch bắt đầu có tác dụng. 80% bệnh nhân được ngăn ngừa khỏi tái diễn cơn giật sau 20 phút truyền Phenytoin.

Tuy nhiên, các trạng thái động kinh thứ phát sau cai các thuốc chống co giật (đặc biệt phenobarbital) thường tác dụng cắt cơn ngay lập tức khi sử dụng lại thuốc đó.

- Sự kết hợp nhiều yếu tố gây động kinh là thường gặp, vì vậy cần phải tìm và điều trị các yếu tố thứ phát làm kéo dài trạng thái động kinh.
- Khi trạng thái động kinh đã được kiểm soát, ngay lập tức phải tiến hành điều trị củng cố bằng đường uống.

2. Xử trí cụ thể:

2.1. Xử trí giai đoạn tiền triệu:

- Giai đoạn điều trị có hiệu quả nhất.

- + Diazepam 10-20 mg/TMC, tốc độ 2-5 mg/phút.

- + Diazepam qua trực tràng với liều 0.5 mg/kg đối với trẻ em.

- Tìm nguyên nhân và điều trị ngay:

- + Nếu do ngưng thuốc thì sử dụng lại thuốc đã dùng trước đó.

- + Nếu mới khởi phát cơn đầu tiên có thể dùng Phenytoin phối hợp với Diazepam.

2.2. Xử trí giai đoạn sớm (<30 phút):

- Giai đoạn này cần sẵn sàng ngay đường thở, tim mạch:

- + Giữ bệnh nhân nằm nghiêng, xoay đầu sang một bên để tránh hít phải chất nôn ói, đờm rãi.

- + Nói lỏng quần áo, hút đờm rãi.

- + Thở Oxy qua sonde mũi hoặc mặt nạ (3-5 lít/phút).

- Các xét nghiệm sinh hoá máu, khí máu, điện giải đồ. Chú ý hai căn nguyên hạ đường huyết và cai rượu.

- + Diazepam 10-20 mg/TMC.

- + Dextrose 30% 50 ml/TMC.

- + Thiamine 10 mg/TMC trên bệnh nhân có khả năng thiếu vitamin B1 (Chú ý dị ứng thuốc).

2.3. Xử trí giai đoạn toàn phát:

- Thuốc lựa chọn:

- + Phenytoin 15-18mg/kg/TMC, tốc độ dưới 50 mg/phút (Chú ý: tình trạng hô hấp, tuần hoàn).

- + Phenobarbital 10 mg/kg/TMC, tốc độ dưới 100 mg/phút dưới dạng muối sodium, có tác dụng sau 30 phút.

- + Diazepam truyền tĩnh mạch với liều 8 mg/giờ.

*** Chú ý:** Sử dụng Phenobarbital và Diazepam phải đặt nội khí quản vì có khả năng ngưng thở nếu trước đó đã dùng Benzodiazepine.

- Chống phù não: Dexamethasone 4 mg/6 giờ hoặc Mannitol 100 ml/6 giờ.

- Có thể dùng thuốc vận mạch nếu có tình trạng hạ huyết áp do các thuốc điều trị động kinh: Dopamine 2 mg/kg/phút.

- Thở Oxy hay hỗ trợ hô hấp và Hạ sốt.

2.4. Xử trí giai đoạn kháng trị (>60 phút):

- Giai đoạn này cần sẵn sàng đặc biệt.

- Gây mê với Thiopental. Bệnh nhân phải được đặt nội khí quản và hỗ trợ hô hấp, liều 100-250 mg/TMC trong 20 giây, có thể lặp lại 50 mg/TM/2-3 phút cho đến khi cắt cơn, lý tưởng nhất là theo dõi trên EEG.

- Duy trì với Thiopental, truyền tĩnh mạch liên tục, liều 3-5 mg/kg/h. Thiopental sẽ được giảm dần rồi ngưng hẳn 12 giờ sau cơn co giật cuối cùng.

Trường hợp nặng: Sau khi dùng các thuốc trên không có hiệu quả, cần kết hợp với khoa gây mê hồi sức đặt nội khí quản và dùng các thuốc gây mê, gây tê như Thiopental, Lidocain.

2.5. Xử trí sau cắt cơn:

- Nếu là bệnh nhân động kinh đang điều trị:
 - + Tiếp tục dùng thuốc kháng động kinh. Tăng liều nếu cần.
 - + Dùng thuốc qua sonde dạ dày.
- Nếu là động kinh đầu tiên:
 - + Chọn thuốc thích hợp và bắt đầu điều trị.
 - + Tìm nguyên nhân để điều trị.

3. Xử trí chung:

3.1. Đảm bảo hô hấp

- Đặt NKQ (bảo vệ đường thở, hút đờm).
- Thở máy chế độ kiểm soát thể tích nếu hôn mê.
- Theo dõi SpO₂ (> 95%) và khí máu động mạch.

3.2. Đảm bảo huyết động

- Theo dõi nhịp tim và huyết áp.
- Nên đặt catheter TMTT: đảm bảo truyền dịch, truyền thuốc + đo ALTMTT.
- Nếu tụt HA: bồi phụ thể tích, thuốc vận mạch, đảm bảo thông khí, điều chỉnh toan chuyển hoá nặng.

3.3. Toan chuyển hoá

- Theo dõi khí máu động mạch.
 - Đa số toan chuyển hoá sẽ tự điều chỉnh sau khi đã kiểm soát được cơn co giật.
 - NaHCO₃ khi toan rất nặng pH < 7,0.
- Có thể kết hợp toan hô hấp ---> chú ý điều chỉnh lại lưu lượng thông khí/phút.

3.4. Hạ sốt:

- Thường gặp do bản thân cơn co giật gây ra, nguy cơ gây nặng thêm tổn thương TKTU.

- Cần nhanh chóng hạ thân nhiệt < 39⁰ C: chườm lạnh (khăn lạnh, chăn lạnh), thông gió, Paracetamol 0,5g/ mỗi 4 giờ.

3.5. Chống phù não

- Nằm đầu cao 45 độ.
- Manitol truyền TM nhanh trong 30 phút 0,5 - 1 g/kg cân nặng mỗi 4 - 6 h.
- Methylprednisolon (Solumedrol) 40mg tiêm tĩnh mạch /6 -8 giờ.
- Không chế cơn giật.

3.6. Phòng và điều trị tiêu cơ vân:

Truyền dịch + lợi tiểu (manitol).

3.7. Chú ý sơ cứu các chấn thương kèm theo: CTSN, gãy xương...

VI. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

- Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân lần đầu xuất hiện trạng thái động kinh khoảng 20%, thay đổi tùy theo nguyên nhân khởi phát.

- Nguyên nhân tử vong liên quan chủ yếu đến những rối loạn do tình trạng co giật cơ kéo dài như: tiêu cơ vân, toan lactic, viêm phổi do hít, suy hô hấp.

- Nguy cơ tái phát co giật gấp ở 1/3 số bệnh nhân theo một nghiên cứu theo dõi dọc 10 năm, và 10% bệnh nhân có những di chứng thần kinh.

2. Biến chứng

- Khi có cơn co giật kéo dài trên 30-45 phút có thể gây ra các tổn thương não (nhất là cấu trúc limbic như hồi hải mã): não, di chứng thần kinh, trí tuệ vĩnh viễn.

- Ngoài ra, tình trạng động kinh có thể gây ra nhiều hậu quả khác:

- Chấn thương: chấn thương sọ não, trật khớp vai, gãy xương, đụng dập tạng.
- Rối loạn hô hấp: ứ đọng, viêm phổi do sặc, toan hô hấp.
- Rối loạn huyết động.
- Toan chuyển hoá.
- Rối loạn thân nhiệt, mất nước, tiêu cơ vân.

* TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:

- Bệnh co giật lần đầu.
- Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.
- Co giật liên tục nhiều cơn trong ngày.
- Co giật kéo dài trên 30 phút hoặc co giật kéo dài trên 5 phút mà không có hồi phục thần kinh giữa các cơn
- Kèm theo các triệu chứng loạn thần khác.

* TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 18 ngày điều trị.
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 3-4 ngày khi hết các triệu chứng và cho xuất viện .
- Đêm ngủ yên.
- Hết co giật.
- Hết các triệu chứng loạn thần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế**
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học.** Nhà xuất bản Y học.
4. **Tâm thần học (1995) Trần Đình Xiêm**
5. **Bộ môn tâm thần, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh, Tâm thần học và tâm lý học, Tập bài giảng Ngô Tích Linh**
6. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023) Tâm thần học. Tập bài giảng dành cho sau đại học.**
7. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007), Tâm thần học và tâm lý học.** Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
8. **Tổ chức Y tế thế giới (1992), “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”; WHO, Geneva 1992.**
9. **Lê Quang Cường (2005), “Động kinh”, Nhà xuất bản Y học.**
10. **Cao Tiến Đức (2017), “Động kinh: các rối loạn tâm thần trong động kinh và điều trị”, Nhà xuất bản Y học, trang 9-15.**
11. **Nguyễn Minh Tuấn (2016), Giáo trình Bệnh học Tâm thần, Nhà xuất bản Y học.**
12. **Nguyễn Kim Việt (2016), Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.**
13. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016), “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.**
14. **Kaplan & Sadock’s. Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment**
15. **MIMS neurology & psychiatry disease management guidelines**
16. **NICE (2012), “Epilepsies: diagnosis and management”, NICE guidelines.**
17. **Dieter S., Steven C. S. (2014). “Drug treatment of epilepsy in adults”, BMJ, p2-19.**

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KÍCH ĐỘNG

I. KHÁI NIỆM :

- Kích động là trạng thái hưng phấn tâm lý-vận động quá mức, xuất hiện đột ngột, không có mục đích rõ ràng, không thích hợp với hoàn cảnh xung quanh, có tính chất phá hoại, nguy hiểm cho bản thân và những người xung quanh, ảnh hưởng đến trật tự và an toàn xã hội. Nó có thể xuất hiện trong nhiều bệnh cảnh rối loạn tâm thần khác nhau.

II. CÁCH XỬ TRÍ :

1. Chăm sóc Hộ lý I, theo dõi hành vi nguy hiểm.

2. Cho bệnh nhân ở phòng yên tĩnh, thoáng mát, sáng sủa. Không để vật dụng gây nguy hiểm trong phòng. Có thể cố định tại giường nếu cần.

3. Quan sát tổng trạng và xem xét các tình trạng bệnh lý cơ thể kèm theo (chấn thương sọ não, chấn thương cơ thể), cách ăn mặc, điều độ, hành vi.

4. Thăm hỏi bệnh nhân, hoặc thân nhân về hoàn cảnh xuất hiện cơn và tiền sử bệnh. Giải thích cho bệnh nhân (về bệnh, về cơ sở điều trị, về chăm sóc điều dưỡng và hộ lý) nhằm trấn an.

* Chú ý

Một số điều: giọng nói của bác sĩ và nhân viên y tế cần nhẹ nhàng, thấp giọng, chú ý lắng nghe và quan sát bệnh nhân, khi cần (nếu dự đoán không có nguy cơ tổn hại đến cơ thể) có thể ngồi cùng bệnh nhân,...loại bỏ các vật dụng có thể làm hung khí như dao, kéo, bật lửa,...

5. Khi chưa chẩn đoán được nguyên nhân, có thể sử dụng:

a. Diazepam 10mg/6giờ hay lorazepam 2-4mg, chlórdiazepoxide), uống hoặc tiêm bắp nếu bệnh nhân không uống được, có thể duy trì trong 24 tiếng. Chỉ định dùng thuốc cho đến khi các triệu chứng kích động giảm.

b. Khi bệnh nhân đã dùng Diazepam với liều tối đa 40mg/ngày mà vẫn còn kích động, hoặc có chống chỉ định dùng benzodiazepine thì chuyển sang Haloperidol 1 – 5mg, tiêm bắp mỗi 6 giờ.

c. Sau khi chích thuốc, có thể cố định tại giường nếu cần thiết.

d. Chú ý phản ứng nghịch thường tăng kích động trên một số bệnh nhân phản ứng với Diazepam

6. Điều trị theo nguyên nhân:

a. Sảng run: xử lý theo phác đồ điều trị sảng run.

b. Tâm thần phân liệt:

- Chlopromazine : liều 25mg-50mg tiêm bắp. Sau 2-3 giờ nếu vẫn còn kích động dùng liều 50mg tiêm bắp. Sau 2 giờ tiếp theo nếu vẫn còn kích động, dùng tiếp liều 50mg tiêm bắp và phối hợp với haloperidol 5mg tiêm bắp.

- Levomepromazine 25mg tiêm bắp mỗi 2 giờ cho đến khi bệnh nhân giảm kích động. Liều tối đa 200mg/ngày.

- Haloperidol 5-10mg tiêm bắp mỗi 30 phút đến 1 giờ cho đến khi bệnh nhân giảm kích động.

Liều tối đa 30mg/24 giờ. Benzodiazepin có thể được dùng phối hợp. Bệnh nhân có từng dị ứng hay đáp ứng bất thường với thuốc chống loạn thần có thể dùng paraldehyde hay diphenhydramin 50-100mg uống hay tiêm bắp

- Hoặc Haloperidol 2-5mg uống mỗi 1-2 giờ, liều tối đa 30mg/ngày

- Olanzapin 5-10mg tiêm bắp, không vượt quá 20mg/24 giờ (chú ý trên người lớn tuổi).

- Hoặc Olanzapin 5-10mg uống, không vượt quá 20mg/24 giờ

- Ziprasidon 20mg tiêm bắp mỗi 4 giờ, hoặc 10mg tiêm bắp mỗi 2 giờ không vượt quá 40mg/24 giờ.

- Risperidon 1-2mg uống, không quá 6mg mỗi 24 giờ (có thể dùng viên tan nhanh)

c. Kích động trên bệnh nhân hưng cảm: các thuốc chống loạn thần như trên, có thể dùng thuốc ổn định khí sắc như valproate hay lithiumd. Kích động trầm cảm: phối hợp thuốc chống trầm cảm với Levomepromazine 25mg tiêm bắp mỗi 2 giờ. Liều tối đa của Levomepromazine là 200mg/ngày.

e. Kích động do các bệnh lý thực thể não

- Động kinh : Diazepam 10mg, tiêm bắp mỗi 60 phút, liều tối đa 40mg/ngày.

- Sa sút tâm thần do bệnh Alzheimer và sa sút tâm thần do các nguyên nhân mạch máu não: dùng thuốc chống loạn thần liều thấp

- Kích động do các bệnh nhiễm trùng, bệnh lý nội khoa như đái tháo đường, hạ đường

huyết, bệnh lý tuyến giáp, ngộ độc cấp, HIV, ... dùng thuốc chống loạn thần liều thấp

f. Kích động do rối loạn nhân cách như nhân cách chống đối xã hội, nhân cách ranh giới, Paranoia, nhân cách tự yêu,...: dùng thuốc chống loạn thần liều thấp

g. Kích động do các rối loạn loạn thần kinh như rối loạn phân ly, rối loạn hoảng loạn, rối loạn ám ảnh hoặc các bệnh do căn nguyên tâm lý khác, hội chứng ngưng thuốc đột ngột:

Diazepam 5 – 10mg, uống hoặc tiêm bắp mỗi 6 giờ.

h. Kích động trong hội chứng sáng : xử lý theo phác đồ điều trị hội chứng sáng.

i. Kích động do sử dụng chất gây nghiện, chất kích thích (ma túy, đá, cà phê, ...): dùng thuốc chống loạn thần, thuốc chống trầm cảm đôi khi cũng cần thiết

Trong trường hợp tâm thần phân liệt thể căng trương lực, hoặc trầm cảm có hành vi tự sát mãnh liệt, hoặc kích động đã sử dụng thuốc nhưng không hiệu quả (kích động kéo dài 1 tuần, không đáp ứng thuốc): phối hợp choáng điện, mỗi ngày một lần, mỗi đợt 6-8 lần.

7. Điều chỉnh rối loạn cân bằng nước và điện giải: Glucose 5% hoặc Lactate Ringer.

8. Khi bệnh nhân giảm kích động, phải tiến hành thăm khám nội khoa – nội thần kinh, làm các xét nghiệm tìm nguyên nhân (công thức máu, CPK, SGOT, SGPT, BUN, creatinine, ion đồ, đường huyết, X quang tim phổi, ECG, EEG), theo dõi sinh hiệu tối thiểu 3 lần/ngày và tiếp tục điều chỉnh rối loạn thăng bằng nước – điện giải, nâng thể trạng.

Chú ý: Cần theo dõi mạch , huyết áp trước và sau khi chích thuốc 1 giờ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế**
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học.** Nhà xuất bản Y học.
4. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023) Tâm thần học. Tập bài giảng dành cho sau đại học.**
5. **Tâm thần học (1995) Trần Đình Xiêm**
6. **Học viện Quân Y (2016), Giáo trình bệnh học tâm thần,** Nhà xuất bản quân đội nhân dân, Hà Nội.
7. **Tổ chức Y tế thế giới (1992), “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”;WHO, Geneva 1992.**
8. **Nguyễn Kim Việt (2016), Giáo trình bệnh học tâm thần,** Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
9. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016), “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.**
10. **Andreas M. (2012), “Schizoaffective Disorder”, Korean J Schizophr Res, pp 5-**
11. **Kaplan & Sadock’s. Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment**

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ HỘI CHỨNG AN THẦN KINH ÁC TÍNH

I. KHÁI NIỆM

Hội chứng an thần kinh ác tính là một biến chứng đe dọa cuộc sống bệnh nhân do dùng thuốc ATK, có thể xuất hiện bất kỳ lúc nào trong quá trình điều trị.

Các yếu tố thuận lợi:

- Do dùng các thuốc ATK có nguy cơ gây ngoại tháp cao
- Bắt đầu bằng liều quá cao
- Tăng liều quá nhanh, nhất là bằng đường tiêm
- Do dùng quá nhiều loại, sai nguyên tắc phối hợp các ATK
- Môi trường nóng nực, bệnh nhân trong điều kiện rối loạn nước-điện giải.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

- Cứng cơ nặng + sốt cao liên quan việc dùng ATK
- Có 2 hay nhiều hơn các triệu chứng sau:
 - + Toát mồ hôi (diaphoresia)
 - + Khó nuốt (dysphagia)
 - + Run (tremor)
 - + Đại tiểu tiện không tự chủ (incontinence)
 - + Rối loạn ý thức đi từ lú lẫn (confusion) đến hôn mê (coma)
 - + Không nói (mutism)
 - + Tăng nhịp tim (tachycardia). Huyết áp tăng, giao động
 - + Tăng bạch cầu (leucocytosis)
 - + Biểu hiện tổn thương cơ
- Các triệu chứng trên không phải do các rối loạn tâm thần khác gây ra.

III. XỬ TRÍ

- Ngừng sử dụng an thần kinh
- Điều trị triệu chứng:

Chống rối loạn thần kinh thực vật (huyết áp, nhịp tim). Hạ sốt, bồi phụ nước-điện giải. Đảm bảo dinh dưỡng, phòng chống loét, bội nhiễm.

- Các thuốc đặc hiệu: Dantrolene (dantrium), Bromocriptine 2,5 - 5 mg/ngày, Amantadine, Benzodiazepine.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG MUỘN DO DỪNG THUỐC ATK

I. KHÁI NIỆM

Loạn động muộn gặp ở người được điều trị bằng thuốc ATK kéo dài (3-6 tháng). Thường gặp ở nữ giới, người già và những người có biểu hiện của rối loạn khí sắc, rối loạn nhận thức. Yếu tố thuận lợi gồm tuổi cao, tổn thương não, đã từng được điều trị bằng sốc điện. Có thể gặp ở 10 - 20% các bệnh nhân dùng thuốc chống loạn thần từ 1 năm trở lên.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

- Các vận động không tự chủ của lưỡi, cầm thân mình hoặc đầu chi kéo dài ít nhất vài (4) tuần. Và xuất hiện do dùng thuốc ATK ít nhất vài tháng (có thể ngắn hơn ở người già). Các vận động thường gặp nhất là ở vùng mặt, miệng, ở các ngón chân và tay, ở đầu, gáy và hông với bệnh nhân nặng. Ở những bệnh nhân nặng có thể rối loạn điều hòa việc thở, nuốt gây ra những chứng nuốt hơi, ợ hơi và những tiếng càu nhàu.

- Các vận động không tự chủ có thể gồm:
- Các động tác múa giật: động tác nhanh, giật cục, không lặp lại.
- Các động tác múa vờn: động tác chậm, uốn éo, liên tục.
- Các động tác có nhịp điệu định hình.

Các triệu chứng trên xuất hiện khi đang dùng ATK hoặc khoảng 4 tuần sau khi ngừng thuốc (8 tuần sau khi dùng thuốc ATK chậm).

Đã dùng ATK ít nhất 3 tháng (1 tháng nếu là người già trên 60 tuổi).

Các triệu chứng không phải là do một bệnh thần kinh, nội khoa nào gây ra (huntington, sydeam, cholea), loạn động tự phát, cường giáp trạng, bệnh Wilson hoặc dùng các thuốc có thể gây loạn động cấp có thể hồi phục (L-Dopa, Bromocriptine).

Các triệu chứng không xếp vào loại các rối loạn vận động cấp do dùng thuốc ATK (loạn trương lực cơ cấp, Akathisia cấp do ATK,...)

III. ĐIỀU TRỊ

- Giảm liều hoặc chuyển thuốc chống loạn thần khác.
- Kết hợp: Lioresal (thuốc chống co thắt, doãi cơ). (Baclofene 10mg)
- Có thể kết hợp với: Clonazepam 1- 4mg (Rivotril).
- Có thể kết hợp với: Melatonin 10mg/ngày.
- Có thể kết hợp với: Vitamin E 400mg/ngày.
- * Có thể dùng : Vitamin B6 liều cao (> 400mg/ngày).

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ HỘI CHỨNG SEROTONIN

I. KHÁI NIỆM

- Hội chứng serotonin là một tình trạng sức khỏe nghiêm trọng có thể dẫn tới tử vong. Hội chứng serotonin thường gây ra bởi sự tích tụ của serotonin trong cơ thể, thường là do uống thuốc chữa đau nửa đầu cấp tính kết hợp với thuốc chống trầm cảm.

- Hội chứng serotonin được miêu tả lần đầu tiên trong y văn từ năm 1960 khi các nhà khoa học bắt đầu nghiên cứu về trị liệu đơn lẻ và phối hợp thuốc chống trầm cảm. Cơ chế tiềm ẩn của hội chứng serotonin bao gồm: Gia tăng tổng hợp hoặc thải trừ serotonin; Ức chế sự tái hấp thu hoặc chuyển hóa serotonin và kích hoạt trực tiếp thụ thể serotonin.

II. LÂM SÀNG

- Các triệu chứng của hội chứng serotonin khác nhau ở từng người, có thể bao gồm: Bồn chồn; Tiêu chảy; Đỏ mề hôi; Sốt; Giảm khả năng thăng bằng; Lẫn lộn; Run rẩy; Tăng huyết áp, tím đập nhanh. Thở nhanh nông.

- Người bị mắc hội chứng serotonin có thể có các triệu chứng khác như sau: **Hưng phấn, kích thích; Tăng phản xạ, phản xạ Babinski hai bên; Co giật cơ bắp không tự nguyện (rung giật cơ); Giãn đồng tử, mất phản xạ đồng tử; Co giật, hôn mê**

- Hội chứng serotonin có thể xảy ra trong các bệnh lý nghiêm trọng như: Suy tạng; Hội chứng tiêu cơ vân (rhabdomyolysis); Động kinh; Suy thận; **Suy hô hấp**

III. NGUYÊN NHÂN

- **Thuốc chống nôn** như **metoclopramid** (Reglan và ondansetron (Zofran)).
 - Một số **thuốc đau nửa đầu** cấp tính như triptans và dihydroergotamines.
 - Một số thuốc phòng ngừa đau nửa đầu, chống động kinh như acid valproic.

