



TIỀN LÂM SÀNG

BÀI GIẢNG VỀ

KỸ NĂNG

LÂM SÀNG

Preclinical Lectures
for Clinical Skills

MED 310-410

NỘI DUNG

CHƯƠNG 1	TỔNG QUAN VỀ KỸ NĂNG LÂM SÀNG, OSCE & BỆNH VIỆN MÔ PHỎNG
CHƯƠNG 2	KỸ NĂNG GIAO TIẾP, HỎI BỆNH & KHAI THÁC BỆNH SỬ-TIỀN SỬ CƠ BẢN
CHƯƠNG 3	KỸ NĂNG KHÁM TOÀN THÂN & LÀM BỆNH ÁN NỘI-NGOẠI TỔNG QUAN
CHƯƠNG 4	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ TIM MẠCH
CHƯƠNG 5	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ HÔ HẤP
CHƯƠNG 6	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ TIÊU HÓA
CHƯƠNG 7	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ THẬN-TIẾT NIỆU
CHƯƠNG 8	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ NỘI TIẾT
CHƯƠNG 9	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ HỆ VẬN ĐỘNG
CHƯƠNG 10	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ HỆ THẦN KINH
CHƯƠNG 11	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG VỀ TÌNH TRẠNG TÂM THẦN
CHƯƠNG 12	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG CƠ BẢN VỀ TAI - MŨI - HỌNG
CHƯƠNG 13	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG CƠ BẢN VỀ RĂNG-HÀM MẶT
CHƯƠNG 14	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ MẮT & THỊ LỰC
CHƯƠNG 15	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ SẢN PHỤ
CHƯƠNG 16	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ NHI KHOA
CHƯƠNG 17	KỸ NĂNG SƠ CỨU - HỒI SINH CƠ BẢN - HỒI SINH NÂNG CAO





CHƯƠNG 11

KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG VỀ TÂM THẦN

Mục tiêu: Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Nắm được kỹ năng hỏi-khám lâm sàng tình trạng tâm thần
2. Biết một số trạng thái rối loạn & các bệnh tâm thần thường gặp trên lâm sàng

Nội dung

11.1 Kỹ năng hỏi-khám lâm sàng tình trạng tâm thần

* Tổng quan

11.1.1 Cách hỏi khai thác bệnh sử - tiền sử

I. Thu thập thông tin về bệnh sử

II. Thu thập thông tin về tiền sử

11.1.2 Cách khám kiểm tra tình trạng tâm thần

I. Đánh giá vẻ bề ngoài, thái độ, hành vi, ý thức & nhận thức

II. Cách khám cảm giác & tri giác

III. Cách khám cảm xúc

IV. Cách khám về tư duy.

V. Cách khám về hoạt động tâm thần

11.2 Các bệnh lý tâm thần thường gặp

11.2.1. Rối loạn lo âu

11.2.2. Rối loạn cảm xúc

11.2.3. Rối loạn tâm thần phân liệt

11.2.4. Mê sảng / Nhiễm độc

11.2.5. Chứng mất trí

11.2.6. Rối loạn do bị mất người thân

11.2.7. Bệnh tưởng



11.1 Kỹ năng hỏi-khám lâm sàng trạng thái tâm thần

Tổng quan

- **Khái niệm về sức khỏe tâm thần:**

- Sức khỏe tâm thần (mental health) bao gồm tình cảm, tâm lý và quan hệ xã hội của chúng ta. Nó ảnh hưởng đến cách chúng ta suy nghĩ, cảm nhận và hành động. Nó cũng giúp xác định cách chúng ta xử lý căng thẳng, liên hệ với người khác và lựa chọn. Sức khỏe tâm thần là quan trọng trong mọi giai đoạn của cuộc sống, từ thời thơ ấu và niên thiếu đến tuổi trưởng thành
- Theo WHO (Tổ chức Y tế Thế giới), sức khỏe tâm thần là: "... một trạng thái hạnh phúc trong đó cá nhân nhận ra khả năng của mình, có thể đối phó với những căng thẳng bình thường của cuộc sống, có thể làm việc hiệu quả và có thể đóng góp cho cộng đồng của họ". WHO nhấn mạnh rằng sức khỏe tâm thần không chỉ là sự vắng mặt của rối loạn tâm thần.
- Sức khỏe tâm thần đề cập đến hạnh phúc nhận thức, hành vi và cảm xúc của chúng ta - đó là tất cả về cách chúng ta suy nghĩ, cảm nhận và hành xử. Thuật ngữ 'sức khỏe tâm thần' đôi khi được sử dụng để có nghĩa là không có rối loạn tâm thần. (medicalnewstoday)

- **Khái niệm về bệnh tâm thần:**

- Là những bệnh do hoạt động của não bộ bị rối loạn vì nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra (nhiễm khuẩn, nhiễm độc, sang chấn tâm thần, bệnh cơ thể...) làm rối loạn chức năng phản ánh thực tại.
- Do các yếu tố như "vẻ bề ngoài, thái độ, hành vi, ý thức, nhận thức, cảm giác, tri giác, cảm xúc, tư duy & hoạt động tâm thần" bị sai lệch, cho nên bệnh nhân tâm thần có những ý nghĩ, cảm xúc, hành vi, tác phong ...không phù hợp với thực tại, với môi trường xung quanh.
- Bệnh tâm thần thường không gây chết đột ngột nhưng làm đảo lộn sinh hoạt, gây căng thẳng cho các thành viên trong gia đình và tổn thất cả về kinh tế.
- Các bệnh tâm thần phổ biến nhất là rối loạn lo âu, rối loạn cảm xúc và rối loạn tâm thần phân liệt.

- **Phân biệt bệnh tâm thần với bệnh thần kinh**

- Điểm khác

- + Bệnh tâm thần (còn gọi là tâm bệnh)

- * Thường chưa phát hiện được tổn thương đặc hiệu về mặt hình thái của hệ thần kinh, đã và đang tìm ra những biến đổi tinh vi về mặt sinh hóa, miễn dịch, di truyền.....
 - * Đa số các dấu hiệu bệnh chỉ là do rối loạn chức năng của não. Phần lớn bệnh nhân có thể ăn khỏe, chơi khỏe, đi đứng bình thường nhưng có ý nghĩ, cảm xúc, hành vi không phù hợp, kỳ dị, khó hiểu.
 - * Bệnh nhân tâm thần thường không nhận thấy mình bị bệnh, từ chối điều trị tại chuyên khoa tâm thần.

- + Bệnh nhân thần kinh:

- * Có nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra làm tổn thương thực thể tại các phần khác nhau của hệ thần kinh như não bộ, tủy sống, dây thần kinh ngoại vi gây rối loạn chủ yếu chức năng tiếp thu và thực hiện của con người.
 - * Người bệnh ít có các hành vi kỳ dị, ý nghĩ bất bình thường nhưng có thể tê liệt nửa người, khó khăn đi đứng, ăn nói, điếc, mù...
 - * Đa số bệnh nhân còn ý thức được bệnh của mình.

