

**BỘ GIÁO DỤC ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI**

**VŨ THY CẨM**

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG  
VÀ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM NHÂN CÁCH  
CỦA BỆNH NHÂN RỐI LOẠN PHÂN LY  
VẬN ĐỘNG VÀ CẢM GIÁC**

**Chuyên ngành: TÂM THẦN HỌC**

**Mã số: 62 72 01 48**

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**HÀ NỘI – 2014**

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ các rối loạn tâm thần ngày càng gia tăng ở các nước đang phát triển. Cùng với tăng trưởng kinh tế, quá trình công nghiệp hóa, hiện đại hóa, đô thị hóa, cơ chế thị trường... là những nhân tố được nhiều y văn kể đến làm gia tăng các rối loạn liên quan đến stress trong đó có rối loạn phân ly. Đây chính là lĩnh vực đang thu hút sự quan tâm của Y học nói chung và đặc biệt là Tâm thần học hiện đại.

Rối loạn phân ly được biệt định ở mục F44 trong Bảng Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 về Rối loạn tâm thần và hành vi (ICD-10) và được sử dụng nhiều trong chẩn đoán lâm sàng tâm thần học những năm gần đây. Phân loại này được Tổ chức Y tế Thế giới sử dụng để thay thế cho một loạt các chẩn đoán như: “Tâm căn hysteria” của tâm thần học Nga; “Rối loạn chuyển di” của tâm thần học Mỹ; “Loạn thần kinh chức năng hysteria” hoặc “Hysteria” trong Bảng Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 8 và lần thứ 9.

Rối loạn phân ly gồm nhiều thể bệnh trong đó rối loạn phân ly vận động và cảm giác là thể bệnh rất thường gặp trong thực hành tâm thần học cũng như trong nhiều chuyên khoa khác. Rối loạn phân ly vận động và cảm giác là hiện tượng mất, trở ngại vận động hoặc rối loạn cảm giác mà không thể tìm thấy bệnh lý cơ thể có thể giải thích triệu chứng. Đó là một rối loạn chức năng có liên quan chặt chẽ với sang chấn tâm lý và nhân cách người bệnh [1], [2].

Theo Kaplan – Sadock rối loạn phân ly vận động và cảm giác khá phổ biến; chiếm khoảng 0,22% dân số; chiếm 5 – 15% số bệnh nhân đến khám tại các phòng khám đa khoa và bệnh có thể phát triển thành dịch trong một tập thể lớn [3]. Theo Tairiq Ali Al – Habeeb và cộng sự (1997) tỷ lệ mắc rối loạn phân ly vận động và cảm giác trong dân số ở Đông Li Băng là 8,3%; ở Ả Rập là

5,1% [4]. Theo Deveci và cộng sự (2007) tỷ lệ rối loạn phân ly vận động và cảm giác ở Thổ Nhĩ Kỳ là 5,6% [5]. Kozłowska và cộng sự (2007) nhận thấy ở Úc tỷ lệ rối loạn phân ly vận động và cảm giác ở trẻ em là 0,042% [6]. Theo Leary (2003) rối loạn phân ly vận động và cảm giác chiếm 1 – 3% số trẻ em đến khám tại chuyên khoa tâm thần [7]. Những nghiên cứu trên chỉ ra tỷ lệ mắc rối loạn phân ly vận động và cảm giác ở mỗi quốc gia và ở các đối tượng nghiên cứu là khác nhau.