- Thuốc chống trầm cảm như các chất ức chế serotonin tái hấp thu có chọn lọc (SSRIs), thuốc ức chế tái hấp thu serotonin-norepinephrine (SNRIs), thuốc chống trầm cảm ba vòng (ví dụ amitriptyline).

- Một số thuốc giảm đau như tramadol (Ultram) hoặc thuốc giãn cơ cyclobenzaprine (Flexeril).

- Một số loại thuốc và **thực phẩm chức năng** không hợp pháp (chẳng hạn cocaine).

- Một số thuốc trị cảm lạnh không theo toa như dextromethorphan (Robitussin).

Để phòng ngừa hội chứng serotonin, bạn không nên tự ý sử dụng các nhóm thuốc nêu trên để tránh làm tăng lượng serotonin trong cơ thể.

IV. CHẨN ĐOÁN

- Hỏi bệnh sử và khám thực thể. Các xét nghiệm để loại trừ các nguyên nhân khác của các triệu chứng có thể được thực hiện.

- Hiện chưa có xét nghiệm đặc hiệu xác định hội chứng serotonin. Việc chẩn đoán dựa vào các triệu chứng xuất hiện nhanh vài phút hoặc vài giờ sau khi dùng các thuốc có nguy cơ gây hội chứng serotonin như đã liệt kê ở trên.

- Bên cạnh đó cũng cần chẩn đoán phân biệt với một số tình trạng bệnh lý giống hội chứng serotonin như hội chứng kháng cholin cấp, tình trạng tăng thân nhiệt ác tính, cơn cường giáp cấp, hội chứng cai rượu...

- Xét nghiệm máu toàn bộ (CBC), xét nghiệm bảng chuyển hóa toàn diện (CMP), chụp cắt lớp vi tính (CT Scan), điện tâm đồ (EKG), xét nghiệm mang thai BHCG, xét nghiệm nước tiểu, chụp x-quang. Có thể bổ sung: xét nghiệm độc chất trong nước tiểu hoặc trong huyết thanh.

- Tiêu chuẩn độc tính serotonin của Hunter:

V. XỬ TRÍ

- Xử trí hội chứng serotonin phụ thuộc vào mức độ của bệnh.

- Nếu biểu hiện nhẹ, chỉ cần ngừng các thuốc nghi là nguyên nhân và theo dõi tình trạng bệnh. Thông thường các triệu chứng sẽ hết sau 24 giờ.

- Nếu ngộ độc qua đường tiêu hóa sớm trước 6 giờ có thể rửa dạ dày, cho than hoạt để loại bỏ các thuốc gây hội chứng serotonin.

- Phối hợp điều trị hạ sốt bằng chườm mát, cho thuốc hạ sốt, bù đủ dịch, cho các thuốc an thần như nhóm benzodiazepin, cho các thuốc làm chậm nhịp tim và hạ huyết áp như chẹn beta giao cảm, nitropruss, cho thở ôxy hoặc đặt ống nội khí quản, thở máy nếu có suy hô hấp nặng...

- Có thể sử dụng thuốc điều trị đặc hiệu là cyproheptadine để làm giảm sản xuất serotonin theo chỉ định của thầy thuốc chuyên khoa.

- Thuốc nhóm Benzodiazepine (Diazepam, Lorazepam) điều trị triệu chứng kích động, giảm trương lực cơ, chống co giật.

- Các thuốc điều trị tim mạch: hạ huyết áp, giảm nhịp tim.

- Hội chứng serotonin mặc dù hay xảy ra và có thể nguy hiểm đến tính mạng người bệnh nhưng lại hoàn toàn có thể phòng tránh được nếu như cả bệnh nhân và thầy thuốc chú ý đến những tác dụng phụ của các loại thuốc có thể gây hội chứng này để theo dõi và phòng ngừa trong quá trình điều trị bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị** ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016)**, *Bài giảng tâm thần học*. Nhà xuất bản Y học.
4. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Tâm thần học. *Tập bài giảng dành cho sau đại học*.
5. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
6. **Học viện Quân Y (2016)**, Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản quân đội nhân dân, Hà Nội.
7. **Tổ chức Y tế thế giới (1992)**, “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”; WHO, Geneva 1992.
8. **Nguyễn Kim Việt (2016)**, Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
9. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016)**, “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.
10. **Hasan A., Falkai P., Wobrock T., et al. (2013)**. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J Biol Psychiatry*, 14(1), 2–44.
11. **Kaplan & Sadock’s**. Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ HỘI CHỨNG GIỐNG PARKINSON DO DỪNG THUỐC ATK

I. KHÁI NIỆM

- Hội chứng giống Parkinson do dùng thuốc ATK tiến triển một cách từ từ kín đáo, xuất hiện sau 1 - 3 tuần điều trị bằng ATK (90% xảy ra trong 72 ngày đầu điều trị). Thường gặp ở người già, phụ nữ nhiều hơn người trẻ và nam giới, ở khoảng 20 - 40% các bệnh nhân được dùng ATK.

- Sinh lý bệnh: ATK chiếm chỗ DA ở vị trí D2 (nhân đuôi) trong bệnh Parkinson các nowrron Dopamine này bị thoái hóa tự nhiên. Sự xuất hiện Parkinsonism tăng lên cùng với tăng liều ATK và một phần tùy thuộc vào tính nhạy cảm của các thể.

- Bộ 3 triệu chứng đặc trưng là:

+ Run: xuất hiện muộn hơn các triệu chứng khác trong quá trình điều trị.

+ Co cứng tăng trương lực (Rigidity)

+ Vận động chậm chạp, giảm động tác xuất hiện sớm và phổ biến nhất

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG

- Có một hoặc nhiều hơn các dấu hiệu, triệu chứng sau đây xuất hiện có liên quan với việc sử dụng thuốc ATK.

- Run kiểu Parkinson: mạnh, có nhịp điệu, run mạnh lúc nghỉ ngơi với tần số từ 3 - 6 chu kỳ/giây, run rõ rệt nhất ở các chi, đầu, miệng và lưỡi.

- Co cứng cơ kiểu Parkinson: là một sự rối loạn trầm cảm cơ, là các mức độ căng thẳng về cơ bắp có thể thấy dấu hiệu bánh xe răng cưa (cogwheel) hoặc dấu hiệu ống chì (leade) ở các chi và khớp.

- Mất trương lực cơ (Akinesia), vận động chậm chạp, giảm động tác.

- Giảm mất sự sinh động trên nét mặt làm cho mặt BN giống như đeo mặt nạ

- Các vận động cánh tay động tác giảm khi bệnh nhân đi lại và rầy khó khăn khi bắt đầu vận động... làm mất tính tự nhiên trong dáng điệu, cử chỉ và vận động cơ thể.

- Triệu chứng mồm thỏ (Rabbit): Run môi và các cơ quanh miệng.

1. Các triệu chứng này phát sinh trong vòng vài tuần sau khi bắt đầu tăng liều ATK hoặc giảm liều các thuốc điều trị/dự phòng các triệu chứng ngoại tháp.

2. Các triệu chứng này không được gán vào các rối loạn tâm thần khác như căng trương lực, triệu chứng âm tính trong TTPL, hạn chế tâm thần vận động trong một giai đoạn trầm cảm. Cần lưu ý nếu các triệu chứng xảy ra trước khi dùng thuốc ATK, các triệu chứng không giảm bớt đi sau khi đã hạ liều ATK hoặc dùng các thuốc kháng cholinergic.

3. Các triệu chứng trên không phải do một thuốc nào khác gây ra (không phải thuốc ATK) không do một bệnh thần kinh hoặc nội khoa khác gây ra (bệnh

Parkinson, Wilson...) Cần lưu ý khi các triệu chứng xuất hiện trước khi dùng thuốc ATK, có các dấu hiệu thần kinh khu trú không giải thích được hoặc các triệu chứng ngày càng tăng mặc dù chế độ điều trị không thay đổi.

III. XỬ TRÍ

- Giảm liều thuốc ATK hoặc thay thuốc ATK khác.
- Dùng các thuốc chống ngoại tháp: kháng cholinergic, amantadine, kháng histamin, Benzodiazepine

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế**
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học.** Nhà xuất bản Y học.
4. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023) Tâm thần học, Tập bài giảng dành cho sau đại học.**
5. **Tâm thần học (1995) Trần Đình Xiêm**
6. **Học viện Quân Y (2016), Giáo trình bệnh học tâm thần,** Nhà xuất bản quân đội nhân dân, Hà Nội.
7. **Tổ chức Y tế thế giới (1992), “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”; WHO, Geneva 1992.**
8. **Nguyễn Kim Việt (2016), Giáo trình bệnh học tâm thần,** Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
9. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016), “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.**
10. **Hasan A., Falkai P., Wobrock T., et al. (2013). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. World J Biol Psychiatry, 14(1), 2–44.**
11. **Kaplan & Sadock’s. Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment**

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ TRẠNG THÁI BỒN CHỒN BẤT AN DO THUỐC AN THẦN KINH

I. ĐỊNH NGHĨA:

- Trạng thái bồn chồn bất an có thể xuất hiện ở một vài ngày sau khi dùng thuốc ATK hoặc giảm thuốc chống ngoại tháp hoặc tăng liều ATK.

- Thường gặp ở phụ nữ, trung niên và 90% các trường hợp xảy ra trong 72 ngày đầu của quá trình điều trị. Cơ chế bệnh sinh hiện vẫn chưa rõ ràng.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Xuất hiện các triệu chứng chủ quan về sự bồn chồn, bất an sau khi dùng thuốc ATK.

2. Ít nhất một trong các triệu chứng sau xuất hiện (khách quan - quan sát được)

- Vận động bồn chồn, lúc lắc đu đưa chân tay luôn luôn (Figety)
- Đồi chân nọ chân kia liên tục (Rocking)
- Đi đi lại lại để giảm bớt bồn chồn (pacing)
- Không thể đứng hoặc ngồi một chỗ được vài phút.

3. Các triệu chứng này khởi phát trong vòng 4 tuần khi dùng thuốc ATK

4. Các triệu chứng này không thể xem là một rối loạn tâm thần khác gây ra (TTPL, cai nghiện, kích động vật vã, tăng hoạt động trong rối loạn tăng động và thiếu hụt sự chú ý). Cần lưu ý khi triệu chứng xảy ra trước khi dùng ATK không tăng bồn chồn khi tăng liều ATK, không đỡ khi giảm liều ATK hoặc điều trị bằng các thuốc điều trị Akathisia.

5. Các triệu chứng trên không do một loại thuốc khác, một bệnh thần kinh hoặc cơ thể gây ra (xảy ra trước khi dùng ATK, tiến triển không liên quan với sự thay đổi thuốc)

III. XỬ TRÍ

1. Nguyên tắc:

- Giảm bớt thuốc ATK
- Thử điều trị bằng các thuốc thích đáng
- Xem xét việc thay đổi thuốc ATK khác.

2. Cụ thể:

2.1. Thuốc đối vận β -adrenergic:

- | | |
|---------------|------------------------|
| - Propranolon | Liều 40 - 80 mg/ngày |
| - Clonidin | Liều 0,1 - 0,3 mg/ngày |

2.2. Thuốc nhóm Benzodiazepine:

- | | |
|----------------------|----------------------|
| + Diazepam (Seduxen) | Liều 10 - 20 mg/ngày |
|----------------------|----------------------|

2.3. Các thuốc khác: Anticholinergic như:

- Benztropine	Liều 1-3 mg/ngày
- Biperiden	Liều 3 mg/ngày
- Ethopropazine	Liều 50 -100 mg/ngày
- Orphenadine citrate	Liều 50 -100 mg/ngày
- Procyclidine	Liều 5 mg/ngày
- Trihexylphenidyl	Liều 2 - 8 mg/ngày

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị** ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học.** Nhà xuất bản Y học.
4. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023) Tâm thần học, Tập bài giảng dành cho sau đại học.**
5. **Tâm thần học (1995) Trần Đình Xiêm**
6. **Học viện Quân Y (2016),** Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản quân đội nhân dân, Hà Nội.
7. **Tổ chức Y tế thế giới (1992),** “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”;WHO, Geneva 1992.
8. **Nguyễn Kim Việt (2016),** Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
9. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016),** “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.
10. **Hasan A., Falkai P., Wobrock T., et al. (2013).** World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. World J Biol Psychiatry, 14(1), 2–44.
11. **Kaplan & Sadock’s. Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment**

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TRƯƠNG LỰC CƠ CẤP

I. ĐỊNH NGHĨA:

Loạn trương lực cơ cấp là động tác bất thường hoặc cơn co cứng của các cơ vùng đầu, cổ, các chi hoặc thân mình, xuất hiện trong vòng vài ngày sau bắt đầu dùng hoặc sau khi tăng liều thuốc an thần kinh. Hội chứng này gặp ở khoảng 2% số bệnh nhân dùng thuốc an thần kinh. Cơ chế sinh lý bệnh chưa rõ, giả thiết là có sự thay đổi về nồng độ thuốc an thần kinh, gây ra các thay đổi nội môi ở các nhân xám đáy não-là nguyên nhân chính gây ra loạn trương lực cơ cấp.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG

- Một hoặc nhiều hơn các dấu hiệu, triệu chứng sau xuất hiện liên quan với việc dùng thuốc ATK.

- Tư thế bất thường của đầu, cổ so với cơ thể: xoắn vặn các cơ cổ, uốn cổ ra sau.... Có thể gây sai khớp.

- Co thắt các cơ hàm: cứng miệng, há hốc miệng, nhăn nhó.

- Khó nuốt, khó nói, khó thở, có thể gây ngạt thở.

- Nói ngọng, nói cứng lưỡi, loạn vận ngôn.

- Lưỡi thập thò hoặc rối loạn chức năng lưỡi.

- Mắt bị kéo xéch lên trên, xuống dưới về một bên, có khi có hiện tượng đảo lộn nhãn cầu.

- Tư thế bất thường của các ngón chi hoặc thân mình.

- Các dấu hiệu, triệu chứng đó xuất hiện vài ngày sau khi bắt đầu, hoặc tăng nhanh liều thuốc ATK, hoặc khi giảm liều các thuốc dùng để dự phòng các triệu chứng ngoại tháp.

- Các triệu chứng trên không do các rối loạn tâm thần gây ra như căng trương lực trong Tâm thần phân liệt.

- Các triệu chứng trên không do các loại thuốc không phải là ATK gây ra, không phải do một bệnh thần kinh hoặc nội khoa khác gây ra.

III. XỬ TRÍ:

1. Xử trí sớm:

- Tiêm bắp các thuốc kháng Cholinergic: Biperiden 5mg hoặc Procyclidine 5mg; thuốc kháng Histamine như Promethazine 50mg, thường có hiệu quả sau 20 phút, có thể tiêm 2- 3 lần cách nhau 30 phút. Nếu bệnh nhân có cơn xoay mắt mà không đáp ứng điều trị với kháng Cholinergic thì có thể dùng Clonazepam 0,5-4 mg.

- Sau khi tình trạng tăng trương lực cơ được hồi phục thì việc điều trị bằng khángCholinergic vẫn nên được tiếp tục dùng cùng với các thuốc ATK từ 4-7 ngày.

- Ngoài ra, có thể tiêm tĩnh mạch những thuốc kháng Cholinergic (Benztropine) hoặc Diphenhydramine HCL khi thực sự cần thiết trong những trường hợp loạn trương lực cơ cấp đe dọa đến tính mạng (ngạt thở). Chọn lựa các thuốc kháng Cholinergics sau:

+ Benztropine	Liều 1-3 mg/ngày
+ Biperiden	Liều 3 mg/ngày
+ Ethopropazine	Liều 50 -100 mg/ngày
+ Orphenadine citrate	Liều 50 -100 mg/ngày
+ Procyclidine	Liều 5 mg/ngày
+ Trihexylphenidyl	Liều 2 - 8 mg/ngày

- **Ngoài ra**, có thể dùng nhóm thuốc bình thần để điều trị trạng thái loạn trương lực cơ cấp:

+ Diazepam (seduxen)	Liều 10 - 20 mg/ngày
----------------------	----------------------

2. Điều trị dự phòng

- Kéo dài vòng 7 ngày, sau đó giảm liều từ từ để tránh xuất hiện lại hội chứng loạn trương lực cơ cấp khi ngừng đột ngột.

- Những bệnh nhân không đáp ứng với các thuốc kháng Cholinergic thì có thể thay thế bằng Amantadine 10mg, dùng 1-3 lần/ngày.

- Đối với những bệnh nhân nguy cơ cao, đặc biệt là những bệnh nhân nam trẻ đang sử dụng ATK liều cao, cần dùng thuốc kháng Cholinergic để dự phòng.

Tuy nhiên, cần theo dõi các tác dụng phụ của chúng như khô miệng, nhìn mờ, bí đái và có thể tăng tác dụng kháng Cholin của một số ATK như Thioridazine.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị** ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016)**, *Bài giảng tâm thần học*. Nhà xuất bản Y học.
4. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Tâm thần học, *Tập bài giảng dành cho sau đại học*.
5. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
6. **Học viện Quân Y (2016)**, Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản quân đội nhân dân, Hà Nội.
7. **Tổ chức Y tế thế giới (1992)**, “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”; WHO, Geneva 1992.
8. **Nguyễn Kim Việt (2016)**, Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
9. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016)**, “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.
10. **Hasan A., Falkai P., Wobrock T., et al. (2013)**. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J Biol Psychiatry*, 14(1), 2–44.
11. **Kaplan & Sadock’s**. Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN GIẤC NGỦ KHÔNG THỰC TỒN (F51)

I. ĐỊNH NGHĨA:

Ngủ là một trạng thái sinh lý bình thường của cơ thể có tính chất chu kỳ 24 giờ trong đó toàn bộ cơ thể được nghỉ ngơi, tạm ngừng hoạt động tri giác và ý thức, các cơ bắp giãn mềm, các hoạt động hô hấp, tuần hoàn chậm lại. Giấc ngủ là khoảng thời gian ngủ, trong đó các trạng thái ngủ diễn ra kế tiếp. Một giấc ngủ tốt là giấc ngủ đảm bảo đầy đủ về chất lượng, số lượng, thời gian; và khi ngủ dậy, người ta cảm thấy khoan khoái dễ chịu về thể chất và tâm thần, giấc ngủ làm phục hồi lại chức năng của các cơ quan trong cơ thể.

- Mất ngủ không thực tồn là một rối loạn giấc ngủ liên quan đến các nhân tố tâm sinh, trong đó bệnh nhân phàn nàn ưu thế là không đảm bảo về số lượng, chất lượng và thời gian ngủ cho một giấc ngủ bình thường.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Mất ngủ không thực tồn: Theo ICD - 10: F51.0

- Khi một người trưởng thành ngủ dưới 5 giờ/ngày thì gọi là ít ngủ, nếu thiếu ngủ hoàn toàn thì gọi là mất ngủ. Biểu hiện:

- Những than phiền khó đi vào giấc ngủ hoặc chất lượng giấc ngủ kém (ngủ không sâu giấc, trằn trọc, dễ thức giấc và khó ngủ trở lại hoặc là thức giấc sớm về buổi sáng).

- Rối loạn giấc ngủ xảy ra ít nhất 3 lần trong tuần, trong thời gian ít nhất một tháng.

- Có sự bận tâm về giấc ngủ và sự lo lắng quá mức về hậu quả ban ngày và ban đêm của giấc ngủ.

- Số lượng và/hoặc chất lượng giấc ngủ không thỏa mãn gây ra sự đau khổ hoặc gây trở ngại trong hoạt động chuyên môn và xã hội (mệt mỏi, khó tập trung trong học tập, lao động, chất lượng công việc kém,...).

2. Ngủ nhiều: F51.1-Theo ICD - 10:

Khi một người trưởng thành ngủ trên 10 giờ/ngày thì gọi là ngủ nhiều. Biểu hiện:

- Ngủ ban ngày quá mức hoặc các cơn buồn ngủ và ngủ không giải thích được.

- Mặc dầu ngủ nhiều nhưng khi thức dậy vẫn cảm thấy không thỏa mãn.

- Rối loạn giấc ngủ xảy ra hàng ngày, trên một tháng hoặc những thời kỳ tái diễn ngắn hơn, gây đau buồn rõ rệt hoặc cản trở hoạt động xã hội và nghề nghiệp.

- Không có triệu chứng của phụ của chứng ngủ rũ (mất trương lực cơ, liệt khi ngủ) hoặc bằng chứng lâm sàng của ngừng thở (ngừng thở ban đêm, tiếng khịt mũi từng cơn điển hình,...)

- Không có bệnh lý về thần kinh, nội khoa mà trạng thái buồn ngủ ban ngày có thể là triệu chứng.

3. Rối loạn nhịp thức ngủ: Theo ICD - 10: F51.2

Rối loạn nhịp thức ngủ được xác định là thiếu tính đồng bộ nhịp thức ngủ của cá nhân và nhịp thức ngủ mong muốn đối với môi trường, dẫn đến mất ngủ hoặc ngủ nhiều.

*** Tiêu chuẩn:**

- Chu kỳ thức ngủ của cá nhân không đồng thời với nhịp thức ngủ ngày đêm bình thường.

- Mất ngủ trong thời gian ngủ chính và ngủ nhiều trong thời gian thức hàng ngày.

- Không thỏa mãn về số lượng, chất lượng và thời gian ngủ từ đó gây đau buồn rõ rệt hoặc gây cản trở hoạt động xã hội nghề nghiệp.

4. Chứng miên hành: Theo ICD - 10: F51.3

Chứng miên hành là trạng thái ý thức biến đổi đặc biệt, trong đó hiện tượng ngủ và thức kết hợp với nhau. Trong cơn bệnh nhân ngồi dậy khỏi giường và đi lại, thường xảy ra vào 1/3 đầu giấc ngủ ban đêm, biểu hiện trạng thái nhận thức, tính phản ứng, và kỹ năng vận động ở mức thấp. Lúc thức và sáng hôm sau, bệnh nhân không nhớ lại được sự kiện này. Tiêu chuẩn:

- Triệu chứng ưu thế là một hoặc nhiều cơn đứng dậy, đi ra khỏi giường, đi lại thường xảy ra trong khoảng 1/3 đầu của giấc ngủ đêm.

- Trong cơn bệnh nhân có bộ mặt ngây dại, cố định, không đáp ứng một cách tương đối với người khác muốn thay đổi trạng thái hoặc muốn tiếp xúc với họ, và khó khăn lắm mới thức tỉnh bệnh nhân được.

- Khi thức dậy hoặc sau cơn hoặc sáng hôm sau bệnh nhân không nhớ sự kiện này.

- Không có bằng chứng về một rối loạn tâm thần thực tổn hoặc bệnh cơ thể.

5. Hoảng sợ khi ngủ: Theo ICD - 10: F51.4

Hoảng sợ khi ngủ hay hoảng sợ ban đêm là những cơn hoảng sợ và sợ hãi tột độ về ban đêm kết hợp với phát âm to, vận động nhanh, và có hoạt động thần kinh tự trị tăng cao. Bệnh nhân ngồi dậy và đứng dậy, kêu thét một cách sợ hãi, thường xảy ra trong 1/3 đầu của giấc ngủ đêm, đôi khi lao ra cửa sổ như cố gắng chạy trốn. Lúc thức giấc bệnh nhân thường không nhớ những gì xảy ra.

