



17. Các rối loạn chức năng (functional disorders) tại phòng cấp cứu

Carlo Serrati, Cinzia Finocchi, Marta Melis,
Maurizio Melis, and Gianluca Serafini

Các triệu chứng chức năng (functional symptoms) hiện được định nghĩa là các rối loạn "cơ thể" (physical) không phải do một bệnh thực thể nào và được cho là có nguồn gốc tâm lý. Các triệu chứng

C. Serrati (✉)

Divisione di Neurologia, Ospedali di Imperia e Sanremo, ASL 1 Liguria,
Imperia, Italy

e-mail: c.serrati@asl1.liguria.it

C. Finocchi

Clinica Neurologica e Centro Ictus, IRCCS Ospedale Policlinico San
Martino, Genova, Italy

e-mail: cfinocchi@neurologia.unige.it

M. Melis · M. Melis

Divisione di Neurologia e Stroke Unit, Azienda Ospedaliera G. Brotzu,
Cagliari, Italy

e-mail: mauriziomelis@aob.it

G. Serafini

Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia,
Genetica e Scienze Materno-Infantili (DINOEMI), Università di Genova,
Genova, Italy

e-mail: gianluca.serafini@unige.it

© Società Italiana di Neurologia 2021

G. Micieli (eds.), *Decision Algorithms for Emergency Neurology*,

https://doi.org/10.1007/978-3-030-51276-7_17

chức năng thần kinh (liệt, rối loạn thị giác, run, v.v.) là một thách thức quan trọng đối với bác sĩ lâm sàng, do tỷ lệ mắc bệnh cao, khó chẩn đoán phân biệt với các bệnh thần kinh thông thường khác và kết quả điều trị kém.

Vấn đề đầu tiên cần giải quyết trong lĩnh vực này là thuật ngữ. Trong các tài liệu thần kinh, các thuật ngữ phổ biến nhất là "tâm lý", một sự ám chỉ rõ ràng về nguồn gốc tâm linh, và "chức năng" (functional) - một thuật ngữ trung lập hơn và do đó được ưa thích hơn trong các đoàn thể bệnh nhân. Tuy nhiên, trong tài liệu tâm thần học, chủ yếu đề cập đến "Rối loạn chuyển dạng" (Conversion Disorder), DSM-5 xác định tiêu chí chẩn đoán chính xác được ghi trong Bảng 17.1 và "Rối loạn triệu chứng thực thể" (SSD: Somatic Symptom Disorders), đặc trưng bởi các triệu chứng cơ thể (somatic symptoms) gây khó chịu đáng kể hoặc gây suy giảm chức năng đáng kể và những suy nghĩ / lo lắng quá mức và không cân đối (để nhận được chẩn đoán này, đối tượng phải biểu hiện các triệu chứng này một cách dai dẳng, thường trong ít nhất 6 tháng).

Trong cuốn sách này, thuật ngữ "chức năng" được ưu tiên hơn khi xem xét thực tế là các lý thuyết hiện tại về căn nguyên của các triệu chứng này bao gồm các nguyên nhân hỗn hợp, tâm lý, sinh học và xã hội, vì vậy một mô hình tâm lý thuần túy là không thích hợp [1].

Bảng 17.1 Tiêu chuẩn DSM V của rối loạn chuyển dạng

A. Một hoặc nhiều triệu chứng của chức năng vận động hoặc cảm giác thay đổi

B. Các kiểm tra lâm sàng cho thấy sự không tương hợp giữa triệu chứng và các tình trạng bệnh lý hoặc thần kinh đã được công nhận

C. Triệu chứng hoặc khiếm khuyết không được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần hoặc bệnh lý khác

D. Các triệu chứng hoặc khiếm khuyết gây ra phiền muộn đáng kể, suy giảm tâm lý xã hội hoặc cần được đánh giá y tế đảm bảo

Cụ thể:

- Có yếu hoặc liệt
- Có cử động bất thường (run, rối loạn dáng đi)
- Có các triệu chứng liên quan đến nuốt
- Có các triệu chứng liên quan đến lời nói
- Có các cơn giả co giật động kinh hoặc co giật
- Mất cảm giác hoặc mất nhạy cảm
- Có các triệu chứng cảm giác cụ thể
- Có các triệu chứng hỗn hợp