- Điểm liên quan bệnh tâm thần với bệnh thần kinh

- + Bệnh nhân tâm thần (bệnh tâm thần nội sinh) tuy chưa phát hiện được tổn thương thực thể ở não, có thể có những rối loạn thần kinh kèm theo (rối loạn trương lực cơ, phản xạ, thần kinh thực vật...).
 - + Bệnh thần kinh có tổn thương ở tổ chức não, ít nhiều có rối loạn tâm thần kèm theo: rối loạn trí nhớ, trí tuệ, ý thức..

- **Khám lâm sàng tâm thần**

* Trong khám lâm sàng tâm thần, hỏi bệnh là kỹ năng chính. Do vậy kỹ năng giao tiếp giữa bác sỹ và bệnh nhân là vô cùng quan trọng quyết định sự thành công của buổi khám bệnh.

– Kỹ năng khám bao gồm 2 phần chính:

+ Phần thứ nhất : là phần lịch sử bao gồm bệnh sử tâm thần, lịch sử phát triển và các vấn đề cá nhân, tiền sử bệnh tâm thần, tiền sử bệnh cơ thể, tiền sử gia đình và các vấn đề liên quan.

+ Phần thứ hai: là khám, đánh giá trạng thái tâm thần tại thời điểm tiến hành phỏng vấn.

- **Các kỹ năng lâm sàng trong khám tâm thần**

– Đa số các bệnh nhân tâm thần tự cho mình là không bị bệnh nên từ chối sự khám bệnh. Vì vậy, nên sắp xếp khám bệnh ở một phòng riêng yên tĩnh, cách bố trí phòng khám phải làm cho bệnh nhân có cảm giác dễ chịu thoải mái, yên tâm và hợp tác với bác sỹ khám bệnh. Phòng khám phải gọn gàng, sạch đẹp, màu sắc phải hài hòa, trang nhã để làm bớt sự căng thẳng về tâm thần cho người bệnh

– Thái độ, lời nói, cử chỉ của nhân viên y tế khi tiếp đón người bệnh phải niềm nở, ân cần, chu đáo, nhẹ nhàng và thực sự tôn trọng bệnh nhân để họ tin tưởng và hợp tác khám bệnh. Hướng dẫn chi tiết cho gia đình bệnh nhân khai đầy đủ và chính xác về tiền sử, bệnh sử tâm thần của bệnh nhân

– Quan sát bệnh nhân một cách tỉ mỉ về hình dáng, điệu bộ, cử chỉ động tác. Chủ động trong khi hỏi bệnh, không tranh cãi hoặc tỏ thái độ tức giận với bệnh nhân. Không phê bình, chỉ trích bệnh nhân. Sử dụng lời lẽ dễ hiểu phù hợp với trình độ và khả năng của bệnh nhân.

– Thời gian hỏi bệnh thường kéo dài từ 15 - 90 phút và phụ thuộc vào tình trạng của người bệnh, trung bình khoảng từ 45 - 60 phút. Sử dụng các câu hỏi mở với những bệnh nhân có thể kể bệnh tốt và hợp tác khám bệnh, sử dụng các câu hỏi đóng (đúng/ sai) nếu thời gian khám bệnh ngắn, hoặc khi bệnh nhân đang trong trạng thái loạn thần, mê sảng, sa sút trí tuệ hoặc bệnh nhân ít hợp tác kể bệnh.

11.1.1 Cách hỏi để khai thác bệnh sử-tiền sử

- ❖ Khai thác lịch sử tâm thần (Bệnh sử-Tiền sử) và kiểm tra tình trạng tâm thần (Mental State Examination - MSE) là các công cụ chẩn đoán quan trọng nhất mà một bác sĩ tâm thần dùng để thu thập thông tin giúp đưa ra chẩn đoán chính xác. Mặc dù những công cụ quan trọng này đã được chuẩn hóa theo chuyên khoa, chúng vẫn chủ yếu là các biện pháp chủ quan (hỏi) được bắt đầu ngay khi bệnh nhân vào phòng khám.
- ❖ Lịch sử tâm thần - là toàn bộ câu chuyện về cuộc đời bệnh nhân theo trình tự thời gian; cần cho phép bệnh nhân tự kể về mình theo quan điểm của họ và yêu cầu họ kể những gì họ cho là quan trọng nhất. Người khám cần đưa ra những câu hỏi phù hợp để có được các thông tin quan trọng và chi tiết; nó cho phép người khám hiểu bệnh nhân là ai, quá khứ của bệnh nhân như thế nào và tương lai bệnh nhân sẽ ra sao. Lịch sử tâm thần phải được kể bằng lời kể của bệnh nhân và có thể các thông tin này cũng được thu thập từ cha mẹ, họ hàng, vợ chồng, bạn bè...của bệnh nhân.
- **Giới thiệu (introduction)**
 - Tự giới thiệu - tên / vai trò người khám
 - Xác nhận chi tiết về bệnh nhân - tên / tuổi (DOB- Date Of Birth) giới tính, dân tộc, tình trạng hôn nhân, tôn giáo, trình độ học vấn, địa chỉ, số điện thoại, nghề nghiệp và nơi làm việc, bệnh nhân tự đến hay được ai giới thiệu đến, người cung cấp thông tin là ai, có quan hệ thế nào đối với bệnh nhân, thông tin nhận được có đáng tin cậy hay không (nếu bệnh nhân không hợp tác khám bệnh).
- **Lý do đến khám (history of presenting complaint)**
 - Lý do đến khám bệnh tâm thần phải được ghi theo lời giải thích của bệnh nhân. Ghi lý do buộc bệnh nhân phải đến viện hoặc đến gặp nhân viên tư vấn. Sử dụng các câu hỏi:
 - " Tại sao anh phải đến gặp bác sĩ tâm thần?",
 - " Điều gì buộc anh phải đến bệnh viện?", -
 - "Cái gì là vấn đề chủ yếu khiến anh cảm thấy khó chịu phải đi khám bệnh?"

I. Thu thập thông tin về bệnh sử:

– Hỏi bệnh nhân:

- + Nghệ thuật hỏi: nói chuyện giản dị, thân mật, cách hỏi thay đổi tùy theo nhân cách của từng bệnh nhân. Xen kẽ những câu hỏi về bệnh với những câu hỏi về đời sống, gia đình. Tránh gợi ý, ám thị bệnh nhân, v.v...
- + Chú ý hỏi những triệu chứng báo hiệu; thời gian xuất hiện và tính chất xuất hiện của các triệu chứng ban đầu (đột ngột, từ từ, từng chu kỳ, v.v...).
- + Các triệu chứng xuất hiện sau các nhân tố gì (chấn thương sọ não, cơn co giật, nhiễm khuẩn, nhiễm độc, bệnh cơ thể, sang chấn tâm thần, v.v...).
- + Xác định thời kỳ toàn phát và hỏi các dấu hiệu chủ yếu về rối loạn hành vi, tác phong, ý thức, nhận thức, cảm giác, tri giác, cảm xúc, tư duy v.v... nổi bật. Những triệu chứng và dấu hiệu này người khám cần nắm được cách khám tình trạng tâm thần để hỏi.
- + Cần khai thác sự tiến triển của các triệu chứng bệnh lý từ khi có dấu hiệu khởi phát cho đến hiện tại, mối liên quan đến các sự kiện trong đời sống, những xung đột cá nhân, sang chấn tâm lý, các thuốc, chất gây nghiện, những thay đổi chức năng so với trước đây
- + Cần ghi càng sát theo lời kể của bệnh nhân càng tốt. Cần hỏi rõ trước kia bệnh nhân đã được khám ở đâu, ai khám, chẩn đoán như thế nào, chữa bằng thuốc gì và phương pháp gì, kết quả điều trị, v.v...

