**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SA SÚT TÂM THẦN**

**I/ KHÁI NIỆM:**

Sa sút tâm thần là một hội chứng của bệnh lý não, có tính chất mãn tính hoặc tiến triển từ từ, trong đó sự suy giảm nhiều chức năng cao cấp của vỏ não như: trí nhớ, tư duy, định hướng, sự hiểu biết, khả năng tính toán, năng lực học tập, ngôn ngữ và sự phán đoán. Người bệnh mất khả năng kiềm chế cảm xúc. Giảm sút trí tuệ và thường gặp những trở ngại trong các sinh hoạt như: tắm rửa, mặc quần áo, ăn uống, vệ sinh cơ thể.. .khả năng lao động cũng giảm sút đáng kể.

Sa sút tâm thần thường gặp trong các bệnh:

- Bệnh Alzheimer

- Bệnh lý mạch máu não

- Nhiễm HIV

- Chấn thương sọ não

- Bệnh Parkinson

- sa sút tâm thần do dùng thuốc và do nhiều nguên nhân khác sa sút tâm thần ngày nay có thể tiến triển, ổn định hoặc hồi phục.

**II/ CHẨN ĐOÁN:**

Các đặc tính chủ yếu của sa sút tâm thần là sự khiếm khuyết về khả năng trí tuệ của người bệnh bao gồm khiếm khuyết về trí nhớ và ít nhất phải có một trong các biểu hiện sau:

- Mất ngôn ngữ:

- Mất dùng động tác:

- Mất nhận thức:

- Rối loạn chức năng chấp hành:

Sự khiếm khuyết vế khả năng trí tuệ phải nặng nặng đủ để gây ra những trở ngại đáng kể trong các hoạt động xã hội và nghề nghiệp của bệnh nhân.

Các triệu chứng đi kèm:

- Rối loạn định hướng.

- Rối loạn tư duy.

- BN đánh giá năng lực của mình không đúng thực tế.

- Hành vi tự sát (giai đoạn đầu).

- Mất khả năng kiểm soát hành vi tác phong: đùa cợt lố lăng, VSCT kém.

- Có thể có triệu chứng nhại lời.

- Lo âu, rối loạn khí sắc , rối loạn giấc ngủ, hoang tưởng bị hại, trạng thái mê sảng, ảo thị.

Cận lâm sàng:

- Xquang sọ não.

- Chụp CT scanner.

- Chụp cộng hưởng từ ...

- Chụp cắt lớp bằng cách phóng các hạt positron giúp chẩn đoán phân biệt các tổn thương ở thùy đỉnh trong bệnh alzheimer.

Diễn tiến bệnh:

Trước đây sa sút tâm thần là một bệnh được các thầy thuốc cho rằng là một trạng thái bệnh tiến triển không hồi phục. Nhưng ngày nay quan niệm này đã thay đổi, có nhiều trường hợp sa sút tâm thần có thể phục hồi được nếu được phát hiện sớm và điều trị đúng hướng. Mức độ mất khả năng nhận thức của BN không những phụ thuộc vào tình trạnh bệnh nặng hay nhẹ mà còn phụ thuộc vào sự giúp đỡ của xã hội.

Các mức độ sa sút tâm thần:

Nhẹ: Mặc dù các hoạt động nghề nghiệp và xã hội bị giảm sút ở mức đáng kể nhưng BN vẫn có thể sống độc lập, có thể tự chăm sóc vệ sinh bản thân và khả năng ứng xử tốt.

Trung bình: BN có thể sống một cách độc lập nhưng cần có một sự giúp đỡ.

Nặng: các hoạt động hàng ngày của BN bị giảm sút đến mức người bệnh phải cần có sự chăm sóc thường xuyên. Họ không có khả năng tự chăm sóc cơ thể, tư duy người bệnh không liên quan hoặc không nói.