Bệnh cảnh lâm sàng của rối loạn phân ly vận động và cảm giác rất đa dạng, biểu hiện bằng nhiều loại triệu chứng từ các triệu chứng cơ thể đến các triệu chứng thần kinh như liệt, mù, câm, tê bì, các triệu chứng đau, co giật, cảm giác hờn cục ở họng... Các triệu chứng này đã được thừa nhận là có nhiều biến đổi theo thời đại và mang nhiều sắc thái văn hóa khác nhau nên rối loạn phân ly vận động và cảm giác đã gây không ít những khó khăn và nhầm lẫn trong chẩn đoán phân biệt giữa các bệnh chức năng và thực thể. Trong thực tế 20 - 25% số bệnh nhân rối loạn phân ly vận động và cảm giác đã được chẩn đoán là các bệnh thần kinh – nội khoa [3], [8], [9]. Số bệnh nhân này không điều trị tại chuyên khoa tâm thần nên không được điều trị đúng. Mặt khác, rối loạn phân ly thường phát sinh ở những người có nhân cách yếu với đặc điểm dễ tái diễn triệu chứng. Các trạng thái rối loạn phân ly kéo dài trên 2 năm điều trị không có kết quả gây ảnh hưởng đến các chức năng tâm lý – xã hội của người bệnh [3]. Việc phát hiện và đưa bệnh nhân đến khám chữa bệnh sớm tại các cơ sở Tâm thần học đóng một vai trò quan trọng trong việc cải thiện triệu chứng, đưa bệnh nhân trở lại cuộc sống bình thường cũng như giảm phí tổn cho người bệnh. Bởi vậy, việc nhận dạng được hình thái lâm sàng của rối loạn phân ly vận động và cảm giác cũng như nhận biết sớm các nét tính cách phân ly là một vấn đề cần thiết trong thực hành lâm sàng nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh.

Cho đến nay nước ta chưa có nghiên cứu về dịch tễ học cũng như nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đặc điểm nhân cách của bệnh nhân rối loạn phân ly vận động và cảm giác. Với mong muốn nhận thức được bệnh cảnh lâm sàng, hình thái tiến triển của bệnh lý này một cách hệ thống, chúng tôi chọn đề tài: “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số đặc điểm nhân cách của bệnh nhân rối loạn phân ly vận động và cảm giác” với các mục tiêu:

- 1. Phân tích đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân rối loạn phân ly vận động và cảm giác.*
- 2. Mô tả một số đặc điểm nhân cách của bệnh nhân rối loạn phân ly vận động và cảm giác.*
- 3. Phân tích mối liên quan giữa đặc điểm nhân cách và các thể lâm sàng của bệnh nhân rối loạn phân ly vận động và cảm giác.*

## **Chương 1**

### **TỔNG QUAN TÀI LIỆU**

#### **1.1. NHỮNG VẤN ĐỀ CHUNG VỀ RỐI LOẠN PHÂN LY**

##### **1.1.1. Khái niệm và phân loại các rối loạn phân ly**

Lịch sử của thuật ngữ “*Rối loạn phân ly*” rất phức tạp. Trước đây rối loạn chuyển di (RLCD) và rối loạn phân ly (RLPL) cùng có tên gọi là Hysteria [10], [11].

Ngay từ thời Hyppocrate, người ta đã có các diễn giải thực thể về Hysteria. Platon là người đầu tiên đã giải thích nguyên nhân của bệnh lý này là do trạng thái bất thường của tử cung. Tác giả cho rằng sự di chuyển của tử cung trong cơ thể sau tuổi dậy thì dẫn đến nhiều bệnh. Tiếng Hy Lạp “*Hyster*” có nghĩa là tử cung do đó bệnh có tên là: “*Hysteria*”.

Galien cũng cho rằng tử cung là nguyên nhân của bệnh mặc dù tác giả là nhà giải phẫu học nên biết rằng tử cung không thể di chuyển khắp cơ thể được. Ngoài ra, theo Galien thì nam giới cũng có thể mắc bệnh và Hysteria xuất hiện trong một số trạng thái như cơ thể bị suy kiệt, sau những chấn thương tâm thần, những bệnh toàn thể như nhiễm trùng, nhiễm độc.

Thế kỷ XVII, Charles Lepois cho rằng Hysteria hoàn toàn không phụ thuộc vào tử cung vì các em gái nhỏ và phụ nữ đã mãn kinh cũng mắc bệnh. Hysteria là bệnh chung cho cả nữ và nam giới và nguyên nhân của bệnh không phải ở cơ quan nội tạng nào khác mà là ở não.