– Hỏi người nhà bệnh nhân:

- + Những điều cần hỏi người nhà về bệnh sử cũng tương tự như những điều đã hỏi bệnh nhân ở trên.
- + Cần hướng dẫn người nhà kể bệnh sử để có thể thu thập được những sự việc cụ thể, những hiện tượng khách quan.

II. Thu thập tài liệu về tiền sử: (Vấn hỏi cả bệnh nhân lẫn người nhà).

– Tiền sử cá nhân:

- + Lịch sử quá trình mang thai và sinh đẻ của mẹ bệnh nhân: bệnh nhân được sinh ra đúng theo dự định và mong muốn của cha mẹ không? quá trình mang thai có bình thường không?, mẹ có ốm đau gì hoặc có sang chấn tâm thần hay cơ thể không?, khi mang thai mẹ bệnh nhân có sử dụng thuốc hay chất gây nghiện gì không?, đẻ thường hay đẻ khó, có phải can thiệp thủ thuật gì không? Có bị ngạt sau đẻ không?...
- + Thời kỳ trẻ nhỏ: Có được nuôi bằng sữa mẹ hay không, các giai đoạn phát triển tâm thần vận động như ngồi, bò, tập đứng, tập đi, tập nói, tính tình thế nào? trẻ khoẻ hay thường xuyên ốm yếu?, có bị va ngã lần nào đáng chú ý không? khả năng học tập và bắt chước?, mối quan hệ gắn bó với cha mẹ, người trông trẻ, trẻ cùng lứa tuổi như thế nào?, có thường xuyên gặp ác mộng không?, có đái dầm không?, có các ám ảnh sợ không? Điều gì khủng khiếp nhất hoặc thích thú nhất thời thơ ấu mà bệnh nhân nhớ. ..
- + Thời kỳ thanh thiếu niên: cần chú ý đến tâm lý và các rối loạn tuổi vị thành niên như các mối quan hệ xã hội, thầy cô giáo, bạn bè, có nhiều hay ít bạn, có bạn thân không?, có tham gia nhóm hội gì không?, có gặp khó khăn gì trong học tập không?, khả năng tập trung chú ý?, tình trạng học kém, lưu ban, kỷ luật?, mối quan hệ với thầy cô giáo, bạn bè cùng trang lứa? có rắc rối trong trường hoặc ngoài trường (trộm cắp, đánh nhau, phá phách,...)?, có sử dụng chất kích thích hoặc các chất ma tuý khác không?, có giai đoạn nào có cảm giác đau khổ, tội lỗi hoặc cảm thấy mình thua kém bạn bè không?....
- + Thời kỳ trưởng thành : Nghề nghiệp và việc lựa chọn nghề nghiệp của bệnh nhân, thái độ đối với công việc, các mối quan hệ với đồng nghiệp, bạn bè, với lãnh đạo, yêu đương lập gia đình, sinh đẻ, cuộc sống hôn nhân, con cái, việc học tập, thu nhập, các hoạt động xã hội, tôn giáo...cần được tập trung khai thác. Về điều kiện sống hiện tại, cần hỏi xem bệnh nhân sống cùng với ai (ông bà, bố mẹ, anh chị em...)?, Nếu bệnh nhân phải nhập viện, ai là người chăm sóc bệnh nhân, ai là người giúp bệnh nhân chăm sóc con cái...

- Tiền sử gia đình:
 - + Cha mẹ, anh chị em ruột ... có ai bị mắc bệnh tâm thần nặng, động kinh, chậm phát triển trí tuệ, sự sang chấn tâm thần chung trong gia đình hay tín ngưỡng trong gia đình có ảnh hưởng gì đến tâm thần của bệnh nhân?.
 - + Tìm hiểu xem có bất kỳ vụ tự sát, tự tử trong gia đình-dòng họ? Khai thác tiền sử nghiện tiền chất của cha mẹ và những thành viên khác... Cần hỏi thêm về tuổi và nghề nghiệp của cha mẹ. Nếu cha mẹ đã chết cần hỏi chết ở độ tuổi nào, nguyên nhân chết là gì,... Chú ý cảm nhận của bệnh nhân về các thành viên trong gia đình
- Tiền sử sử dụng thuốc:
 - + Tìm bằng chứng của việc lạm dụng thuốc, sử dụng ma túy hoặc rượu, chứng cuồng loạn (hysteria) hoặc những bệnh khác có thể giúp giải thích những vấn đề trên.
 - + Khi khai thác tiền sử nghiện chất: nghiện rượu, thuốc lá, ma túy, các thuốc an thần gây ngủ khác - không nên đặt câu hỏi: "anh có nghiện rượu không?"... mà nên hỏi: "anh uống bao nhiêu rượu một ngày?"...
 - + Nếu cần thiết, có thể phỏng vấn những người cung cấp thông tin khác (ví dụ như gọi điện cho người họ hàng).

Tiền sử về tình dục

- + Đa số bệnh nhân không muốn thảo luận về vấn đề tình dục thậm chí cả khi đây chính là nguyên nhân sâu sa nằm dưới các rối loạn hiện tại của người bệnh. Do vậy người thầy thuốc cần tạo ra bầu không khí thoải mái, thân thiện, tin cậy mới có thể khai thác được .
- + Cần hỏi bệnh nhân về quan điểm, thái độ đối với vấn đề tình dục hiện nay của bản thân. Gợi mở cho bệnh nhân nói về sự phát triển tình dục qua các giai đoạn từ khi dậy thì (tuổi có kinh lần đầu, tuổi xuất tinh lần đầu, những cảm xúc đặc biệt...).
- + Có thể sử dụng một số câu hỏi như: "Anh (chị) đã từng có vấn đề phiền muộn gì về đời sống tình dục của mình"?, "Ban đầu hiểu biết của anh (chị) về tình dục có được từ nguồn thông tin nào"?