*** Tiêu chuẩn:**

- Một hoặc nhiều cơn thức giấc, bắt đầu bằng kêu thét, hoảng sợ, và đặc trưng bằng lo âu nhiều, tăng cử động cơ thể, tăng hoạt động thần kinh tự trị (mạch nhanh, thở gấp, đồng tử giãn, vã mồ hôi).

- Các cơn tái diễn điển hình kéo dài 1 - 10 phút và thường xảy ra trong 1/3 đầu của giấc ngủ đêm.
- Không có bằng chứng về bệnh cơ thể.

6. Ác mộng:

Ác mộng là những cảm nhận về giấc mơ đầy lo âu và sợ hãi, bệnh nhân nhớ lại rất chi tiết về nội dung giấc mơ. Trong cơn điển hình có hiện tượng rối loạn thần kinh tự trị, nhưng không có kêu thét hoặc vận động cơ thể.

Theo ICD - 10: F51.5

- Bệnh nhân đang ngủ đêm hoặc ngủ trưa, thức dậy kể lại chi tiết và đầy đủ giấc ngủ giấc mơ đe dọa đến tính mạng, đến sự an toàn hoặc đến giá trị bản thân; thức giấc có thể xảy ra bất kỳ thời gian nào, nhưng điển hình là nửa sau giấc ngủ đêm.
- Vào lúc thức giấc khỏi giấc mơ đe dọa, bệnh nhân nhanh chóng trở nên nhanh nhẹn và định hướng tốt.
- Bản thân nhận cảm giấc mơ, và rối loạn do hậu quả của giấc ngủ gây ra đau buồn rõ rệt cho người bệnh.

7. Ngủ lịm:

- Có các cơn buồn ngủ không thể cưỡng lại diễn ra hàng ngày, kéo dài ít nhất 3 tháng.
- Có một trong hai triệu chứng sau:
 - + Mất trương lực cơ (hai bên, đột ngột)
 - + Tái diễn các yếu tố của ngủ REM khi chuyển trạng thái từ ngủ sang thức, có các ảo giác lúc dở thức dở ngủ, hoặc ngủ liệt xuất hiện lúc đầu và kết thúc giai đoạn ngủ.
- Rối loạn không phải là hậu quả trực tiếp của một chất (ma túy, thuốc) hoặc một bệnh thực tồn.

III. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu thường quy
- Tìm chất ma túy trong nước tiểu: test nhanh 4 hoặc 5 chỉ số.
- Điện não đồ, lưu huyết não, siêu âm Doppler mạch máu não
- Điện tâm đồ, X-quang tim phổi,
- Trắc nghiệm tâm lý: Test Beck, Zung, thang DASS, Hamilton, thang đánh giá chỉ số chất lượng giấc ngủ PSQI, MMPI,....
- Các xét nghiệm chuyên khoa khác.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

- Tìm hiểu nguyên nhân của rối loạn giấc ngủ: do loạn thần, do rối loạn cảm xúc, do bệnh lý tâm căn, hay do bệnh lý thực thể.

- Khai thác kỹ về nhân cách, sang chấn tâm lý, hoàn cảnh sống, hoàn cảnh phát sinh...

- Tránh lạm dụng thuốc.

- Áp dụng nhiều biện pháp: vệ sinh giấc ngủ, liệu pháp tâm lý, hóa dược.

2. Vệ sinh giấc ngủ:

Là việc thực hiện một số biện pháp cải thiện giấc ngủ và giới hạn các hành vi không tốt cho giấc ngủ để có một giấc ngủ tốt mà không dùng thuốc. Sắp xếp giờ ngủ và thức dậy đúng đều đặn (dao động trong khoảng 1 tiếng) trong suốt cả tuần. Việc ngủ "nướng" không có chất lượng và làm sai nhịp thức-ngủ sinh học tự nhiên. Một số lời khuyên giúp cải thiện vệ sinh giấc ngủ là:

- Không sử dụng các chất tác động lên thần kinh trung ương (rượu, café, trà đặc, vitamin B6, C...) đặc biệt là vào buổi chiều, tối.

- Tránh ăn quá no, hoặc ăn nhiều chất quá mặn, quá ngọt, thức ăn khó tiêu vào bữa tối. Nên dùng bữa tối trước giờ đi ngủ ít nhất 3-4 tiếng.

- Tránh căng thẳng về tâm lý, cảm xúc, cần phải tạo ra trạng thái thoải mái trước khi đi ngủ. Có chế độ làm việc, nghỉ ngơi giải trí, rèn luyện thân thể,... hợp lý.

- Tập thể dục đều đặn hàng ngày, tránh tập thể dục nặng trong vòng 4 tiếng trước khi ngủ.

- Không xem ti vi nhiều giờ liền trước khi ngủ, không trò chuyện quá lâu trên giường ngủ.

- Không nên ngủ ngày nhiều.

- Chỉ đi ngủ khi đã cảm thấy buồn ngủ và sẵn sàng cho giấc ngủ.

- Phòng ngủ thích hợp: phòng ngủ cần yên tĩnh, thoáng mát không quá nóng hoặc quá lạnh, hạn chế ánh sáng, tiếng ồn và không nên lên giường quá sớm.

- Phòng ngủ chỉ nên dùng để ngủ, không nên dùng cho các công việc khác.

- Đi ngủ vào giờ nhất định mỗi đêm. Nếu có thể được, nên thức dậy đúng giờ mỗi buổi sáng, ngay cả khi bạn cảm thấy mệt mỏi, không nên nằm nán lại trên giường quá lâu.

3. Điều trị hóa dược:

3.1. Mất ngủ tiên phát:

- Thuốc giải lo âu, gây ngủ: liều lượng tùy theo đối tượng bệnh nhân

+ Diazepam Liều 5 – 15 mg, lúc đi ngủ

+ Estazepam Liều 1 – 4 mg, lúc đi ngủ

+ Flurazepam Liều 15 – 30 mg, lúc đi ngủ

+ Triazolam Liều 0,125 – 0,5 mg, lúc đi ngủ

- Một số chú ý:

+ Các thuốc tác dụng ngắn như Triazolam, có thể dẫn đến pha mất nhớ nếu dùng thường xuyên.

+ Các thuốc có tác dụng kéo dài như Flurazepam có thể tích lũy ở người nhiều tuổi dẫn đến nhận thức chậm chạp, thất điều, ngã.

+ Thuốc giải lo âu Benzodiazepine: khi sử dụng nên khởi đầu bằng liều thấp và chỉ sử dụng trong 1 thời gian ngắn, không nên sử dụng kéo dài vì dễ gây lệ thuộc thuốc.

- Có thể sử dụng kết hợp các thuốc gây ngủ, thuốc giải lo âu với thuốc chống trầm cảm, thuốc an thần kinh (thể hệ mới) vào buổi tối.

* Thuốc chống trầm cảm:

+ Amtriptylin Liều 25 - 300 mg/ngày

+ Sertralin Liều 50 - 200 mg/ngày

+ Citalopam Liều 20 - 40 mg/ngày

+ Escitalopam Liều 10 - 20 mg/ngày

+ Venlafaxin Liều,5 - 375 mg/ngày

+ Mirtazapin Liều 15 - 45 mg/ngày

* Thuốc an thần kinh:

+ Levomepromazin Liều 25 - 100mg/ngày

+ Olanzapin Liều 5 - 20 mg/ngày

+ Quetiapin Liều 100 - 400mg/ngày

- Thuốc tăng cường tuần hoàn não: Piracetam, Ginkgo biloba.....

- Thuốc hỗ trợ gan: Kahagan,

3.2. Điều trị ngủ nhiều:

- Tăng cường vận động, hoạt động thể lực, giao tiếp với mọi người.

3.3. Điều trị rối loạn nhịp thức ngủ:

- Liệu pháp vệ sinh giấc ngủ, rèn luyện khả năng ngủ thức đúng giờ, hoạt động thể lực vào ban ngày, thư giãn luyện tập vào buổi tối,....

- Hóa dược: thuốc giải lo âu, gây ngủ, dùng từng đợt ngắn ngày.

+ Rivotril Liều 1- 2 mg/ngày

+ Lexomil Liều 2 - 6 mg/ngày.

3.4. Điều trị chứng miên hành, hoảng sợ, ác mộng

- Liệu pháp vệ sinh giấc ngủ

- Giải thích hợp lý
- Thư giãn luyện tập
- Hóa dược: thuốc giải lo âu, gây ngủ; thuốc chống trầm cảm

+ Seduxen	Liều 5 - 10 mg/ngày
+ Lexomil	Liều 3 - 6 mg/ngày
+ Zolpidem	Liều 5 - 10 mg/ngày
+ Amitriptylin	Liều 25 - 100 mg/ngày
+ Mirtazepine	Liều 15 - 45 mg/ngày
+ Setralin	Liều 50 - 200 mg/ngày
+ Citopam	Liều 10 - 40 mg/ngày

3.5. Điều trị hội chứng cử động chân khi ngủ (HC chân không ngừng nghỉ)

- Cảm giác khó chịu ở chi thể, khiến cho bệnh nhân luôn phải thay đổi tư thế chi thể.
- Hay gặp ở phụ nữ có thai, thiếu máu thiếu sắt, vitamin B12, suy thận, bệnh cơ thể.

- Điều trị:

- + Các bệnh cơ thể nếu có
- + Tăng cường vitamin, khoáng chất
- + Benzodiazepin ít có hiệu quả
- Các thuốc điều trị bệnh Parkinson là lựa chọn hàng đầu:

+ L-dopa (sinemet)	Liều 1- 3 viên/ngày,
+ Pergolid	Liều 1- 3mg/ngày,
+ Trivastal	Liều 100 - 250 mg/ngày,
+ Trihex 2mg	Liều 2 - 4mg/ngày.
+ Pramipexole (Mirapex ®) và ropinirole	
- Các thuốc chống động kinh cũng có hiệu quả

3.6. Điều trị ngủ lịm

- Chế độ ngủ ngắn bắt buộc hàng ngày thường có kết quả tốt cho người ngủ lịm, ví dụ tạo điều kiện cho bệnh nhân có thời gian đi ngủ ngắn cứ sau 4 giờ/lần. Mỗi giờ ngủ có thể chỉ cần kéo dài 15 đến 30 phút thì cũng có kết quả tốt.

- Sử dụng thuốc chống trầm cảm: Fluoxetin Liều 40 mg /ngày uống vào buổi tối.

- Thuốc kích thần: Modafinil
- Kết hợp thay đổi lối sống, thư giãn tập luyện.

*** TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:**

- Bệnh lần đầu.
- Bệnh không đáp ứng thuốc điều trị ngoại trú.
- Không ngủ được, mất ngủ kéo dài hoặc ngủ nhiều.
- Mệt mỏi, uể oải.
- Chóng mặt nhiều, buồn nôn.
- Đau đầu nhiều.
- Bồn chồn, dễ cáu gắt
- Hoặc có kèm theo các bệnh nội khoa, nội tiết....

*** TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:**

- Đạt hiệu quả đáp ứng thuốc sau 13-14 ngày điều trị.
- Tiếp tục theo dõi đánh giá lại sau 3-4 ngày khi các Triệu chứng thuyên giảm và cho xuất viện .
- Đêm ngủ được.
- Hết các triệu chứng cơ thể.
- Hết bồn chồn, cáu gắt.
- Các bệnh lý nội khoa thuyên giảm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế**
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016), Bài giảng tâm thần học.** Nhà xuất bản Y học.
4. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023) Tâm thần học, Tập bài giảng dành cho sau đại học.**
5. **Tâm thần học (1995) Trần Đình Xiêm**
6. **Học viện Quân Y (2016), Giáo trình bệnh học tâm thần,** Nhà xuất bản quân đội nhân dân, Hà Nội.
7. **Tổ chức Y tế thế giới (1992), “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”;WHO, Geneva 1992.**
8. **Nguyễn Kim Việt (2016), Giáo trình bệnh học tâm thần,** Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
9. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016), “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.**
10. **Đặng Trần Khang (2015), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan tới rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân trầm cảm, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Quân y.**
11. **Bùi Quang Huy, Đỗ Xuân Tĩnh, Đinh Việt Hùng (2016). Rối loạn trầm cảm. Nhà xuất bản y học, Hà Nội.**
12. **Vương Thị Thủy (2012), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả TAT ở bệnh nhân rối loạn trầm cảm không loạn thần, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Quân y.**
13. **Park S.C., Kim J.M., Jun T.Y. và Cộng sự (2013). Prevalence and Clinical Correlates of Insomnia in Depressive Disorders: The CRESCEND Study. Psychiatry Investig, 10(4), 373–381.**
14. **Leung A.K.C., Leung A.A.M., Wong A.H.C. và Cộng sự (2020). Sleep Terrors: An Updated Review. Curr Pediatr Rev, 16(3), 176–182.**
15. **Nutt D., Wilson S., và Paterson L. (2008). Sleep disorders as core symptoms of depression. Dialogues Clin Neurosci, 10(3), 329–336.**
16. **Asarnow L.D. và Manber R. (2019). Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Depression, Sleep Med Clin, 14(2), 177–184.**
17. **American Psychiatry Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5thed). Arlington: American Psychiatric Publishing. pp. 490-503.**
18. **Fled G., Denge E., Canba B. và Cộng sự (2021). Sleep terrors-A parental nightmare. Pediatr Pulmonol.**
19. **McCall W.V. và Black C.G. (2013). The Link Between Suicide and Insomnia: Theoretical Mechanisms. Curr Psychiatry Rep, 15(9), 38**
20. **Kaplan & Sadock’s. Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment**

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN TIC (F95)

I. KHÁI NIỆM:

Rối loạn tic là các cử động hay phát âm không tự ý, đột ngột, nhanh, thường xuyên lặp đi lặp lại. Tic có thể biểu hiện đơn giản (nhanh, vô nghĩa) hoặc phức tạp (có mục đích, tinh vi hơn hay phối hợp). Các tic vận động đơn giản thường trên khuôn mặt và cổ, như: máy mắt, gật hay lắc đầu; Trong khi Tic vận động phức tạp thì có thể biểu hiện bằng các cử động đầu, tay chân và thân mình. Các tic phát âm đơn giản như: đằng hắng, khụt khịt thường gặp hơn so với Tic phát âm phức tạp, chẳng hạn, nói tục. Rối loạn Tic được biết đến nhiều nhất và nặng nhất là hội chứng Gilles de la Tourette, gọi tắt là Tourette. Những triệu chứng này gây ảnh hưởng đáng kể đến sinh hoạt hàng ngày của người bệnh trên nhiều phương diện. Rối loạn thường biểu hiện nặng ở trẻ em và thanh thiếu niên, và nhìn chung giảm nhẹ khi trưởng thành.

II. CHẨN ĐOÁN:

A. Tic đơn giản:

Tic vận động đơn giản là những động tác nhanh, định hình do những nhóm cơ có cùng một chức năng tham gia, là những động tác không có ý nghĩa tâm lý, chưa hoàn chỉnh, ví dụ : nháy mắt, lắc đầu, nhún vai, nhếch mép, nâng cánh mũi, cử động các ngón tay... Tic âm thanh đơn giản là sự phát ra những âm thanh nhanh và vô nghĩa như : hắng giọng, ho khặc, khụt khịt, lẩm bầm, tiếng kêu, tiếng rít.

B. Tic phức tạp:

Tic vận động phức tạp là những động tác diễn ra đồng thời trong một tập hợp, dường như có mục đích và kéo dài lâu hơn so với tic đơn giản, ví dụ : vuốt tóc, cắn, ném, đánh, nhảy, sờ, nhại động tác của người khác... Tic âm thanh phức tạp là sự phát ra những âm, những từ không lưu loát và khác thường về nhịp điệu, những lời nói bị tắc nghẽn, những câu nói bật ra định hình không phù hợp với hoàn cảnh, nói tục không chủ ý, lặp lời bản thân hoặc nhại lời người khác.

Những tiêu chuẩn chung là:

- Tic khởi phát trước 18 tuổi, trước đó không sử dụng các thuốc an thần kinh, không có bệnh thuộc hệ thần kinh trung ương (ví dụ như múa vờn, Huntington, di chứng viêm não ...), tia gây ảnh hưởng tới học tập, nghề nghiệp và hoạt động của bệnh nhân.

- Tic thường mất đi trong lúc ngủ, giảm đi khi tập trung chú ý vào một hoạt động hứng thú. Tic thường bị tăng lên khi bệnh nhân có sang chấn tâm lý, cơ thể mệt mỏi. Tic nhất thời chịu tác động tâm lý rõ hơn so với tic mạn tính và hội chứng Tourette.

III. CẬN LÂM SÀNG

- Điện não đồ và các chẩn đoán hình ảnh não bộ không phải là xét nghiệm thường quy và đặc hiệu để chẩn đoán, thường được thực hiện trong các trường

hợp có kèm theo dấu hiệu thần kinh khác. Tuy nhiên nhiều bệnh nhân Tourette ghi nhận có bất thường trên các xét nghiệm này.

- Các xét nghiệm cơ bản: công thức máu, chức năng gan thận, tuyến giáp, xét nghiệm nước tiểu, điện tâm đồ nên được thực hiện trước và trong quá trình điều trị. Đặc biệt trong trường hợp khởi phát đột ngột hoặc đợt bệnh kịch phát nặng.

- Một số trắc nghiệm đánh giá mức độ Tic và theo dõi cải thiện trong quá trình điều trị. Trắc nghiệm trí tuệ nên được thực hiện ở bệnh nhi trong trường hợp có chậm phát triển tâm thần kèm theo.

IV. ĐIỀU TRỊ:

Điều trị bằng liệu pháp hoá được kết hợp với liệu pháp tâm lý.

1. Liệu pháp hoá dược: Áp dụng cho bệnh nhân tic mạn tính và hội chứng Tourette.

Thuốc chống loạn thần:

+ **Haloperidol** : Liều sử dụng ban đầu 0,02mg/kg/ngày, sau đó tăng dần đến 0,05mg/kg/ngày, chia 2-3 lần/ngày.

+ Risperidon	Liều 1 - 4 mg/ngày, chia 2 - 3 lần/ngày
--------------	---

+ Nếu xuất hiện tác dụng phụ của thuốc như ngủ nhiều, rối loạn trương lực cơ... thì phải giảm liều và dùng thêm Artan, Trihex. Điều trị bằng haloperidol cho kết quả tốt ở 70 - 80% bệnh nhân.

Thuốc đồng vận thụ thể alpha-2:

Conidine liều khởi đầu của clonidine là 0,05 mg/ngày, tăng dần lên đến 0,1 - 0,3 mg/ngày để kiểm soát tic thường được chia làm 3 - 4 lần mỗi ngày.

- Thuốc chống động kinh:

+ Valproate	Liều 200 - 2000mg/ngày
-------------	------------------------

+ Levetiracetam Liều 500 - 1000mg/ngày

+ Carbamazepin	Liều 200 - 1200mg/ngày
----------------	------------------------

* **Lưu ý:** Được sử dụng đơn trị liệu hoặc phối hợp với nhóm chống loạn thần.

- **Thuốc giải lo âu benzodiazepam:** Diazepam 5mg liều 10 - 20 mg/ngày

- **Điều trị các bệnh kết hợp như trầm cảm:** Sử dụng SSRIs lựa chọn một trong thuốc sau:

+ Sertralin Liều 50 - 200 mg/ngày

+ Citalopam	Liều 10 - 40 mg/ngày
-------------	----------------------

+ Escitalopam	Liều 10 - 20 mg/ngày
---------------	----------------------

+ Mitazapin	Liều 15 - 45 mg/ngày
-------------	----------------------

2. Liệu pháp tâm lý:

- Sử dụng liệu pháp hành vi mang lại kết quả tốt, đặc biệt đối với tic nhất thời. Liệu pháp này bao gồm: bệnh nhân lập bảng theo dõi tần số Tic hàng ngày, đánh dấu những ngày không bị Tic, gia đình tránh nhắc đến tic, không phê phán trẻ; tổ chức những hoạt động thu hút sự tập trung chú ý và lôi cuốn trẻ tham gia vào, động viên khen thưởng khi trẻ ít bị tic (phương pháp tăng cường củng cố dương tính).

- Bên cạnh đó dựa vào cơ sở phối hợp hai quá trình: bất động các vận động và vận động các bất động của nguyên tắc điều trị tâm vận động, đưa ra kỹ thuật: trẻ được hướng dẫn thực hiện các bài tập trước gương, làm các động tác ở những phần cơ thể không bị tic kết hợp với bài tập giãn cơ.

- Dựa vào thuyết điều kiện hoá cho bệnh nhân thực hiện bài tập sự chủ động làm các động tác tic 30 phút mỗi ngày trong 3 tuần liên.

3. Các phương pháp điều trị hỗ trợ:

- Tổ chức các hoạt động vui chơi giải trí, nâng đỡ tâm lý người bệnh kết hợp với hướng dẫn gia đình.

- Điều trị các rối loạn lo âu, trầm cảm, ám ảnh hoặc tăng động nếu có kèm theo với tic.

V. TIẾN TRIỂN VÀ TIÊN LƯỢNG

Nhìn chung, trong phần lớn các trường hợp, các triệu chứng Tic sẽ giảm hoặc mất hoàn toàn khi đến tuổi vị thành niên. Tuy nhiên, nếu rối loạn Tic, đặc biệt là Tourette, phối hợp với ADHD hay ám ảnh cưỡng bức, các hoạt động xã hội, học tập, nghề nghiệp có thể bị ảnh hưởng nhiều.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị** ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016)**, *Bài giảng tâm thần học*. Nhà xuất bản Y học.
4. **Tâm thần học (1995)** Trần Đình Xiêm
5. **Bộ môn tâm thần, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh**, Tâm thần học và tâm lý học, Tập bài giảng Ngô Tích Linh
6. **Bộ Môn Tâm thần, Trường Đại học y dược cần thơ (2023)** Tâm thần học, *Tập bài giảng dành cho sau đại học*.
7. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007)**, Tâm thần học và tâm lý học. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
8. **Tổ chức Y tế thế giới (1992)**, “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”; WHO, Geneva 1992.
9. **Nguyễn Minh Tuấn (2016)**, Giáo trình Bệnh học Tâm thần, Nhà xuất bản Y học.
10. **Nguyễn Kim Việt (2016)**, Giáo trình bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
11. **Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016)**, “Giáo trình bệnh học tâm thần”, Bộ môn Tâm thần trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học,, trang 74-79.
12. **Kaplan & Sadock’s**. Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment
13. **MIMS neurology & psychiatry disease management guidelines**

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH ĐAU ĐẦU THƯỜNG GẶP

I. ĐẠI CƯƠNG :

1. Định nghĩa :

- Đau đầu là cảm giác khó chịu ở vùng giới hạn bởi ụ chẩm và hốc mắt do sự thích ứng các cảm thụ đau.

- Đau đầu là một triệu chứng thường gặp trong thực hành y khoa, là chịu chứng của rất nhiều loại bệnh khác nhau.

2. Phân Loại

- Thiết lập một sơ đồ toàn diện và có tính thực hành cho các rối loạn đau đầu là một mục tiêu khó khăn vì nhiều lý do. Việc phân loại đau đầu theo thời gian đã có nhiều thay đổi.

- Bảng phân loại đau đầu quốc tế II-2004 (ICHD-II: The International Classification of Headache Disorders) được đánh giá là phân loại tốt nhất hiện nay, nhưng cũng như bảng phân loại ICHD-I trước đó, nó cũng còn nhiều giới hạn trong chẩn đoán và điều trị.