Dịch tễ

Các triệu chứng chức năng thần kinh (NFS: Neurological functional symptoms) là phổ biến và là nguyên nhân thứ hai cho các cuộc hội chẩn thần kinh của bệnh nhân ngoại trú sau đau đầu (trước bệnh Parkinson và bệnh xơ cứng rải rác). Một đánh giá có hệ thống về 21 nghiên cứu ở Châu Âu cho thấy tỷ lệ hiện mắc là 6% trong dân số nói chung [2]. Hơn nữa, một nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu đa trung tâm trên 3781 bệnh nhân ngoại trú, được thăm khám tại các cơ sở thần kinh của bệnh viện, đã phát hiện ra rằng trong khoảng 16% trường hợp không phát hiện được triệu chứng nào có thể giải thích được bởi một bệnh thần kinh thực thể nào đó, hoặc toàn bộ hoặc một phần. [3].

Tổng quan về bệnh sử và lâm sàng

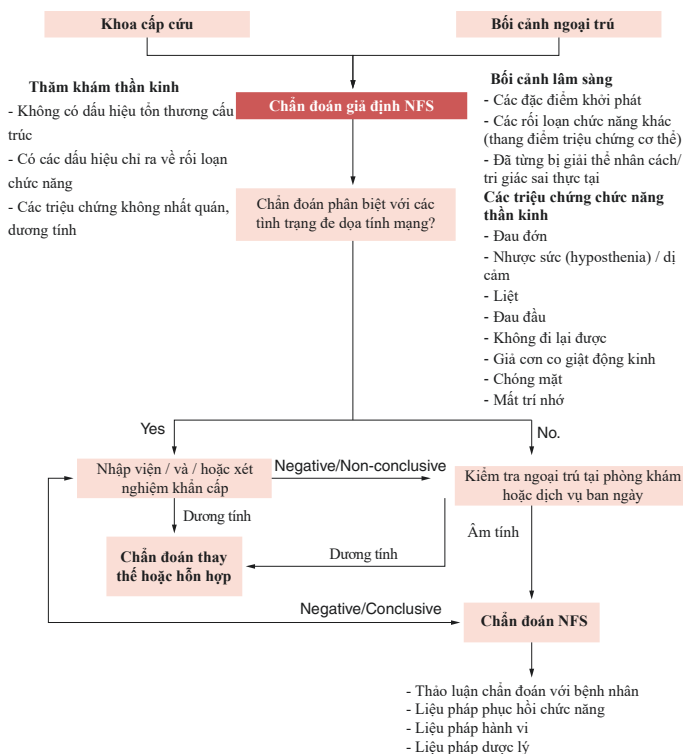
Việc chẩn đoán NFS rất phức tạp và dựa trên một khung bệnh sử chính xác, khi không có dấu hiệu biểu thị bệnh lý thần kinh thực thể, và nếu có, là phát hiện các dấu hiệu biểu thị cho nguồn gốc chức năng. Các thăm dò chẩn đoán đầy đủ để loại trừ các rối loạn thần kinh có thể xảy ra là cần thiết trong nhiều trường hợp. Phác đồ (Hình 17.1) chỉ ra các thời điểm chính của lộ trình chẩn đoán cho NFS. Khi có được theo các tiêu chí này, chẩn đoán NFS có độ tin cậy tốt, và tỷ lệ chẩn đoán sai là khoảng 5% trong hầu hết các nghiên cứu [4, 5], tương đương với các bệnh thần kinh chính.

Chẩn đoán không thể chỉ dựa trên bệnh sử lâm sàng, tuy nhiên có thể có nhiều khía cạnh khác nhau làm tăng xác suất triệu chứng có nguồn gốc chức năng và do đó chúng cần được tính đến. Bệnh nhân thường có bệnh sử lâm sàng kéo dài về các rối loạn chưa được chẩn đoán, điều này cũng thường ảnh hưởng đến các ngành y học khác và điều này rất hữu ích để nghiên cứu và nâng cao cách giải thích chính xác.

Các triệu chứng chức năng thường gặp nhất được chia theo các chuyên khoa y tế khác nhau:

- Tim mạch: đau ngực không do tim, đánh trống ngực lạnh tính
- Tai mũi họng: cảm giác globus hầu họng, khó phát âm chức năng
- Tiêu hóa: ruột kích thích, khó tiêu chức năng

Sơ đồ 17.1 Phác đồ cho bệnh nhân nghi ngờ rối loạn chức năng



- **Khớp:** đau cơ xơ hóa (fibromyalgia)
- **Miễn dịch:** không dung nạp môi trường vô căn (nhạy cảm với nhiều hóa chất)
- **Nội khoa:** hội chứng mệt mỏi mạn tính
- **Phụ khoa:** đau vùng chậu mạn tính
- **Nhi khoa:** đau bụng không đặc hiệu.

Các triệu chứng thường gặp nhất có nguồn gốc chức năng trong lĩnh vực thần kinh (theo thứ tự tần suất):

1. Đau
2. Giảm cảm giác / loạn cảm giác
3. Liệt
4. Đau đầu
5. Không đi đứng được
6. Giã co giật động kinh
7. Chóng mặt
8. Mất trí nhớ

Các yếu tố hữu ích trong bệnh sử làm đẩy lên nghi ngờ về NFS:

- Đa triệu chứng, trầm cảm và lo âu
- Tiền sử các triệu chứng chức năng trước đây hoặc phẫu thuật mà không có bệnh lý
- Tính thay đổi của các triệu chứng
- Những trải nghiệm quan trọng trong thời thơ ấu, sự tồn tại của các kiểu bệnh tật trong gia đình, các biến cố căng thẳng gần đây.
- Các triệu chứng của autopsychic, somatopsychic, hoặc allopsychic (derealization-tri giác sai thực tại) depersonalization-giải thể nhân cách, triệu chứng sau thường liên quan đến rối loạn hoảng sợ (Bảng 17.2)

Thang điểm Somatic Symptom Scale-8 (Bảng 17.3) đưa ra đánh giá định lượng về gánh nặng “chức năng” của bệnh nhân: điểm 0–3

Bảng 17.2 Giải thể nhân cách và tri giác sai thực tại

Giải thể nhân cách

- Tôi cảm thấy kỳ quái
- Tôi cảm thấy như mình đang trôi
- Tôi cảm thấy không có cơ thể của mình, tách rời / mất kết nối / xa xôi / xa rời bản thân
- Tôi cảm thấy rất xa mọi thứ
- Tôi cảm thấy ở vị trí của riêng mình / tất cả một mình
- Tôi cảm thấy như tôi đã ở đó và đồng thời không
- Tôi có thể nhìn và nghe thấy mọi thứ, nhưng tôi không thể phản ứng

Tri giác sai thực tại

- Môi trường xung quanh dường như không thực tế/ xa vời đối với tôi
- Tôi cảm thấy như mình bị đánh thuốc mê
- Tôi cảm thấy như tôi đang nhìn thế giới qua một tấm màn hoặc một tấm kính
- Tôi cảm thấy bị cắt đứt hoặc xa cách với môi trường xung quanh mình
- Các đối tượng dường như nhỏ hơn / không thực / giả tạo

Bảng 17.3 Thang điểm Somatic Symptom Scale-8

Trong tuần trước, bạn đã cảm thấy khó chịu như thế nào vì những triệu chứng sau đây?	Không có gì	Ít	Thỉnh thoảng	Khá khó chịu	Rất nhiều
Các vấn đề về dạ dày hoặc ruột	0	1	2	3	4
Đau lưng	0	1	2	3	4
Đau tay, chân, khớp	0	1	2	3	4
Đau đầu	0	1	2	3	4
Đau ngực hoặc khó thở	0	1	2	3	4
Chóng mặt	0	1	2	3	4
Mệt mỏi	0	1	2	3	4
Rối loạn giấc ngủ	0	1	2	3	4
SSS-9 score	=	— +	— +	— +	—

cho thấy gánh nặng thấp nhất, 4–7 thấp, 8–11 trung bình, 12–15 cao và 16–32 rất cao.

Thăm khám thần kinh

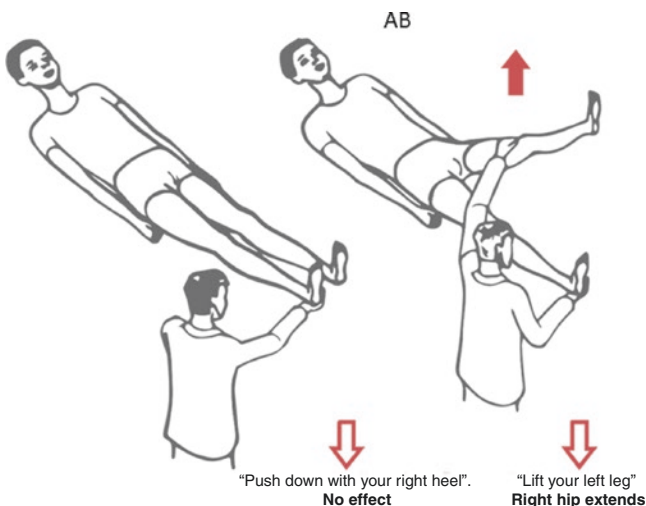
Một cuộc kiểm tra thần kinh cẩn thận bởi bác sĩ thần kinh có kinh nghiệm là rất quan trọng để chẩn đoán vì một mặt nó cho phép loại trừ các dấu hiệu khách quan cho thấy bệnh lý của hệ thần kinh và mặt khác thường tìm thấy sự mâu thuẫn hoặc dấu hiệu dương tính, biểu thị của rối loạn chức năng.

Liệt không do nguyên nhân thực thể (Non-organic Paralysis)

Các yếu tố không nhất quán đáng ngờ:

- Sự vắng mặt của dấu babinsky.
- Phản xạ gân sâu bình thường, đối xứng.
- Sự nhược sức (hypostenia) thay đổi.
- Sự tham gia không chọn lọc của các cơ gấp và duỗi (trong liệt trung ương), sự tham gia không liên quan đến sự phân bố của rễ hoặc dây thần kinh (trong liệt ngoại vi).

Figure 17.2 Hoover sign



■ Yếu vỏi chi chùng xuống (sagging): chi bị rơi khi chạm nhẹ (nếu bệnh nhân bị đau, cố gắng có được sự hợp tác bằng cách yêu cầu họ giữ một lúc).

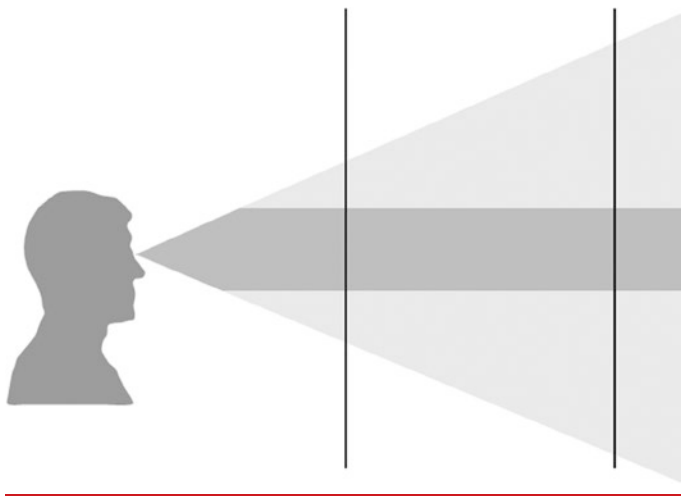
■ Dấu Hoover: giảm sức duỗi hông không xảy ra khi bệnh nhân được yêu cầu gập hông bên đối diện để chống lại lực cản (Hình 17.2).

■ Dấu hiệu dạng hông: tình trạng giảm sức dạng của hông không xảy ra khi bệnh nhân được yêu cầu dạng để chống lại lực cản của hông đối diện.

■ Dáng đi kéo lê - dragged gait (sự rối loạn của bước đi xảy ra với sự kéo lê của chi giảm trương lực mà không có đặc điểm của "dáng đi phạt cỏ" - mowing gait hoặc dáng đi bệnh lý thần kinh khác).

Trong **chóng mặt thực sự (vertigo) và rối loạn cân bằng**, sự biến mất của các triệu chứng sau các thao tác đánh lạc hướng là dấu hiệu của NFS, ví dụ sự bình thường hóa của test Romberg khi yêu cầu bệnh nhân xác định các chữ cái được vẽ trên trán trong khi nhắm mắt.

Figure 17.3 **Tầm nhìn hình ống (tubular vision)**



Trong trường hợp có **các triệu chứng thị giác**, các test được coi là biểu thị của rối loạn chức năng là [6]:

- Fogging test (đối với rối loạn thị giác một mắt): Các thấu kính có độ tăng dần được gắn vào, điều này dần dần làm cho hình ảnh ngày càng bị mờ ở mắt không bị ảnh hưởng khi thực hiện kiểm tra thị lực hai mắt. Những bệnh nhân duy trì thị lực tốt cho thấy có thể nhìn tốt ở bên mắt bị ảnh hưởng.

- Tầm nhìn hình ống : bệnh nhân có khiếm khuyết trường thị giác cùng chiều rộng 1 và 2 m (Hình. 17.3).