11.1.2. Cách khám kiểm tra tình trạng tâm thần (Mental State Examination - MSE)

Phương pháp khám:

Cách tiếp cận gián tiếp

Đặt câu hỏi

Làm rõ

Lặp lại, nhắc lại

Mental State Examination

The indirect approach



(pictures from Andrew Sims: Symptoms in the Mind, 1995)

I. Đánh giá vẻ bề ngoài, thái độ, hành vi, ý thức & nhận thức

- **Nhìn Bề ngoài (Appearance)** – Hình dáng của bệnh nhân có thể cung cấp một số đầu mối về lối sống và khả năng tự chăm sóc của họ:
 - Quần áo, trang phục
 - Tư thế ngồi/đi bộ: ngồi yên tĩnh, vấp ngã
 - Chăm sóc / vệ sinh / Bằng chứng tự hại
- **Xem Thái độ** (đối với người khám bệnh)
 - Là định hướng chủ quan của cá nhân bệnh nhân, là cách ứng xử, quan điểm của bệnh nhân đối với bác sĩ.
 - Khi thăm khám ta có thể gặp các kiểu như hợp tác, sợ hãi, căm ghét, phòng thủ, quyến rũ, lảng tránh, lấy lòng. Trong đó hợp tác và sợ hãi thường gặp và cần chú ý phân biệt rõ là bệnh nhân chủ động hợp tác hay sợ bác sĩ nên hợp tác, điều này có ý nghĩa lớn đến tiến triển bệnh của bệnh nhân. Ít gặp hơn là căm ghét và hiếm ở các kiểu thái độ còn lại.
 - Cần chú ý thăm khám kỹ để phát hiện nguyên nhân. Thầy thuốc tâm thần cần nhận xét thái độ tiếp xúc của bệnh nhân.

- **Quan sát Hành vi** (Behaviour/gồm hành vi ý chí, hành vi bản năng & hành vi chung)
 - Hành vi là sự ‘giao tiếp không bằng lời’ của bệnh nhân, nó có thể cung cấp những hiểu biết sâu sắc về tình trạng tinh thần hiện tại của họ :
 - + Giao tiếp bằng mắt & Biểu hiện trên khuôn mặt
 - + Hoạt động tâm thần - Thờ ơ, cấu kỉnh, hợp tác .
 - + Ngôn ngữ cơ thể / cử chỉ / cách diễn đạt
 - + Mức độ kích thích - bình tĩnh / kích động / xâm hại
 - Hành vi có ý chí: là một quá trình hoạt động tâm thần có mục đích, phương hướng rõ ràng. Để thực hiện hành vi có ý chí cần có sự tham gia của các quá trình chú ý, phán đoán, suy luận, vận dụng các kiến thức, các kinh nghiệm đã có, vận dụng các đặc điểm của nhân cách (tính cương quyết, độc lập, tự chủ,...).
 - Hành vi bản năng: là những hành vi nhằm thỏa mãn các nhu cầu sinh vật (ăn uống, tình dục,...) và kích thích đời sống của môi trường (yêu cầu sinh tồn).
 - Hành vi chung: là những hành vi mà bệnh nhân thường xuyên lặp lại và kéo dài trong một khoảng thời gian nhất định. Có thể gặp như thích gây gổ, niệm phật, múa hát, la hét, cứng nhắc, run giật, chậm chạp tâm thần vận động.

Phương pháp thăm khám:

- Quan sát những hành vi chính của bệnh nhân, hỏi người nhà xem thời gian trước hành vi này có thường xảy ra không.
- Thông thường những hành vi này thường đi kèm với sự thay đổi cảm xúc của bệnh nhân.

- **Khám đánh giá trạng thái ý thức**

- Ý thức - là một nhân tố tinh thần bao gồm các khả năng như tự biết mình (self-awareness), nhận thức được liên hệ giữa bản thân và môi trường ... trạng thái ý thức (awareness): là mức độ tỉnh táo của tâm thần, khả năng nhận thức của người bệnh về bản thân mình, về môi trường xung quanh và về thời gian. Ý thức là cái tự có, vốn có của bản thân mỗi con người.
- Phương pháp thăm khám lâm sàng về ý thức thường dùng là đánh giá thông qua khám định hướng lực (khả năng nhận biết bản thân, không gian và thời gian) kết hợp khả năng đáp ứng với kích thích đau, hoặc chính xác nhất là thang điểm Glasgow.
- Ý thức được chia làm 4 mức độ: theo phương pháp định hướng lực và kích thích đau.
 - + Ý thức u ám: định hướng không gian, thời gian và bản thân chính xác nhưng trả lời chậm chạp. Người bệnh dễ bị đánh thức & thực hiện được các động tác đỡ gạt.
 - + Ngủ gà: định hướng được bản thân, không gian thời gian và xung quanh nhưng trở ngại nhiều hơn, khi còn khi mất. Phải hỏi to, lay mạnh người bệnh mới trả lời được đôi chút rồi lim dim ngủ gà, ngủ gật. Phải kích thích thật mạnh người bệnh mới có động tác đỡ gạt, khó đánh thức tỉnh hơn trạng thái ý thức u ám.
 - + Bán hôn mê: năng lực định hướng mất hoàn toàn, người bệnh không phản ứng gì với các kích thích của môi trường, hỏi không nói, không thực hiện được bất cứ yêu cầu gì của thầy thuốc. Khi kích thích thật đau người bệnh mới có phản ứng nhất thời như giật tay, co tay lại, nhắm mắt.
 - + Hôn mê: ý thức người bệnh bị loại trừ hoàn toàn, người bệnh mất hết các phản ứng, phản xạ và có thể có cả phản xạ bệnh lý như Babinski. Người bệnh chỉ còn hoạt động của các trung khu quan trọng để đảm bảo đời sống thực vật như tuần hoàn hô hấp,.. ra khỏi trạng thái hôn mê người bệnh quên hoàn toàn.
- Khi khám ý thức, thường sử dụng một số câu hỏi: "Đây là đâu?", "Hôm nay là thứ mấy?", "Anh có biết tôi là ai không?", "Anh hãy cho biết anh là ai"... Thông thường khi có rối loạn, định hướng về thời gian và không gian thường rối loạn trước, định hướng về bản thân và xung quanh duy trì lâu hơn.

- Thang điểm Glasgow là một phương thức đánh giá mức độ ý thức nhanh chóng và được sử dụng rộng rãi. Nên ghi lại phản ứng của bệnh nhân cũng như số điểm GCS. Cách tính tổng số điểm theo A, B, C & lượng giá.

A. Đáp ứng bằng mở mắt	B. Đáp ứng bằng lời nói	C. Đáp ứng bằng vận động
1. Mắt luôn nhắm 2. Mở mắt khi kích thích đau 3. Mở mắt khi gọi 4. Mở mắt tự nhiên và chớp mắt bình thường	1. Không trả lời 2. Trả lời không hiểu được, chỉ rên rỉ thành tiếng 3. Trả lời không phù hợp – nói được từ nhưng không thành câu 4. Trả lời lộn xộn 5. Hội thoại bình thường	1. Không đáp ứng 2. Đáp ứng phản xạ duỗi với kích thích đau – vai khép và xoay trong, khuỷu tay duỗi, cẳng tay sấp 3. Đáp ứng phản xạ gấp với kích thích đau 4. Co rụt chi lại 5. Định vị: cố gắng bảo vệ chỗ đau 6. Có ý thức: đáp ứng bình thường với mệnh lệnh

BẢNG ĐIỂM GLASGOW
Thang điểm Glasgow của Teasdale và Jenett (1978)

1.Mắt:




- + Không mở khi kích thích(1)
- + Mở khi ra lệnh (3)
- + Mở khi gây đau (2)
- + Mở tự nhiên (4)

2.Nói:

- + Không nói (1)
- + Không rõ (2)
- + Trả lời lộn xộn (3)
- + Trả lời hạn chế (4)
- + Trả lời đúng (5)

3.Vận động:

- + Không đáp ứng gì cả (1)
- + Duỗi cứng mắt não (2)
- + Co cứng mắt vỏ não (3)
- + Cử động không tự chủ (4)
- + Đáp ứng khi đau (5)
- + Làm đúng theo lệnh (6)

Behaviour	Response
 Eye Opening Response	4. Spontaneously 3. To speech 2. To pain 1. No response
 Verbal Response	5. Oriented to time, person and place 4. Confused 3. Inappropriate words 2. Incomprehensible sounds 1. No response
 Motor Response	6. Obeys command 5. Moves to localised pain 4. Flex to withdraw from pain 3. Abnormal flexion 2. Abnormal extension 1. No response

Đánh giá:

- (+) = 15 điểm: bình thường.
- (+) = 14 - 10 điểm: rối loạn ý thức
- (+) = 10 - 8 điểm: rối loạn ý thức nặng
- (+) = 7 - 6 : hôn mê
- (+) = 5 - 4 điểm: hôn mê sâu
- (+) = 3 điểm: hôn mê không hồi phục.

- **Hỏi để nhận định chức năng nhận thức**

- Nhận thức (cognitive) được định nghĩa là quá trình phản ánh biện chứng hiện thực khách quan vào trong bộ óc của con người, có tính tích cực, năng động, sáng tạo, trên cơ sở thực tiễn. Nhận thức là những gì do con người học tập qua nhiều kênh thông tin khác nhau mà có.
- Cả nhận thức & ý thức đều phản ánh hiện thực khách quan một cách năng động sáng tạo vào trong bộ óc con người. Điểm khác - nhận thức là cả một quá trình phản ánh hiện thực, còn ý thức chỉ là kết quả của sự phản ánh đó. Hay nhận thức là quá trình sản sinh ra ý thức, ý thức là kết quả của nhận thức.
- Khám nhận thức bao gồm đánh giá sự 'định hướng', quá trình 'suy nghĩ' (chú ý, trí nhớ) và 'tư duy logic' (kiến thức, lý luận), cần hỏi :
 - + Định hướng: hỏi nhận thức về: Thời gian: 'Hôm nay là ngày bao nhiêu?' (Thời gian, tháng, năm); Nơi chốn: 'Bạn đang ở đâu?'; Người: 'Tên bạn là gì?'
 - + Suy nghĩ:
 - * Sự chú ý và tính toán: yêu cầu bệnh nhân trừ đi 7 từ 100, 93 trừ 7... trừ tiếp 5 lần
 - * Trí nhớ:
 - ✓ Nhớ lại ngay lập tức – Lặp lại các số đã được nói cho một cách chậm rãi
 - ✓ Trí nhớ ngắn hạn - yêu cầu bệnh nhân nói với bạn: đã ăn gì trong bữa sáng?
 - ✓ Trí nhớ mới - Nói tên và địa chỉ, hãy chắc chắn là bệnh nhân đã được học điều này, và sau đó kiểm tra việc nhớ lại sau 5 phút.
 - ✓ Trí nhớ dài hạn - Hãy hỏi bệnh nhân: Về các sự kiện trước khi mắc bệnh, ví dụ: năm ngoái, trong cả tuần trước; 'Địa chỉ của bạn là gì?'
 - + Tư duy logic:
 - * Kiến thức chung: Tên của Chủ tịch/ Thủ tướng Chính phủ là ai?
 - * Lý luận (suy nghĩ trừu tượng): Bạn sẽ làm gì nếu bạn tìm thấy một phong bì có dán tem và ghi rõ họ, tên trên mặt đất?

II. Cách khám cảm giác – tri giác (sensation – perception, sence)

- Cảm giác (sensation) là sự phản ánh vào ý thức con người các thuộc tính riêng lẻ của sự vật, hiện tượng khách quan đang trực tiếp tác động vào các giác quan. Ví dụ: cảm giác màu sắc, mùi vị, âm thanh,...nếu không tăng-giảm-loạn thì là cảm giác bình thường (nếu có rối loạn – nhận định như ở mục 10.3.1).
- Tri giác (perception, sence) là sự phản ánh vào ý thức con người một sự vật khách quan thống nhất, trọn vẹn, là sự phản ánh cao hơn cảm giác, nếu không sai lệch ảo tưởng, ảo giác, loạn thì là tri giác bình thường.
- Cả hai (cảm giác và tri giác) đều là sự phản ánh trực tiếp, cụ thể các thuộc tính bề ngoài của sự vật, hiện tượng khách quan. Cảm giác thì phản ánh từng thuộc tính riêng lẻ còn tri giác thì phản ánh tổng thể các thuộc tính đó.
- Khi khám cảm giác-tri giác, thường sử dụng một số câu hỏi để sàng lọc những bất thường về cảm giác-tri giác như:
 - * "Bác đã bao giờ nhìn thấy, nghe, ngửi, cảm nhận, hoặc nếm những thứ không thực sự ở đó?"
 - * "Gần đây anh có trải qua chuyện gì bất thường hay không?, chúng xảy ra trong đời thực hay trong đầu anh?"
 - * "Chị có bao giờ nghe thấy những điều mà người khác không nghe thấy, ví dụ như tiếng người nói chuyện trong đầu mình?"
 - * "Em có bao giờ nhìn thấy những hình ảnh hoặc những cảnh mà người khác không nhìn thấy?"
 - * "Bạn có bao giờ có những cảm giác lạ trong cơ thể hoặc trên da?"

Rối loạn cảm giác & tri giác

- **Rối loạn cảm giác**

- Tăng cảm giác (hyperesthesia):

- + Do ngưỡng kích thích hạ thấp nên ánh sáng bình thường cũng làm cho người bệnh hoa mắt, tiếng động nhẹ cũng làm inh tai, các mùi trở nên nồng nặc, có tính chất kích thích...
- + Thường gặp trong trạng thái quá mệt mỏi ở người bình thường, trạng thái suy kiệt nặng, hội chứng suy nhược thần kinh, loạn tâm thần cấp tính. ...

- Giảm cảm giác (hypoesthesia):

- + Do ngưỡng kích thích tăng lên nên tất cả mọi sự vật người bệnh tiếp thu một cách lờ mờ, không rõ rệt, xa xăm mờ ảo, không rõ hình thù...
- + Thường gặp trong trạng thái trầm cảm và trong tổn thương đồi thị.