*** Phần 1: Đau đầu nguyên phát (không có nguyên nhân khác)**

1. Migraine
2. Đau đầu căng cơ
3. Đau đầu từng cụm và các dạng liên quan
4. Các đau đầu nguyên phát khác: đau đầu khi gắng sức, đau đầu khi ngủ, đau nửa đầu liên tục và các đau đầu khác

*** Phần 2: Đau đầu thứ phát (do rối loạn khác)**

5. Đau đầu sau chấn thương đầu và cổ
6. Đau đầu do bệnh mạch máu trong sọ và cột sống
7. Đau đầu liên quan đến bệnh nội sọ khác không do nguyên nhân mạch máu như: tăng áp lực nội sọ thứ phát, u nội sọ
8. Đau đầu do thuốc
9. Đau đầu do nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương
10. Các rối loạn nội môi, ví dụ thiếu oxy mô, tăng huyết áp, rối loạn chức năng tuyến giáp
11. Do cổ; mắt; tai, mũi, và họng; xoang, miệng, răng, khớp thái dương hàm
12. Tâm thần

*** Phần 3: Đau thần kinh sọ, đau mặt trung ương và nguyên phát, các đau đầu khác**

13. Đau thần kinh và bệnh dây thần kinh

14. Các đau đầu khác (hiện chưa có tên)

II. LÂM SÀNG VÀ TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN ĐAU ĐẦU NGUYÊN PHÁT**1. Migraine và các dạng đau đầu liên quan:**

a) Migraine không tiền triệu.

A.	Ít nhất 5 cơn thỏa mãn tiêu chuẩn B đến D
B.	Cơn đau đầu kéo dài từ 4 đến 72 giờ (không điều trị hay điều trị không thành công)
C.	Đau đầu có ít nhất 2 trong số các đặc điểm sau: 1. Đau một bên 2. Đau kiểu mạch đập 3. Cường độ đau trung bình hay nghiêm trọng 4. Đau nặng thêm khi hoạt động thể lực thông thường hoặc gây né tránh các hoạt động này (ví dụ đi bộ hay leo cầu thang)
D.	. Trong khi đau đầu, có kèm ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau: 1. Buồn nôn và/hoặc nôn 2. Sợ ánh sáng và sợ tiếng động
E.	Không quy kết được cho một rối loạn nào khác
F.	Ít nhất 5 cơn thỏa mãn tiêu chuẩn B đến D
G.	Cơn đau đầu kéo dài từ 4 đến 72 giờ (không điều trị hay điều trị không thành công)
H.	. Đau đầu có ít nhất 2 trong số các đặc điểm sau: 1. Đau một bên 2. Đau kiểu mạch đập 3. Cường độ đau trung bình hay nghiêm trọng 4. Đau nặng thêm khi hoạt động thể lực thông thường hoặc gây né tránh các hoạt động này (ví dụ đi bộ hay leo cầu thang)
I.	. Trong khi đau đầu, có kèm ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau: 1. Buồn nôn và/hoặc nôn 2. Sợ ánh sáng và sợ tiếng động
J.	Không quy kết được cho một rối loạn nào khác

b) Migraine có tiền triệu

A. Ít nhất 2 cơn thỏa mãn tiêu chuẩn B đến D

B. Tiền triệu kèm ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn sau, nhưng không có yếu vận động:

1. Các triệu chứng thị giác có thể hồi phục hoàn toàn gồm các đặc điểm dương tính (ví dụ: ánh sáng, điểm, đường thẳng nhấp nháy) và/hoặc các đặc điểm âm tính (ví dụ: mất thị giác)

2. Các triệu chứng cảm giác có thể hồi phục hoàn toàn gồm các đặc điểm dương tính (ví dụ: cảm giác châm chích) và/hoặc các đặc điểm âm tính (ví dụ: giảm cảm giác)

3. Rối loạn ngôn ngữ có thể hồi phục hoàn toàn

C. Ít nhất 2 trong số các đặc điểm sau:

1. Triệu chứng thị giác đồng danh và/hoặc triệu chứng cảm giác cùng bên

2. Ít nhất một tiền triệu phát triển từ từ trong hơn 5 phút và/hoặc các tiền triệu khác nhau xảy ra liên tiếp nhau trong hơn 5 phút

3. Mỗi tiền triệu kéo dài > 5 và < 60 phút

D. Như với Migraine không tiền triệu - 1.1, cơn đau đầu thỏa mãn tiêu chuẩn B đến D bắt đầu trong giai đoạn tiền triệu và theo sau tiền triệu trong vòng 60 phút.

E. Không quy kết được cho 1 rối loạn khác

c) Migraine mạn tính:

Chẩn đoán migraine mạn tính đòi hỏi rằng tất cả các cơn đau đầu phải thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán migraine áp dụng được cho nhóm phổ biến các bệnh nhân có migraine từng đợt trước đó và tiến triển đến tình trạng các cơn đau đầu thường xuyên mà phần lớn cơn ít có đặc điểm migraine. Các đặc điểm chẩn đoán migraine mạn tính gồm :

1. Đau đầu migraine ≥ 15 ngày/ tháng trong ít nhất 3 tháng.

2. Có ít nhất 5 cơn có các đặc điểm của migraine không tiền triệu.

3. Có ≥ 8 ngày/tháng trong ít nhất 3 tháng, đau đầu thỏa mãn đặc điểm đau và migraine không tiền triệu (mục a và b) hoặc đã được điều trị với triptan hoặc ergot và thuyên giảm trước khi phát triển đầy đủ triệu chứng migraine :

a. Có ít nhất 2 trong số các triệu chứng sau : Đau một bên, đau kiểu mạch đập, cường độ đau trung bình hay nghiêm trọng, đau nặng thêm khi hoạt động thể lực hoặc phải né tránh các hoạt động thể lực

b. Có ít nhất 1 trong số các triệu chứng sau : buồn nôn và/hoặc nôn và sợ ánh sáng và sợ tiếng động

c. Không phải đau đầu do lạm dụng thuốc và không có rối loạn nguyên nhân khác.

d. Trạng thái migraine:

Đề cập đến tình trạng ít gặp của migraine kéo dài mà không suy giảm sau 72 giờ, cũng đòi hỏi phải thoả mãn tiêu chuẩn migraine.

e. Migraine chu kỳ kinh nguyệt:

Đơn thuần và migraine liên quan chu kỳ kinh nguyệt. Migraine kinh nguyệt không được phân loại theo Hiệp hội đau đầu quốc tế và chưa có sự thống nhất về định nghĩa. Thời gian xảy ra thường từ 2 ngày trước chu kỳ đến 3 ngày sau khi có kinh, là lúc estrogen giảm xuống và bóp cò cho migraine. Biểu hiện lâm sàng không khác với migraine không theo chu kỳ kinh, nhưng thường thời gian kéo dài, cường độ nặng hơn và không có aura.

2. Đau đầu cụm và các thể liên quan.

Gồm 3 loại đau đầu dường như có liên quan một mức độ nào đó với nhau: đau đầu cụm, đau nửa đầu kịch phát, và đau nửa đầu liên tục. Nhìn chung tất cả đều là đau đầu ngắn và có thể bao gồm các bất thường tự chủ ở đầu. Đau đầu cụm với đặc điểm đau quanh ổ mắt, ngắn (15 đến 180 phút) và nghiêm trọng, xảy ra theo chu kỳ, nhìn chung dễ chẩn đoán và điều trị

a. Đau đầu cụm (cluster headache)

Cùng bên với bên đau đầu, hội chứng Horner một phần không có giảm tiết mồ hôi ở mặt, nghẹt mũi, chảy nước mắt do tắc tạm thời ống lệ mũi, tăng tiết mồ hôi (hiếm), phù nề mắt, phù nề mắt, xung nướu răng và khẩu cái (rất hiếm). “Điểm lạnh” trên ổ mắt, nhịp tim chậm (có thể nặng đến mức gây ngất), tăng huyết áp, tăng tiết acid trong dạ dày.

b. Đau nửa đầu kịch phát (Paroxysmal hemicrania (PH))

Cũng là dạng cơn với những đợt gồm các cơn tách biệt nhau và thể mạn tính không thoái lui. Biểu hiện của **Đau nửa đầu kịch phát** là các cơn ngắn từ 2 đến 30 phút (ngắn hơn cơn đau đầu cụm), nhìn chung xuất hiện hơn 5 lần một ngày. Một đặc điểm gần như đồng nhất của Đau nửa đầu kịch phát khác với đau nửa đầu liên tục, là đặc điểm đáp ứng với indomethacine là tiêu chuẩn cần thiết cho chẩn đoán. Điều này dẫn đến một khả năng là những bệnh nhân với các cơn tương tự với Đau nửa đầu kịch phát mà không đáp ứng với indomethacine sẽ không thoả được phân loại chẩn đoán này.

c. Đau nửa đầu liên tục (Hemicrania continua (HC))

Biểu hiện là đau liên tục một bên, thường kèm triệu chứng tự chủ và, giống như migraine, đáp ứng hoàn toàn với indomethacine.

A. Đau đầu > 3 tháng thoả mãn tiêu chuẩn B đến D

B. Có tất cả các đặc điểm sau

1. Đau một bên mà không đổi bên

2. Đau mỗi ngày và liên tục mà không có khoảng thời gian không đau

3. Cường độ trung bình nhưng có những đợt đau nghiêm trọng

C. Có ít nhất 1 trong các triệu chứng tự chủ sau trong đợt cấp và cùng bên với đau đầu:

1. Sung huyết kết mạc và/hoặc chảy nước mắt
2. Sung huyết mũi và/hoặc chảy nước mũi
3. Sụp mi và/hoặc co đồng tử

D. Đáp ứng hoàn toàn với liều điều trị của indomethacin

E. Không quy kết được cho một rối loạn khác

3. Đau đầu dạng căng cơ (Tension-type headache)

- Đau đầu dạng căng thẳng là rối loạn chưa được hiểu rõ không chỉ về sinh lý bệnh mà thậm chí cả dịch tễ học cũng không rõ ràng. Trong phần lớn nghiên cứu, đau đầu dạng căng thẳng gặp nhiều hơn so với migraine, với tỷ lệ hiện mắc tính trong cả cuộc đời đạt tới 80%.

- Xảy ra mức độ nhẹ đến trung bình, kéo dài từ 30 phút đến 1 tuần, xuất hiện hai bên, vị trí thay đổi, tính chất như căng, bóp ép, không tăng khi hoạt động thể lực. Điều trị thuốc kháng viêm nonsteroid hay chống trầm cảm thường có hiệu quả.

- ICHD phân chia đau đầu dạng căng thẳng thành 3 nhóm lớn dựa trên tần số:

+ Đau đầu căng thẳng có cơn không thường xuyên - trung bình cơn đau đầu ít hơn 1 ngày trong 1 tháng.

+ Đau đầu căng thẳng cơn thường xuyên - trung bình cơn đau đầu từ 1 đến 14 ngày trong 1 tháng

+ Đau đầu căng thẳng mạn tính - trung bình cơn đau đầu từ 15 ngày trở lên trong 1 tháng.

3.1. Đau đầu dạng căng thẳng cơn không thường xuyên

A. Ít nhất 10 cơn xảy ra trung bình < 1 ngày mỗi tháng (< 12 ngày mỗi năm) và thoả mãn tiêu chuẩn B đến D

B. Đau đầu kéo dài từ 30 phút đến 7 ngày

C. Đau đầu có ít nhất 2 đặc điểm sau

1. Đau 2 bên
2. Đau kiểu thắt chặt (không kiểu mạch đập)
3. Cường độ nhẹ đến trung bình

4. Không nặng thêm bởi hoạt động thể lực thông thường như đi bộ hay leo cầu thang

D. Có cả 2 đặc điểm sau

1. Không buồn nôn hay nôn (có thể có chán ăn)

2. Không nhiều hơn một triệu chứng sợ ánh sáng hay sợ tiếng động

E. Không quy kết được cho một rối loạn khác

3.2. Đau đầu dạng căng thẳng mạn tính

- Đau đầu xảy ra ≥ 15 ngày/tháng trong trung bình > 3 tháng (≥ 180 ngày/năm) và đáp ứng các tiêu chuẩn 2-4

- Đau đầu kéo dài nhiều giờ hoặc liên tục

- Đau đầu có ít nhất 2 trong các đặc điểm :

+ Xảy ra hai bên

+ Kiểu ép chặt/ siết chặt (không theo mạch đập)

+ Mức độ nhẹ đến trung bình

+ Không nặng thêm khi hoạt động thể lực như đi bộ hoặc leo cầu thang

III. ĐIỀU TRỊ ĐAU ĐẦU NGUYÊN PHÁT

1. Điều trị migraine

Theo nhiều kinh nghiệm của các trung tâm migraine và các chuyên gia đau đầu việc xác định chẩn đoán cũng như thực hành điều trị đau đầu cấp tính nguyên phát cần theo hướng dẫn, việc lấy chuẩn mực hướng dẫn đã được nghiên cứu và kiểm nghiệm.

1.1. Điều trị cấp cơn migraine

Điều trị các cơn Migraine bằng thuốc: Nhiều thử nghiệm lớn ngẫu nhiên, đối chứng với giả dược đã được công bố về xử trí cấp cơn Migraine. Trong phần lớn thử nghiệm này, điều trị thành công các cơn Migraine đã được định nghĩa bởi tiêu chuẩn sau đây:

- Hết đau sau 2 giờ.

- Cải thiện đau đầu từ trung bình hoặc nặng về mức độ nhẹ hoặc hết đau sau 2 giờ.

- Hiệu quả hằng định ở 2 trên 3 cơn.

- Không tái phát đau đầu và không dùng thêm thuốc trong vòng 24 giờ sau khi điều trị thành công (được gọi là giảm đau hoặc không đau kéo dài)

Giới thiệu tổng quan các thuốc giảm đau có hiệu quả trong điều trị migraine cấp. Nhằm ngăn ngừa đau đầu do lạm dụng thuốc, việc sử dụng các thuốc giảm

đau đơn giản nên được giới hạn tối đa 15 ngày mỗi tháng và việc dùng các thuốc giảm đau kết hợp giới hạn là 10 ngày mỗi tháng.

a) Các thuốc điều trị Migraine cấp (cắt cơn)

Thuốc	Liều, mg	Mức độ khuyến cáo	Chú giải
Acetylsalicylic acid (ASA)	1000 (uống)	A	Tác dụng phụ dạ dày ruột
Ibuprofen	200 - 800	A	Tác dụng phụ như ASA
Naproxen	500 - 1000	A	Tác dụng phụ như ASA
Paracetamol	1000 (uống) 1000 (tọa được)	A	Thận trọng trong suy gan, suy thận

b) Các thuốc chống nôn:

Việc sử dụng các thuốc chống nôn trong các cơn migraine được khuyến cáo để điều trị buồn nôn và nôn:

Các thuốc chống nôn được khuyến cáo để điều trị cấp cơn migraine.

Thuốc	Liều, mg	K. cáo	Chú giải
Metoclo-pramide	10 - 20 (uống) 20 (tọa được) 10 (TM, TB, DD)	B	Tác dụng phụ : loạn vận động, chống chỉ định ở trẻ em và thai kỳ.
Domperidon	20 - 30 (uống)	B	Các tác dụng phụ ít nghiêm trọng, có thể dùng cho trẻ em.

c) Triptan (chất đồng vận 5 - HT): các chất đồng vận thụ thể 5 - HT sumatriptan, zolmitriptan, naratriptan, rizatriptan, almotriptan, eletrip, và frovatriptan là các thuốc trị Migraine và không nên sử dụng trong các rối loạn đau đầu khác ngoại trừ đau đầu cụm. Các triptan có thể hiệu quả ở bất kỳ thời điểm nào trong suốt hơn 1 cơn migraine. Tuy nhiên các bằng chứng cho thấy rằng các triptan được sử dụng càng sớm thì hiệu quả của chúng càng tốt. Việc sử dụng triptan phải được giới hạn tối đa 9 ngày mỗi tháng theo tiêu chuẩn HIS.

Các triptan khác nhau để điều trị cơn migraine cấp (theo thứ tự thời điểm xuất hiện trên thị trường), không phải mọi dạng sử dụng và mọi hàm lượng đều hiện diện ở tất cả các nước

Thuốc	Liều, mg	Khuyến cáo	Ghi chú
-------	----------	------------	---------

Sumatriptan	25,50,100 (uống) 25 (tọa dược), 10,20 (xịt mũi)	A	100mg sumatriptan được tham khảo đối với tất cả các triptan
Zolmitriptan	2.5,5 (uống) 2.5, 5 (xịt mũi)	A A	

d) Các thuốc khác:

Có các bằng chứng nhất định cho thấy rằng sử dụng acid valproic tĩnh mạch ở liều 300 -800mg cũng có hiệu quả trong điều trị cấp các cơn migraine và tương tự như vậy đối với một nghiên cứu trước đó dùng flunarizine tĩnh mạch. Tuy nhiên, mức chứng cứ của các thuốc này yếu. Tramadol phối hợp với paracetamol cũng cho thấy hiệu quả trong các cơn migraine cấp. Tuy nhiên, á phiện chỉ có hiệu quả ít, và không có các thử nghiệm đối chứng của các thuốc này; Do đó á phiện và các thuốc an thần không nên sử dụng trong điều trị cấp migraine.

1.2. Điều trị phòng ngừa migraine:

Chỉ định điều trị ngừa cơn khi có 1 trong các yếu tố sau:

- Điều trị ngừa cơn phải phối hợp với điều trị cấp tính
- Bệnh migraine ảnh hưởng tới đời sống bệnh nhân dù đã được điều trị cắt cơn
- Các thuốc cắt cơn có chống chỉ định, không hiệu quả, không dung nạp hay có tình trạng lạm dụng thuốc
- Có ≥ 2 cơn migraine mỗi tuần
- Một số thể migraine đặc biệt
- Ý muốn của bệnh nhân

Các thuốc phòng ngừa migraine dung nạp tốt và có bằng chứng hiệu quả là ức chế kênh calcium, ức chế beta, thuốc chống động kinh, NSAID, các thuốc chống trầm cảm và các thuốc khác.

* Các thuốc chọn lựa đầu tiên để điều trị dự phòng migraine.

Thuốc	Liều, mg	Mức chứng cứ khuyến cáo
Chống động kinh		
Topiramate	25 -100	A
Valproic acid	500 -1800	A
Ức chế kênh Calcium		
Flunarizine	5 -10	A

Thuốc	Liều, mg	Mức chứng cứ khuyến cáo
Chẹn beta		
Metoprolol	50 -200	A
Propranolol	40 -240	A
Triptans	Dùng phòng ngừa ngắn	A
Frovatriptan	migraine kinh nguyệt	

Các thuốc được chọn lựa thứ 2 trong dự phòng migraine

Thuốc	Liều, mg	Khuyến cáo
Amitriptyline	50-150	B
Venlafaxine	75-150	B
Các triptans: Naratriptan, Nomitriptan	Dùng phòng ngừa ngắn migraine kinh nguyệt	B
Naproxen	250 - 500	B

1.3. Phòng ngừa không dùng thuốc bằng Dinh dưỡng

- Một số thức ăn có Tyramine có thể là yếu tố khởi phát cơn migraine trên một số bệnh nhân

- Fromage, rượu chất đỏ ...
- Tránh các chất phụ gia thực phẩm
- Monosodium Glutamate, đường hóa học ...

- Không phải loại nào cũng có chứng cứ làm nặng thêm bệnh nhưng bệnh nhân có thể kiêng ăn nếu muốn

- Ăn chay có thể làm thiếu Vitamin B12 và các chất khác và làm migraine nặng hơn

2. Điều trị đau đầu dạng căng thẳng

2.1. Điều trị cấp

Thuốc giảm đau đơn thuần và NSAIDs hữu dụng cho việc điều trị cấp tính đau đầu căng thẳng. Aspirin là loại thuốc giảm đau thông dụng nhất có tác dụng hơn giả dược và acetaminophen.

NSAIDs có tác dụng chống viêm, giảm đau và giảm sốt và hấp thu nhanh khi uống với thời gian tập trung huyết thanh tối đa trong vòng ít hơn 2 giờ:

- Ibuprofen 200 - 400mg/ ngày,
- Naproxen 550mg/ngày,

- Celecoxib 100-200 mg/ngày.

Các NSAIDs khác như ketoralac, diclofenac và indomethacin có hiệu quả giảm đau đầu, nhưng chưa được nghiên cứu nhiều.

2.2. Điều trị phòng ngừa

Điều trị phòng ngừa là điều trị căn bản. Tương tự migranien mạn tính, trị liệu có hiệu quả sẽ phải được duy trì trong 3-6 tháng rồi mới thử ngưng. Dưới đây là tóm tắt các thuốc phòng ngừa trong đau đầu dạng căng thẳng mạn tính.

Phòng ngừa bằng thuốc

Amitriptyline: Amitriptyline là thuốc thường dùng, liều thay đổi từ 25 đến 100mg/ngày. Đây là thuốc chống trầm cảm duy nhất đã được chứng minh hiệu quả.

Nortriptyline: Nortriptyline có nhiều dữ liệu ủng hộ hơn amitriptyline. Bệnh nhân đau đầu dạng căng thẳng mạn tính không đáp ứng với amitriptyline được chỉ định dùng nortriptyline liều lên đến 75mg/ngày.

Protriptyline: Protriptyline 20mg mỗi sáng. Ít gây tăng cân hơn so các thuốc chống trầm cảm 3 vòng khác.

Mirtazapine: liều 15-45mg/ngày tác dụng trên đau đầu. Hiệu quả của mirtazapine tương tự như amitriptyline. Thuốc có thể dùng trước khi ngủ.

Topiramate: liều 25-100mg/ngày đạt hiệu quả giảm đau đầu.

Sodium valproate: liều 500mg/ngày, chia lần/ngày, giảm tần suất đau đầu.

Gabapentin liều khởi đầu 300mg, tối đa 1200mg, là thuốc chống động kinh tác dụng giảm đau đầu căng thẳng thường xuyên, .

Các thuốc dẫn cơ: có nhiều nghiên cứu điều trị đau đầu dạng căng thẳng kết hợp các thuốc dẫn cơ làm giảm tần xuất đau đầu cơn và đau đầu liên tục. Triệu chứng căng cơ và đau đầu giảm rõ rệt nhất là khi đi ngủ. Các thuốc giãn cơ hiện dùng gồm Tolperison (mydocalm) Epireson (myonal), baclofen.

* **Lưu ý:** thời gian điều trị chung cho đau đầu dạng căng thẳng mạn tính là 3 tháng, khi đó có thể thử ngưng thuốc; thời gian 3 tháng là tối thiểu, có thể kéo dài hơn khi các triệu chứng rối loạn như lo âu, mất ngủ chưa được kiểm soát.

4. ĐIỀU TRỊ ĐAU ĐẦU CỤM CẤP (CẮT CƠN)

Vì cơn đau đầu cụm có khởi phát đột ngột và nhanh chóng đạt đến cường độ đỉnh, nên điều trị cắt cơn phải là những trị liệu tác dụng nhanh. Thở oxy, sumatriptan, dihydroergotamine, zolmitriptan và gây tê tại chỗ giúp giảm nhanh cơn đau đầu cụm sau đó điều trị như migraine.

