CẤP CỨU TÂM THẦN

I. NHỮNG CẤP CỨU TÂM THẦN:

Những bệnh nhân với nhiều hội chứng lâm sàng khác nhau có thể hiện diện trong bối cảnh cấp cứu. Điều trị cấp cứu phổ biến nhất có thể là các tình huống sau đây:

1. Loạn thần cấp

*Đánh giá*

Trạng thái loạn thần có thể xảy ra cả bệnh nhân mới phát hoặc do nặng lên hoặc kích hoạt lại rối loạn loạn thần mạn tính. Phân biệt này quan trọng vì loạn thần mới khởi phát thường cần thiết phải nhập viện, trong khi rối loạn mạn tính thường có thể được quản lý ngoại trú. Vì tần suất cao tình trạng lạm dụng chất ở những bệnh nhân loạn thần, nhân viên cấp cứu nên nghi ngờ việc sử dụng chất gây khởi phát hoặc làm nặng hơn loạn thần. Đánh giá cũng nên xem xét bệnh lý cơ thể; sự tuân thủ với khuyến cáo điều trị trước kể cả thuốc hướng thần; mức độ suy giảm các hoạt động sống hàng ngày; sự nguy hiểm cho chính bệnh nhân và người khác; biểu hiện hoang tưởng, ảo thanh mệnh lệnh, hoặc rối loạn tư duy; và giảm khả năng phán xét về những tình huống nguy hiểm tiềm tàng.

*Điều trị*

Những bệnh lý loạn thần cấp tính mới khởi phát thường đòi hỏi nhập viện. Ảo thanh mệnh lệnh về dự định tự sát hoặc giết người hoặc suy giảm phán xét và hiện diện hành vi nguy hiểm có thể cho phép nhập viện bắt buộc. Kích thích tâm thần vận động nặng hoặc hành vi đe doạ có thể đòi hỏi sự khống chế về thể chất hoặc can thiệp hóa dược (ví dụ, haloperidol hoặc lorazepam qua đường uống hoặc tiêm bắp tuỳ thuộc tình huống lâm sàng và sự hợp tác của bệnh nhân).

Xác định mức chăm sóc phù hợp nhất và giới hạn nhất nên gồm xem xét nhập viện, điều trị ngoại trú hay bán nhập viện. Khi bệnh nhân ổn định được ra viện để điều trị ngoại trú, bệnh nhân và người nhà cần được giải thích bệnh lý và kế hoạch chăm sóc tiếp theo. Việc điều chỉnh thuốc sử dụng cho bệnh nhân nên được thảo luận với nhân viên ngoại trú và các xét nghiệm cần thiết nên được thực hiện.

2. Lạm dụng rượu và các loạn thần do rượu

*Đánh giá*

Các biểu hiện liên quan đến rượu cũng có thể hiện diện trong các tình huống cấp cứu tâm thần phổ biến. Các biểu hiện này thường xuyên nhất là tình trạng nhiễm độc rượu và cai, cả sảng do cai (sảng run).

Bệnh cảnh lâm sàng của nhiễm độc thường phụ thuộc vào nồng độ rượu trong máu. Tuy nhiên, nhân viên cấp cứu phải xác định lại khả năng còn có những chất khác dùng chung rượu hay không, và khi đó phải tầm soát độc chất. Trạng thái nhiễm độc được đặc trưng bởi sự kết hợp giữa hành vi kém thích ứng rõ rệt hoặc thay đổi tâm lý và thay đổi cơ thể (ví dụ, nói líu nhíu, mất thăng bằng, giật nhãn cầu, thẫn thờ, hôn mê), chúng có thể xuất hiện trong hoặc sau khi uống rượu.

Sảng do cai rượu biểu hiện đặc trưng khoảng 3 ngày từ khi ngưng hoặc cắt giảm sau thời gian dài uống nhiều rượu. Hội chứng biểu hiện với trạng thái tăng hoạt adrenergic, kích thích tâm thần vận động, khó ngủ, những triệu chứng tiêu hoá, các ảo giác, run tay, và co giật.

Các rối loạn loạn thần, khí sắc, và lo âu có thể liên quan đến việc sử dụng rượu. Đánh giá nội khoa tổng quát nên được thực hiện để loại trừ những bệnh lý cơ thể với các biểu hiện giống nhiễm độc hoặc cai.

*Điều trị*

Những bệnh nhân với lạm dụng rượu thường biểu hiện phủ định bệnh và nên được phỏng vấn trong bối cảnh cấp cứu với cách thức phù hợp với những nguyên lý tăng động lực. Nhân viên cấp cứu nên có kiến thức về “cai bỏ” (detoxification – detox) và các lợi ích để hướng bệnh nhân tham gia điều trị khi có động lực. Bệnh nhân lạm dụng rượu nên được thăm khám cơ thể, kể cả khám thần kinh để xác định bệnh nhân không có các chấn thương do té ngã hoặc tai nạn khác trong khi say.