- Loạn cảm giác bản thể, loạn nội cảm giác (cenestopathia):

- + Loạn cảm giác bản thể là những cảm giác rất đa dạng, rất lạ lùng và khó tả, rất khó chịu và nặng nề trong các nội tạng.
- + Người bệnh trở nên gò bó, nóng ran, đè nén, đau xé, trào ra, đảo lộn, ngứa ngáy, ... mà không xác định được nguyên nhân.
- + Loạn cảm giác bản thể là do sự ức chế hệ thống nội thụ cảm có tác dụng áp đảo và điều chỉnh của cơ quan ngoại thụ cảm.
- + Loạn cảm giác bản thể thường gặp trong các hội chứng nghi bệnh, trong các trạng thái trầm cảm.

- **Rối loạn tri giác**

- Ảo tưởng (tri giác nhầm - illusion):

- + ảo tưởng là 'tri giác sai lệch' về một sự vật hay một hiện tượng khách quan (sự vật có thật ở bên ngoài). Thí dụ: " Trông gà hoá cuốc"
- + Có thể gặp ảo tưởng ở người bình thường trong các điều kiện đặc biệt làm cho quá trình tri giác bị trở ngại như: ánh sáng mờ mờ, chú ý không đầy đủ, quá mệt nhọc, quá lo lắng, sợ hãi. Ngoài ra, ảo tưởng cũng còn là một hiện tượng hay gặp trong các trạng thái bệnh lý tâm thần.
- + Các loại ảo tưởng:
 - * Ảo tưởng cảm xúc (affective illusion):
 - * Ảo tưởng lời nói (verbal illusion):
 - * Ảo ảnh kỳ lạ (pareidolic illusion):

- Ảo giác (hallucination):

- + Ảo giác là tri giác về một sự vật không hề có trong thực tại khách quan. Ảo giác là 'tri giác không có đối tượng'.
- + Có nhiều cách phân loại ảo giác khác nhau
 - * Phân chia theo giác quan: ảo thính (ảo thanh-hay gặp nhất, đặc biệt với 'ảo thanh bình phẩm' & 'ảo thanh ra lệnh'); ảo thị (chỉ sau ảo thanh, hay đi kèm và rất đa dạng); ảo xúc giác (bồng buốt, giòi bò); ảo khứu giác và ảo giác nội tạng (đĩa ở trong tai, rắn trong bụng...).
 - * Phân chia theo kết cấu: ảo giác thô sơ và ảo giác phức tạp.
 - * Phân chia theo nhận thức và thái độ của bệnh nhân đối với ảo giác: ảo giác thật (hallucination) và ảo giác giả (pseudo - hallucination).

III. Cách khám cảm xúc (feeling)

- Cảm xúc là một quá trình hoạt động tâm thần, biểu hiện thái độ của con người đối với những kích thích từ bên ngoài cũng như từ bên trong cơ thể, đối với những ý tưởng và ý niệm thuộc phạm vi xã hội cũng như thuộc phạm vi thể giới vật lý.
- Cảm xúc có thể phân loại theo cảm xúc cao /thấp - âm tính/dương tính - hoặc theo cường độ; biểu hiện ra bên ngoài dưới các hình thức như:
 - + Cảm xúc cao/thấp:
 - * Cảm xúc thấp: là cảm xúc sơ đẳng, xuất hiện từ những nhu cầu của cơ thể, bản năng, như thích ngọt ghét đắng, sợ hãi khi gặp nguy hiểm ...
 - * Cảm xúc cao: còn gọi là tình cảm, xuất hiện trong mối quan hệ xã hội, phụ thuộc vào việc thỏa mãn các nhu cầu có tính chất xã hội, thẩm mỹ, luân lý ... cảm xúc cao phát triển trên cơ sở ý thức. Cảm xúc cao chi phối, kìm hãm cảm xúc thấp. Lòng yêu nước, yêu cái tốt, ghét cái xấu là những cảm xúc cao.
 - + Cảm xúc dương tính/âm tính:
 - * Cảm xúc dương tính: biểu hiện sự thỏa mãn, làm tăng nghị lực, thúc đẩy hoạt động, như : cảm xúc vui sướng, thân ái thiện cảm ...
 - * Cảm xúc âm tính: biểu hiện sự không thỏa mãn, làm mất hứng thú, giảm nghị lực, như cảm xúc buồn rầu, xấu hổ, tức giận ...
 - + Cường độ cảm xúc:
 - * Khí sắc: là trương lực của cảm xúc. Khí sắc thể hiện cường độ cảm xúc con người trong một thời điểm nhất định. Trong hội chứng trầm cảm thì khí sắc giảm và ngược lại trong hội chứng hưng cảm thì khí sắc tăng
 - * Ham thích: là cảm xúc mạnh, sâu sắc, bền vững trong một thời gian dài, ham thích thúc đẩy hoạt động có ý chí, như ham thích âm nhạc, thơ văn, học tập ...
 - * Xung cảm: là một cảm xúc có cường độ mãnh liệt, quá mức, xuất hiện đột ngột trong một thời gian ngắn, thường kèm theo xung động ngôn ngữ và vận động...

- Các triệu chứng rối loạn cảm xúc
 - + Các triệu chứng thuộc về giảm và mất cảm xúc:
 - * Giảm khí sắc: bệnh nhân buồn rầu ủ rũ, gặp trong hội chứng trầm cảm .
 - * Cảm xúc bàng quan: bệnh nhân mất phản ứng cảm xúc, không biểu lộ cảm xúc ra vẻ mặt, trong trường hợp nặng hơn, gặp trong giai đoạn cuối của bệnh tâm thần phân liệt thì bệnh nhân mất cả khả năng biểu lộ cảm xúc, bệnh nhân hoàn toàn thụ động, thờ ơ, trạng thái này gọi là cảm xúc tàn lụi .
 - + Các triệu chứng thuộc về tăng cảm xúc:
 - * Tăng khí sắc: bệnh nhân vui vẻ, luôn cảm thấy khoan khoái, gặp trong hội chứng hưng cảm .
 - * Khoái cảm: bệnh nhân vui vẻ một cách vô nghĩa, không thích ứng với hoàn cảnh, thường gặp trong các trạng thái sa sút trí tuệ, hội chứng hưng cảm hoặc trong bệnh tâm thần phân liệt..
 - + Các triệu chứng cảm xúc khác:
 - * Cảm xúc hai chiều: đối với một đối tượng đồng thời xuất hiện hai cảm xúc hoàn toàn trái ngược nhau như vừa yêu lại vừa ghét, vừa thích vừa không thích .
 - * Cảm xúc trái ngược: là cảm xúc không thích hợp với sự kiện hoặc có khi lại trái ngược với hoàn cảnh, như được thư vui lại khóc, nghe tin buồn lại cười vui vẻ ...
 - * Cảm xúc tự động: bệnh nhân vui, buồn, cười khóc, giận dữ vô cớ ...
 - * Lo âu: là trạng thái cảm xúc chủ quan, thoáng qua hoặc dai dẳng (lo âu dai dẳng thường do đặc điểm nhân cách) khi con người phải đối đầu một sự đe dọa...
 - * Lo sợ: là trạng thái cảm xúc vừa chủ quan vừa khách quan như khi con người phải đối đầu với mối nguy hiểm cụ thể, bệnh nhân có nhiều rối loạn cơ thể chức năng như tim đập nhanh, hồi hộp, khó thở, toát mồ hôi, rét run... nếu cơn lo sợ có tính chất cấp tính, đạt đến đỉnh điểm trong một thời gian ngắn làm bệnh nhân tưởng như mình sắp chết đến nơi thì gọi là cơn hoảng sợ .