+ Thuốc kháng viêm steroid: Prednisolol , Methylprednisolol

+ Thuốc kháng viêm Non – steroid: Meloxicam, Diclofenac

+ Thuốc ức chế calci: Flunarizin liều 5 - 10mg/ngày

+ Thuốc chống động kinh: Valproate liều 600 - 2000mg/ngày, Topiramate liều 25 - 100mg/ngày

5. ĐAU DÂY THẦN KINH V:

- Thuốc chống động kinh:

+ Carbamazepin liều khởi đầu 100-400mg/ngày, liều tối đa 600-1200mg/ngày

+ Phenytoin liều 300 - 400mg/ngày

+ Gabapentin liều 300 - 1200mg/ngày

- Kháng viêm steroid, non-steroid: Prednisolol, Methylprednisolol,

- Kháng viêm steroid, non-steroid: Meloxicam, Diclofenac

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế
2. Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)
3. Tổ chức Y tế thế giới (1992), “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”; WHO, Geneva 1992.
4. Website, N. (2024, February 2). *Migraine*. nhs.uk.
5. *Migraine – Symptoms and causes – Mayo Clinic*. (2023, July 7). Mayo Clinic.
6. Harvard Health. (2016, September 6). *Feel your pain: The health risk of migraines in men*.
7. *What is migraine?* (2024, March 14). WebMD.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH CHÓNG MẶT

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa :

- Chóng mặt thật sự (vertigo): là ảo giác chuyển động của người hoặc vật xung quanh, ảo giác chuyển động này thường là xoay tròn, nhưng cũng có thể là chuyển động thẳng, hoặc cảm giác nghiêng ngả.

- Choáng váng (xây xẩm, chao đảo, nhẹ đầu...): là các cảm giác lâng lâng, nhẹ đầu, xây xẩm, tối mắt, chao đảo và đứng không vững.. nhưng không có bất kỳ ảo giác chuyển động nào.

2. Các nguyên nhân chóng mặt

2.1. Nguyên nhân trung ương:

- Tổn thương thần kinh (U vùng góc cầu tiểu não)
- Bệnh mạch máu não
- Migraine
- Multiple sclerosis

2.2. Nguyên nhân ngoại biên

- Viêm thần kinh tiền đình
- Chóng mặt tư thế kịch phát
- Cholesteatoma
- Menier's disease
- Xơ cứng tai
- Rò quanh bạch huyết
- Bệnh tai trong

2.3. Phân loại lâm sàng:

- Chóng mặt nguồn gốc trung ương
- Chóng mặt nguồn gốc ngoại biên
- Ngoài ra, các tác giả phân loại chóng mặt trung gian

II. CHÓNG MẶT NGUỒN GỐC TRUNG ƯƠNG

1. Chóng mặt và tổn thương thần kinh (hố sau-thân não)

Chóng mặt liên quan tổn thương thần kinh bao gồm:

- U dây thần kinh VIII
- U màng não
- U sào bào hay (cholesteatoma)

Đặc điểm lâm sàng

- Khởi phát từ từ : đau đầu, chóng mặt, ù tai, cảm giác đầy tai
- Liệt TK VII, VIII (điếc)
- Rối loạn tiền đình, rung giật nhãn cầu (nystagmus)
- Rối loạn tiểu não cùng bên.
- MRI cho chẩn đoán
- Điều trị chủ yếu là phẫu thuật.

2. Bệnh mạch máu não (cerebrovascular disorders)

Chóng mặt do nguyên nhân mạch máu có khoảng 50% các trường hợp thiếu máu động mạch cột sống thân nền:

Khi chóng mặt kèm các dấu hiệu thần kinh, tiền đình trung ương, hiếm gặp tiền đình ngoại biên.

Dấu hiệu thường gặp nhồi máu não, chóng mặt kèm nystagmus, bệnh lý mắt (liệt vận nhãn, mất thị lực hay thị trường một bên)

Hiếm gặp giảm thính lực

Điều trị như đột quỵ giai đoạn cấp

2.1 Thiếu máu hoặc nhồi máu động mạch cột sống nền:

Thiếu máu thoáng qua hoặc đột quỵ hệ thống mạch máu cột sống nền thường phối hợp chóng mặt và thất điều.

2.2. Thiếu máu đồi thị (động mạch màng mạch sau):

Chóng mặt có thể đột ngột nhưng thường bệnh nhân không nhận rõ thời khoảng. Chóng mặt mức độ vừa (không có cơn): loạng choạng, xay xảm, bập bênh, quên. Mất thị trường đối bên (kết hợp tác động mạch não sau) rối loạn phản xạ mắt-đầu (ocular tilt). Phản xạ mắt tiền đình bình thường (VOR)

2.3. Tắc động mạch tai trong (internal auditory artery):

Chóng mặt tiền đình trung ương do động mạch tai trong bắt nguồn từ động mạch thân nền hay động mạch tiểu não trước dưới

- Chóng mặt kèm:
- Nystagmus (pha nhanh đi xa bên tổn thương)
- Điếc một bên.

2.4. Nhồi máu vùng bên hành não (lateral Medullary infarction):

Bao gồm các triệu chứng: chóng mặt, buồn nôn, nôn, khó nuốt, nói khàn, nystagmus, hội chứng Horner, thất điều chi, rối loạn cảm giác mặt..

2.5. Nhồi máu tiểu não:

Lâm sàng bao gồm:

- Chóng mặt

- Thất điều tiểu não và giảm trương lực chi cùng bên
- Triệu chứng khác: buồn nôn, đau đầu, liệt mắt, nói khó
- Triệu chứng nặng : liệt một người, rối loạn ý thức
- CT và MRI là kỹ thuật chẩn đoán có giá trị

2.6. Xuất huyết tiểu não:

Lâm sàng: đột ngột, chóng mặt, đau đầu kết hợp, hội chứng tiểu não, nystagmus, buồn nôn, rối loạn ý thức, tăng HA

3. Chóng mặt MIGRAINE

Tiêu chuẩn đề xuất:

- Các triệu chứng tiền đình từng cơn tái phát vừa hoặc nặng, và
- Tiền sử migraine theo tiêu chuẩn của hiệp hội đau đầu quốc tế (International Headache Society - IHS), và
- Một trong các triệu chứng migraine sau đây xảy ra trong ít nhất hai cơn chóng mặt:
 - + Đau đầu migraine
 - + Sợ ánh sáng (photophobia)
 - + Sợ âm thanh (phonophobia)
 - + Triệu chứng tiền triệu ánh sáng và các tiền triệu khác Loại trừ các căn nguyên khác bằng cận lâm sàng.

Các triệu chứng tiền đình bao gồm chóng mặt quay cuồng, ảo giác vận động bản thân và môi trường. Các triệu chứng có thể tự phát, liên quan tư thế hoặc được khởi phát do xoay đầu. Hầu hết các bệnh nhân chóng mặt migraine có triệu chứng tiền đình mà không có triệu chứng thần kinh khác. Điều này giúp phân biệt chóng mặt migraine với các migraine thể thân nền.

III. CHÓNG MẶT TIỀN ĐÌNH NGOẠI BIÊN

Nhiều bệnh lý khác nhau có thể gây chóng mặt ngoại biên, nguyên nhân quan trọng nhất là:

- Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính
- Viêm mê đạo
- Bệnh Ménière
- Chóng mặt áp lực
- Chấn thương và tổn thương đầu cần phẫu thuật

1. Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính

1.1. Định nghĩa:

- Lành tính- không ác tính hay đe dọa sự sống

- Kích phát- đáp ứng tạo ra mãnh liệt, mệt mỏi
- Tư thế- do thay đổi tư thế đầu hay cơ thể
- Chóng mặt- cảm giác vận động, thường mô tả xoay tròn

1.2. Đặc điểm:

- Tần suất: 80% các trường hợp chóng mặt
- Tuổi : 30-50, nữ thường gặp hơn nam
- Thời gian khoảng cơn 1-2 phút
- Nếu không điều trị bệnh tự khỏi từ vài tuần đến vài tháng. Tỷ lệ tái phát cao (1 năm: 18%, 3 năm: 30%)

Bệnh nhân thường ngăn ngừa bằng cách tránh tư thế gây ra chóng mặt, “có thể dẫn đến rối loạn chức năng cơ cột sống, giảm chức năng tiền đình hay cả hai”

Nguyên nhân là do sự di chuyển cơ học của sỏi tai (otoconia) từ soan nang (utricle) vào trong ống bán khuyên.

1.3. Lâm sàng chóng mặt kích phát tư thế lành tính

- Hay gặp tuổi 30 - 50.
- Cơn chóng mặt đột ngột xảy ra khi thay đổi tư thế. Chóng mặt quay tròn xảy ra, kéo dài 1- 2 phút và có thể làm cho bệnh nhân cảm thấy buồn nôn nhưng hiếm khi nôn.
- Có có chấn thương đầu .
- Nhiễm trùng đường hô hấp trên do virus ở giai đoạn sớm dẫn tới tổn thương bên trong mê đạo.

2. Viêm mê đạo

- Viêm nhiễm của mê đạo do virus hoặc vi khuẩn. Viêm mê đạo do virus có thể xảy ra khi bị cảm cúm hoặc bệnh lý khác như sỏi hoặc quai bị.
- Viêm mê đạo vi khuẩn thông thường được gây bởi viêm tai giữa không được điều trị đầy đủ (nhiễm trùng tai giữa)
- Triệu chứng chính là chóng mặt, những triệu chứng khác có thể là buồn nôn, nôn, mất thính lực, ù tai (reo trong tai)

3. Bệnh Ménière

- Bệnh Ménière ,nguyên nhân chính của chóng mặt là do thiếu cung cấp máu tai trong, dẫn tới làm tăng áp lực nội dịch.
- Bệnh hội đủ 3 triệu chứng: chóng mặt, ù tai, mất thính lực (điếc)
- Tuổi : 20-50, nam = nữ

- Con kéo dài : nhiều giờ # 24
- Mức độ: rầm rộ và trầm trọng
- Cơ chế sinh bệnh: tăng thể tích nội dịch.

4. Chóng mặt áp lực

- Những thay đổi áp lực trong tai giữa có thể kích thích các vành bán khuyên. Ở những người nhạy cảm, tác dụng gây chóng mặt có thể là rất mạnh mà có thể là do khởi phát đột ngột. gặp trong say tàu xe , máy bay

5. Chóng mặt sau chấn thương và phẫu thuật vùng đầu cổ

- Các chấn thương tai trong được gây do phẫu thuật viên phẫu thuật tai giữa, hoặc chấn thương trực tiếp ở đầu , những thay đổi áp lực có thể gây chấn thương, dẫn đến vỡ màng mê đạo .

- Thường thì các tổn thương đầu gây nên một dạng chóng mặt mà ở đó cảm giác chuyển động xảy ra chỉ khi đầu ở một vị trí nào đó. Loại chóng mặt này được biết là chóng mặt tư thế. Đặc tính không thể hồi phục của nhiều tổn thương đầu có nghĩa là điều trị thường khó khăn.

IV. CHÓNG MẶT TRUNG GIAN

Chóng mặt có nguồn gốc trung gian tương đối không thường gặp.

1. Viêm thần kinh tiền đình

- Do nhiễm trùng virus các sợi của thần kinh tiền đình trong cuống não. Bệnh này có thể đi sau nhiễm trùng đường hô hấp trên. Có cơn chóng mặt nặng, kéo dài rồi sau đó tan đi trong vòng vài tuần đến vài tháng. Có thể có tái phát, cơn ít nặng hơn sau đó và cảm giác yếu và rối loạn cân bằng.

2. Chóng mặt do thuốc

- Một số thuốc có thể gây tổn thương thần kinh thính giác và tiền đình, gây mất thính lực và chóng mặt. Thuốc được biết nhiều nhất gây độc tai là các kháng sinh như Streptomycine, Kanamycine và neomycine...

- Những thuốc khác mà có thể gây tổn thương chức năng tai gồm quinine, salicylate (gồm cả aspirine) và lợi tiểu như furosemide, ethacrynic acid và bumetanide.

V. LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

- Choáng váng xảy ra hay chóng mặt?
- Hằng định hay ngắt quãng?
- Độ dài của triệu chứng (vài giây, phút, giờ, ngày, hay tuần)
- Hoàn cảnh xuất hiện (vd. chấn thương đầu, nhiễm trùng, dùng thuốc...)
- Các yếu tố kích khởi hoặc làm nặng thêm (cử động đầu theo một hướng nào đó, người tiểu đường bỏ bữa, dậy ra khỏi giường .)

- Diễn tiến của chóng mặt: cải thiện, ổn định, hoặc nặng lên
- Ngất (nếu có thì không phải choáng váng hay chóng mặt)

2. Các bệnh lý, dấu hiệu, và triệu chứng đi kèm

- Mới có giảm thính lực hoặc ù tai → do tiền đình
- Nhìn đôi, mới đeo hoặc thay kiếng, đục thủy tinh thể → do mắt
- Đau, tê hoặc dị cảm bàn chân, yếu hai chân → do cảm giác bản thể
- Yếu thần kinh mặt, tê, cổ gượng, đồng tử không đều, hoặc nhìn đôi bệnh lý thân não hoặc cấu trúc thần kinh khác
- Đái tháo đường, suy giáp, hoặc bệnh lý tim mạch → thân não hoặc chuyển hoá

3. Cận lâm sàng

Trong chóng mặt cũng như các bệnh khác cần các xét nghiệm thường quy để đánh giá chỉ định dùng thuốc

- CTM, Sinh hóa máu đánh giá chức năng gan - thận, ion đồ, một số trường hợp nhồi máu cơ tim gây triệu chứng choáng váng và chóng mặt hay gặp trên lâm sàng nên Troponin I cũng được chỉ định để loại trừ nguyên nhân chóng mặt

- ECG - Siêu âm tim: được chỉ định trong chóng mặt , choáng váng là triệu chứng của bệnh tim mạch

- Hình ảnh học: Siêu âm mạch máu não ngoài sọ, CT scan não. MRI não được chỉ định trong chóng mặt nguồn gốc trung ương, và để chẩn đoán phân biệt, chẩn đoán nguyên nhân các trường hợp chóng mặt

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán xác định:

Chóng mặt chẩn đoán dựa vào bệnh sử , thăm khám lâm sàng kết hợp với chẩn đoán hình ảnh học mà có chẩn đoán khác nhau như trong phân loại chóng mặt

4.2. Chẩn đoán phân biệt

- Ngất nguồn gốc Tim mạch
- Cơ động kinh
- Chóng mặt nguồn gốc chấn thương đầu
- Chóng mặt do bệnh về tai
- Các nguồn gốc tâm lý

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

Có hai phương pháp chính: Điều trị bằng thuốc và Điều trị hỗ trợ khác

1.1. Điều trị bằng thuốc:

- Thuốc chống nôn:

Thuốc	Liều, mg	Chú giải
Metoclopramide	10 - 20(uống) 20 (tọa dược) 10 (TB, DD)	Tác dụng phụ : loạn vận động, chống chỉ định ở trẻ em và thai kỳ.
Promethazine,	25-50 (uống)	Buồn ngủ
Domperidon	20 - 30 (uống)	Có thể dùng cho trẻ em.
Dimenhydrinate	25-50 (uống)	Buồn ngủ

- Thuốc điều trị chóng mặt:

Thuốc	Liều, mg	Chú giải
Betahistine: 24, 16 và 8	16 - 72 (uống)	Tác dụng phụ : loạn vận động, chống chỉ định ở trẻ em và thai kỳ, cũng có hiệu quả giảm đau.
Flunarizine	5-10 (uống)	Không dùng cho BN trầm cảm và Parkinson
Cinnarizine	25-50 (uống)	Như Flunarizine

Betahistine: Các thuốc kháng histamine chặn thụ thể H1 ở não gây an thần và ức chế quá trình tự bù trừ trung ương (như cinnarizine). Betahistine kích thích H1 receptor thúc đẩy quá trình tự bù trừ trung ương diễn ra nhanh hơn & không gây buồn ngủ. Betahistine không ảnh hưởng thụ thể H2 vì vậy có tỷ lệ tác dụng trên đường tiêu hóa rất thấp.

Thuốc an thần, làm giảm khả năng diễn giải xung động từ mê đạo và chống nôn: Flunarizine, barbiturate, amitriptyline, cinnarizine, Taganin.....

Thuốc làm yên tâm bệnh nhân và làm giảm lo lắng: giải lo âu. Diazepam, Lorazepam,

Hỗ trợ điều chỉnh suy giảm nhận thức tiền đình: Piracetam (Nootropyl) Flunarizine (Sibelium), Ginkgo biloba (tanakan, giloba), Tanganyl.....

Thuốc ngăn cản nhận thức: alcohol, barbiturates, phenothiazine, antihistaminic, cholinesterase inhibitors, adrenergic agents, atropine, scopolamine)

1.2. Các phương pháp khác

- Điều trị bệnh lý có liên quan: Khi chóng mặt có liên quan với một tình trạng bệnh lý nào đó mà có thể điều trị được, thì rõ ràng là rối loạn đó nên được điều trị..

- Tập luyện: Tập nhẹ nhàng, nghỉ ngơi và thư giãn đầy đủ. Tuy nhiên bệnh nhân nên được hướng dẫn để tránh những chuyển động đầu đột ngột mà có thể tạo ra cơn chóng mặt

Các chương trình tập luyện đặc biệt đã được phát minh ra cho bệnh nhân bị chóng mặt tư thế. Bài tập này được biết là liệu pháp làm quen hay liệu pháp thích nghi. NP. Epley. (tái định vị sỏi ống bán khuyên sau) Bệnh nhân thực hiện các cử động một cách thông thả, bài tập này được chế ra để đối phó với chóng mặt và “huấn luyện” chính bản thân họ để kiểm soát cơn. Lúc đó họ ít bị mất ý thức bởi các cơn chóng mặt.

- Nên ngưng hút thuốc lá .

- Chế độ ăn: Nên tránh ăn uống nhiều, nên ăn chế độ ăn ít muối, đặc biệt là đối với bệnh nhân Ménière. vì thế có thể góp phần vào phù mê đạo..

- Phẫu thuật: Phẫu thuật có thể có giá trị điều trị một số trường hợp chóng mặt như do chấn thương đầu vỡ xương sọ chèn ép. Phẫu thuật khối u gây chóng mặt có thể hữu ích. Cũng có thể điều trị Ménière bằng phẫu thuật. Mục đích là hủy chúng và như vậy sẽ làm giảm cảm giác chóng mặt, trong khi đó cố gắng bảo tồn chức năng ốc tai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phát đồ điều trị ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế**
2. **Phát đồ điều trị Bệnh viện tâm thần Thành Phố Hồ Chí Minh (2020)**
3. **Tổ chức Y tế thế giới (1992), “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10”; WHO, Geneva 1992.**
4. Professional, C. C. M. (n.d.). *Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV)*. Cleveland Clinic.
5. *Benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) – Symptoms and causes – Mayo Clinic*. (2022, August 5). Mayo Clinic.
6. *Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV)*. (2021, December 13). Johns Hopkins Medicine.
7. Wikipedia contributors. (2024, April 14). *Benign paroxysmal positional vertigo*. Wikipedia.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÝP 1 & TÝP 2

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh đái tháo đường là bệnh rối loạn chuyển hóa không đồng nhất, có đặc điểm tăng glucose huyết do khiếm khuyết về tiết insulin, về tác động của insulin, hoặc cả hai. Tăng glucose mạn tính trong thời gian dài gây nên những rối loạn chuyển hóa carbohydrate, protide, lipide, gây tổn thương ở nhiều cơ quan khác nhau, đặc biệt ở tim và mạch máu, thận, mắt, thần kinh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán đái tháo đường

Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường (theo Hiệp Hội Đái tháo đường Mỹ - ADA) dựa vào 1 trong 4 tiêu chuẩn sau đây:

a) Glucose huyết tương lúc đói (fasting plasma glucose: FPG) ≥ 126 mg/dL (hay 7 mmol/L). Bệnh nhân phải nhịn ăn (không uống nước ngọt, có thể uống nước lọc, nước đun sôi để nguội) ít nhất 8 giờ (thường phải nhịn đói qua đêm từ 8 -14 giờ), hoặc:

b) Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g (oral glucose tolerance test: OGTT) ≥ 200 mg/dL (hay 11,1 mmol/L). Nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống phải được thực hiện theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới: Bệnh nhân nhịn đói từ nửa đêm trước khi làm nghiệm pháp, dùng một lượng glucose tương đương với 75g glucose, hoà tan trong 250-300 ml nước, uống trong 5 phút; trong 3 ngày trước đó bệnh nhân ăn khẩu phần có khoảng 150-200 gam carbohydrat mỗi ngày.

c) HbA1c $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol). Xét nghiệm này phải được thực hiện ở phòng thí nghiệm được chuẩn hóa theo tiêu chuẩn quốc tế.

d) Ở bệnh nhân có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết hoặc mức glucose huyết tương ở thời điểm bất kỳ ≥ 200 mg/dL (hay 11,1 mmol/L).

Nếu không có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết (bao gồm tiểu nhiều, uống nhiều, ăn nhiều, sụt cân không rõ nguyên nhân), xét nghiệm chẩn đoán a, b, d ở trên cần được thực hiện lặp lại lần 2 để xác định chẩn đoán. Thời gian thực hiện xét nghiệm lần 2 sau lần thứ nhất có thể từ 1 đến 7 ngày.

Trong điều kiện thực tế tại Việt Nam, nên dùng phương pháp đơn giản và hiệu quả để chẩn đoán đái tháo đường là định lượng glucose huyết tương lúc đói 2 lần ≥ 126 mg/dL (hay 7 mmol/L). Nếu HbA1c được đo tại phòng xét nghiệm được chuẩn hóa quốc tế, có thể đo HbA1c 2 lần để chẩn đoán ĐTĐ.

2. Chẩn đoán tiền đái tháo đường

Chẩn đoán tiền đái tháo đường khi có một trong các rối loạn sau đây:

- Rối loạn glucose huyết đói (impaired fasting glucose: IFG): Glucose huyết tương lúc đói từ 100 (5,6mmol/L) đến 125 mg/dL (6,9 mmol/L), hoặc

- Rối loạn dung nạp glucose (impaired glucose tolerance: IGT): Glucose huyết tương ở thời điểm 2 giờ sau khi làm nghiệm pháp dung nạp glucose bằng đường uống 75 g từ 140 (7.8 mmol/L) đến 199 mg/dL (11 mmol/L), hoặc

- HbA1c từ 5,7% (39 mmol/mol) đến 6,4% (47 mmol/mol).

Những tình trạng rối loạn glucose huyết này chưa đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán đái tháo đường nhưng vẫn có nguy cơ xuất hiện các biến chứng mạch máu lớn của đái tháo đường, được gọi là tiền đái tháo đường (*pre-diabetes*).

3. Phân loại đái tháo đường

a) Đái tháo đường típ 1 (do phá hủy tế bào beta tụy, dẫn đến thiếu insulin tuyệt đối).

b) Đái tháo đường típ 2 (do giảm chức năng của tế bào beta tụy tiến triển trên nền tảng đề kháng insulin).

c) Đái tháo đường thai kỳ (là ĐTĐ được chẩn đoán trong 3 tháng giữa hoặc 3 tháng cuối của thai kỳ và không có bằng chứng về ĐTĐ típ 1, típ 2 trước đó).

d) Thể bệnh chuyên biệt của ĐTĐ do các nguyên nhân khác, như ĐTĐ sơ sinh hoặc ĐTĐ do sử dụng thuốc và hoá chất như sử dụng glucocorticoid, điều trị HIV/AIDS hoặc sau cấy ghép mô...

4. Tiêu chuẩn để làm xét nghiệm chẩn đoán đái tháo đường hoặc tiền đái tháo đường ở người không có triệu chứng ĐTĐ:

a) Người lớn có BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$, hoặc cân nặng lớn hơn 120% cân nặng lý tưởng và có một hoặc nhiều hơn một trong các yếu tố nguy cơ sau:

- Ít vận động thể lực
- Gia đình có người bị đái tháo đường ở thế hệ cận kề (bố, mẹ, anh chị em ruột)
- Tăng huyết áp (huyết áp tâm thu $\geq 140 \text{ mmHg}$ và/hoặc huyết áp tâm trương $\geq 90 \text{ mmHg}$ hay đang điều trị thuốc hạ huyết áp)
- Nồng độ HDL cholesterol $< 35 \text{ mg/}$ (0,9 mmol/L) và/hoặc nồng độ triglyceride $> 250 \text{ mg/dL}$ (2,82 mmol/L)
- Vòng bụng to: ở nam $\geq 90 \text{ cm}$, ở nữ $\geq 80 \text{ cm}$
- Phụ nữ bị buồng trứng đa nang
- Phụ nữ đã mắc đái tháo đường thai kỳ
- HbA1c $\geq 5,7\%$ (39 mmol/mol), rối loạn glucose huyết đôi hay rối loạn dung nạp glucose ở lần xét nghiệm trước đó.
- Có các dấu hiệu đề kháng insulin trên lâm sàng (như béo phì, dấu gai đen...).
- Tiền sử có bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch.

- b) Ở bệnh nhân không có các dấu hiệu/triệu chứng trên, bắt đầu thực hiện xét nghiệm phát hiện sớm đái tháo đường ở người ≥ 45 tuổi.
- c) Nếu kết quả xét nghiệm bình thường, nên lặp lại xét nghiệm sau mỗi 1- 3 năm. Có thể thực hiện xét nghiệm sớm hơn tùy thuộc vào kết quả xét nghiệm trước đó và yếu tố nguy cơ. Đối với người tiền đái tháo đường: thực hiện xét nghiệm hàng năm.

5. Phát hiện và chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ

a) Khái niệm:

Là ĐTD được chẩn đoán trong 3 tháng giữa hoặc 3 tháng cuối của thai kỳ và không có bằng chứng ĐTD típ 1, típ 2 trước đó. Nếu phụ nữ có thai 3 tháng đầu được phát hiện tăng glucose huyết: chẩn đoán là ĐTD chưa được chẩn đoán hoặc chưa được phát hiện và dùng tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTD như ở người không có thai.

b) Thời điểm tầm soát đái tháo đường thai kỳ :

- Thực hiện xét nghiệm chẩn đoán ĐTD (đối với ĐTD chưa được chẩn đoán trước đây) tại lần khám thai đầu tiên đối với những người có các yếu tố nguy cơ của ĐTD, sử dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTD tại Điểm a, b, d của mục 1, phần II (không áp dụng tiêu chuẩn về HbA1c).

- Thực hiện xét nghiệm chẩn đoán ĐTD thai kỳ ở tuần thứ 24 đến 28 của thai kỳ đối với những thai phụ không được chẩn đoán ĐTD trước đó.

- Thực hiện xét nghiệm để chẩn đoán ĐTD thật sự (bền vững): ở phụ nữ có ĐTD thai kỳ sau khi sinh từ 4 đến 12 tuần. Dùng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống và các tiêu chuẩn chẩn đoán không mang thai phù hợp trên lâm sàng. Sử dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường tại Điểm a, b, d của mục 1, phần II (không áp dụng tiêu chuẩn về HbA1c).

- Ở phụ nữ có tiền sử ĐTD thai kỳ nên thực hiện xét nghiệm để phát hiện sự phát triển ĐTD hay tiền ĐTD ít nhất mỗi 3 năm một lần.

- Phụ nữ có tiền sử ĐTD thai kỳ, sau đó được phát hiện có tiền ĐTD: cần được điều trị can thiệp lối sống tích cực hay metformin để phòng ngừa ĐTD.

c) Tầm soát và chẩn đoán ĐTD thai kỳ: có thể thực hiện một trong 2 phương pháp:

Phương pháp 1 bước (one-step strategy)

Thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g (75-g OGTT): đo nồng độ glucose huyết tương lúc đói và tại thời điểm 1 giờ, 2 giờ, ở tuần thứ 24 đến 28 của thai kỳ đối với những thai phụ không được chẩn đoán ĐTD trước đó. Nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống phải được thực hiện vào buổi sáng sau khi nhịn đói qua đêm ít nhất 8 giờ. Chẩn đoán ĐTD thai kỳ khi bất kỳ giá trị glucose huyết thỏa mãn tiêu chuẩn sau đây:

- Lúc đói ≥ 92 mg/dL (5,1 mmol/L)

- Ở thời điểm 1 giờ ≥ 180 mg/dL (10,0 mmol/L)

- Ở thời điểm 2 giờ ≥ 153 mg/dL (8,5 mmol/L)

Phương pháp 2 bước (two-step strategy)

Bước 1: Thực hiện nghiệm pháp uống glucose 50g hoặc uống tải glucose 50 gam (glucose loading test: GLT): Uống 50 gam glucose (trước đó không nhịn đói), đo glucose huyết tương tại thời điểm 1 giờ, ở tuần thứ 24 đến 28 của thai kỳ đối với những thai phụ không được chẩn đoán ĐTĐ trước đó. Nếu mức glucose huyết tương được đo lường tại thời điểm 1 giờ sau uống là 130 mg/dL, 135 mg/dL, hoặc 140 mg/dL (7,2 mmol/L, 7,5 mmol/L, 7,8 mmol/L) tiếp tục với nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 100g.

Bước 2: Thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 100g (100-g OGTT): Nghiệm pháp phải được thực hiện khi bệnh nhân đang đói: Bệnh nhân nhịn đói, uống 100 gam glucose pha trong 250-300 ml nước, đo glucose huyết lúc đói và tại thời điểm 1 giờ, 2 giờ, 3 giờ, sau khi uống glucose. Chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ khi ít nhất có 2 trong 4 giá trị mức glucose huyết tương bằng hoặc vượt quá các ngưỡng sau đây:

Bảng 1: Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ đối với phương pháp 2 bước

Thời điểm	Tiêu chí chẩn đoán của Carpenter/ Coustan	Tiêu chí chẩn đoán theo National Diabetes Data Group
Lúc đói	95mg/dL (5,3 mmol/L)	105 mg/dL (5,8 mmol/L)
Ở thời điểm 1 giờ	180 mg/dL (10,0 mmol/L)	190 mg/dL (10,6 mmol/L)
Ở thời điểm 2 giờ	155 mg/dL (8,6 mmol/L)	165 mg/dL (9,2 mmol/L)
Ở thời điểm 3 giờ	140 /dL (7,8 mmol/L)	145 mg/dL (8,0 mmol/L)

III. ĐÁNH GIÁ TOÀN DIỆN ĐỐI VỚI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

1. Mục đích:

Đánh giá toàn diện nên thực hiện vào lần khám bệnh đầu tiên nhằm mục đích sau:

- Xác định chẩn đoán và phân loại ĐTĐ;
- Phát hiện các biến chứng đái tháo đường và các bệnh đồng mắc;
- Xem xét điều trị trước và việc kiểm soát yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân ĐTĐ đã được thiết lập;
- Bắt đầu sự tham gia của bệnh nhân trong việc xây dựng kế hoạch quản lý chăm sóc.
- Xây dựng kế hoạch để chăm sóc liên tục.

2. Các nội dung đánh giá toàn diện

2.1. Bệnh sử - Lâm sàng:

- Tuổi, đặc điểm lúc khởi phát ĐTĐ (nhiễm ceton acid đái tháo đường, phát hiện đái tháo đường bằng xét nghiệm nhưng không có triệu chứng).
- Cân nặng các con lúc sinh (đối với phụ nữ).
- Cách ăn uống, tình trạng dinh dưỡng, tiền sử cân nặng, hành vi ngủ (thói quen, thời gian), thói quen luyện tập thể lực, giáo dục dinh dưỡng, tiền sử và nhu cầu hỗ trợ hành vi.
- Tiền sử sử dụng thuốc lá, uống rượu và sử dụng thuốc gây nghiện.
- Tìm hiểu bệnh nhân có tham gia các chương trình giáo dục về ĐTĐ, tự quản lý và tiền sử, nhu cầu hỗ trợ.
- Rà soát lại các phác đồ điều trị trước và đáp ứng điều trị (dựa vào các số liệu HbA1c)
- Sử dụng các thuốc bổ sung và thay thế: Các loại thực phẩm chức năng, thuốc cổ truyền đã sử dụng. Các loại thuốc điều trị bệnh khác, thí dụ thuốc điều trị đau khớp...
- Các bệnh đồng mắc và bệnh về răng miệng đang mắc.
- Tầm soát trầm cảm, lo âu và rối loạn ăn uống bằng cách sử dụng các đo lường đã được hiệu chỉnh và phù hợp.
- Tầm soát về các vấn đề tâm lý, các rào cản khác đối với điều trị và tự quản lý đái tháo đường, như nguồn tài chính hạn chế, hậu cần và các nguồn hỗ trợ.
- Tầm soát về nỗi đau buồn, cảnh khốn cùng khi bị ĐTĐ
- Đánh giá các hành vi sử dụng thuốc uống, thuốc tiêm và các rào cản đối với sự tuân thủ điều trị.
- Nếu bệnh nhân có máy thử glucose huyết tại nhà hoặc sổ theo dõi khám bệnh, kiểm tra lại các thông số theo dõi glucose huyết và xử trí của bệnh nhân.
- Tiền sử nhiễm ceton acid, tần suất, độ trầm trọng, nguyên nhân.
- Tiền sử các cơn hạ glucose huyết, khả năng nhận biết và cách xử trí lúc có cơn, tần suất, nguyên nhân.
- Tiền sử tăng huyết áp, rối loạn lipid máu
- Các biến chứng mạch máu nhỏ: võng mạc, thận, thần kinh
- Các biến chứng mạch máu lớn: bệnh tim thiếu máu cục bộ, nhồi máu cơ tim, đột quỵ, bệnh mạch máu ngoại vi.
- Đối với phụ nữ trong lứa tuổi sinh sản: hỏi về kế hoạch sinh con của bệnh nhân, bệnh có dùng phương pháp nào để ngừa thai

2.2. Khám thực thể: Cần đặc biệt chú trọng:

- Chiều cao, cân nặng và BMI; Quá trình phát triển và dậy thì ở trẻ em, thanh thiếu niên.

- Đo huyết áp, nếu cần đo huyết áp nằm và đứng để tìm hạ huyết áp tư thế.
- Khám đáy mắt.
- Khám tuyến giáp.
- Khám da: tìm dấu gai đen, các thay đổi da do ĐTĐ kiểm soát kém, khám các vùng tiêm chích nếu bệnh nhân dùng insulin).
- Khám bàn chân toàn diện:
 - + Nhìn: xem dấu khô da, các vết chai, biến dạng bàn chân
 - + Sờ: mạch mu chân và chày sau
 - + Có hay mất phản xạ gân cơ Achilles
 - + Khám thần kinh nhanh: cảm giác xúc giác, cảm giác rung, cảm nhận monofilament.

2.3.Đánh giá về cận lâm sàng:

- HbA1c, nếu chưa làm trong 3 tháng vừa qua
- Nếu chưa thực hiện hoặc không có sẵn thông tin v ng một năm qua về các nội dung sau, thì làm xét nghiệm:
 - + Bộ thông tin về lipid máu: bao gồm Cholesterol toàn phần, LDL, HDL, Triglycerides nếu cần.
 - + Xét nghiệm chức năng gan, AST ALT, xét nghiệm khác nếu cần
 - + Tỷ số Albumin/creatinin nước tiểu lấy 1 lần vào buổi sáng
 - + Creatinin huyết thanh và độ lọc cầu thận
 - + TSH ở bệnh nhân ĐTĐ típ 1

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Mục tiêu điều trị cần đạt*

Bảng 2: Mục tiêu điều trị cho bệnh nhân đái tháo đường ở người trưởng thành, không có thai

Mục tiêu	Chỉ số
HbA1c	< 7%*
Glucose huyết tương mao mạch lúc đói, trước ăn	80-130 mg/dL (4.4-7.2 mmol/L)*
Đỉnh glucose huyết tương mao mạch sau ăn 1-2 giờ	<180 mg/dL (10.0 mmol/L)*

Mục tiêu	Chỉ số
Huyết áp	Tâm thu <140 mmHg, Tâm trương <90 mmHg Nếu đã có biến chứng thận: Huyết áp <130/85-80 mmHg
Lipid máu	- LDL cholesterol <100 mg/dL (2,6 mmol/L), nếu chưa có biến chứng tim mạch. - LDL cholesterol <70 mg/dL (1,8 mmol/L) nếu đã có bệnh tim mạch. - Triglycerides <150 mg/dL (1,7 mmol/L) - HDL cholesterol >40 mg/dL (1,0 mmol/L) ở nam và >50 mg/dL (1,3 mmol/L) ở nữ.

* Mục tiêu điều trị ở các cá nhân có thể khác nhau tùy tình trạng của bệnh nhân.

- Mục tiêu điều trị có thể nghiêm ngặt hơn: HbA1c <6,5% (48 mmol/mol) nếu có thể đạt được và không có dấu hiệu đáng kể của hạ đường huyết và những tác dụng có hại của thuốc: Đối với người bị bệnh đái tháo đường trong thời gian ngắn, bệnh ĐTĐ típ 2 được điều trị bằng thay đổi lối sống hoặc chỉ dùng metformin, trẻ tuổi hoặc không có bệnh tim mạch quan trọng.

- Ngược lại, mục tiêu điều trị có thể ít nghiêm ngặt (nới lỏng hơn): HbA1c < 8% (64 mmol/mol) phù hợp với những bệnh nhân có tiền sử hạ glucose huyết trầm trọng, lớn tuổi, các biến chứng mạch máu nhỏ hoặc mạch máu lớn, có nhiều bệnh lý đi kèm hoặc bệnh ĐTĐ trong thời gian dài và khó đạt mục tiêu điều trị.

- Nếu đã đạt mục tiêu glucose huyết lúc đói, nhưng HbA1c c n cao, cần xem lại mục tiêu glucose huyết sau ăn, đo vào lúc 1-2 giờ sau khi bệnh nhân bắt đầu ăn.

Bảng 3: Mục tiêu điều trị đái tháo đường ở người già

Tình trạng sức khỏe	Cơ sở để chọn lựa	HbA1c (%)	Glucose huyết lúc đói (mg/dL)	Glucose lúc đi ngủ (mg/dL)	Huyết áp mmHg
Mạnh khỏe	Còn sống lâu	<7.5%	90-130	90-150	<140/90
Phức tạp/ sức khỏe trung bình	Kỳ vọng sống trung bình	<8.0%	90-150	100-180	<140/90
Rất phức tạp/ sức khỏe kém	Không còn sống lâu	<8.5%	100-180	110-200	<150/90

* Đánh giá về kiểm soát đường huyết:

- Thực hiện xét nghiệm HbA1c ít nhất 2 lần trong 1 năm ở những người bệnh đáp ứng mục tiêu điều trị (và những người có đường huyết được kiểm soát ổn định).

- Thực hiện xét nghiệm HbA1c hàng quý ở những người bệnh được thay đổi liệu pháp điều trị hoặc những người không đáp ứng mục tiêu về glucose huyết.

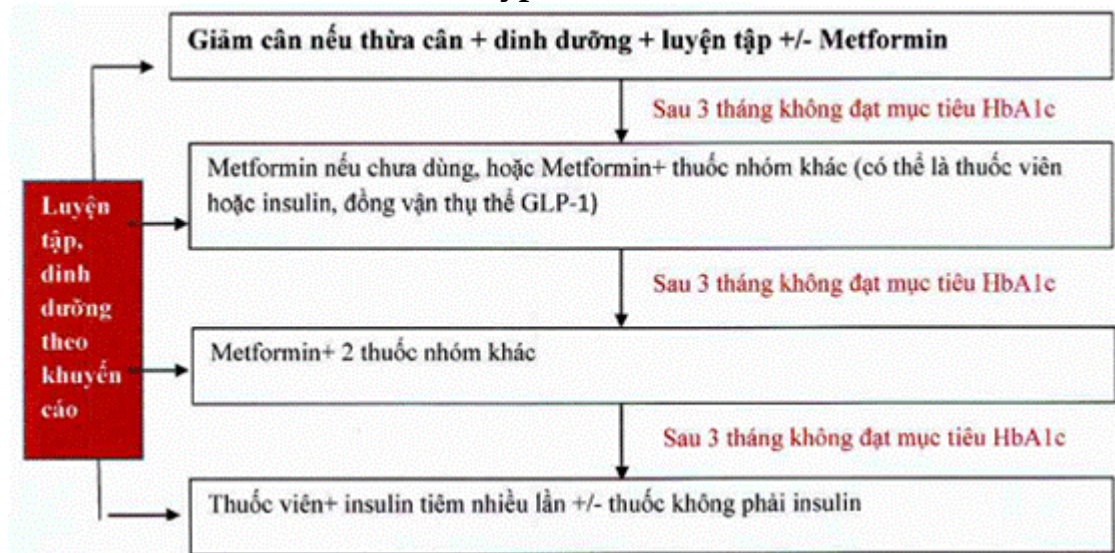
- Thực hiện xét nghiệm HbA1c tại thời điểm người bệnh đến khám, chữa bệnh để tạo cơ hội cho việc thay đổi điều trị kịp thời hơn.

2. Lựa chọn thuốc và phương pháp điều trị đái tháo đường típ 2

Natri-glucose(SGLT2i), Sulfonylurea, Glinides, Pioglitazon, Ức chế enzyme alpha glucosidase, Ức chế enzyme DPP- 4, Đồng vận thụ thể GLP-1, Insulin.

a) Các yếu tố cần xem xét khi chọn lựa điều trị:

Hình 1: Sơ đồ lựa chọn thuốc và phương pháp điều trị đái tháo đường típ 2



Các loại thuốc điều trị đái tháo đường lần lượt là: Metformin thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển.

- Hiệu quả giảm glucose huyết
- Nguy cơ hạ glucose huyết: sulfonylurea, insulin
- Tăng cân: Pioglitazon, insulin, sulfonylurea
- Giảm cân: GLP-1 RA, ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose (SGLT2i), ức chế enzyme alphaglucosidase (giảm cân ít)
- Không ảnh hưởng nhiều lên cân nặng: ức chế enzyme DPP-4, metformin
- Tác dụng phụ chính (xem trong bài)
- Giá thuốc: cân nhắc dựa trên chi phí và hiệu quả điều trị

b) Lựa chọn thuốc và phương pháp điều trị

- Nên chuyển bước điều trị mỗi 3 tháng nếu không đạt được mục tiêu HbA1c. Cần theo dõi đường huyết đói, đường huyết sau ăn 2 giờ để điều chỉnh liều thuốc.

- Có thể kết hợp thay đổi lối sống và metformin ngay từ đầu. Thay đổi lối sống đơn thuần chỉ thực hiện ở những bệnh nhân mới chẩn đoán, chưa có biến chứng mạn và mức đường huyết gần bình thường.

- Khi phối hợp thuốc, chỉ phối hợp 2, 3, 4 loại thuốc và các loại thuốc có cơ chế tác dụng khác nhau.

- Trường hợp bệnh nhân không dung nạp metformin, có thể dùng sulfonylurea trong chọn lựa khởi đầu.

- Chú ý cẩn thận tránh nguy cơ hạ glucose huyết khi khởi đầu điều trị bằng sulfonylurea, insulin, đặc biệt khi glucose huyết ban đầu không cao và bệnh nhân lớn tuổi.

- Chú ý giáo dục kỹ thuật tiêm và triệu chứng hạ đường huyết cho bệnh nhân. Kiểm tra kỹ thuật tiêm của bệnh nhân khi tái khám, khám vùng da nơi tiêm insulin xem có vết bầm, nhiễm trùng, loạn dưỡng mỡ.

Các chiến lược điều trị insulin ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2.

*** Điều trị với insulin nền:**

- *Khởi đầu điều trị với insulin nền* khi không đạt được mục tiêu glucose huyết với thuốc uống. Liều khởi đầu khuyến dùng là 0,1 – 0,2 đơn vị/kg cân nặng, phụ thuộc vào mức độ tăng glucose huyết, dùng phối hợp với 1 hoặc 2 thuốc uống.

- Khi đã điều chỉnh liều insulin nền đạt được mục tiêu glucose huyết đói nhưng HbA1c vẫn chưa đạt mục tiêu, xem xét thêm insulin nhanh trước bữa ăn. Một cách khác có thể xem xét là chuyển sang insulin trộn sẵn/2 pha/hỗn hợp tiêm dưới da 2 lần mỗi ngày. Nếu vẫn không đạt được mục tiêu, có thể xem xét chuyển sang insulin nền – insulin nhanh trước mỗi bữa ăn (basal-bolus).

- *Liều khởi trị với insulin nền:* insulin người như NPH (tiêm 1-2 lần/ ngày) hay insulin analog như glargine, detemir (tiêm 1 lần/ngày), degludec (tiêm 1 lần/ngày) liều khởi đầu 0,1 -0,2 đơn vị/kg/ngày.

- Nếu tiêm Insulin NPH, 2 mũi tiêm nên cách nhau 11-12 giờ để tránh hiện tượng chồng liều. Nếu tiêm glargine hoặc detemir nên tiêm vào giờ cố định mỗi ngày hoặc buổi sáng, hoặc buổi tối

- Điều trị insulin nền- trước ăn (hoặc nền-nhanh) (basal-bolus)

+ Thêm 01 mũi insulin tác dụng nhanh trước bữa ăn, khởi đầu 04 đơn vị, hoặc 0,1 đơn vị/kg cân nặng hay 10% liều insulin nền.

+ Điều chỉnh liều: tăng liều 10 – 15% hay tăng 1 – 2 đơn vị mỗi một hoặc 2 lần mỗi tuần cho đến khi đạt mục tiêu đường huyết.

+ Hạ đường huyết: xác định nguyên nhân hạ đường huyết, nếu không có nguyên nhân rõ ràng, giảm liều insulin 2 – 4 đơn vị hay giảm 10 – 20%.

*** Điều trị với insulin trộn, hỗn hợp:**

- *Bệnh nhân cũng có thể khởi đầu điều trị với insulin trộn, hỗn hợp:*

+ Đối với bệnh nhân đái tháo đường típ 2 chưa sử dụng insulin: Bệnh nhân có thể khởi trị với insulin trộn, hỗn hợp, liều dùng theo thông tin kê đơn được Bộ Y tế phê duyệt, ví dụ insulin gồm 70% Insulin Aspart Protamine/30% Insulin Aspart h a tan 1 lần hoặc 2 lần mỗi ngày. Nếu khởi trị 1 lần/ngày: liều dùng là 12 đơn vị vào bữa ăn tối (bữa ăn chiều). Nếu khởi trị 2 lần/ngày: liều khởi đầu khuyến cáo là 6 đơn vị vào bữa sáng và 6 đơn vị vào bữa tối (bữa ăn chiều).

+ Điều chỉnh liều: tăng liều 10 – 15% hay tăng 2 – 4 đơn vị mỗi 1 hoặc 2 lần mỗi tuần cho đến khi đạt mục tiêu đường huyết lúc đói.

+ Hạ đường huyết: xác định nguyên nhân hạ đường huyết, nếu không có nguyên nhân rõ ràng, giảm liều insulin 2 – 4 đơn vị hay giảm 10 – 20%.