Năm 1681, Thomas Syndeham đã tách Hysteria ra khỏi nguồn gốc tử cung và gắn với những rối loạn tâm lý mà lúc bấy giờ gọi là: “*Những sâu muộng trước đây*”. Tác giả là người đầu tiên phân biệt sự giống và khác nhau của Hysteria với bệnh lý thực thể và tìm hiểu nguồn gốc cảm xúc của rối loạn này.

Năm 1859, Briquet thông báo trên 430 trường hợp Hysteria ở Bệnh viện Charite - Paris và đã mô tả rất đầy đủ những biểu hiện tiền triệu, trong cơn và sau cơn, đặc biệt là đặc điểm đa triệu chứng của bệnh [3], [12]. Luận án về Hysteria của Briquet đã chỉ ra triệu chứng cảm xúc, vận động và co giật là cốt lõi của bệnh.

Năm 1868, Chacot chứng minh rằng động kinh và Hysteria không giống nhau. Chacot khẳng định rằng nhiều biểu hiện của bệnh Hysteria giống những triệu chứng của tổn thương thần kinh khu trú do đó Hysteria được coi là: “Bệnh giả vờ độc đáo” (Grande Simulatrice). Tất cả những triệu chứng Hysteria hoàn toàn là do căn nguyên tâm lý, các triệu chứng phát triển trên cơ địa một nhân cách đặc biệt mà đặc điểm trước hết là tính dễ bị ám thị và tính tự ám thị.

Babinski cho rằng Hysteria là trạng thái tâm lý đặc biệt mà người ta có thể tự ám thị được và không có hiện tượng tổn thương thực thể nên tác giả gọi là: “Bệnh ám thị” (Pithiatisme) [13], [14], [15].

Theo Paplop thì triệu chứng Hysteria là hậu quả của sự rối loạn hoạt động thần kinh cao cấp ở những người mà hoạt động của các hệ thống tín hiệu không được điều hòa. Đó là hệ thống tín hiệu thứ hai hoạt động kém và hoạt động của hệ thống tín hiệu thứ nhất và phần dưới vỏ chiếm ưu thế nên con người sống thiên về tình cảm và Paplop đã xác định những người này thuộc loại hình thần kinh nghệ sỹ yếu, đó là đặc điểm của nhân cách người bệnh. Tuy nhiên, các triệu chứng Hysteria cũng có thể xuất hiện ở những người có hệ thần kinh mạnh.

Cuối thế kỷ 19 đầu thế kỷ 20, Pierre Janet (nhà tâm thần kinh người Pháp) phát triển lý thuyết phân ly - nghĩa là sự chia cắt tư duy ra khỏi những hoạt động khác trên cơ sở quan sát quá trình phân ly được biểu hiện ra ngoài bằng các rối loạn nhìn, nghe, phát âm, vận động, cảm giác và tâm lý trong sự

biến đổi của ý thức, trí nhớ, tính cách. Lý thuyết này giúp giải thích bệnh Hysteria và quên tâm sinh [16].

Sigmund Freud là người đầu tiên đưa ra quan niệm về các sự kiện tâm lý có liên quan đến trạng thái cơ thể, đó là các rối loạn Hysteria. Freud đã xây dựng học thuyết phân tâm. Lý thuyết phân tâm cổ điển xác định rằng chuyển di là một quá trình vô thức, xảy ra như một cơ chế làm giảm lo âu do một xung đột giữa một xung động bản năng với sự cấm đoán biểu hiện của xung động ấy. Triệu chứng được gây ra tượng trưng cho xung động ấy và biểu hiện từng phần xung động này. Triệu chứng thường bắt chước một bệnh thực thể của người nào đó thân cận với bệnh nhân, hoặc bệnh nào đó mà chính họ đã mắc trước đây. Kết quả làm giảm lo âu được gọi là: “Lợi lộc tiên phát”. “Lợi lộc thứ phát” bao gồm những quyền lợi rõ rệt mà bệnh tật mang lại: thiện cảm, chăm sóc và giảm nhẹ trách nhiệm [17].

