**BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Tâm thần phân liệt (TTPL) là một bệnh loạn thần nặng tiến triển, có khuynh hướng mạn tính, làm cho người bệnh dần dần tách khỏi cuộc sống bên ngoài, thu dần vào thế giới bên trong với những hành vi, ý nghĩ kỳ dị, khó hiểu.

- TTPL là một bệnh lí phổ biến với tỷ lệ khoảng 1% dân số.

- Giai đoạn bệnh nặng, tiến triển cần quản lí điều trị nội trú tại cơ sở chuyên khoa tâm thần. Giai đoạn bệnh ổn định cần quản lí điều trị lâu dài tại cộng đồng.

- Cho đến nay, nguyên nhân bệnh vẫn chưa xác định được rõ ràng. Tâm thần phân liệt vẫn được xếp vào nhóm các bệnh nội sinh trong đó có vai trò của rất nhiều yếu tố: di truyền, miễn dịch, nhiễm độc.

**II. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG**

Biểu hiện lâm sàng bệnh tâm thần phân liệt bao gồm các triệu chứng âm tính và dương tính.

**1. Các triệu chứng dương tính**

Là các triệu chứng phong phú, đa dạng luôn biến đổi, biểu hiện trên tất cả các mặt hoạt động tâm thần, đặc biệt trong tư duy, cảm xúc và hành vi với đặc trưng là thiếu hoà hợp.

- Thiếu hoà hợp trong tư duy: ngôn ngữ của người bệnh thường khó hiểu. Bệnh nhân nói một mình, không nói hoặc nói rất khẽ, có khi nói liên hồi, nói đầu gà đầu vịt hoặc lặp đi lặp lại. Có thể có biểu hiện giả giọng người khác hoặc đặt ra từ ngữ mới mà chỉ một mình bệnh nhân mới hiểu được. Dòng tư duy có lúc chậm lúc nhanh, lúc bị ngừng lại. Nội dung tư duy thường nghèo nàn, tối nghĩa.

- Thiếu hoà hợp trong cảm xúc: cảm xúc trở nên lạ lùng, khó hiểu, thiếu tình cảm với người thân, bàng quan lạnh nhạt với những thích thú trước đây, cảm xúc hai chiều, trái ngược.

Thiếu hoà hợp trong hành vi: hành vi xung động, khó hiểu, hai chiều trái ngược, lố lăng, định hình.

- Người bệnh thường xa lánh mọi người, sống cô độc, đi lang thang không có mục đích, đôi khi có cơn kích động, hò hét, đập phá. Có người có những động tác lặp đi lặp lại, điệu bộ, nhún vai, nhếch mép. Một số bệnh nhân có hành vi kỳ dị như trời nắng thì mặc áo bông, trời rét thì lại ở trần. Có người lúc thì ngồi co ro một mình ở nhà, lúc thì chạy nhảy ngoài đường can thiệp vào công việc của người khác.

**2. Các triệu chứng âm tính:** là biểu hiện cốt lõi của quá trình phân liệt bao gồm:

*b) Tính tự kỷ:* tính tự kỷ là mức độ cao của tính thiếu hoà hợp, biểu hiện bằng hiện tượng tách rời thực tại, cắt đứt với thế giới bên ngoài, quay về với cuộc sống nội tâm bên trong. Chủ yếu là tính khó thâm nhập, kỳ dị khó hiểu.

Thế giới tự kỷ là thế giới riêng của người bệnh, trong đó có các quy luật của tự nhiên và xã hội đều bị đảo lộn, không áp dụng được

*c) Thế năng tâm thần giảm sút:* Thế năng tâm thần là năng lượng cần thiết cho mọi hoạt động tâm thần, biểu hiện bằng lòng nhiệt tình, tính năng động, tính linh hoạt và sáng tạo.