- Các hội chứng rối loạn cảm xúc
 - + Hội chứng trầm cảm - Một hội chứng trầm cảm điển hình có những thành phần sau
 - * Cảm xúc ức chế: trương lực cảm xúc giảm, bệnh nhân buồn rầu ủ rũ, mau mỏi mệt, không muốn làm việc, không thấy hứng thú trong lao động, chán ăn, ...
 - * Tư duy ức chế: suy nghĩ chậm chạp, quá trình liên tưởng khó khăn, ý tưởng nghèo nàn, bệnh nhân có thể có những ý tưởng đen tối như ý tưởng tự sát ...
 - * Vận động ức chế: vẻ mặt bệnh nhân trầm buồn, lời đờ chậm chạp, vẻ mặt và dáng điệu nghèo nàn, giọng nói trầm và đơn điệu, bệnh nhân trông già trước tuổi...
 - * Các triệu chứng kết hợp: các triệu chứng thường gặp như lo âu, bệnh nhân cảm thấy căng thẳng mệt mỏi với nhiều rối loạn thần kinh thực vật như hồi hộp, nhịp tim tăng, đau vùng trước tim, chóng mặt, đau đầu, khô miệng, táo bón, chán ăn, gầy ốm mất ngủ, thường là mất ngủ cuối giấc, bệnh nhân thức dậy với nhiều triệu chứng lo âu .
 - + Hội chứng hưng cảm: Là một hội chứng hoàn toàn đối lập với hội chứng trầm cảm, biểu hiện bằng một sự hưng phấn tâm thần vận động .
 - * Cảm xúc hưng phấn: khí sắc tăng, vui vẻ, có thể đi từ trạng thái khoái cảm đến hưng dữ hay đùa cợt.
 - * Khoái cảm: bệnh nhân vui vẻ, không thấy mệt mỏi, tự cao, hay khuyên bảo người khác, suồng sã, khiêu dâm, bệnh nhân thích châm chọc, gây bất hòa.
 - * Đùa cợt: hoạt động không đều không đều, bệnh nhân chỉ phản ứng với những tình huống tức thì mà không nghĩ đến hậu quả về sau .
 - * Tư duy hưng phấn: nói nhanh, tư duy phi tán, chú ý luôn thay đổi, nhiều sáng kiến, hoang tưởng tự cao, hay ca hát, trí nhớ tăng, quá trình liên tưởng mau lẹ...
 - * Vận động hưng phấn: vẻ mặt rất biểu cảm, đứng ngồi không yên, hay liếc mắt với người khác, ít ngủ, ăn uống ít, dễ tiếp xúc, thân mật với mọi người thái quá, chi tiêu không tính toán, không biết e thẹn ...

IV. Cách khảm Tư duy (Thinking, thought - nhận thức, suy nghĩ & lời nói)

- Tư duy là một hình thức hoạt động của hệ thần kinh thể hiện qua việc tạo ra các liên kết giữa các phần tử đã ghi nhớ được chọn lọc và kích thích chúng hoạt động để thực hiện sự nhận thức về thế giới xung quanh, định hướng cho hành vi phù hợp với môi trường sống.
- Tư duy là sự hoạt động, là sự vận động của vật chất, do đó tư duy không phải là vật chất. Tư duy không phải là sự ghi nhớ; Tư duy không phải là hoạt động điều khiển cơ thể; Tư duy cũng không phải là giấc mơ; Tư duy không có ở ngoài hệ thần kinh; Tư duy cũng không phải là ý thức bởi ý thức là kết quả của quá trình vận động của vật chất; Tư duy là một quá trình tâm lý phản ánh gián tiếp và khái quát các thuộc tính, các mối liên hệ bản chất của sự vật, hiện tượng.
- Nhân loại đã đặt cho tư duy rất nhiều loại hình tư duy như tư duy lôgic, tư duy trừu tượng, tư duy sáng tạo, tư duy kinh nghiệm, tư duy lý luận, tư duy khoa học, tư duy triết học v.v...Về bản chất, tư duy chỉ có một, đó là sự việc hình thành mới hoặc tái tạo lại các liên kết giữa các phần tử ghi nhớ.
- Tư duy là hoạt động cao cấp của hệ thần kinh và để thực hiện được tư duy cần có những điều kiện. Có các điều kiện cơ bản (Hệ thần kinh phải có năng lực tư duy - năng lực tư duy thể hiện ở ba loại hình tư duy là kinh nghiệm, sáng tạo và trí tuệ + hệ thần kinh đã được tiếp nhận kinh nghiệm, tiếp nhận tri thức) và điều kiện riêng cho từng loại hình tư duy (nghĩa là muốn tư duy về lĩnh vực nào thì phải có kinh nghiệm, tri thức về lĩnh vực đó).
- Khác với các quá trình nhận thức cảm tính (là cảm giác và tri giác), tư duy phản ánh những mối liên hệ bên trong, mang tính quy luật của các sự vật khách quan, do đó có thể nói rằng tư duy là một quá trình nhận thức lý tính.
- Nhu cầu giao tiếp của con người là điều kiện cần để phát sinh ngôn ngữ. Kết quả tư duy được ghi lại bởi ngôn ngữ. Ngay từ khi xuất hiện, tư duy đã gắn liền với ngôn ngữ và được thực hiện thông qua ngôn ngữ. Vì vậy, ngôn ngữ chính là cái vỏ hình thức của tư duy..
- Vì vậy, trên lâm sàng chúng ta thông qua đánh giá những biểu hiện về ngôn ngữ để khảm/kiểm tra đánh giá về tư duy cũng như để phát hiện các rối loạn tâm thần.

- Tư duy của người đang được khám là bình thường nếu các biểu hiện về tư duy (các nhận thức, suy nghĩ & lời nói) là bình thường, nghĩa là:
 - + Về hình thức tư duy: Nhịp điệu nói không quá nhanh hay quá chậm; hình thức phát ngôn – kết cấu ngôn ngữ - ý nghĩa & mục đích lời nói bình thường.
 - + Về nội dung tư duy: Không có định kiến bệnh hoạn; không ám ảnh cũng như hoang tưởng bệnh lý các loại.
 - + Không phát hiện thấy các hội chứng rối loạn tư duy: như là hội chứng paranoia; hội chứng ảo giác-paranoid; hội chứng paraphrenia, hội chứng nghi bệnh.
- Ví dụ về một vài câu hỏi để sàng lọc những bất thường về nội dung tư duy:
 - + “Cô có nghĩ mọi người có thể đưa ý tưởng vào đầu của mình?”
 - + “Chú đã bao giờ cảm thấy như mọi người đã xóa những kí ức khỏi tâm trí của chú?”
 - + “Em có bao giờ cảm thấy những người khác có thể nghe những gì mình đang nghĩ?”
 - + “Chị có bao giờ nhận được những tin nhắn đặc biệt từ tivi, radio hoặc tạp chí?”
 - + “Mọi người có thay đổi cách mà họ thường làm nhằm có được em?”
 - + “Bác có bao giờ nghĩ rằng mình thực sự quan trọng theo một cách nào đó hoặc có năng lực đặc biệt?”
 - + “Em có bao giờ cảm thấy mình phạm một lỗi hoặc làm điều gì đó thật khinh khủng mà em thấy mình đáng bị trừng phạt.”
 - + “Cô có bao giờ nhìn thấy những hình ảnh mà người khác không nhìn thấy?”