Trong DSM-II (1968), Hiệp hội Tâm thần học Hoa Kỳ gọi các rối loạn Hysteria là bệnh loạn thần kinh chức năng Hysteria (Hysterical neurosis). Đến năm 1980, Hiệp hội Tâm thần học Hoa Kỳ bắt đầu sử dụng thuật ngữ: “*Rối loạn chuyển di*” (Conversion Disorders) trong DSM-III để định nghĩa cho tình trạng mất hoặc thay đổi cấp tính các chức năng của cơ thể gợi ý về một bệnh lý thần kinh (ví dụ: mất cảm giác hoặc liệt...) trong khi không có bằng chứng khách quan và trong hoàn cảnh stress tâm lý xã hội. Thuật ngữ: “*Rối loạn phân ly*” (Dissociative Disorders) cũng bắt đầu được dùng để chỉ bệnh cảnh mất một phần hoặc hoàn toàn các chức năng của nhận dạng, trí nhớ và ý thức, ở đây xung đột tâm lý được chuyển thành triệu chứng tâm thần.

Đến 1994, trong DSM-IV khái niệm các thuật ngữ về cơ bản vẫn giữ nguyên như DSM-III-R (1987) [3], [18], [19] và RLCD được xếp trong nhóm rối loạn dạng cơ thể, còn RLPL là một nhóm khác.

Theo hệ thống phân loại bệnh quốc tế ICD, ICD-8 (1965) các RLPL có tên gọi loạn thần kinh chức năng Hysteria. ICD-9 (1978) tên gọi nhóm bệnh này là Hysteria.

Năm 1992, trong ICD-10 thuật ngữ “*Rối loạn phân ly*” (chuyển di) (Dissociative (Conversion) disorder) được dùng để định nghĩa cho 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. Các RLPL được coi là có nguồn gốc tâm sinh, có kết hợp chặt chẽ về mặt thời gian với sự kiện sang chấn (những vấn đề không thể giải quyết được và không chịu đựng được hoặc các mối quan hệ bị rối loạn).

Thuật ngữ “*Chuyển di*” được áp dụng rộng rãi cho những rối loạn trong nhóm này và ngụ ý rằng những cảm xúc khó chịu gây ra do những vấn đề khó khăn hay xung đột mà cá nhân không thể giải quyết nổi thì chuyển thành triệu chứng bằng cách này hay cách khác.

Nhóm RLPL trong ICD-10 được biệt định ở chương F44 bao gồm các RLPL và RLCD với các mã số từ F44.0 đến F44.8 trong đó RLPL vận động và cảm giác gồm các mã số từ F44.4-F44.7 với các thể bệnh sau:

- Rối loạn vận động phân ly (F44.4).
- Co giật phân ly (F44.5).
- Mê và mất giác quan phân ly (F44.6).
- Các rối loạn phân ly hỗn hợp (F44.7).

Trong RLPL vận động và cảm giác có hiện tượng mất hoặc trở ngại vận động hoặc mất cảm giác, vì thế bệnh nhân trình bày như là có một rối loạn cơ thể nhưng các triệu chứng không thể giải thích cho một bệnh lý cơ thể. Mức độ rối loạn chức năng hoạt động của cơ thể do những triệu chứng này gây ra có thể thay đổi từng lúc và phụ thuộc vào cảm xúc của bệnh nhân. Các triệu chứng



thường phát triển trong mối quan hệ chặt chẽ với sang chấn tâm lý (SCTL) [1], [2].

\* Các tên gọi RLPL tương ứng giữa DSM và ICD qua các thời kì [20]:

<i>DSM – II: Loạn TK chức năng Hysteria</i>	<i>ICD – 8: Loạn TK chức năng Hysteria</i>
<i>DSM – III: Rối loạn chuyển di</i>	<i>ICD – 9: Hysteria</i>
<i>DSM – IV: Rối loạn chuyển di</i>	<i>ICD – 10: Rối loạn phân ly (chuyển di)</i>
<i>DSM – V: Rối loạn chuyển di</i>	

Gần đây (2006), các nhà tâm thần học Mỹ đề xuất phân loại RLCD trong DSM-IV giống như RLPL trong ICD-10 [21]. Tuy nhiên, trong DSM-V RLCD vẫn được phân loại giống như trong DSM-IV nhưng Hội tâm thần học Mỹ đã phân loại chi tiết các thể bệnh của RLCD chính là các thể bệnh RLPL vận động và cảm giác trong ICD 10 bao gồm các mã bệnh F44.4 đến F44.7 [22].