Loạn trương lực cơ và run chiếm từ 60% đến 90% trong tổng số các rối loạn vận động chức năng [7]. Một số đặc điểm của sự rối loạn xuất hiện để hỗ trợ chẩn đoán:

- Khởi phát đột ngột
- Bệnh không diễn tiến (static course)
- Thuyên giảm tự nhiên
- Các triệu chứng kịch phát

Cũng như các hội chứng chức năng khác, một số yếu tố nguy cơ quan trọng đối với rối loạn chuyển dạng là các biến cố căng thẳng, dạng cơ thể ở những nơi khác trong cơ thể, bệnh tâm thần đồng

mắc và lợi ích có thể có từ một chẩn đoán bệnh nào đó.

Các đặc điểm của khám thần kinh cho thấy một nguyên nhân chức năng có thể có của rối loạn vận động:

- Chuyển động mâu thuẫn và không hợp lý (ngắt quãng kỳ lạ)
- Sự thay đổi theo thời gian (hướng, biên độ, tần số, v.v.)
- Khởi hoặc suy giảm với việc đánh lạc hướng/làm phân tâm
- Entrainment

Không đáp ứng với điều trị thường là một yếu tố củng cố hữu ích.

Việc chẩn đoán phân biệt giữa cơn co giật và **giả co giật động kinh (epileptic pseudo-seizures)**, dựa trên một tập hợp các yếu tố đôi khi chỉ được báo cáo bởi bệnh nhân hoặc nhân chứng, xứng đáng có một phương pháp điều trị riêng biệt. Đây là một vấn đề chẩn đoán quan trọng trong bệnh động kinh. Người ta ước tính rằng hơn 40% đối tượng động kinh cũng có biểu hiện giả co giật chức năng [8], làm phức tạp việc đánh giá đáp ứng với các liệu pháp chống

Để biết thêm thông tin, hãy xem Chương. 4.

Các yếu tố dương tính gợi ý giả co giật [9, 10]:

- Thời gian kéo dài: cơn co giật kéo dài hơn 2 phút và không có sự xác định rõ ràng về cơn co giật cục bộ hay toàn thể
- Khóc hoặc la hét trong cơn co giật
- Cường ép nhắm mắt kèm chống lại việc mở mắt trong cơn co giật
- Khả năng hiểu và báo cáo các biến cố xảy ra trong suốt một cơn có vẻ như là co giật toàn thể hóa nào đó
- Các biểu hiện vận động bất thường như các chuyển động nhấp nhô (undulatory movements), các chuyển động không đồng bộ không nhịp nhàng của các chi, các chuyển động tiêu cực (negation movements) của đầu, uốn cong người ra sau (opisthotonos).

Để biết vai trò của điện não đồ và điện não đồ video trong chẩn đoán phân biệt cơn co giật và giả co giật, hãy xem đoạn *Các phương tiện/công cụ kiểm tra*.

Các công cụ kiểm tra

Lộ trình chẩn đoán bằng công cụ của bệnh nhân bị NFS không được chuẩn hóa vì nó phụ thuộc vào việc kiên trì nghi ngờ các chẩn đoán hợp lý sau khi khai thác bệnh sử và thăm khám thần kinh cẩn thận. Ở một số bệnh nhân, bệnh sử lâm sàng và khám thần kinh có thể đủ; nhưng không ít bệnh nhân đến khám với một tài liệu phong phú về công cụ, đã hoàn toàn toàn diện.

Cho dù cơn co giật diễn ra trong bối cảnh khoa cấp cứu (ED) hay trong bối cảnh bệnh nhân ngoại trú, điều đầu tiên cần làm là xác định, bằng chẩn đoán phân biệt, các tình trạng nguy hiểm tính mạng có thể xảy ra: trong trường hợp này, cơ sở chẩn đoán sẽ được phát triển trong ED. Việc quản lý cấp cứu những bệnh nhân bị NFS là rất khó khăn và khả năng thảo luận với bác sĩ gia đình của bệnh nhân hoặc truy cập dễ dàng vào hồ sơ y tế của bệnh nhân có thể là một giải pháp trong trường hợp khẩn cấp. Một lộ trình “nhanh chóng” cho bệnh nhân ngoại trú nên được chuẩn bị cho những trường hợp cần kiểm tra nhưng không khẩn cấp và cũng để tiếp tục kiểm tra sâu hơn.