Một câu hỏi rất khó thường được đặt ra là khi nào bệnh nhân có thể được ra viện an toàn. Sau khi nồng độ rượu trong máu giảm xuống khỏi mức nhiễm độc, nhân viên cấp cứu phải đánh giá xem bệnh nhân tiếp tục có những vấn đề về tâm thần đáng kể nào khác liên quan đến nhiễm độc. Khi bệnh nhân qua được tình trạng nhiễm độc cấp, việc tầm soát những triệu chứng của rối loạn tâm thần khác như trầm cảm hoặc loạn thần, hoặc những ý nghĩ tự sát hay giết người nên được thực hiện. Khi nhận thấy lạm dụng chất làm tăng nguy cơ tự sát hay hành vi giết người, thì xem xét cho bệnh nhân nhập viện điều trị một thời gian để đánh giá và quản lý bệnh nhân tốt hơn.

3. Lạm dụng chất khác

*Đánh giá*

Bệnh sử, những phát hiện về thăm khám chuyên biệt, và tầm soát độc chất có thể cung cấp bằng chứng cho việc lạm dụng các chất khác.

Chứng cứ về việc lạm dụng chất khác

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Chất** | **Thăm khám cơ thể** | **Triệu chứng tâm thần** |
| Các amphetamine | Tăng huyết áp, giãn đồng tử | Khoái cảm, tăng cảnh giác |
| Cannabis (cần sa) | Tăng nhịp tim  | Lo âu, thu rút xã hội |
| Cocaine | Tăng nhiệt độ, tăng nhịp tim, run | Khoái cảm, tăng cảnh giác |
| Chất gây ảo giác(hallucinogen) | Giãn đồng tử, tăng nhịp tim, run | Lo âu, hoang tưởng nghi ngờ |
| Chất hít(inhalant) | Giật nhãn cầu, rối loạn nhịp tim | Gây hấn, thẫn thờ |
| Thuốc phiện(opioid) | Co đồng tử trong ngộ độc, giãn đồng tử trong cai | Kích thích tâm thần vận động, bồn chồn |
| Phencyclidine | Giật nhãn cầu, tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim | Khí sắc không ổn định, quên |
| Thuốc an thần - gây ngủ | Giảm hô hấp, cơn rùng mình | Gây hấn, khí sắc không ổn định |

“Nguồn: Ebert MH, Loosen PT và Nurcome B (2005),
*Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry”.*

*Điều trị*

Khống chế bằng hóa dược (như lorazepam hoặc haloperidol), cách ly, hoặc cố định bệnh nhân có thể cần thiết để quản lý những hành vi bạo lực liên quan đến nhiễm độc chất. Chỉ định thuốc điều trị hội chứng cai opiat trong bối cảnh cấp cứu thường ít khi thực hiện vì cai opiat không đe doạ tính mạng, và khi cho những thuốc này có thể củng cố ý nghĩ cho rằng phòng cấp cứu có thể được tận dụng vào những lúc thiếu opiat.

4. Trầm cảm có ý tưởng, hành vi tự sát

*Đánh giá*

Biểu hiện thường thấy ở bệnh nhân trầm cảm trong bối cảnh cấp cứu tâm thần là những nét trầm uất và ý tưởng hoặc hành vi tự sát. Ngoài việc xác định các yếu tố sang chấn và thăm dò bệnh sử trầm cảm, nhân viên cấp cứu phải thật chú ý đến những vấn đề đi kèm như bệnh lý nội khoa, loạn thần, lạm dụng chất, lo âu, và rối loạn nhân cách.

*Điều trị*

Điều trị nội trú thường cho những bệnh nhân với những ý tưởng hoặc dự định tự sát rõ ràng. Một hệ thống hỗ trợ tin tưởng và sâu sát nên được thiết lập cho các đối tượng này. Nhân viên cấp cứu cần chú ý bằng chứng cho rằng một số thuốc chống trầm cảm có thể làm tăng ý tưởng tự sát trong giai đoạn đầu, đặc biệt ở đối tượng vị thành niên. Liều thấp thuốc giải lo âu hoặc thuốc an thần điều trị lo âu và mất ngủ có thể được sử dụng để giảm những triệu chứng này cho đến khi bệnh nhân có thể được điều trị ngoại trú. Trước khi cho bệnh nhân trầm cảm với ý tưởng tự sát xuất viện cần xem xét cẩn thận nhiều yếu tố như sự an toàn, nguồn theo dõi hỗ trợ, khoảng thời gian đến tái khám, tiếp cận được cấp cứu khi cần, và hiểu biết về sử dụng thuốc.

5. Hưng cảm có loạn thần, kích động hành vi tác phong

*Đánh giá*

Đặc điểm cốt lõi của hưng cảm là khí sắc gia tăng hoặc dễ bị kích thích và tăng đáng kể những hoạt động có mục đích. Bệnh nhân hưng cảm thường không chủ động tìm kiếm sự giúp đỡ, nhưng những người xung quanh bệnh nhân thường không thể chịu nổi hành vi của họ.