Với từng giai đoạn phát triển của Y học, với các cách phân loại bệnh khác nhau thì tên gọi của RLPL vận động và cảm giác có khác nhau nhưng cốt lõi của bệnh là các triệu chứng giả thần kinh xuất hiện đột ngột (rối loạn chức năng vận động và cảm giác) không giải thích được bằng các bệnh lý thực thể có liên quan đến SCTL (stress) và nhân cách người bệnh.

### **1.1.2. Một vài đặc điểm dịch tễ học rối loạn phân ly**

#### **1.1.2.1. Tỷ lệ mắc chung**

Tỷ lệ RLPL chiếm khoảng 0,3-0,5% dân số chung [14], ở trẻ em chiếm 1% số trẻ em đến khám chuyên khoa tâm thần [23].

Theo Kaplan-Sadock, tỷ lệ RLPL vận động và cảm giác là 0,22% dân số; chiếm 5-15% bệnh nhân đến khám tại các phòng khám đa khoa; 25-30% bệnh nhân ở các quân y viện [3]. Tuy nhiên, tỷ lệ này còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác như điều kiện kinh tế - xã hội, văn hóa, tôn giáo, chiến tranh... [13], [14].

Đa số tác giả cho rằng RLPL thường khởi phát ở thanh thiếu niên và người trẻ [13], [14], [15]. Trẻ em thường gặp ở tuổi 9 – 10 [23]. Stone và Binzer (2004) cho rằng tuổi khởi phát trung bình dưới 30 [24].

#### **1.1.2.2. Giới**

RLPL gặp ở nữ nhiều hơn nam [13], [14], [15], [25], [26]. Tỷ lệ nữ/ nam là 2/1; 5/1; 10/1 [4], [27].

#### **1.1.2.3. Rối loạn phân ly tập thể**

RLPL có thể phát triển thành “dịch” trong một tập thể do cảm ứng thành cao trào khi có sang chấn tạo phản ứng dây chuyền trong một tập thể có cùng hoàn cảnh [13], [14]. Nhiều nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng các rối loạn tâm thần hàng loạt xảy ra đột ngột trong dân cư đa số có chẩn đoán RLPL do triệu chứng có thể lan truyền rất nhanh từ người này sang người khác.

Conner (1968) cho rằng những triệu chứng xuất hiện có tính tập thể trên xảy ra do tác động của stress làm ảnh hưởng đến một nhóm người như môi trường sống thay đổi, tâm lý bất an. Kerckhoff và Back (1968) cũng mô tả các hình thức khác của các triệu chứng có tính chất tập thể đó là sự lây truyền hysteria (hysteria contagion) trong đó có sự lây truyền rất nhanh của một hay một nhóm triệu chứng. Sự lan truyền này xảy ra trong nhóm người trong cùng môi trường và cùng chịu tác động của stress. Hình thức này được gọi là phân ly tập thể (mass hysteria) hay bệnh tâm sinh tập thể (mass psychogenic illness).

Small và Borus (1983) cho thấy 60% trường hợp phân ly tập thể xảy ra ở trường học. Tháng 11 năm 2007, tại trường trung học tại Chalco gần thành phố Mehico, đây là trường thuộc hệ thống các trường từ thiện của Thiên chúa giáo ở Châu Á và Nam Mỹ, hơn 600 (trong tổng số 3600) nữ sinh tuổi từ 12 đến 17 bị các triệu chứng như khó vận động, buồn nôn, không tìm thấy nguyên nhân và cuối cùng được kết luận là phân ly tập thể [28].