Các yếu tố cần tính đến khi nghi ngờ NFS:

- Các test cần thiết để loại trừ các bệnh thực thể nên được thực hiện trong một khung thời gian hợp lý, để không kéo dài thời gian của các chẩn đoán không chắc chắn.
- Việc kéo dài các kiểm tra trong vài tháng có thể gây ra lo lắng và thất vọng đáng kể.
- Xin lưu ý rằng đôi khi cần đưa ra hai chẩn đoán, ví dụ, rối loạn cơ năng chồng lên bệnh xơ cứng rải rác hoặc co giật và giả co giật. Về mặt này, điều quan trọng là phải làm nổi bật một sự thay đổi quan trọng trong các tiêu chuẩn của DSM-5 liên quan đến thực tế rằng, trong khi các triệu chứng không thể giải thích về mặt y khoa là đặc điểm phân biệt của nhiều rối loạn dạng cơ thể (somatoform disorders) trong DSM-IV, thì chẩn đoán rối loạn dạng cơ thể lại không đòi hỏi rằng các triệu chứng cơ thể là không thể giải thích được về mặt y học. Nói cách khác, các triệu chứng có thể có hoặc không liên quan đến một tình trạng bệnh lý khác. Tiêu chuẩn DSM-5 để chẩn đoán rối loạn triệu chứng cơ thể nêu rõ rằng là

không thích hợp để chẩn đoán rối loạn tâm thần chỉ vì một nguyên nhân y khoa nào đó không thể được chứng minh. Trong khi DSM-IV dựa trên khái niệm về các triệu chứng không có cơ sở thực thể, thì DSM-5 nhấn mạnh khái niệm rằng những suy nghĩ, cảm xúc và hành vi về các triệu chứng cơ thể là không cân xứng hoặc quá mức. Do đó, người ta đã lưu ý rằng những bệnh nhân bị bệnh tim hoặc ung thư sẽ trải qua những suy nghĩ / cảm xúc / hành vi cùng lúc với căn bệnh này và những người này sẽ thỏa mãn chẩn đoán rối loạn triệu chứng cơ thể dẫn đến nguy cơ được điều trị mà không cần lý do. Trong trường hợp này, việc huấn luyện, kinh nghiệm và đánh giá lâm sàng sẽ là nguyên tắc chỉ đạo. Sự thay đổi quan điểm này dứt khoát loại bỏ sự tách biệt giữa tinh thần và thể xác vẫn được duy trì bởi DSM-IV và thúc đẩy các bác sĩ thực hiện đánh giá lâm sàng cẩn thận và kịp thời cho những bệnh nhân này.

■ Giải thích rõ ràng và nói ra các cuộc kiểm tra bao gồm những gì và kết quả mong đợi là gì. Giúp bệnh nhân mong đợi kết quả âm tính có thể cải thiện kết cục trong trường hợp của các triệu chứng chức năng.

■ Cung cấp thông tin về xác suất của một kết quả ngẫu nhiên nào đó không liên quan đến các triệu chứng (khoảng 10-15% trong MRI não).

■ Các test thường được nài nỉ (solicited) bởi bệnh nhân, nhưng cần lưu ý rằng một phân tích tổng hợp [11] chỉ ra rằng việc thực hiện các test chẩn đoán không làm bệnh nhân yên tâm, không làm giảm lo lắng và cũng không giải quyết được các triệu chứng. Tuy nhiên, nó làm giảm nhẹ số lần đến khám lâm sàng tiếp theo.

■ Bệnh nhân bị NFS trong một số trường hợp có thể phóng đại các triệu chứng hoặc cố ý làm sai lệch chúng với mục đích duy nhất là thu hút sự chú ý của bác sĩ hoặc thuyết phục họ về mức độ nghiêm trọng của bệnh (rối loạn hư cấu, còn được gọi là Munchausen's S.). Tình trạng này phải được phân biệt với những bệnh nhân hoàn toàn dựng lên triệu chứng để được chăm sóc y tế. Việc nhấn mạnh các triệu chứng trong một hồ sơ pháp lý y khoa để thu lợi kinh tế, với bằng chứng đối trá rõ ràng, được gọi là malingering (giả ốm để trốn việc) và không phải là một chẩn đoán y khoa nào cả.

Các test tâm lý. Các bài test, chẳng hạn như MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), rất hữu ích để đánh giá các đặc điểm nhân cách quan trọng và có thể hữu ích ở những bệnh nhân

không chắc chắn về chẩn đoán sau cuộc phỏng vấn lâm sàng. Ngoài ra, test tâm lý có thể giúp đánh giá sức khỏe của bệnh nhân, quyết định phương pháp điều trị nào được chỉ định và theo dõi tác động của việc điều trị theo thời gian.