Thế năng tâm thần bị giảm sút thể hiện bằng: cảm xúc hằng ngày khô lạnh, bệnh nhân trở nên bàng quan, vô cảm xúc; tư duy nghèo nàn cứng nhắc, bệnh nhân học tập ngày càng sút kém, thói quen nghề nghiệp cũ tan biến dần. Ý chí ngày càng suy đồi, bệnh nhân không thiết làm gì thậm chí cả vệ sinh cơ thể

**III. CHẨN ĐOÁN**

**Theo bảng phân loại quốc tế lần thứ 10 (ICD - 10)**

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 của bệnh TTPL thành từng nhóm có tầm quan trọng đặc biệt đối với chẩn đoán, đó là:

a) Tư duy vang thành tiếng.

b) Các hoang tưởng bị kiểm tra, bị chi phối hay bị động, có liên quan rõ rệt với vận động thân thể, với những ý nghĩ hay cảm giác đặc biệt; Tri giác hoang tưởng.

c) Các ảo thanh bình luận thường xuyên về hành vi của bệnh nhân hay thảo luận với nhau về bệnh nhân hoặc các loại ảo thanh khác xuất phát từ một bộ phận nào đó của cơ thể.

d) Các loại hoang tưởng dai dẳng khác không thích hợp về mặt văn hoá, về tôn giáo hay chính trị hoặc những hoang tưởng về khả năng và quyền lực siêu nhân (ví dụ: có khả năng điều khiển thời tiết hoặc đang tiếp xúc với những người của thế giới khác)

e) Ảo giác dai dẳng bất cứ loại nào, kèm theo hoang tưởng thoáng qua hay chưa hoàn chỉnh, không có nội dung cảm xúc rõ ràng hoặc kèm theo ý tưởng quá dai dẳng trong nhiều tuần hay nhiều tháng.

f) Tư duy gián đoạn hay thêm từ khi nói, đưa đến tư duy không liên quan, lời nói không thích hợp hay ngôn ngữ bịa đặt.

g) Tác phong căng trương lực như kích động, giữ nguyên dáng hay phủ định, không nói hay sững sờ.

h) Các triệu chứng âm tính như vô cảm rõ rệt, các đáp ứng cảm xúc cùn mòn hay không thích hợp, ngôn ngữ nghèo nàn thường đưa đến cách ly xã hội hay giảm sút hiệu suất lao động (các triệu chứng trên không do trầm cảm hay thuốc an thần kinh gây ra).

i) 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 và cách ly xã hội.

**1. Chẩn đoán xác định (theo ICD-10)**

- Ít nhất phải có một triệu chứng rất rõ thuộc vào một trong các nhóm từ (a) đến (d) ở trên hoặc ít nhất là phải có hai trong các nhóm từ (e) đến (i).

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

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

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

**2. Chẩn đoán phân biệt**

- *Rối loạn phân liệt cảm xúc (F25):* Cả hai loại triệu chứng phân liệt và cảm xúc đều nổi bật đồng thời hoặc cách nhau vài ngày trong cùng giai đoạn của bệnh.

- *Rối loạn loại phân liệt (F21):* Tác phong kỳ dị, tư duy và cảm xúc khác thường giống như trong bệnh TTPL, nhưng không có những nét bất thường rõ rệt và đặc trưng của bệnh TTPL ở bất cứ giai đoạn nào của bệnh.

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

- *Loạn thần do các chất tác động tâm thần (rượu, ma tuý):* Một trạng thái loạn thần xuất hiện trong hoặc sau khi sử dụng các chất tác động tâm thần. Nét đặc trưng là những ảo giác sinh động (điển hình là ảo thanh, song thường là của nhiều giác quan) các hoang tưởng thường mang tính chất bị truy hại) rối loạn tâm thần vận động (kích động hoặc sững sờ). Cảm xúc bất thường đi từ sợ hãi mãnh liệt đến ngơ ngác.

Rối loạn này tuy có nhiều triệu chứng của TTPL nhưng không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán. Nếu điển hình triệu chứng sẽ mất đi một phần trong vòng một tháng và mất hoàn toàn trong vòng 6 tháng. Khám lâm sàng và xét nghiệm phát hiện có hiện tượng nhiễm độc rượu hoặc ma tuý.

**IV. CÁC THỂ LÂM SÀNG CỦA BỆNH TTPL**

**1. Tâm thần phân liệt thể paranoid (F20.0)**

Các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh TTPL phải được thoả mãn. Ngoài ra các ảo giác, hoang tưởng nổi bật; các rối loạn cảm xúc ý chí và các triệu chứng căng trương lực tương đối kín đáo. Bệnh nhân thường có các ảo giác thuộc loại đã mô tả ở (b) và (c). Hoang tưởng có thể có bất cứ loại nào tuy nhiên các hoang tưởng bị kiểm tra, bị chi phối hay bị động là đặc trưng nhất.

**2. Tâm thần phân liệt thể thanh xuân (F20.1)**

- Các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh TTPL cần phải được thỏa mãn.