Đánh giá bệnh nhân rối loạn lưỡng cực nên xem xét việc sử dụng các chất kích thích như cocaine, amphetamine, phencyclidine, và những thuốc như steroid. Rối loạn nhân cách nhóm B (rối loạn nhân cách chống đối xã hội, ranh giới, phân ly, và tự yêu bản thân) có thể có khí sắc không ổn định, điều này dẫn đến khó khăn khi chẩn đoán phân biệt.

*Điều trị*

Trong phòng cấp cứu, bệnh nhân hưng cảm có kích động rõ cần được can thiệp ngay lập tức. Với biểu hiện loạn thần cấp tính, điều trị hóa dược (như lorazepam) kết hợp hoặc không cố định thể chất cần được thực hiện. Valproat hoặc thuốc chống loạn thần không điển hình như olanzapine có thể được sử dụng như một sự thay thế hoặc thêm vào. Mục đích chính là cố gắng giúp bệnh nhân giảm triệu chứng kích thích càng nhanh càng tốt để bệnh nhân có thể an toàn trong điều trị nội trú.

Giai đoạn hưng cảm nặng nề, đặc biệt có những triệu chứng loạn thần, thường được cho nhập viện. Kế hoạch chẩn đoán kép nên được xem xét khi hưng cảm có liên quan đến lạm dụng hoặc lệ thuộc chất. Điều trị đầy đủ những bệnh lý đi kèm nên được thực hiện hơn là chỉ đơn thuần cho các thuốc ổn định khí sắc.

6. Hội chứng ác tính do thuốc an thần kinh

*Đánh giá*

Hội chứng ác tính do thuốc an thần kinh (Neuroleptic malignant syndrome)là phức hợp triệu chứng nặng nề và có khả năng gây tử vong. Ở đó, ba nhóm triệu triệu chứng xảy ra nhanh chóng do phản ứng lại thuốc chống loạn thần (an thần kinh): (1) thay đổi mức ý thức, (2) triệu chứng thực vật như tăng thân nhiệt, tăng nhịp tim, huyết áp dao động, và thở nhanh, và (3) những triệu chứng thần kinh cơ như cứng cơ “ống chì”. Tăng nồng độ men creatine phosphokinase (CPK) và tăng bạch cầu thường được tìm thấy khi cho xét nghiệm. Khi có sự hiện diện của 3 nhóm triệu chứng, chẩn đoán hội chứng ác tính do thuốc an thần kinh được kết luận; tuy nhiên, nếu bệnh nhân với một trong số triệu chứng này vẫn cần quan tâm chú ý. Hội chứng có thể xuất hiện bất cứ thời điểm nào, không chỉ xảy ra sau liều đầu thuốc chống loạn thần.

Nhân viên cấp cứu nên đánh giá bệnh nhân với những rối loạn khác, đặc biệt là các nhiễm trùng, chúng có thể hiện diện.

*Điều trị*

Thuốc chống loạn thần buộc phải ngưng lại vì hội chứng này thường dẫn đến tử vong. Điều trị nâng đỡ như bù dịch, lau mát và thuốc kiểm soát huyết áp nên được thực hiện trong phòng chăm sóc tích cực. Dantrolen hoặc bromocriptin được chỉ định khi bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nâng đỡ.

7. Trạng thái lo âu cấp tính

*Đánh giá*

Cơn hoảng loạn, rối loạn stress cấp, rối loạn stress sau sang chấn (PTSD), trạng thái phân ly có thể làm bệnh nhân phải tìm đến phòng cấp cứu để được điều trị. Nhân viên cấp cứu nên nghĩ đến những sự việc có thể gây nên tình trạng hiện tại của bệnh nhân. Ví dụ, một bệnh nhân lo âu cấp tính có thể không cung cấp cho đội ngũ phân loại biết nguyên nhân đưa đến cơn lo âu của họ là một sự kiện sang chấn như bạo lực hoặc hiếp dâm. Nhân viên trong phòng cấp cứu nên ý thức về khung hoạt động riêng cho việc tư vấn nạn nhân bị hiếp dâm và quản lý những chứng cứ thu được.

*Điều trị*

Nhiều bệnh nhân lo âu đáp ứng tích cực với can thiệp tâm lý hỗ trợ khủng hoảng. Trạng thái hoảng loạn và lo âu cấp tính khác đáp ứng tốt và nhanh chóng với benzodiazepine như lorazepam.

Hầu hết các rối loạn lo âu đều có thể được quản lý tốt ngoại trú với sự phối hợp hài hoà giữa can thiệp thuốc men và tâm lý. Ảnh hưởng đáng kể những hoạt động hàng ngày hoặc suy giảm chức năng khác nghiêm trọng có thể cần điều trị nội trú. Bệnh nhân rối loạn hoảng loạn, trong cơn hoảng loạn, có thể có những ý tưởng tự sát và tỷ lệ mưu toan tự sát cao hơn bình thường. Đảm bảo bệnh nhân được điều trị ngoại trú hiệu quả và tiếp cận được benzodiazepine như lorazepam có thể giúp bệnh nhân tránh bị tái nhập viện.

8. Rối loạn nhân cách

*Đánh giá*

Bệnh nhân rối loạn nhân cách nhóm B có thể hiện diện trong phòng cấp cứu sau khi gây ra các hành vi xung động trong bối cảnh có vấn đề về quan hệ cá nhân. Đánh giá bệnh nhân rối loạn nhân cách có thể gặp khó khăn vì khí sắc không ổn định, kích thích và đề kháng. Những bệnh nhân này với những mưu toan tự sát khó dự đoán vì chúng có thể xuất hiện trong cách phản ứng lại các sự việc. Các rối loạn lạm dụng chất đi kèm thường hiện diện và làm nặng hơn sự xung động, làm đánh giá tự sát khó khăn hơn.

*Điều trị*

Điều rất quan trọng là liên lạc với những nhân viên chăm sóc khác để đưa họ vào kế hoạch giúp đỡ chung. Cách thức tiếp cận “ở đây và bây giờ”, tập trung giải quyết các khó khăn hiện tại, quan trọng hơn cho tình huống lâm sàng này. Điều trị nội trú có thể nặng hơn các triệu chứng và hầu hết các tình huống nên tránh thực hiện. Tuy nhiên, nhập viện có lúc không tránh được vì những biểu hiện lâm sàng phức tạp của bệnh. Nhân viên điều trị nên tiếp tục giữ liên hệ hợp tác với các chương trình giúp đỡ trong bệnh viện như chương trình điều trị hành vi nhận thức, chương trình chăm sóc bệnh nhân rối loạn nhân cách nặng; sự hợp tác này có thể giảm được sự phá vỡ hay chia tách đội ngũ chăm sóc vì bệnh nhân có thể sử dụng cơ chế phòng vệ để làm những điều này.

9. Căng trương lực

*Đánh giá*

Căng trương lực là một hội chứng lâm sàng ít gặp có thể xảy ra với tình trạng kích động hoặc sững sờ. Trong khi thể kích động được đặc trưng bởi những hoạt động vận động không mục đích, thì thể sững sờ với biểu hiện điển hình là thụ động, không nói, cứng đờ, uốn sáp, và thẫn thờ. Căng trương lực là một tình huống cấp cứu cần được đánh giá ngay để đảm bảo loại trừ được các vấn đề nội khoa như viêm não hoặc các nguyên nhân của sảng. Hội chứng ác tính do thuốc an thần kinh đáng được xem xét như một nguyên nhân của căng trương lực.

*Điều trị*

Tầm soát nội khoa toàn diện phải được thực hiện để đảm bảo những vấn đề y khoa nghiêm trọng không hiện diện. Điều trị nội trú thì cần thiết vì mất nước có thể là biến chứng chính của rối loạn. Lorazepam có thể đem lại sự cải thiện nhanh chóng.

10. Bệnh lý lão khoa

*Đánh giá*

Bệnh nhân lớn tuổi hiện diện trong cấp cứu tâm thần nên được đánh giá nội khoa cẩn thận song song với đánh giá tâm thần. Xem xét các hệ cơ quan, thăm khám cơ thể toàn diện, và những xét nghiệm kiểm tra phù hợp gồm cả phân tích nước tiểu rất cần thiết ở nhóm tuổi này. Cách tiếp cận đánh giá định hướng nội khoa có thể hiệu quả hơn so với đánh giá tâm thần truyền thống.

Bệnh nhân có thể bị suy giảm những chức năng cảm giác, nên người đánh giá cần phát âm rõ và chậm cho bệnh nhân. Khi nghi ngờ có hiện tượng suy giảm nhận thức, thì người đánh giá nên hỏi những câu ngắn và đơn giản, nên lặp lại nếu cần và xem xét thông tin từ người liên quan để đảm bảo có được bệnh sử chính xác.

Các cấp cứu tâm thần tuổi già phổ biến bao gồm sảng, sa sút tâm thần, trầm cảm và loạn thần.

*Sảng*

Sảng là một cấp cứu nội khoa và có khả năng dẫn đến kết quả tử vong; khả năng bệnh nhân bị sảng nên được xem xét cẩn thận trong phần chẩn đoán phân biệt cho tất cả bệnh nhân lão khoa hiện diện trong phòng cấp cứu với sự thay đổi đột ngột trạng thái tâm thần hoặc hành vi. Ngay khi có nghi ngờ của sảng, đánh giá nội khoa toàn diện nên bắt đầu ngay để xác định bệnh nguyên. Các nguyên nhân chính của sảng bao gồm nhiễm trùng tiểu hoặc nơi khác, khởi phát hoặc nặng hơn các bệnh lý nội khoa hay thần kinh, và những tương tác thuốc có hại, tác dụng phụ của thuốc (đặc biệt tác dụng phụ kháng cholinergic) hoặc ngộ độc thuốc do quá liều bất cẩn liên quan đến suy giảm nhận thức.