- *Bệnh nhân đang điều trị insulin nền trước đó:* liều khởi đầu bằng liều insulin nền trước đó, chia thành 2/3 buổi sáng, 1/3 buổi chiều (đối với insulin người) HOẶC 1/2 buổi sáng, 1/2 buổi chiều (đối với insulin analog)

- *Bệnh nhân chưa điều trị liều insulin nền:* liều khởi đầu 0,25 – 0,5 đơn vị/kg/ngày, chia thành 2/3 buổi sáng, 1/3 buổi chiều (đối với insulin người) HOẶC 1/2 buổi sáng, 1/2 buổi chiều tiêm ngay trước hoặc ngay sau khi ăn (đối với insulin analog).

- Khi sử dụng insulin trộn, hỗn hợp gồm 70% Insulin Aspart Protamine/30% Insulin Asparthatan ngày 1 lần mà liều đã lên đến 30 đơn vị thì có thể chia thành 2 lần/ngày bằng cách chia liều bằng nhau vào bữa sáng và bữa tối (50/50)

- Liều insulin trộn, hỗn hợp gồm 70% Insulin Aspart Protamine/ 30% Insulin Aspart h a tan 2 lần/ ngày chuyển sang 3 lần/ngày: liều buổi sáng có thể chia thành liều buổi sáng và giờ ăn trưa (sử dụng 3 lần/ ngày)

- Điều chỉnh liều: tăng liều 10 – 15% hay tăng 1 – 2 đơn vị mỗi một hoặc 2 lần mỗi tuần cho đến khi đạt mục tiêu đường huyết

- Hạ đường huyết: xác định nguyên nhân hạ đường huyết, nếu không có nguyên nhân rõ ràng, giảm liều insulin 2 – 4 đơn vị hay giảm 10 – 20%.

- Insulin trộn, hỗn hợp cần tiêm trước bữa ăn, thời gian tiêm trước ăn tùy thuộc loại insulin nhanh trong hỗn hợp (xem phụ lục 04).

*** Kiểm tra hiệu quả điều trị:**

- Glucose huyết sáng lúc đói phản ánh hiệu quả của insulin nền (đối với loại insulin tác dụng dài).

- Glucose huyết sau ăn phản ánh hiệu quả của insulin nhanh tiêm trước khi ăn.

- Glucose huyết trước khi đi ngủ cho phép tiên đoán nguy cơ hạ glucose huyết xảy ra ban đêm.

- Tuy nhiên, nồng độ glucose huyết trong máu c n tùy thuộc số lượng và loại thức ăn trước đó, tình trạng vận động của bệnh nhân, thuốc điều trị các bệnh lý đi kèm.

3. Điều trị cụ thể

3.1. Thay đổi lối sống

Thay đổi lối sống hay điều trị không dùng thuốc bao gồm luyện tập thể lực, dinh dưỡng và thay đổi lối sống.

a) Luyện tập thể lực

- Cần kiểm tra biến chứng tim mạch, mắt, thần kinh, biến dạng chân trước khi luyện tập và đo huyết áp, tần số tim. Không luyện tập gắng sức khi glucose huyết > 250-270 mg/dL và ceton dương tính.

- Loại hình luyện tập thông dụng và dễ áp dụng nhất: đi bộ tổng cộng 150 phút mỗi tuần (hoặc 30 phút mỗi ngày), không nên ngưng luyện tập 2 ngày liên tiếp. Mỗi tuần nên tập kháng lực 2-3 lần (kéo dây, nâng tạ).

- Người già, đau khớp có thể chia tập nhiều lần trong ngày, thí dụ đi bộ sau 3 bữa ăn, mỗi lần 10-15 phút. Người c n trẻ nên tập khoảng khoảng 60 phút mỗi ngày, tập kháng lực ít nhất 3 lần mỗi tuần.

b) Dinh dưỡng

Dinh dưỡng cần được áp dụng mềm dẻo theo thói quen ăn uống của bệnh nhân, các thức ăn sẵn có tại từng vùng miền. Tốt nhất nên có sự tư vấn của bác sĩ chuyên khoa dinh dưỡng.

Chi tiết về dinh dưỡng sẽ được thiết lập cho từng bệnh nhân tùy tình trạng bệnh, loại hình hoạt động, các bệnh lý, biến chứng đi kèm.

Các nguyên tắc chung về dinh dưỡng nên được khuyến cáo cho mọi bệnh nhân:

- Bệnh nhân béo phì, thừa cân cần giảm cân, ít nhất 3-7% so với cân nặng nền.

- Nên dùng các loại carbohydrat hấp thu chậm có nhiều chất xơ, không chà xát kỹ như gạo lứt, bánh mì đen, nui c n chứa nhiều chất xơ...

- Đạm khoảng 1-1,5 gam/kg cân nặng/ngày ở người không suy chức năng thận. Nên ăn cá ít nhất 3 lần/tuần. Người ăn chay trường có thể bổ sung nguồn đạm từ các loại đậu (đậu phụ, đậu đen, đậu đỏ)

- Nên chú trọng dùng các loại mỡ có chứa acid béo không no một nối đôi hoặc nhiều nối đôi như dầu ô liu, dầu mè, dầu lạc, mỡ cá. Cần tránh các loại mỡ trung chuyển (mỡ trans), phát sinh khi ăn thức ăn rán, chiên ngập dầu mỡ.

- Giảm muối trong bữa ăn, c n khoảng 2300 mg Natri mỗi ngày.

- Chất xơ ít nhất 15 gam mỗi ngày.

- Các yếu tố vi lượng: nên chú ý bổ xung các yếu tố vi lượng nếu thiếu, thí dụ sắt ở bệnh nhân ăn chay trường. Dùng Metformin lâu ngày có thể gây thiếu sinh tố B12, nên chú ý đến tình trạng này nếu bệnh nhân có thiếu máu hoặc triệu chứng bệnh lý thần kinh ngoại vi.

- Uống rượu điều độ: một lon bia (330 ml)/ngày, rượu vang đỏ khoảng 150-200ml/ngày.

- Ngưng hút thuốc.

- Các chất tạo vị ngọt: như đường bắp, aspartame, saccharin có nhiều bằng chứng trái ngược. Do đó nếu sử dụng cũng cần hạn chế đến mức tối thiểu.

3.2. Điều trị đái tháo đường bằng thuốc

a) Các nhóm thuốc hạ glucose huyết đường uống và thuốc dạng tiêm không thuộc nhóm insulin theo Phụ lục 03 được ban hành kèm theo Quyết định này.

b) Insulin: Insulin được sử dụng ở bệnh nhân ĐTĐ típ 1 và cả ĐTĐ típ 2 khi có triệu chứng thiếu insulin hoặc không kiểm soát được glucose huyết dù đã ăn uống luyện tập và phối hợp nhiều loại thuốc viên theo đúng chỉ dẫn. Ngoài ra ĐTĐ típ 2 khi mới chẩn đoán nếu glucose huyết tăng rất cao cũng có thể dùng insulin để ổn định glucose huyết, sau đó sẽ dùng các loại thuốc điều trị tăng glucose huyết khác. Các loại insulin theo Phụ lục 04 được ban hành kèm theo Quyết định này.

3.3. Điều trị các bệnh phối hợp và các biến chứng nếu có: theo hướng dẫn chuyên môn của các bệnh và biến chứng đó.

IV. PHÒNG NGỪA VÀ KIỂM SOÁT BIẾN CHỨNG MẠN TÍNH

1. Tăng huyết áp

a) Theo dõi huyết áp:

Phải đo huyết áp định kỳ ở mỗi lần thăm khám. Nếu huyết áp tâm thu ≥ 130 mmHg hay huyết áp tâm trương ≥ 80 mmHg cần phải kiểm tra lại huyết áp vào ngày khác. Chẩn đoán tăng huyết áp khi kiểm tra lại có huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg.

b) Mục tiêu điều trị về huyết áp:

Mục tiêu huyết áp tâm thu < 140 mmHg phù hợp với đa số bệnh nhân đái tháo đường. Mục tiêu huyết áp tâm trương < 90 mmHg. Có thể đặt mục tiêu huyết áp tâm thu cao hơn hay thấp hơn tùy vào đặc điểm của bệnh nhân và đáp ứng với điều trị. Bệnh nhân trẻ, có thể giảm huyết áp đến $< 130/90-80$ mmHg nếu bệnh nhân dung nạp được. Mục tiêu huyết áp ở bệnh nhân ĐTĐ và bệnh thận mạn có thể $< 130/80-85$ mmHg.

c) Điều trị:

- Bệnh nhân có huyết áp tâm thu từ 130–139 mmHg và/hoặc tâm trương 80–89 mmHg cần điều trị bằng cách thay đổi lối sống trong thời gian tối đa là 3 tháng. Sau đó nếu vẫn chưa đạt được mục tiêu huyết áp, cần điều trị bằng thuốc hạ huyết áp.

- Bệnh nhân có tăng huyết áp nặng hơn (HA tâm thu ≥ 140 và/hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg) vào thời điểm chẩn đoán hay khi theo dõi cần điều trị bằng với thuốc hạ huyết áp kết hợp với thay đổi lối sống.

- Điều trị tăng huyết áp bằng cách thay đổi lối sống bao gồm giảm cân nếu có thừa cân. Dùng chế độ ăn dành cho người tăng huyết áp, bao gồm giảm muối và tăng lượng kali ăn vào; hạn chế uống rượu và tăng hoạt động thể lực.

- Thuốc điều trị hạ áp ở bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường phải bao gồm thuốc ức chế men chuyển hay ức chế thụ thể. Nếu bệnh nhân không dung nạp được nhóm này, có thể dùng nhóm khác thay thế. Không phối hợp ức chế men chuyển với ức chế thụ thể. *Chống chỉ định dùng ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể ở phụ nữ có thai.*

- Thông thường cần phải phối hợp nhiều thuốc hạ huyết áp (nhiều hơn hai thuốc ở liều tối đa) để đạt được mục tiêu huyết áp. Phối hợp thường được khuyến cáo là ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể phối hợp với lợi tiểu, ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể phối hợp với thuốc chẹn kênh calci (thí dụ amlodipin). Nếu phối hợp 3 loại thuốc, bắt buộc phải có thuốc lợi tiểu.

- Nên dùng một hay nhiều thuốc hạ huyết áp ở thời điểm trước khi đi ngủ.

- Nếu đang dùng thuốc ức chế men chuyển, ức chế thụ thể hay lợi tiểu, cần phải theo dõi chức năng thận và nồng độ kali máu.

- Bệnh nhân bị đái tháo đường thường có tăng huyết áp, với tần suất vào khoảng 50-70%, thay đổi tùy thuộc loại đái tháo đường, tuổi, béo phì ... Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ chính của bệnh mạch vành, đột quỵ và biến chứng mạch máu nhỏ. Ở bệnh nhân bị đái tháo đường típ 1 tăng huyết áp là hậu quả của biến chứng thận, ngược lại ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tăng huyết áp thường có sẵn cùng với các yếu tố nguy cơ tim mạch chuyển hóa khác.

2. Rối loạn lipid máu

a) Đo chỉ số lipid máu: Cần kiểm tra bộ lipid máu ít nhất hàng năm.

b) Điều trị:

- Thay đổi lối sống: Để điều chỉnh rối loạn lipid máu, thay đổi lối sống tập trung vào giảm mỡ bão hòa, mỡ trans và lượng mỡ ăn vào; tăng acid béo n-3, chất xơ hòa tan và stanols/sterols thực vật; giảm cân; khuyến khích bệnh nhân tăng hoạt động thể lực để cải thiện lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường.

- Điều trị bằng thuốc:

+ Điều trị statin kết hợp với thay đổi lối sống ở những bệnh nhân đái tháo đường sau (bất kể trị số lipid máu ban đầu là bao nhiêu): Có bệnh tim mạch; Không có bệnh tim mạch nhưng lớn hơn 40 tuổi và có nhiều hơn một yếu tố nguy cơ tim mạch khác.

+ Ở bệnh nhân không có các nguy cơ ở trên, nên xem xét điều trị statin kết hợp với thay đổi lối sống nếu nồng độ LDL cholesterol vẫn còn >100 mg/dL hay có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch.

+ Ở bệnh nhân không có bệnh tim mạch, mục tiêu chính là LDL cholesterol <100 mg/dL (2,6 mmol/L). Ở bệnh nhân đã có bệnh tim mạch, mục tiêu LDL cholesterol là <70 mg/dL (1,8 mmol/L), có thể xem xét dùng statin liều cao.

+ Nếu bệnh nhân không đạt được mục tiêu lipid máu với statin ở liều tối đa có thể dung nạp được, có thể đặt mục tiêu điều trị là giảm LDL ~30–40% so với ban đầu

+ Các mục tiêu lipid máu khác bao gồm nồng độ triglycerides <150 mg/dL (1,7 mmol/L) và HDL cholesterol >40 mg/dL (1,0 mmol/L) ở nam và >50 mg/dL (1,3 mmol/L) ở nữ. Cần chú ý ưu tiên mục tiêu điều trị LDL cholesterol với statin trước.

+ Nếu vẫn không đạt được mục tiêu với statin ở liều tối đa có thể dung nạp được, có thể phối hợp statin và thuốc hạ lipid máu khác, tuy nhiên các phối hợp này chưa được đánh giá trong các nghiên cứu về hiệu quả lên tim mạch hay tính an toàn. Theo nghiên cứu ACCORD lipid, nếu triglycerides ≥ 204 mg/dL (2,3 mmol/L) và HDL ≤ 34 mg/dL (0,9 mmol/L) ở nam giới có thể phối hợp Statin với Fenofibrat.

+ Chống chỉ định statin trong thai kỳ.

3. Các biến chứng mạch máu nhỏ và chăm sóc bàn chân

3.1. Phát hiện sớm các biến chứng

a) Bệnh thận do đái tháo đường: Ít nhất mỗi năm một lần, đánh giá albumin niệu và mức lọc cầu thận ở tất cả các bệnh nhân ĐTĐ típ 2 và ở tất cả các bệnh nhân có tăng huyết áp phối hợp.

b) Bệnh võng mạc do đái tháo đường:

- Bệnh nhân ĐTĐ típ 2 cần được khám mắt toàn diện, đo thị lực tại thời điểm được chẩn đoán bệnh ĐTĐ.

- Nếu không có bằng chứng về bệnh võng mạc ở một hoặc nhiều lần khám mắt hàng năm và đường huyết được kiểm soát tốt, có thể xem xét khám mắt 2 năm một lần. Nếu có bệnh võng mạc do ĐTĐ, khám võng mạc ít nhất hàng năm. Nếu bệnh võng mạc đang tiến triển hoặc đe dọa đến thị lực, phải khám mắt thường xuyên hơn.

c) Bệnh thần kinh do ĐTĐ.

Tất cả bệnh nhân cần được đánh giá về bệnh thần kinh ngoại biên tại thời điểm bắt đầu được chẩn đoán ĐTĐ típ 2 và 5 năm sau khi chẩn đoán bệnh tiểu đường típ 1, sau đó ít nhất mỗi năm một lần.

d) Khám bàn chân:

- Thực hiện đánh giá bàn chân toàn diện ít nhất mỗi năm một lần để xác định các yếu tố nguy cơ của loét và cắt cụt chi.

- Tất cả các bệnh nhân ĐTĐ phải được kiểm tra bàn chân vào mỗi lần khám bệnh.

3.2. Điều trị các biến chứng: tham khảo các hướng dẫn chẩn đoán, điều trị liên quan.

4. Sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu

a) Phòng ngừa nguyên phát: ĐTD có tăng nguy cơ tim mạch. Nam > 50 tuổi, nữ > 60 tuổi có kèm ít nhất 1 nguy cơ tim mạch: Tiền sử gia đình có bệnh tim mạch, Tăng huyết áp, Hút thuốc lá, RLCH lipid, Tiểu albumin

b) Phòng ngừa thứ phát: sau biến cố tim mạch

c) Thuốc điều trị:

- Dùng Aspirin 81-325-500 mg/ngày

- Dị ứng aspirin, không dung nạp aspirin: dùng clopidogrel 75 mg/ngày.

5. Tiêm vacxin

Bệnh nhân ĐTD cần được tiêm vacxin phòng cúm, phế cầu trùng hàng năm. Ngoài ra cũng nên tiêm vacxin phòng viêm gan siêu vi B.

V. CHUYỂN TUYẾN

- Bệnh nhân đái tháo đường típ 1 cần được khám bởi bác sĩ chuyên khoa nội tiết, sau đó cùng theo dõi với bác sĩ đa khoa

- Bệnh nhân đái tháo đường típ 2 cần được chuyển lên khám bác sĩ chuyên khoa nội tiết khi không đạt mục tiêu điều trị, hoặc khi phác đồ điều trị ngày càng phức tạp dần (thí dụ tiêm insulin nhiều lần trong ngày...)

- Bệnh nhân ĐTD típ 2 cần được chuyển khám đầy mắt ngay khi mới chẩn đoán và sau đó mỗi 1-2 năm một lần, bệnh nhân đái tháo đường típ 1 cần được khám đầy mắt 5 năm sau khi chẩn đoán, đôi khi sớm hơn: 3 năm sau khi chẩn đoán. Phụ nữ có thai bị đái tháo đường cần khám đầy mắt ngay khi biết có thai.

- Khi bệnh nhân có bệnh lý thần kinh ngoại biên, nhất là có biến dạng bàn chân và mất cảm giác ở chân như cảm giác đau, cảm giác xúc giác, cần được khám để đánh giá nguy cơ loét bàn chân.

- Khám răng miệng hàng năm.

- Có thể cần gửi khám chuyên khoa khi có một số biến chứng mạn của bệnh đái tháo đường: thí dụ cơn đau thắt ngực không ổn định, bệnh thận mạn giai đoạn 3...(tham khảo thêm các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị biến chứng mạn của bệnh ĐTD). N

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Phác đồ điều trị nội khoa Bệnh Viện Chợ Rẫy

- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2 (Ban hành kèm theo Quyết định số 3319/QĐ-BYT ngày 19 tháng 7 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CÁC THUỐC HẠ GLUCOSE HUYẾT ĐANG SỬ DỤNG TẠI BỆNH VIỆN

1. Sulfonylurea (Gliclazide):

Cơ chế tác dụng chính của sulfonylurea là tăng tiết insulin ở tế bào beta tụy. Do đó tác dụng phụ chính của thuốc là hạ glucose huyết và tăng cân. Cần chú ý khi dùng cho bệnh nhân lớn tuổi vì có nguy cơ hạ glucose huyết cao hơn do bệnh nhân dễ bỏ ăn, ăn kém và có chức năng thận suy giảm. Đa số các thuốc thải qua thận nên cần chú ý giảm liều hay ngưng thuốc khi bệnh nhân có suy thận. Nếu thuốc được chuyển hóa ở gan, cần ngưng khi có suy tế bào gan. Thuốc được dùng trước ăn 30 phút.

Hiệu quả hạ glucose huyết tối ưu của thuốc đạt ở liều bằng nửa liều tối đa cho phép. Cần thận trọng khi dùng liều cao hơn vì có thể làm tăng tác dụng phụ.

Thuốc **Gliclazide** có hàm lượng 80mg, tác dụng kéo dài 12 giờ. Liều khởi đầu 4080mg/ngày. Liều tối đa 320 mg/ngày. Dạng phóng thích chậm có hàm lượng 30-60mg, liều khuyến cáo tối đa của dạng phóng thích chậm là 120 mg/ngày. Thuốc được chuyển hóa hoàn toàn ở gan thành chất dẫn xuất bất hoạt. Thuốc ít gây hạ glucose huyết hơn các loại sulfonylurea khác và được chọn vào danh sách các thuốc thiết yếu để điều trị ĐTĐ của Tổ Chức Y tế Thế giới.

2. Metformin

Là thuốc duy nhất trong nhóm biguanide c n được sử dụng hiện nay. Thuốc khác trong nhóm là phenformin đã bị cấm dùng vì tăng nguy cơ nhiễm acid lactic.

Cơ chế tác dụng: giảm sản xuất glucose ở gan. Có tác dụng yếu trên tăng hiệu ứng incretin. Thuốc làm giảm HbA1c khoảng 1 – 1,5%. Liều thường dùng 500-2000 mg/ngày. Ít khi cần dùng đến liều 2500mg/ngày, ở liều này tác dụng giảm glucose huyết không tăng nhiều nhưng tác dụng phụ sẽ nhiều hơn.

Chống chỉ định: bệnh nhân suy thận (độ lọc cầu thận ước tính $eGFR < 30$ mL/phút, giảm liều khi độ lọc cầu thận ước tính trong khoảng 30-45 mL/phút), suy tim nặng, các tình huống giảm lượng máu đến tổ chức (mô) và/hoặc giảm oxy đến các tổ chức (mô) như choáng, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Nếu bệnh nhân đái tháo đường mới chẩn đoán đã có độ lọc cầu thận ước tính < 45 mL/phút, nên cân nhắc cẩn thận việc dùng metformin.

Thận trọng khi dùng Metformin ở bệnh nhân > 80 tuổi, những bệnh nhân có nguy cơ nhiễm acid lactic như suy thận, nghiện rượu mạn. Ngưng Metformin 24 giờ trước khi chụp hình với thuốc cản quang, phẫu thuật. Cho bệnh nhân uống đủ nước hay truyền dịch để phòng ngừa suy thận do thuốc cản quang.

Thuốc dùng đơn độc không gây hạ glucose huyết, không làm thay đổi cân nặng hoặc có thể giảm cân nhẹ, làm giảm hấp thu vitamin B12 nhưng ít khi gây thiếu máu. Tác dụng phụ thường gặp là buồn nôn, đau bụng, tiêu chảy, có thể hạn chế bằng cách dùng liều thấp tăng dần, uống sau bữa ăn hoặc dùng dạng phóng thích chậm.

Thuốc có thể làm giảm nguy cơ tim mạch và nguy cơ ung thư, tuy nhiên bằng chứng chưa rõ ràng.

Cách dùng: dùng trước hoặc sau ăn, nên khởi đầu ở liều thấp và tăng liều từ từ mỗi 5 – 7 ngày để làm giảm tác dụng phụ trên đường tiêu hóa

Metformin thường được lựa chọn là thuốc khởi đầu điều trị ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2.

Tóm tắt liều dùng các thuốc viên hạ glucose huyết uống

Thuốc	Hàm lượng	Liều mỗi ngày	Thời gian tác dụng
<i>Sulfonylurea</i>			
Gliclazide	80 mg 30-60 mg dạng phóng thích chậm	40 mg-320 mg viên thường, chia uống 2-3 lần 30-120 mg dạng phóng thích chậm, uống 1 lần/ngày	12 giờ 24 giờ, dạng phóng thích chậm
<i>Thuốc tăng nhạy cảm với insulin</i>			
Metformin	500-850-1000mg Dạng phóng thích chậm: 500-750 mg	1-2,5 gam, uống 1 viên sau ăn, ngày 2-3 lần Dạng phóng thích chậm: 500-2000 mg/ngày uống 1 lần	7-12 giờ Dạng phóng thích chậm: kéo dài 24 giờ

TƯƠNG QUAN GIỮA GLUCOSE HUYẾT TƯƠNG TRUNG BÌNH VÀ HbA1c

HbA1c (%)	HbA1c (mmol/mol)	Glucose huyết trung bình (mmol/L)
13	119	18 mmol/L
12	108	17 mmol/L
11	97	15 mmol/L
10	86	13 mmol/L
9	75	12 mmol/L
8	64	10 mmol/L
7	53	8 mmol/L
6	42	7 mmol/L

HbA1c (%)	HbA1c (mmol/mol)	Glucose huyết trung bình (mmol/L)
5	31	5 mmol/L

Bảng này chỉ có tính cách tham khảo vì trị số glucose huyết dao động rất nhanh, do đó tốt nhất là tự đo đường huyết nhiều lần trong ngày (đối với ĐTĐ típ 2 có thể đo lúc đói, sau ăn, trước khi đi ngủ) để biết sự dao động của đường huyết và ảnh hưởng của bữa ăn. Khi glucose huyết đã tương đối ổn định, có thể đo glucose huyết với tần xuất thưa hơn.