- Thông thường thể thanh xuân được chẩn đoán lần đầu tiên ở thanh thiếu niên hay người thanh niên trẻ. Các biến đổi cảm xúc nổi bật như cảm xúc không thích hợp, cười khúc khích, cười một mình hoặc cau có, điệu bộ. Tư duy lộn xộn, lời nói dông dài, rời rạc làm cho người nghe khó hiểu. Hành vi tác phong thiếu mục đích, vô trách nhiệm và không lường trước. Nhân cách tiền bệnh lý thường có đặc tính là hơi nhút nhát và cô độc.

**3. Tâm thần phân liệt thể căng trương lực (F20.2)**

Các tiêu chuẩn cho bệnh TTPL cần phải được thỏa mãn và một hay nhiều tác phong sau đây phải chiếm ưu thế trong bệnh cảnh:

- *Trạng thái sững sờ:* giảm rõ rệt tính phản ứng đối với môi trường, giảm các hoạt động tự phát hoặc không nói...

- *Tính phủ định:* chống đối với tất cả chỉ dẫn hay ý định làm cho bệnh nhân cử động hoặc cử động theo hướng ngược lại...

*- Sự cứng đờ:* duy trì một tư thế cứng đờ và chống lại các cố gắng làm chuyển động các tư thế ấy...

*- Uốn dẻo như sáp:* duy trì chân tay và thân mình do những tư thế mà người ngoài áp đặt...

- *Các triệu chứng khác như:* vâng lời tự động, nói lắp lại các từ hay các câu.

**4. Tâm thần phân liệt thể không biệt định (F20.3)**

- 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 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)**

- Bệnh nhân có một giai đoạn bệnh đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán TTPL trong vòng 12 tháng qua.

- Một số triệu chứng TTPL còn tồn tại.

- Các triệu chứng trầm cảm nổi bật lên, đáp ứng các tiêu chuẩn của một giai đoạn trầm cảm (F32) và tồn tại ít nhất 2 tuần.

**6. Tâm thần phân liệt thể di chứng (F20.5)**

- Trong quá khứ 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 cường độ các triệu chứng dương tính phong phú như hoang tưởng và ảo giác chỉ còn tối thiểu, song hội chứng “âm tính” của TTPL vẫn tồn tại.

**7. Tâm thần phân liệt thể đơn thuần (F20.6)**

TTPL thể đơn thuần là một chẩn đoán khó vì sự tiến triển chậm các triệu chứng âm tính đặc trưng cho TTPL. 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. Có những biến đổi có ý nghĩa trong tác phong cá nhân, sự tiếp xúc xã hội ngày càng nghèo nàn, bệnh nhân lười biếng và cách ly xã hội.

**V. CẬN LÂM SÀNG**

1. Điện não đồ: có thể thấy trạng thái kích thích.

2. Lưu huyết não: rối loạn hoạt động tuần hoàn não.

3. Các trắc nghiệm tâm lí hỗ trợ chẩn đoán mức độ cũng như theo dõi tiến triển điều trị: PANSS, BPRS, MMPI, CGI, Zung, BECK, MMPI, YMRS.

**VI. ĐIỀU TRỊ**

**1. Nguyên tắc điều trị**

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

- Hóa dược liệu pháp có vai trò quan trọng, đặc biệt với các triệu chứng dương tính, song cần phối hợp nhiều liệu pháp điều trị tâm lý, lao động và tái thích ứng.

- 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 đối với các triệu chứng âm tính.

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

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

**2. Liệu pháp hóa dược**

Các thuốc an thần kinh làm giảm hoặc thanh toán các triệu chứng dương tính. Các triệu chứng âm tính thường ít đáp ứng với ATK điển hình.

*a) Các nguyên tắc sử dụng thuốc an thần kinh:*

- Xác định các triệu chứng cần phải điều trị, chỉ định phù hợp và loại trừ các trường hợp chống chỉ định.

- Lựa chọn đúng thuốc, đúng liều, chia liều thích hợp cho từng người bệnh

- Tốc độ tăng liều thích hợp cho từng người bệnh để đạt tác dụng điều trị tối đa.

- Theo dõi tác dụng không mong muốn của thuốc cả về lâm sàng và cận lâm sàng để xử trí kịp thời.

- Giảm liều từ từ để giữ được trạng thái ổn định và xác định liều điều trị duy trì phù hợp cho từng người bệnh.