*Sa sút tâm thần*

Bệnh nhân bị sa sút tâm thần thường được đưa đến phòng cấp cứu với trạng thái kích thích tâm thần vận động, cả tình trạng dễ gây gổ. Nếu kích thích tâm thần vận động mới khởi phát, sảng hoặc đau phải nghi ngờ và kiểm tra nội khoa phải được thực hiện. Nếu không phát hiện được bệnh nguyên, thì khả năng bệnh nhân bị đau do táo bón, bí tiểu, té ngã hoặc các nguồn khác nên được tầm soát. Nếu không xác định bệnh lý nội khoa hoặc đau, bệnh nhân có thể đã khởi phát loạn thần trong sa sút tâm thần. Nếu không có loạn thần hiện diện, bệnh nhân có thể buồn phiền ai đó hoặc sự việc xung quanh và không thể biểu lộ được sự thất vọng ngoại trừ kích động hoặc gây gổ. Thăm hỏi cẩn thận các sự việc liên quan khủng hoảng có thể vạch ra vấn đề liên quan môi trường cần được thay đổi.

*Trầm cảm*

Bệnh nhân trầm cảm tuổi già có thể giới hạn triệu chứng khí sắc nhưng cho thấy sự suy giảm đáng kể sự hứng thú trong các hoạt động. Do nguy cơ tự sát cao, nên việc lập kế hoạch điều trị phải được xem xét đặc biệt kỹ lưỡng cho nhóm dân số này.

*Loạn thần*

Khi thấy biểu hiện loạn thần mới phát ở bệnh nhân lớn tuổi, thì cần thiết phải xem xét vấn đề sa sút tâm thần hoặc sảng đi kèm. Tuy nhiên, các báo cáo gần đây đã nhấn mạnh tỷ lệ lên đến 10% số bệnh nhân tâm thần phân liệt có thể khởi phát rối loạn trễ hơn ở nhóm tuổi này.

*Điều trị*

Vì khả năng có các bệnh lý nội khoa đi kèm cao, bệnh nhân lão khoa trong bối cảnh cấp cứu tâm thần tốt nhất nên được điều trị trong sự hợp tác giữa các chuyên khoa.

Ở bệnh nhân suy giảm nhận thức, môi trường nhiều kích thích như ở phòng cấp cứu khó có thể dung nạp được. Những bệnh nhân này sẽ tốt hơn trong những môi trường yên tĩnh, trật tự hơn.

Bệnh nhân sa sút với kích thích tâm thần vận động hoặc dễ gây gổ do sự thất vọng trong môi trường của họ có thể bình tĩnh lại sau khi tách khỏi môi trường đó và chuyển đến phòng cấp cứu. Nhân viên cấp cứu nên làm việc với những người chăm sóc bệnh nhân để xác định lý do có thể đưa đến tình trạng hiện tại và tìm cách để hạn chế tái diễn trong tương lai. Khi có thể, những bệnh nhân sa sút tâm thần tuổi già sớm được trở lại môi trường ở nhà sẽ tốt hơn vì bản thân nhập viện có thể làm nặng hơn tình trạng suy giảm nhận thức. Tìm kiếm các nguồn chăm sóc sức khỏe ban đầu, tổ chức chăm sóc người sa sút hoặc tâm thần nhằm giúp bệnh nhân hoà nhập và được chăm sóc tốt hơn khi trở lại cộng đồng.

Nếu bệnh nhân lão khoa kích động và/hoặc dễ gây gổ trong phòng cấp cứu, nhân viên cấp cứu cố gắng xác định việc bệnh nhân có thể được quản lý bằng cách quan tâm gần gũi, chuyển sự chú ý của bệnh nhân đến các chủ đề khác, hoặc cùng bệnh nhân đọc một tạp chí. Vì khả năng xuất hiện tác dụng phụ cao ở đối tượng lớn tuổi, điều trị bằng thuốc trong bối cảnh cấp cứu nên hạn chế khi có thể. Nếu cần thiết sử dụng thuốc để kiểm soát kích động thì liều thấp thuốc chống loạn thần (ví dụ, haloperidol 1 mg) thường được ưa chuộng hơn các benzodiazepine. Thuốc chống loạn thần hoạt lực thấp (như thioridazine hoặc chlorpromazine) nên tránh sử dụng do gây ra tác dụng phụ kháng cholinergic, chúng có thể làm nặng hoặc gây ra sảng.

II. CÁC BƯỚC TRONG CẤP CỨU TÂM THẦN

 Cấp cứu tâm thần đòi hỏi đánh giá ngay lập tức và quản lý tốt các triệu chứng cấp tính. Tình trạng cấp cứu được xác định bởi khả năng chịu đựng của bệnh nhân hay môi trường xã hội đối với các triệu chứng này. Việc đánh giá cấp cứu thông thường được thực hiện trong bối cảnh cấp cứu của bệnh viện.

Việc chăm sóc cấp cứu tâm thần cũng giống như các cấp cứu nội-ngoại khoa khác, gồm các bước sau: (1) phân loại, (2) đánh giá khẩn trương và thích đáng, (3) chẩn đoán phân biệt hợp lý, và (4) quản lý các triệu chứng cấp tính.

1. Phân loại

Phân loại là phân biệt giữa những tình huống gây nên tình trạng cấp cứu thật sự với những tình huống có thể chờ đợi an toàn cho việc đánh giá sau đó.

Người phân loại phải xác định chính xác giữa các tình huống cấp cứu, cho thấy sự cần thiết đánh giá tâm thần như bước đầu tiên. Đây là một quyết định quan trọng khi những bệnh nhân có thể có cả bệnh lý nội khoa và rối loạn tâm thần hoặc biểu hiện các rối loạn hành vi xuất phát từ bệnh lý nội khoa, thần kinh hay rối loạn liên quan chất. Đánh giá y khoa thông qua bệnh sử vắn tắt của lý do vào viện và đánh giá thực thể dựa trên các dấu hiệu sinh tồn là phần chính yếu của chức năng phân loại.

Phải đảm bảo sự an toàn cho bệnh nhân cho đến khi họ được bác sĩ tâm thần hay chuyên gia sức khỏe tâm thần khác đánh giá. Trong bối cảnh cấp cứu, nơi những bệnh nhân thường biểu hiện nhiều tổn thương nghiêm trọng, điều này có thể làm chúng ta bỏ sót những nhu cầu của một bệnh nhân ăn mặc gọn gàng đến mà không có rối loạn rõ rệt. Tuy nhiên, những bệnh nhân này có thể có những ý tưởng tự sát hay giết người, chúng cũng đe dọa tính mạng như bất kỳ cấp cứu y khoa khác và yêu cầu chú ý ngay lập tức để đảm bảo sự an toàn cho bệnh nhân và những người xung quanh.

2. Đánh giá

Đánh giá bệnh nhân tâm thần trong những tình huống cấp cứu đòi hỏi đánh giá nhanh chóng những khía cạnh liên quan trực tiếp đến tình trạng hiện tại của bệnh nhân, đặc biệt chú ý đến các vấn đề có khả năng đe dọa tính mạng. Mặc dù bệnh nhân có thể được đánh giá y khoa bước đầu và phân loại tâm thần, nhưng người đánh giá nên ý thức về khả năng bệnh nhân có rối loạn y khoa hay rối loạn liên quan đến chất bên dưới tình trạng hiện tại.

Người đánh giá nên tập hợp càng nhiều dữ kiện càng tốt trước khi tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân. Ví dụ, nếu những thông tin cho thấy bệnh nhân có thể gây nguy hiểm cho bản thân hay người khác, thì sự sắp xếp về an toàn cần phải được thực hiện. Trong một số trường hợp, bệnh nhân có thể cần một nhân viên được phân công để đảm bảo an toàn hoặc khám xét vật dụng có thể gây nguy hiểm.

Trải qua thoạt đầu tiếp xúc trực tiếp, người đánh giá nên hình thành một cảm nhận bao quát về bệnh nhân. Cảm nhận này thông qua dữ liệu từ các nguồn như ý thức của bệnh nhân, biểu hiện bề ngoài, sự hợp tác với nhân viên y tế, khí sắc, chậm chạp hay kích thích tâm thần vận động và sự giao tiếp. Phần đánh giá này giúp ích trong việc xác định lại mức độ chính xác của việc phân loại, có cần đánh giá thêm bệnh lý nội khoa hay yêu cầu phải tiến hành biện pháp an toàn.

Mặc dù công việc cấp cứu thường đòi hỏi nhanh chóng, nhưng người đánh giá nên cố gắng đánh giá đầy đủ về nội khoa và tâm thần. Chú ý đặc biệt nên tập trung vào các yếu tố gây sang chấn về mặt tâm lý xã hội, chúng có thể gây nên tình trạng hiện tại trong phòng cấp cứu. Những yếu tố sang chấn có thể bao gồm sự đổ vỡ trong công việc hay mối quan hệ quan trọng như tình cảm, quan hệ thành viên trong gia đình, và mối quan hệ của bệnh nhân với các nhân viên y tế ngoại trú.

Nhìn chung, đánh giá cấp cứu phải bao gồm bệnh sử hiện tại và yếu tố gây sang chấn tâm lý xã hội, những bệnh lý y khoa hiện tại và trong quá khứ, thuốc men bệnh nhân đang sử dụng và sự tuân thủ điều trị, tiền sử lạm dụng chất, tình trạng kinh tế, mối quan hệ của bệnh nhân với những người xung quanh, thăm khám thực thể (bao gồm thăm khám tầm soát bệnh lý thần kinh), thăm khám trạng thái tâm thần và một số cận lâm sàng thường quy. Việc đánh giá này sẽ giúp chúng ta đưa ra hướng chỉ định về cận lâm sàng thích hợp khác, tìm độc chất hay hình ảnh học nếu cần.

3. Chẩn đoán

Áp lực trong bối cảnh cấp cứu không cho phép đưa ra những đánh giá chẩn đoán chi tiết như những tình huống khác. Tuy nhiên, chúng ta nên xây dựng những chẩn đoán phân biệt dựa trên sự hướng dẫn của đánh giá cấp cứu. Trong chẩn đoán phân biệt nên ưu tiên các bệnh nguyên theo thứ tự bệnh lý nội khoa, bệnh lý thần kinh và nghiện chất. Bốn câu hỏi phải được xem xét trong chẩn đoán phân biệt gồm có:

 - Có phải những rối loạn về cảm xúc, tư duy, hành vi là hậu quả của những bệnh lý có thể phát hiện được, đặc biệt có liên quan đến vấn đề nội khoa hay độc chất không?

 - Nếu không, có phải những rối loạn về cảm xúc, tư duy, hành vi loạn thần có liên quan rõ ràng đến tâm thần phân liệt hay cơn hưng cảm không?

 - Nếu không, có phải những rối loạn về cảm xúc, tư duy, hành vi này thì đáp ứng những tiêu chuẩn độc lập của trạng thái lo âu, trầm cảm hay rối loạn nhân cách không?

 - Nếu không, có phải những rối loạn về cảm xúc, tư duy, hành vi là có tính toán trước để đạt được lợi ích hay tránh những hậu quả rắc rối không (ví dụ: bị bỏ tù)?

4. Xử trí ban đầu

Can thiệp điều trị cấp cứu thích hợp thường theo sau đánh giá chẩn đoán. Tuy nhiên, có lúc chúng ta phải tiến hành can thiệp trước khi tập hợp đầy đủ những thông tin chẩn đoán. Đây là một điều thực tế khi bệnh nhân cần được giữ an toàn vì có liên quan đến sự nguy hiểm cho bản thân và những người xung quanh. Trong hầu hết những tình huống, sự can thiệp cấp cứu là một hay nhiều hơn trong bốn loại sau: quản lý môi trường, sử dụng hóa dược, can thiệp cơn khủng hoảng và giáo dục.

4.1. Quản lý môi trường xung quanh

Như đề cập ở trên, chúng ta phải tập trung vào việc đem lại một môi trường an toàn cho bệnh nhân. Những can thiệp này thường được thực hiện trước khi có sự đánh giá toàn diện. Bên cạnh đó, bệnh nhân có thể giảm được kích thích trong một môi trường an toàn. Một “căn phòng yên tĩnh”, ít những yếu tố kích thích thường hữu ích trong việc giảm kích động tâm thần vận động.

4.2. Sử dụng hóa dược

Cán bộ y tế cấp cứu nên cẩn thận khi trị thuốc khởi đầu cho bệnh nhân vì một vài lý do. Trước tiên, sự cảm nhận chẩn đoán ban đầu có thể chưa chính xác. Thứ hai, những đánh giá về cận lâm sàng có thể chưa đầy đủ. Thứ ba, khi điều trị những thuốc gây an thần, chúng có thể che dấu những dấu hiệu khác của bệnh lý nội khoa. Cuối cùng, bác sĩ cấp cứu sẽ không thể xử trí gì tiếp theo cho bệnh nhân.

Bác sĩ cấp cứu sử dụng những thuốc benzodiazepine và thuốc chống loạn thần để kiểm soát những triệu chứng kích động tâm thần vận động. Sử dụng nhóm benzodiazepine như lorazepam có thể thích hợp trong điều trị lo âu nặng hay kích động liên quan đến cai rượu hay cai thuốc an thần. Điều trị bằng thuốc chống loạn thần như haloperidol đôi khi có hiệu quả cho kích động tâm thần vận động trong trạng thái rối loạn loạn thần cấp tính. Khi một bệnh nhân kích động hoặc đe dọa tính mạng, các thuốc này có thể sử dụng qua đường tiêm bắp để rút ngắn thời gian khởi phát tác dụng.

Việc cho thuốc để quản lý các triệu chứng cho đến khi bệnh nhân được điều trị ngoại trú yêu cầu phải xem xét kỹ lưỡng một vài yếu tố như sự tuân trị, vấn đề an toàn, thời gian cho thuốc trước khi xuất viện. Nên xem xét cẩn thận khả năng bệnh nhân đang tìm kiếm những thuốc benzodiazepine hoặc thuốc giảm đau vì sự nghiện ngập trước khi kê thuốc benzodiazepine hoặc thuốc an thần. Thông thường, bác sĩ chỉ nên kê thuốc vài ngày cho mỗi lần khám.

4.3. Can thiệp

Chiến lược tâm lý trị liệu dựa trên nền tảng mô hình sinh học-tâm lý-xã hội có thể giúp giảm bớt sự khủng hoảng. Nhiều kỹ thuật được ghi nhận là có hiệu quả như tăng thông khí, nhận dạng ra nhiều khả năng để chọn lựa, làm rõ vai trò của mối quan hệ, diễn giải ý nghĩ, hoặc lắng nghe đồng cảm đơn thuần. Việc gặp gỡ với bệnh nhân và gia đình hay những người có liên quan có thể giúp giải quyết những vấn đề mà chính chúng đưa đến tình huống cấp cứu.

4.4. Giáo dục

 Một thành phần điều trị quan trọng nhưng thường bị lờ đi trong phòng cấp cứu là chức năng giáo dục ngăn ngừa. Bệnh nhân, gia đình, những người liên quan, và đội ngũ cán bộ chăm sóc sức khỏe sẽ được nhiều lợi ích từ sự giáo dục về các rối loạn. Ví dụ, bệnh nhân với mới khởi phát cơn hoảng loạn có thể tránh được việc phải quay lại phòng cấp cứu nếu được giáo dục tốt về bản chất của rối loạn này. Việc giải thích các tình huống có thể tránh được bối rối hay cảm giác tội lỗi không đáng có cho bệnh nhân và những người có liên quan. Họ có thể tránh được cảm giác bị xa lánh, ghét bỏ, xấu hổ và tuyệt vọng bởi sự hiểu rõ hơn về chẩn đoán, tỷ lệ lưu hành và tiên lượng của rối loạn.

**Tóm tắt những hướng xử lý trong cấp cứu tâm thần**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hội chứng** | **Đánh giá** | **Xử trí** |
| Lạm dụng chất | Tầm soát tình trạng ngộ độc hay cai chất  | Môi trường yên tĩnhNhập viện cho các trường hợp có dấu hiệu thần kinh tâm thầnLorazepam (1-2 mg tiêm bắp hoặc uống) hoặc haloperidol (5 mg uống hoặc 2 mg tiêm bắp) cho trường hợp kích động. |
| Loạn thần | Mới phát hay rối loạn nặng lên?Loại trừ lạm dụng chất hay bệnh lý y khoaĐánh giá sự đồng thuận, nguy hiểm, và những hoạt động hằng ngày | Nhập viện cho các trường hợp loạn thần mới phát, nguy hiểm, hoặc suy giảm chức năng hằng ngày nghiêm trọngHợp tác với đội ngũ chăm sóc ngoại trú |
| Trầm cảm | Đánh giá nguy cơ tự sát, bệnh lý đi kèm, các yếu tố gây stress hiện tại, và lạm dụng chất | Nhập viện cho nguy cơ tự sát, kích động, hoặc lạm dụng chấtHợp tác với đội ngũ chăm sóc ngoại trú |
| Hưng cảm | Đánh sự nguy hiểm và lạm dụng chất | Nhập viện cho loạn thần khả năng nguy hiểm, hoặc lạm dụng chấtLorazepam (1–2 mg tiêm bắp) hoặc haloperidol (1–5 mg tiêm bắp) cho trường hợp kích động |
| Căng trương lực | Hai phân loại: lãnh đạm và phấn khíchKhám tìm tâm thần phân liệt, rối loạn khí sắc, và rối loạn y khoa | Nhập việnLorazepam (1–2 mg, tiêm bắp hoặc tĩnh mạch) |
| Trạng thái lo âu cấp tính | Bao gồm rối loạn hoảng loạn, rối loạn stress sau sang chấn (PTSD), rối loạn chuyển dạngĐánh giá hoạt động hằng ngày | Nhập viện nếu hoạt động hằng ngày suy giảm đáng kểLorazepam (1–2 mg uống hoặc tiêm bắp) |
| Rối loạn nhân cách | Đánh giá lạm dụng chất, tiền sử phạm luật, mối quan hệ, giai đoạn “loạn thần nhẹ”, thay đổi khí sắc, gây hấn, và bệnh lý đi kèm | Đa trị liệuTập trung trên những vấn đề “ở đây và bây giờ” |
| Hội chứng ác tính do thuốc an thần kinh | Khám tìm khởi phát đột ngột, thay đổi thần kinh thực vật, thay đổi thần kinh cơ, tăng men CPK (creatine phosphokinase), và tăng bạch cầu | Cấp cứu nội khoaNhập viện: ngưng thuốc an thần kinh và điều trị nâng đỡ (bù nước, hạ sốt)Dantrolene (2–3 mg/kg) hoặc bromocriptine (2.5–10 mg 3 lần/ngày) |
| Hội chứng lão khoa | Khám tổng quát các hệ cơ quanCho những xét nghiệmTầm soát sảng, sảng trong sa sút tâm thần, và loạn thần | Nhập việnHợp tác với đội ngũ chăm sócThuốc an thần kinh hoạt lực cao (như haloperidol, 0,5-1 mg uống hoặc tiêm dưới da) cho trường hợp kích động. |

“Nguồn: Ebert MH, Loosen PT và Nurcome B (2005),
*Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry”./.*