HbA1c thường được khuyến cáo đo 3 tháng một lần để theo dõi sát tình trạng kiểm soát glucose huyết, nếu glucose huyết thường xuyên ổn định có thể đo 6 tháng một lần. Mức glucose huyết ổn định để phòng ngừa các biến chứng cho người ĐTĐ còn trẻ, không có bệnh đồng mắc là HbA1c <6,5-7%.

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31 tháng 08 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. ĐỊNH NGHĨA

Tăng huyết áp là khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg.

2. NGUYÊN NHÂN

Phần lớn tăng huyết áp (THA) ở người trưởng thành là không rõ nguyên nhân (THA nguyên phát), chỉ có khoảng 10% các trường hợp là có nguyên nhân (THA thứ phát, xem Phụ lục 1 – Nguyên nhân gây THA thứ phát, các yếu tố nguy cơ tim mạch, biến chứng & tổn thương cơ quan đích do THA).

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định THA:

Dựa vào trị số huyết áp đo được sau khi đo huyết áp đúng quy trình (xem Phụ lục 2 – Quy trình đo huyết áp). Ngưỡng chẩn đoán THA thay đổi tùy theo từng cách đo huyết áp (Bảng 1).

Bảng 1. Các ngưỡng chẩn đoán tăng huyết áp theo từng cách đo

	Huyết áp tâm thu		Huyết áp tâm trương
1. Cán bộ y tế đo theo đúng quy trình	≥ 140 mmHg	và/ hoặc	≥ 90 mmHg
2. Đo bằng máy đo HA tự động 24 giờ	≥ 130 mmHg		≥ 80 mmHg
3. Tự đo tại nhà (<i>đo nhiều lần</i>)	≥ 135 mmHg		≥ 85 mmHg

3.2. Phân độ THA:

Dựa vào trị số huyết áp do cán bộ y tế đo được (xem Bảng 2).

Bảng 2. Phân độ huyết áp

Phân độ huyết áp	Huyết áp tâm thu (mmHg)		Huyết áp tâm trương (mmHg)
Huyết áp tối ưu	< 120	và/ hoặc	< 80
Huyết áp bình thường	120 – 129		80 – 84
Tiền tăng huyết áp	130 - 139		85 – 89
Tăng huyết áp độ 1	140 – 150		90 – 99
Tăng huyết áp độ 2	160 – 179		110 – 109
Tăng huyết áp độ 3	≥ 180		≥ 110
Tăng huyết áp tâm thu đơn độc	≥ 140		< 90

Nếu huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương không cùng mức phân độ thì chọn mức cao hơn để xếp loại. THA tâm thu đơn độc cũng được phân độ theo các mức biến động của huyết áp tâm thu.

3.3. Phân tầng nguy cơ tim mạch:

Dựa vào phân độ huyết áp, số lượng các yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNCTM) và biến cố tim mạch (xem Bảng 3 – Phân tầng nguy cơ tim mạch) để có chiến lược quản lý, theo dõi và điều trị lâu dài.

Bảng 3. Phân tầng nguy cơ tim mạch

	Huyết áp Bình thường	Tiền Tăng HA	Tăng HA Độ 1	Tăng HA Độ 2	Tăng HA Độ 3
Bệnh cảnh	HATT 120-129 mmHg và HATTr 80-84 mmHg	HATT 130-139 mmHg và/hoặc HATTr 85-89 mmHg	HATT 140-159 mmHg và/hoặc HATTr 90-99 mmHg	HATT 160-179 mmHg và/hoặc HATTr 100-109 mmHg	HATT $\geq$ 180 mmHg và/hoặc HATTr $\geq$ 110 mmHg
Không có yếu tố nguy cơ tim mạch nào			Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
Có từ 1-2 yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNCTM)	Nguy cơ thấp	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ rất cao
Có $\geq$ 3 YTNCTM hoặc hội chứng chuyển hóa hoặc tổn thương cơ quan đích hoặc đái tháo đường	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ rất cao
Đã có biến cố hoặc có bệnh tim mạch hoặc có bệnh thận mạn tính	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao

4. ĐIỀU TRỊ**4.1. Nguyên tắc chung:**

- Tăng huyết áp là bệnh mạn tính nên cần theo dõi đều, điều trị đúng và đủ hàng ngày, điều trị lâu dài.

- Mục tiêu điều trị là đạt “huyết áp mục tiêu” và giảm tối đa “nguy cơ tim mạch”.

- “Huyết áp mục tiêu” cần đạt là $< 140/90$ mmHg và thấp hơn nữa nếu người bệnh vẫn dung nạp được. Nếu nguy cơ tim mạch từ cao đến rất cao thì huyết

áp mục tiêu cần đạt là $< 130/80$ mmHg. Khi điều trị đã đạt huyết áp mục tiêu, cần tiếp tục duy trì phác đồ điều trị lâu dài kèm theo việc theo dõi chặt chẽ, định kỳ để điều chỉnh kịp thời.

- Điều trị cần hết sức tích cực ở bệnh nhân đã có tổn thương cơ quan đích. Không nên hạ huyết áp quá nhanh để tránh biến chứng thiếu máu ở các cơ quan đích, trừ tình huống cấp cứu.

4.2. Các biện pháp tích cực thay đổi lối sống:

Áp dụng cho mọi bệnh nhân để ngăn ngừa tiến triển và giảm được huyết áp, giảm số thuốc cần dùng ...

- Chế độ ăn hợp lý, đảm bảo đủ kali và các yếu tố vi lượng:
 - + Giảm ăn mặn (< 6 gam muối hay 1 thìa cà phê muối mỗi ngày).
 - + Tăng cường rau xanh, hoa quả tươi.
 - + Hạn chế thức ăn có nhiều cholesterol và axit béo no.
- Tích cực giảm cân (nếu quá cân), duy trì cân nặng lý tưởng với chỉ số khối cơ thể (BMI: body mass index) từ 18,5 đến 22,9 kg/m^2 .
- Cố gắng duy trì vòng bụng dưới 90cm ở nam và dưới 80cm ở nữ.
- Hạn chế uống rượu, bia: số lượng ít hơn 3 cốc chuẩn/ngày (nam), ít hơn 2 cốc chuẩn/ngày (nữ) và tổng cộng ít hơn 14 cốc chuẩn/tuần (nam), ít hơn 9 cốc chuẩn/tuần (nữ). 1 cốc chuẩn chứa 10g ethanol tương đương với 330ml bia hoặc 120ml rượu vang, hoặc 30ml rượu mạnh.
- Ngừng hoàn toàn việc hút thuốc lá hoặc thuốc lào.
- Tăng cường hoạt động thể lực ở mức thích hợp: tập thể dục, đi bộ hoặc vận động ở mức độ vừa phải, đều đặn khoảng 30-60 phút mỗi ngày.
- Tránh lo âu, căng thẳng thần kinh; cần chú ý đến việc thư giãn, nghỉ ngơi hợp lý.
- Tránh bị lạnh đột ngột.

4.3. Điều trị tăng huyết áp bằng thuốc:

- Chọn thuốc khởi đầu:
 - + Tăng huyết áp độ 1: Có thể lựa chọn một thuốc trong số các nhóm: lợi tiểu thiazide liều thấp; ức chế men chuyển; chẹn kênh canxi loại tác dụng kéo dài; chẹn beta giao cảm (nếu không có chống chỉ định).
 - + Tăng huyết áp từ độ 2 trở lên: nên phối hợp 2 loại thuốc (lợi tiểu, chẹn kênh canxi, ức chế men chuyển, ức chế thụ thể AT1 của angiotensin II, chẹn beta giao cảm).
 - + Từng bước phối hợp các thuốc hạ huyết áp cơ bản, bắt đầu từ liều thấp như lợi tiểu thiazide (hydrochlorothiazide 12.5mg/ngày), chẹn kênh canxi dạng phóng thích chậm (nifedipine chậm (retard) 10-20mg/ngày), ức chế men chuyển (enalapril 5mg/ngày; perindopril 2,5-5 mg/ngày ...).

- Quản lý người bệnh ngay tại tuyến cơ sở để đảm bảo bệnh nhân được uống thuốc đúng, đủ và đều; đồng thời giám sát quá trình điều trị, tái khám, phát hiện sớm các biến chứng và tác dụng phụ của thuốc theo 4 bước quản lý tăng huyết áp ở tuyến cơ sở (Phụ lục 3 – Quy trình 4 bước điều trị tăng huyết áp tại tuyến cơ sở).

- Nếu chưa đạt huyết áp mục tiêu: chỉnh liều tối ưu hoặc bổ sung thêm một loại thuốc khác cho đến khi đạt huyết áp mục tiêu.

- Nếu vẫn không đạt huyết áp mục tiêu hoặc có biến cố: cần chuyển tuyến trên hoặc gửi khám chuyên khoa tim mạch.

4.4. Các lý do chuyển tuyến trên hoặc chuyên khoa tim mạch:

Cần nhắc chuyển đến các đơn vị quản lý THA tuyến trên hoặc chuyên khoa tim mạch trong các trường hợp sau:

- Tăng huyết áp tiến triển: THA đe dọa có biến chứng (như tai biến mạch não thoáng qua, suy tim ...) hoặc khi có các biến cố tim mạch.

- Nghi ngờ tăng huyết áp thứ phát hoặc THA ở người trẻ hoặc khi cần đánh giá các tổn thương cơ quan đích.

- Tăng huyết áp kháng trị mặc dù đã dùng nhiều loại thuốc phối hợp (≥ 3 thuốc, trong đó ít nhất có 1 thuốc lợi tiểu) hoặc không thể dung nạp với các thuốc hạ áp, hoặc có quá nhiều bệnh nặng phối hợp.

- THA ở phụ nữ có thai hoặc một số trường hợp đặc biệt khác.

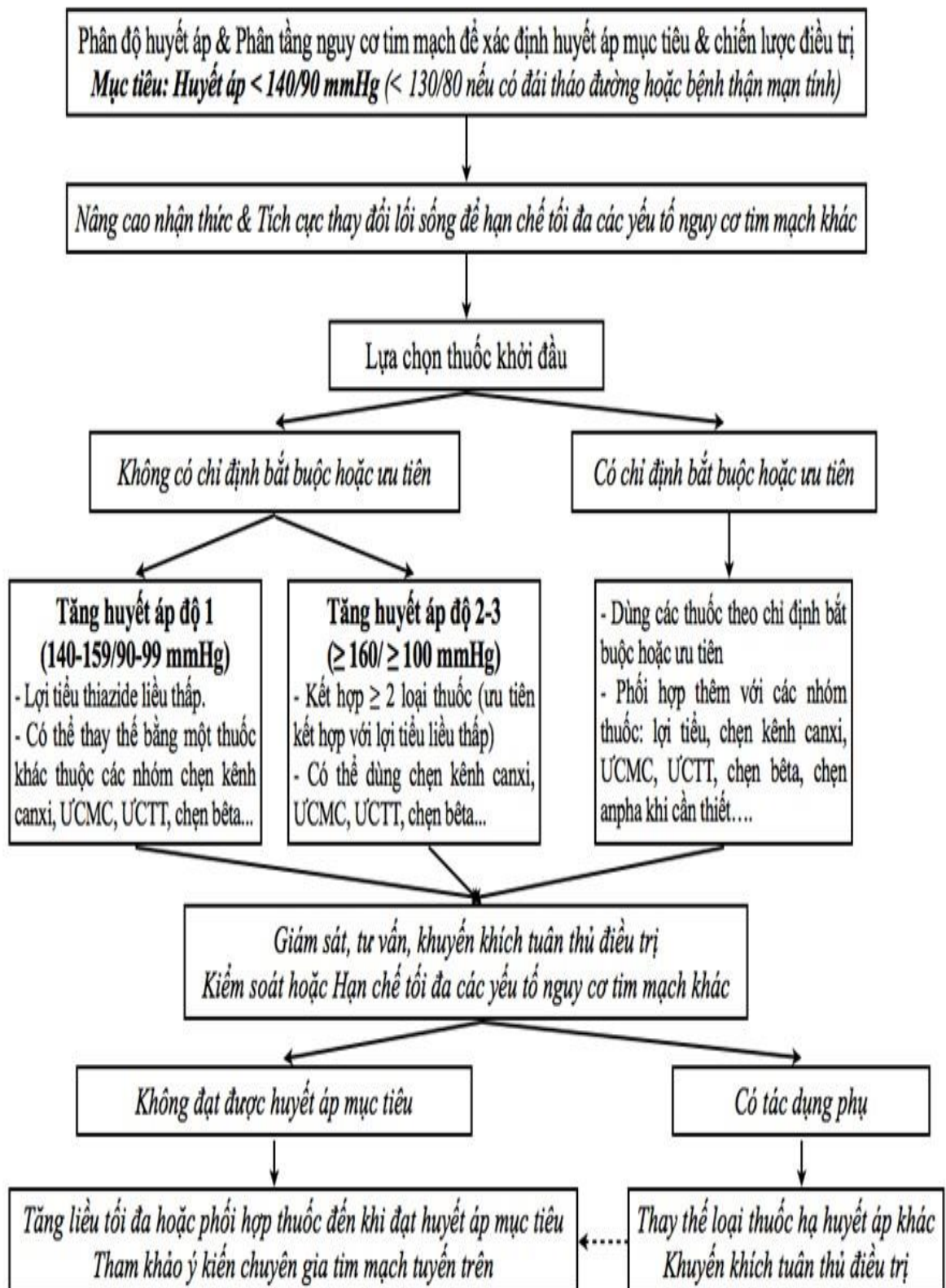
5. TIẾN TRIỂN

Tăng huyết áp không được điều trị và kiểm soát tốt sẽ dẫn đến tổn thương nặng các cơ quan đích và gây các biến chứng nguy hiểm như tai biến mạch não, nhồi máu cơ tim, phình tách thành động mạch chủ, suy tim, suy thận ... thậm chí dẫn đến tử vong (Phụ lục 1).

6. PHÒNG BỆNH

Các biện pháp tích cực thay đổi lối sống (Phần 4.2) là những biện pháp để phòng ngừa tăng huyết áp ở người trưởng thành, phối hợp với việc giáo dục truyền thông nâng cao nhận thức và hiểu biết về bệnh tăng huyết áp cũng như các biến chứng của tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ tim mạch khác.

QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP



THIẾU MÁU CƠ TIM CỤC BỘ

1. Định nghĩa

Thiếu máu cục bộ cơ tim là bệnh cảnh do nhiều nguyên nhân có chung tình trạng mất cân bằng giữa cung và cầu oxygen của cơ tim, là biểu hiện của tình trạng giảm tạm thời hay kéo dài, tương đối hay tuyệt đối quá trình oxy hoá của tim.

2. Nguyên nhân

- Bệnh động mạch vành
- Xơ vữa động mạch vành: chiếm phần lớn các trường hợp thiếu máu cục bộ cơ tim.
 - Thuyên tắc động mạch vành.
 - Co thắt động mạch vành.
 - Phình bóc tách động mạch chủ.
 - Viêm động mạch chủ Takayasu.
 - Dị tật bẩm sinh động mạch vành: dò động mạch vành.
- Bệnh van tim
 - Hẹp khít van động mạch chủ.
 - Hở nặng van động mạch chủ.
- Sa van 2 lá.
- Bệnh cơ tim phì đại
- Các yếu tố tăng nhu cầu oxy cơ tim
- Tim đập nhanh, tình trạng tăng co cơ tim.

3. Các yếu tố phụ trợ

- Thiếu máu.
- Tụt huyết áp.
- Các yếu tố nguy cơ xơ vữa động mạch vành
- Tiền sử gia đình có người bị bệnh động mạch vành sớm
- Hút thuốc lá.
- Tăng Cholesterol máu.
- Tăng huyết áp.
- Tiểu đường.
- Béo phì.
- Ít hoạt động thể lực.

Nếu tránh được các nguy cơ này sẽ làm chậm hoặc thoái triển quá trình xơ vữa động mạch vành.

4.Điều trị

4.1. Điều trị cơn đau thắt ngực ổn định

4.2. Điều trị các yếu tố nguy cơ xơ vữa động mạch vành.

4.3. Điều trị các yếu tố thúc đẩy.

4.4. Điều trị bằng thuốc:

a) Nitrate:

*** Cơ chế tác dụng:**

Tác dụng chủ yếu dẫn tĩnh mạch => tăng khả năng chứa máu ở tĩnh mạch => giảm thể tích và áp lực tâm trương trong buồng tâm thất => cải thiện tưới máu cơ tim.

Cơ chế phụ: là giãn động mạch:

Làm cải thiện tuần hoàn bàng hệ động mạch vành

Giảm áp lực hậu tải => giảm bớt gánh nặng co bóp cơ tim => tiêu thụ oxy ít hơn và tưới máu dễ hơn.

Nitrate tác dụng ngắn:

- Nitroglycerine viên 0,3mg 0,4mg 0,6mg.
- Isosorbide dinitrate 5mg.
- Dạng khí dung Nitroglycerine 0,4mg / liều (xịt 2 nhát).

Chỉ dùng để điều trị cơn đau, thời gian bắt đầu tác dụng sau 2 phút và kéo dài 20 - 30 phút, có thể dùng lặp lại với khoảng cách sau 5 phút nếu cơn đau chưa hết.

Nitrate tác dụng dài:

- Nitrate dùng đường uống phần lớn bị phân hủy tại gan => dùng liều cao hơn.
- Nên dùng thuốc chừa thời gian trống Nitrate để cơ thể hồi phục gốc SH tạo NO => tránh dùng nạp Nitrate (lờn thuốc) hoặc thay thế bằng Molsidomine cung cấp trực tiếp gốc NO.
- Ở người bị xơ gan nên dùng loại Isosorbide mononitrate vì ít bị chuyển hóa ở gan.

*** Liều lượng:**

- ISDN 10 - 40mg x 2 - 3 lần/ ngày.
- Isosorbide 5 mononitrate (imdur 30; 60mg) uống 1 lần/ ngày liều 30-60mg
- Transdermal Nitroglycerine 5 -15 mg ngày dán 1 lần trong 12 giờ.

Tác dụng phụ của Nitrate: đau đầu, hạ huyết áp nhẹ.

b) Ức chế Beta:

*** Cơ chế tác dụng:**

- Giảm sức co bóp tim ® giảm tiêu thụ oxy cơ tim.
- Kéo dài thời gian tâm trương ® tăng tưới máu cơ tim.

*** Chọn lựa thuốc:**

Nên dùng các ức chế beta 1 chọn lọc (Metoprolol, Atenolol) => ít có tác dụng phụ gây nặng thêm bệnh lý mạch máu ngoại biên và co phế quản.

Nếu nhịp tim hơi chậm nên dùng ức chế beta có hoạt tính giao cảm (ISA (+)) như pindolol, Acébutolol

Nên bắt đầu bằng liều thấp rồi tăng dần đến khi đạt mục tiêu:

Nhịp tim lúc nghỉ # 50 - 60 nhịp/ phút

Khi gắng sức, nhịp tim < 100 nhịp/ phút

VD: Propranolol 10mg x 2 lần/ ngày => 20-80mg x 2 lần/ ngày

Metoprolol 12,5 mg x 2 lần/ ngày => 50-100mg x 2 lần/ ngày

*** Chống chỉ định chính:**

Suy tim,Block nhĩ thất,Bệnh phổi tắc nghẽn,Nhịp tim chậm rõ ràng lúc nghỉ,Bệnh lý mạch máu ngoại biên nặng.

c) Thuốc ức chế Calci:

*** Cardiazem:**

Tác dụng:

- Giảm sức co bóp cơ tim.
- Giảm nhịp tim và làm chậm dẫn truyền nhĩ thất.
- Dẫn động mạch > tĩnh mạch nên làm hạ huyết áp => giảm công của tim và giảm áp lực tâm thu buồng thất trái.

Liều lượng: 120 - 360 mg/ ngày chia 1 - 3 lần tùy thuộc vào chế phẩm tác dụng dài hay ngắn.

Chống chỉ định: Suy tim nặng, Tụt huyết áp, Nhịp tim chậm.

*** Verapamil:**

Tác dụng: Giống như Cardiazem nhưng mạnh hơn về tác dụng giảm nhịp tim, block nhĩ thất.

Liều lượng: 120 - 480mg/ ngày chia 1- 3 lần tùy thuộc vào chế phẩm.

Chống chỉ định:Suy tim nặng, Tụt huyết áp, Nhịp tim chậm.

*** Nifedipine:**

Tác dụng:Dẫn mạch trực tiếp, không có ảnh hưởng đến dẫn truyền nhĩ thất và sức co bóp cơ tim.

Tác dụng phụ: tăng nhịp tim gây bất lợi cho tưới máu cơ tim, do đó chỉ dùng trong trường hợp thiếu máu cục bộ cơ tim có cao huyết áp. Nên phối hợp với ức chế beta để làm giảm nhịp tim

Liều lượng: 30 - 60mg / ngày chia 1 - 3 lần tùy thuộc vào chế phẩm.

Vd: Nifédipin retard 10 - 20mg x 2 hoặc 3 lần/ ngày.

Adalate LA 30 mg ngày dùng 1 lần duy nhất 1 viên.

d) Chống kết dính tiểu cầu:

Có thể dùng lâu dài Aspirine liều thấp 80 - 160 mg/ ngày.

Nếu BN bị viêm loét dạ dày tá tràng dùng Ticlopidine 250 x 2 lần/ ngày hoặc Clopidogrel 75mg (Plavix, Deplatt, infartan) x 1 lần/ngày

e) Điều trị có sang chấn:

Mục tiêu nhằm tái lập lưu lượng máu nuôi cơ tim, có nhiều phương pháp hiện nay được áp dụng.

- Phẫu thuật bắc cầu qua chỗ hẹp (CABG).
- Nong động mạch vành (PTCA).
- Cắt mảng xơ vữa qua nội soi.
- Khoan động mạch vành
- Điều trị cơn đau thắt ngực biến thái
- Dùng nitrat và ức chế can xi không nên dùng ức chế beta.
- Điều trị cơn đau thắt ngực không ổn định/nhồi máu cơ tim không ST chênh lên

Nguyên tắc:

Phải nhập viện vào đơn vị săn sóc mạch vành, nghỉ tại giường, an thần, điều trị các yếu tố thúc đẩy như cao huyết áp, thiếu máu, thiếu oxy máu, ... Mục tiêu điều trị gồm giảm triệu chứng thiếu máu bằng thuốc điều trị cơn đau thắt ngực và thuốc chống huyết khối.

Điều trị thiếu máu cục bộ:

Nên phối hợp 2 nhóm thuốc: Nitrate, ức chế beta, ức chế calci nếu không có chống chỉ định.

Nitrate có thể dùng thêm qua đường truyền tĩnh mạch.

Chống đông (xem nhồi máu cơ tim với ST chênh lên):

Dùng Heparin giảm được tỉ lệ biến chứng nhồi máu cơ tim.

Dùng chống kết tập tiểu cầu (Aspirine, clopidogrel...) giảm tử suất và biến chứng nhồi máu cơ tim.

Giảm đau:

Có thể dùng morphin nếu các thuốc giảm đau khác không hiệu quả.

Tiên lượng:

Với điều trị tích cực trong điều kiện đầy đủ, có khoảng 10 - 20% đưa đến nhồi máu cơ tim.