

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN HỖN HỢP LO ÂU TRẦM CẢM (F41.2)

1. Khái niệm

Đây là rối loạn nhằm chỉ các triệu chứng của cả lo âu và trầm cảm đều có nhưng không có triệu chứng nào xem xét một cách riêng biệt là đủ nặng để chẩn đoán nghĩa là cả hai hội chứng trầm cảm và lo âu đều có và đủ trầm trọng để chẩn đoán cho cá thể.

2. Chẩn đoán

- **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.

- **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.

- **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

- Chẩn đoán phân biệt

- + Nếu các triệu chứng trầm cảm hoặc lo âu biểu hiện nặng nề hơn, cần phân biệt với 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).

3. 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
- CT Scanner, MRI sọ não
- Trắc nghiệm tâm lý: Test Beck, Zung, Thang đánh giá trầm cảm và lo âu của Hamilton.
- Các xét nghiệm chuyên khoa khác.

4. Điều trị

4.1. Hóa dược liệu pháp

Điều trị kết hợp giữa thuốc giải lo âu, gây ngủ với thuốc chống trầm cảm và một số thuốc nhóm khác.

- Thuốc giải lo âu gây ngủ nhóm Benzodiazepine:

+ Khởi đầu điều trị bằng liều thấp, bệnh nhân cần được giải thích rõ ràng tính an thần do thuốc gây ra và các nguy hiểm khi lạm dụng thuốc.

+ Thời gian điều trị được tính từ lúc bắt đầu sử dụng thuốc, nếu vì nhu cầu điều trị liên tục lâu dài cần phải đánh giá tình trạng mỗi tháng một lần. Khi sự điều trị đòi hỏi phải ngưng thuốc, sự giảm liều cần tiến hành từng bước.

Diazepam: 5 - 20 mg/ngày

Clonazepam: 10 - 150 mg/ngày

- Thuốc chống trầm cảm:

Nhóm SSRI, SNRI, 3 vòng, hoặc nhóm khác:

+ Imipramine: liều khởi đầu 25 mg, liều điều trị 150-300 mg/ngày

+ Amitriptyline: liều khởi đầu 25 mg, liều điều trị 150-300 mg/ngày

+ Fluoxetine: liều khởi đầu 10-20 mg/ngày, liều tối đa 80 mg/ngày

+ Venlafaxine: liều khởi đầu 37.5 mg/ngày, liều tối đa 375 mg/ngày

+ Mirtazapine: liều khởi đầu 15 mg/ngày, liều tối đa 45 mg/ngày

+ Etifoxine chlorhydrate: 25-100mg/ngày

+ 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.

+ Sertraline: liều khởi đầu: uống 25 mg mỗi ngày một lần, sau một tuần, liều dùng có thể tăng lên đến 50 mg mỗi ngày một lần. Tăng liều 50 số gia mg không thường xuyên so với liều duy trì hàng tuần. Có thể tăng mỗi tuần một lần, tối đa là 200 mg mỗi ngày một lần.

+ Fluvoxamine: liều khởi đầu: 50 mg uống mỗi ngày một lần trước khi đi ngủ, liều duy trì: 100-300 mg mỗi ngày. Liều lượng có thể tăng trong vòng 50 mg mỗi 4-7 ngày, tùy theo sức chịu đựng, cho đến khi đạt được hiệu quả điều trị tốt nhất.

- Kháng Histamin:

Hydroxyzine: liều khởi đầu 10-20 mg/ngày, có thể tăng đến 200-300 mg/ngày

- Khác:

+Tofisopam: khởi đầu: 50-100 mg, trung bình hàng ngày: 150-300 mg chia thành: 1-3 lần, tối đa - 300 mg / ngày, trong 4-12 tuần.

- Các thuốc phối hợp:

Thuốc chống loạn thần thế hệ mới, liều thấp

Các thuốc ức chế β như Propranolol: liều khởi đầu 10 mg 2 lần/ngày, liều tối đa 80-160 mg/ngày.

- Thuốc tăng cường tuần hoàn não & bồi bổ thần kinh, Gamatate B6.

4.2. 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

4.3. 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.

Tài liệu tham khảo:

1. Ashok B.Raj, David V.Sheehan: Medical Evaluation of the Anxious Patient, Psychiatric Annals 18(3), pp.176-178, 1988.
2. Dan J.Stein, Eric Hollander: Textbook of Anxiety Disorders, American Psychiatric Publishing: pp.109-403, 2002.
3. Daphne Simeon, Eric Hollander: Anxiety Disorders, American Psychiatric Publishing: pp.1-58, 2003.
4. Kaplan and Sadock (2007), Synopsis of Psychiatry, Lippincott Williams and Wilkins, pp. 976-1126
5. The ICD-10, Classification of Mental and Behavioural Disorders (1992), World Health Organisation Geneva, pp. 141