Chẩn đoán phân biệt:

- Mê sảng:

+ Các triệu chứng trong sảng luôn thay đổi còn trong sa sút tâm thần thì tương đối ổn định.

+ Thời gian bệnh sa sút tâm thần kéo dài hơn vài tháng.

+ Nếu triệu chứng không rỏ ràng thì ta chẩn đoán là sảng sau đó theo dõi tiếp một thời gian nữa để đi đến kết luận chính xác.

- Rối loạn trí nhớ:

BN bị suy giảm trí nhớ mức độ năng nhưng khả năng nhận thức vẫn bình thường, không có các triệu chứng như: mất ngôn ngữ, mất dùng động tác, mất nhận thức hay rối loạn chức năng chấp hành.

- Chậm phát triển tâm thần:

Khả năng trí tuệ của BN ở dưới mức độ trung bình, khởi phát trước 18 tuổi, còn sa sút tâm thần khởi phát trể hơn.

- Tâm thần phân liệt:

TTPL khởi phát ở lứa tuổi trẻ hơn sa sút tâm thần, không có nguyên nhân rõ ràng, khả năng nhận thức của BN ít hơn sa sút tâm thần.

- Trầm cảm nặng:

Chẩn đoán phân biệt dựa vào: tiền sử, tính chất khởi phát bệnh, lâm sàng, diễn tiến và quá trình đáp ứng với điều trị.

- Suy giảm chức năng nhận thức tuổi già:

Rất khó phân biệt.

Một số sa sút tâm thần thường gặp:

- sa sút tâm thần trong bệnh Alzheimer

- sa sút tâm thần trong bệnh Pick

- sa sút tâm thần do bệnh mạch máu não:

- sa sút tâm thần do nhiểm HIV.

- sa sút tâm thần do chấn thương sọ não:

- sa sút tâm thần do bệnh Parkinson.

Ngoài ra sa sút tâm thần còn gặp trong nhiều bệnh khác như: Hungtinton, giang mai thần kinh, ngộ độc CO... Tiên lương các bệnh này thường xấu ít hồi phục

**III/ ĐIỀU TRỊ:**

• Mưc độ nhẹ:

o Khởi đầu với thuốc ức chế acetylcholinesterase:

o Đánh giá lại hiệu quả và tác dụng phụ sau 4 tuần:

❖ Bệnh nhân dung nạp thuốc: tiếp tục thuốc, theo dõi mỗi 3 hoặc 6 tháng, tiếp tục nếu tình trạng bệnh ổn định.

❖ Bệnh nhân không dung nạp hoặc tình trạng bệnh nặng thêm: thay thuốc ức chế acetylcholinesterase khác, đánh giá lại sau 2 hoặc 4 tuần sau bổ sung thuốc, xử lý các tác dụng phụ.

o Nếu tình trạng bệnh nặng thêm tới mức trung bình hoặc trầm trọng : thêm memantine. => Chuyển giai đoạn cuối.

• Mức độ từ trung bình tới nặng: khởi đầu với thuốc ức chế acetylcholinesterase, có thể kết hợp hoặc không kết hợp memantine. => Chuyển giai đoạn cuối.

• Giai đoạn cuối: ngưng thuốc nếu:

o Bệnh nhân không tham gia điều trị. o Tình trạng bệnh tiếp tực xấu thêm.

o Bệnh nhân có bệnh khác xảy ra đồng trhời. o Bs quyết định ngưng điều trị

Các loại thuốc:

• Acetylcholinesterase inhibitors:

o Donepezil 10 mg / ngày, uống o Galantamine 4 - 8 mg / ngày , uống .

o Rivastigmine 6 mg / ngày uống , hoặc 9,5 mg / 24 giờ, dạng dán.

• NMDA receptor antagonist:

o Memantine 10mg, 2 lần / ngày.

• Thuốc chống loạn thần:

• Thuốc an thần giải lo nhóm bezodiazepines:

• Thuốc chống trầm cảm: