

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

BS CKI Lê Hiếu-Bv Tâm thần TPHCM

Phần hành chánh:

Tên: Ng. T. H. Sinh năm: 1948; Học vấn: 5/12. Nơi sinh sống: q.8. Nghề: cửa hàng trưởng HTX 10 năm → bán cafe, nghỉ từ 53t. Có 6 con, sống với chồng (hớt tóc) và con trai út.

Bức tranh lâm sàng 1

Tháng 6/2006 (58t). Biểu hiện kéo dài 3-4 năm: hay quên, mau quên chuyện hàng ngày, có thể nhớ lại sau hoặc quên luôn. Hay nhắc chuyện cũ (với chồng) → cần nhắc, căng thẳng, bực tức. Khó ngủ, ngủ ít 4-5g. Lo nghĩ, buồn vì con làm ăn thất bại. Mệt mỏi, Giảm sức lực, làm việc nhà mau mệt, còn do than phiền đau nhức 2 chân. Chán nản, Có giải trí, xem tivi nhưng kém hứng thú. Giảm tập trung, suy nghĩ. Nói chậm và ngắn hơn trước. Ăn kém ngon, ăn chay 4 năm liên tục, tự chuẩn bị. Hằng ngày tự chăm sóc bản thân và dọn nhà cửa sạch sẽ, giặt quần áo. Thấp nhang cúng mỗi ngày. Đi chợ không thường xuyên (con gái).

Thể trạng trung bình, DHST bình thường. Khám cơ thể: không dấu hiệu thực thể. XN thường quy, không gợi ý bệnh nội khoa. Khuôn mặt có nhiều nếp nhăn, cảm xúc buồn, không nhớ ngày dương lịch, có nhớ ngày âm lịch. Không thực hiện MMSE.

Không có biểu hiện loạn thần.

Chẩn đoán ban đầu: Trầm cảm.

Điều trị khởi đầu với Luvox 50mg/ngày.

Trong các lần khám kế tiếp:

Khí sắc trầm, dễ bị kích thích (cáu gắt). Ăn kém, ít giao tiếp, ít giải trí. Còn tự chăm sóc và có hành vi thờ cúng.

MMSE: 20đ, mất điểm ở các mục:

- + ngày thứ (-1đ) + quận mấy (-1đ)
- + nhớ lại 3 từ (-3đ) + 100-7 đúng 1 lần (-4đ)
- + vẽ hai ngũ giác (-1đ)

Tính được chuỗi 20-3.

Chẩn đoán: trầm cảm/SSTT nhẹ

Luvox 50 → 200mg/ngày

Trivastal 50mg

Piracetam 1600mg

Không có Reminyl, hoặc antiACE khác.

Tình trạng không cải thiện, chấm dứt điều trị cuối tháng 9/2006.

Tháng 10/2006, vì lý do kinh tế, người chồng đưa bà H. về phòng khám cơ sở điều trị với 2 loại thuốc Amitriptylin và diazepam; sau 01 tháng tình trạng của bà H. không cải thiện mà có phần sút hơn (chậm chạp hơn và giảm trí nhớ nhiều hơn) nên chấm dứt điều trị.

Bức tranh lâm sàng 2

Không bao lâu sau, Tháng 1-5/2007, người chồng đưa bà H. (59t) đến khám ngoài giờ vì lý do bà H. có biểu hiện ghen tuông, hay nhắc lại chuyện tình cảm trước đây của chồng và liên tục trách cứ, cần nhân; khiến người chồng căng thẳng.

Giai đoạn này, trí nhớ của bà H. tiếp tục suy giảm so với trước, cảm xúc dễ bị kích thích. Khi hỏi bà về những chuyện thường nói với chồng ở nhà thì bà không nhớ. Không nhớ ngày tháng dù được nhắc là phải nhớ (trong vòng 30 phút trước khi khám bệnh).

Giai đoạn này, bà H. được dùng Respidon 1mg/ngày với nguyện vọng của người chồng “làm sao cho bà hết ghen là được.” Sinh hoạt cá nhân bình thường, ít giao tiếp, chủ yếu ở nhà, và quanh xóm.

Sau 1-2 tháng, tình trạng này yên ắng dần. Cuộc điều trị được duy trì thêm 2 tháng nữa.

Sau đó là khoảng thời gian 3 năm không điều trị.