- Phối hợp với giáo dục gia đình người bệnh về kỹ năng chăm sóc, quản lý thuốc hằng ngày, biết cách phát hiện dấu hiệu tái phát để có kế hoạch can thiệp sớm.

- Phối hợp các thuốc chống trầm cảm, thuốc giải lo âu ... theo bệnh cảnh lâm sàng. Phối hợp các thuốc điều trị bệnh cơ thể kèm theo.

*b) Điều trị một số thể bệnh TTPL*

\* Thể paranoid:

- Aminazin hoặc haloperidol liều cao trong 2-3 tháng (tuần đầu tiêm bắp sau đó chuyển sang uống) rồi điều trị duy trì liều trung bình aminazin 300mg/ngày hoặc haloperidol 10-20 mg/ngày.

- Sử dụng một trong các an thần kinh mới: Risperidon (4-8mg/ngày) hoặc olanzapin (10-20mg/ngày) hoặc solian (400-600mg/ngày) hoặc clozapin (100-300mg/ngày).

- Có thể kết hợp với sốc điện liệu trình 8-12 lần liên tục hoặc cách nhật.

\* Thể di chứng: tốt nhất là sử dụng an thần kinh mới

- Sử dụng một trong các an thần kinh mới: Risperidon (4-8mg/ngày) hoặc olanzapin (10-20mg/ngày) hoặc solian (400-600mg/ngày) hoặc clozapin (100-300mg/ngày).

\* Điều trị kết hợp:

Ngoài sử dụng các an thần kinh như trên cần sử dụng thêm các thuốc vitamin, dưỡng não. Một số trường hợp đặc biệt cần kết hợp thêm thuốc sau:

- TTPL có lo âu: seduxen 5-10 mg/ ngày (không quâ 15 ngày)

- TTPL có trầm cảm: amitryptilin 50-100mg/ ngày hoặc zoloft 50-100 mg/ngày

- TTPL có biểu hiện hưng cảm: carbamazepin 200-400 mg/ngày hoặc depakin 200-500 mg/ngày.

*c) theo dõi khi dùng thuốc:*

Cần theo dõi sát để phát hiện xử trí kịp thời các tác dụng không mong muốn của thuốc. Một số biểu hiện có thể gặp:

- Aminazin: hạ huyết áp tư thế;

- Haloperidol: biểu hiện ngoại tháp (cứng cơ khó vận động, cứng hàm, nói ngọng, xuất tiết đờm dãi…)

- Cacbamazepin: dị ứng muộn;

- Clozapin: hạ bạch cầu đa nhân;

- Olanzapin: RL chuyển hoá, tăng cân.

**3. Liệu pháp tâm lí**

Phải có thái độ tốt, thông cảm, tôn trọng người bệnh. Tổ chức hệ thống mở để người bệnh được tự do thoải mái, giải quyết các mâu thuẫn tồn tại trong gia đình cộng đồng nơi người bệnh sinh sống. Liệu pháp tâm lí cá nhân có thể tiến hành song song với hoá dược. Liệu pháp tâm lí nhóm và tâm lí gia đình cũng rất bổ ích.

**4. Liệu pháp lao động và tái thích ứng xã hội.**

Liệu pháp nhằm khác phục những triệu chứng âm tính và phục hồi chức năng cho người bệnh bằng các dạng hoạt động như lao động thủ công, sản xuất, vui chơi giải trí. Những hoạt động này giúp người bệnh gần gũi với cuộc sống bình thường và hoà nhập cộng đồng.

Đây là biện pháp không thể thiếu được trong quá trình điều trị nhằm duy trì tính tự chủ của người bệnh, chống lại sự mạn tính hoá, chống lại “Hội chứng bệnh viện”- là biểu hiện người bệnh ổn định khi ở bệnh viện nhưng lại rối loạn khi về với gia đình.

**VII. QUẢN LÍ ĐIỀU TRỊ**

TTPL là bệnh tâm thần nặng, có xu thế tiến triển mạn tính, tái phát. Việc quản lí điều trị cần thực hiện liên tục và lâu dài.

- Giai đoạn cấp tính: với các triệu chứng loạn thần (hoang tưởng, ảo giác) hoặc các cấp cứu tâm thần ( Kích động, tự sát, từ chối ăn uống). người bệnh cần được quản lí điều trị nốij trú tại các cơ sở y tế chuyên khoa tâm thần.

- Giai đoạn ổn định: người bệnh được quản lí điều trị lâu dài tại cộng đồng nhằm hạn chế tái phát, mạn tính hoá./.