Vai trò của EEG. Trong chẩn đoán phân biệt giữa co giật động kinh và giả co giật chức năng, điện não đồ có thể đóng một vai trò quan trọng, mặc dù cần lưu ý rằng thông thường không thể ghi lại một cơn co giật nào và vết tích giữa các cơn (intercritical tracing) là không đáng kể ở nhiều bệnh nhân động kinh. **Video EEG** có thể đặc biệt hữu ích và nó trở nên không thể thiếu nếu bệnh nhân đặt câu hỏi về chẩn đoán hoặc nếu phải thay đổi chẩn đoán động kinh không chính xác trước đó. Cần lưu ý rằng một số dạng động kinh, chẳng hạn như động kinh thùy trán, có thể xảy ra với các biến cố không điển hình trong khi bệnh nhân ở trạng thái có ý thức, nhưng có thể không phát hiện được bằng điện não đồ. Để chẩn đoán có ý nghĩa, cũng cần đảm bảo rằng biến cố được ghi lại giống với biến cố thường ảnh hưởng đến bệnh nhân.

Điện não đồ thậm chí có thể hữu ích hơn nếu khoa thực hiện thăm khám có một protocol thúc đẩy co giật với sự gợi ý/âm thị (suggestion). Thủ thuật này có thể được thực hiện một cách công khai, không cần phải lừa dối bệnh nhân [12].

Điều trị

Việc điều trị các rối loạn thần kinh chức năng khó được chuẩn hóa, chủ yếu là do sự hiểu biết không đầy đủ về cả sinh lý bệnh và các yếu tố duy trì các tình trạng này. Đồng thời, đây là một tình trạng lâm sàng với tiên lượng thường xấu, với các triệu chứng dai dẳng trong 40-60% trường hợp, đôi khi trong thời gian dài lên đến 10 năm. Vì đây là những rối loạn phức tạp, các guideline mời chúng tôi tính đến các đặc điểm cụ thể khác nhau liên quan đến giai đoạn đánh giá hoặc điều trị, đưa ra phương pháp quản lý qua việc xem xét bệnh nhân từ một quan điểm chính thể luận (holistic). Một số nghiên cứu so sánh hồ sơ đo lường tâm lý (psychometric profiles) ở những bệnh nhân rối loạn chức năng và nhóm chứng thường không cho thấy mức độ đồng mắc bệnh tâm thần cao hơn.

Tuy nhiên, dựa trên niềm tin phổ biến về căn nguyên tâm lý của các rối loạn chức năng, các nhà thần kinh học thường hướng bệnh nhân đến đánh giá tâm thần và khuyến nghị liệu pháp tâm lý với mục đích xác định một xung đột tâm lý cơ bản, và đưa nó đến một mức độ nhận thức nào đó, để giải quyết. nó. Thuốc chống trầm cảm có thể hữu ích để kiểm soát các triệu chứng trầm cảm và lo lắng thường đi kèm với rối loạn chức năng, cải thiện chất lượng cuộc sống chung của bệnh nhân và thúc đẩy sự chấp nhận tốt hơn với liệu pháp tâm lý. Mặc dù không có bằng chứng chắc chắn, các kết quả được báo cáo bằng liệu pháp tâm lý hoặc liệu pháp chống trầm cảm nói chung là rất khiêm tốn [13, 14]. Bất kể sự hiện diện của các triệu chứng trầm cảm, hiệu quả lâm sàng của thuốc chống trầm cảm ba vòng và chất ức chế tái hấp thu serotonin đã được chứng minh ở liều lượng thường thấp hơn so với những thuốc được sử dụng trong rối loạn lo âu và trầm cảm nặng. Một cách tiếp cận hợp nhất thường được khuyến khích, cả về liệu pháp được lý và tâm lý trị liệu, hiện đang đại diện cho tiêu chuẩn vàng của điều trị.

Các liệu pháp được lý đặc hiệu có thể hữu ích ở những bệnh nhân mà cả phỏng vấn và test tâm lý đều xác định được các đặc điểm trầm cảm hoặc lo âu rõ ràng. Ở một số bệnh nhân, những cải thiện rời rạc của rối loạn chức năng với các thuốc serotonergic đã được mô tả.

Trong các tình huống cụ thể, các phương pháp phục hồi chức năng và liệu pháp hành vi có thể hữu ích. Đặc biệt thú vị về vấn đề này là những kết quả tốt được báo cáo tại Mayo Clinic, nơi họ áp dụng một liệu pháp vật lý trị liệu và nghề nghiệp (physical and occupational therapy), kéo dài 5 ngày, với sự cải thiện rối loạn vận động ở 73,5% bệnh nhân. [13, 14].

Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ cũng chỉ ra rằng “liệu pháp tâm lý có thể giúp cá nhân thay đổi suy nghĩ và hành vi, nhờ vào việc học các chiến lược mới để kiểm soát cơn đau, căng thẳng và cải thiện chức năng của họ”.

Trong hướng dẫn của NICE (National Institute for Health and Care Excellence), có những nghiên cứu đã đánh giá tích cực và tiếp tục đánh giá liệu pháp nhận thức - hành vi (CBT) về rối loạn

triệu chứng cơ thể và các bệnh liên quan. Đặc biệt, có những nghiên cứu đang xem xét hiệu quả của mindfulness-chánh niệm (CBT-third wave) trong việc điều trị các rối loạn triệu chứng cơ thể và các bệnh liên quan. Sự can thiệp nhằm mục đích sử dụng các kỹ thuật có hiệu quả đã được chứng minh, tùy từng trường hợp, hoạt động cụ thể trong các lĩnh vực nhận thức-hành vi có liên quan, thúc đẩy việc thay thế những suy nghĩ rối loạn chức năng bằng những suy nghĩ chức năng hơn, giảm sự tập trung chú ý cứng nhắc và đơn điệu, kiểm soát các biến cố stress thích ứng tốt hơn, xử lý ký ức đau buồn, tiếp cận có ý thức hơn với nhu cầu của họ, giao tiếp quyết đoán hơn, cải thiện các chiến lược đối phó và tương tác chức năng hơn với đối phương.

Bước cần thiết đầu tiên là làm rõ với bệnh nhân chẩn đoán là gì và ý nghĩa của các triệu chứng của nó. Giải thích rõ ràng về nguồn gốc của các rối loạn ở bệnh nhân có thể hữu ích để tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình chấp nhận chẩn đoán. Sau khi đánh giá kỹ lưỡng, thì sẽ có thể thiết lập các lộ trình điều trị được cá thể hóa.

Sự hợp tác của bác sĩ tâm thần có thể là điều cần thiết, nhưng điều quan trọng là phải tạo ra một đội ngũ đa chuyên ngành và tất cả đều là các chuyên gia trong lĩnh vực NFS; nếu không, việc chuyển bệnh nhân đến các bác sĩ chuyên khoa khác có thể tạo ra sự thất vọng và dẫn đến việc lặp lại các cuộc kiểm tra vô ích.

References

1. Vuilleumier P. Functional neuroanatomical correlates of hysterical sensorimotor loss. *Brain*. 2001;124:1077-90.
2. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011;21:655-79.
3. Stone J, Carson A, Duncan R, et al. Who is referred to neurology clinics. The diagnosis made in 3781 new patients. *Clin Neurol Neurosurg*. 2010;112:747-51.
4. Stone J, Carson A, Duncan R, et al. Symptoms 'unexplained by organic disease' in 1144 new neurology out-patients: how often does the diagnosis change at follow-up? *Brain*. 2009;132:2878-88.

5. Stone J, Zeman A, Sharpe M. Functional weakness and sensory disturbance. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002;73:241–5.
6. <https://www.neurosymptoms.org/visual-symptoms/4594358018>
7. Sa DS, Galvez-Jimenez N, Lang AE. Psychogenic movement disorders. In: Watts RL, Strandaert D, Obeso JA, editors. *Movement disorders*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2012. p. 975–1003.
8. Krumholz A, Niedermeyer E. Psychogenic seizures: a clinical study with follow-up data. *Neurology*. 1983;33:498–502.
9. Stone J. Functional neurological disorders: the neurological assessment as treatment. *Pract Neurol*. 2016;16:7–17.
10. Reuber M, Elger CE. Psychogenic nonepileptic seizures: a review and update. *Epilepsy Behav*. 2003;4:205–16.
11. Rolfe A, Burton C. Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease: systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2013;173(6):407.
12. McGonigal A, Russell AJC, Mallik AK, Oto M, Duncan R. Use of short term video EEG in the diagnosis of attack disorders. *Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002;72:549–51.
13. Voon V, Lang AE. Antidepressant treatment outcomes of psychogenic movement disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66:1529–34.
14. Kompoliti K, Wilson B, Stebbins G, Bernard B, Hinson V. Immediate vs. delayed treatment of psychogenic movement disorders with short term psychodynamic psychotherapy: randomized clinical trial. *Parkinsonism Relat Disord*. 2014;20:60–3.