Bức tranh lâm sàng 3

Tháng 4/2010, vài tháng gần đây, bà H. (62t) có những hành vi khác thường: hay lục lọi đồ đạc, đi tới đi lui không mục đích, mặc áo ấm dù trời nóng, hay đóng kín cửa, mặc áo cài lệch nút hoặc mặc áo ngược. Giảm trí nhớ nhiều, hay hỏi lặp lại, uống thuốc rồi lại uống lần nữa, quên thói quen thấp nhang cúng, không xem ti vi, không có biểu hiện ghen. Không nhớ số con. Hay lo âu, sợ ở một mình. Ngủ ít. Ăn kém, phải ép ăn, lúc này không ăn chay vì không còn tự phục vụ được nên gia đình nấu món gì thì ăn món đó. Chăm sóc bản thân cần trợ giúp một phần. Còn giặt đồ, rửa chén. Hay đòi về quê.

Về mặt cau có khó chịu trong khi giao tiếp.

Chẩn đoán: SSTT

Tx: Reminyl 4mg → 8mg → 16mg/2tháng

Giloba, piracetam; Olanzapin Rapitab 5mg

Biến cố 6/2010: bồn chồn, bứt rứt, ngủ ít, → Olanzapin Rapitab 10mg.

Biến cố tháng 7/2010: mệt, sốt, run → BV đa khoa vài ngày ổn định, phát hiện tăng ĐH 10mmol/L (thể trạng gầy), điều trị duy trì ĐH ổn định với Glucophage (metformin) 850mg/ngày.

Ngừng olanzapin và thêm Tisercin 25mg 1/4v và Mirtazapine 30mg 1/4v. Sau một tháng thì ngưng Tisercin.

T9/2010: duy trì thuốc Reminyl 16mg, Mirtazapine 30mg 1/4v, giloba 120mg, piracetam 2400mg.

Giao tiếp tốt, cảm xúc vui vẻ, ngủ yên, đôi lúc có xem tv, có lúc tự nhớ thấp nhang (hoặc chồng phải nhắc), không ăn chay, ăn ít (ăn kiêng đường, bột). Không biết cách lấy kem đánh răng.

Nhớ tên con 5/6 tên. Không nhớ tên BS.

20-3 đúng 1 lần.

Tháng 4/2011: Đường, lipid/máu ổn định

Giảm trí nhớ gần: ăn sáng trước khi khám.

Nhớ tên 6 con, không nhớ tuổi con.

Trí nhớ xa: kể chuyện cũ sai chi tiết.

Nhận thức: không biết con trai làm gì (rửa xe ngay tại nhà). Gọi tên được các đồ vật; 20-3 không được. Không chú ý đến thời gian, không gian, “trí nhớ tôi bây giờ kém, không nhanh nhẹn như lúc trước”

Còn nói chuyện chào hỏi xã giao được, hay hỏi lặp lại hoặc nói lại câu vừa nói xong.

BÀN LUẬN

1. Chẩn đoán theo tiêu chuẩn:

- Suy giảm trí nhớ

- Vong ngôn, Vong hành, Vong tri, Rối loạn chức năng thi hành

2. Thang MMSE: -1.5SD → MCI; -2SD → SSTT

ý nghĩa thang: Sàng lọc, đánh giá mức độ, theo dõi diễn tiến. → chọn thang TỐT.

3. Định nghĩa: suy giảm nhận thức so với trước, gây ảnh hưởng đến chức năng sống.

Chẩn đoán có tính cá nhân rõ ràng.

NINCDS-ADRDA, DSM IV-TR

Biểu hiện trầm cảm xảy ra khoảng 10-15% SSTT, và thường ở giai đoạn đầu của SSTT. Các triệu chứng trầm cảm chồng lên các triệu chứng SSTT nên có thể chẩn đoán sót SSTT. Chẩn đoán SSTT cũng có thể bỏ sót trầm cảm. Điều trị trầm cảm là cần thiết để cải thiện chất lượng cuộc sống cho người SSTT. Điều trị không thích hợp làm nặng thêm SSTT. Suy giảm trí nhớ thoái triển dần dần.

Nhắc lại chuyện cũ khác với hoang tưởng.

Rối loạn hành vi do: giảm trí nhớ, xung động cảm xúc, tư duy logic yếu,...

Xử trí:

Dùng thuốc CLT liều thấp → ức chế hoạt động tâm thần

3 năm điều trị tại nhà, do chồng chăm sóc, thôi nghề hớt tóc.

Các triệu chứng

- Biến cố nội khoa

- Tiên lượng