Rối loạn tư duy

- **Các rối loạn hình thức tư duy.**

Rối loạn hình thức biểu hiện tư duy được phân chia theo nhịp điệu ngôn ngữ, kết cấu ngôn ngữ, theo hình thức phát ngôn và theo ý nghĩa, mục đích của ngôn ngữ.

- Theo nhịp điệu ngôn ngữ

- + Nhịp nhanh: Tư duy phi tán: liên tưởng mau lẹ, nội dung nông cạn; Tư duy dồn dập: ý nghĩ các loại dồn dập đến với bệnh nhân, ngoài ý muốn của bệnh nhân làm họ rất khó chịu; Nói hổ lốn: nói luôn mồm, ý tưởng linh tinh, nội dung vô nghĩa (gặp ở bệnh nhân sa sút trí tuệ).

- + Nhịp chậm: Tư duy chậm chạp: suy nghĩ khó khăn, hỏi rất lâu mới trả lời được; Tư duy ngắt quãng: dòng ý tưởng luôn bị cắt đứt khi đang nói; Tư duy lai nhai: bệnh nhân rất khó chuyển chủ đề câu chuyện, luôn đi vào chi tiết vụn vặt của một chủ đề; Tư duy định kiến: luôn lặp lại một chủ đề.

- Theo hình thức phát ngôn:

- + Nói một mình: hay lẩm bẩm một mình.

- + Nói tay đôi trong tưởng tượng: thường là nói chuyện với ảo thanh.

- + Trả lời cạnh: hỏi một đằng bệnh nhân trả lời một nẻo

- + Không nói: do trầm cảm; phủ định; lú lẫn; sa sút; do ảo giác ...

- + Nói lặp lại: luôn luôn nói lặp lại một từ, cụm từ hoặc một câu.

- + Nhại lời: hỏi bệnh nhân không trả lời mà chỉ nhắc lại câu hỏi.

- + Cơn xung động lời nói: im lặng, lảm lì tự nhiên chửi rủa tục tằn.

- Theo kết cấu ngôn ngữ:
 - + Rối loạn kết âm và phát âm: nói thì thào, nói lắp, nói giọng mũi..
 - + Ngôn ngữ phân liệt: giữa các câu mất logic, không có ý nghĩa...
 - + Ngôn ngữ không liên quan: từ và câu không liên quan với nhau
 - + Chơi ngữ pháp: đảo lộn các thành phần trong câu.
 - + Chơi chữ: câu nối tiếp nhau theo vần, không có ý nghĩa
 - + Nói tiếng riêng: bịa ra một thứ tiếng riêng chỉ BN mới hiểu nổi.
- Theo ý nghĩa, mục đích ngôn ngữ:
 - + Suy luận bệnh lý: sử dụng thao tác tư duy cứng nhắc, vụn vặt .
 - + Tư duy hai chiều: trong ngôn ngữ luôn luôn xuất hiện hai câu có ý nghĩa trái ngược nhau.
 - + Tư duy tự kỷ: bệnh nhân nói về thế giới bên trong kỳ lạ của mình.
 - + Tư duy tượng trưng: gán cho sự việc thực tế những ý nghĩa tượng trưng .

- **Các rối loạn nội dung tư duy.**

Các rối loạn nội dung tư duy được chia ra 3 loại chính: định kiến, ám ảnh và hoang tưởng .

- Định kiến (overvalued ideas):
 - + Định kiến là những ý tưởng dựa trên cơ sở những sự kiện có thực, nhưng bệnh nhân gán cho nó một ý nghĩa quá mức & một cảm xúc mãnh liệt.
 - + Khác với ám ảnh, định kiến phát sinh từ những hoàn cảnh thực tế, theo thời gian mà định kiến có thể suy giảm dần.
 - + Khác với hoang tưởng, định kiến không kèm theo biến đổi nhân cách. Định kiến thường gặp trong trạng thái trầm cảm, động kinh.

– Ám ảnh (obsession):

- + Là những ý tưởng, hồi ức, cảm xúc, hành vi không phù hợp với thực tế. Người bệnh còn biết phê phán hiện tượng đó là vô lý, là không cần thiết, là sai, muốn tự xoa đuổi đi nhưng không thể được.
- + Những hiện tượng ám ảnh thường đi kèm với nhau, hình thành hội chứng hay trạng thái ám ảnh.

– Hoang tưởng (delire, delusion):

- + Định nghĩa: Hoang tưởng là những ý tưởng, phán đoán sai lầm, không phù hợp với thực tế, do bệnh tâm thần sinh ra, nhưng người bệnh cho là hoàn toàn chính xác, không thể giải thích thuyết phục được.

- + Tính chất:

- * Tính lập luận sai lầm, người bệnh có lập luận nhưng cơ sở logic đã bị rối loạn, những nguyên tắc đã sai lầm, dẫn tới kết luận sai lầm.
- * Tính cố định với sự tin tưởng vững chắc: dù rất mâu thuẫn với thực tế nhưng NB tin tưởng vững chắc như một chân lý không thể bác bỏ.
- * Tính chi phối hoàn toàn: hoang tưởng chiếm lĩnh hoàn toàn ý thức người bệnh, chi phối mạnh mẽ hành vi của họ.

- + Các loại hoang tưởng:

- * Theo nguồn gốc phát sinh: thường là những hoang tưởng phát minh, hoang tưởng cải cách, hoang tưởng ghen tuông, hoang tưởng kiện cáo, hoang tưởng bị theo dõi, hoang tưởng nghi bệnh,...
- * Theo phương thức kết cấu: người bệnh có ý tưởng rời rạc không kể tục, cảm xúc căng thẳng, bàng hoàng ngơ ngác.

- **Các hội chứng rối loạn tư duy**

- Hội chứng paranoia - Hội chứng này gồm:

- + Hoang tưởng nguyên phát, suy đoán: hoang tưởng có tính chất hệ thống hoá, tập trung sâu sắc vào một vấn đề và kéo dài rất lâu.
- + Kèm theo rối loạn cảm xúc phù hợp với hoang tưởng.

- Hội chứng ảo giác – paranoid - Hội chứng này bao gồm:

- + Hoang tưởng các loại, cả suy đoán và cảm thụ.
- + Có ảo giác, có thể là ảo giác thật nhưng điển hình là ảo giác giả.
- + Các hiện tượng tâm thần tự động: Ý tưởng tự động - ý nghĩ của mình bị bộc lộ, bị đánh cắp hoặc do người khác làm sẵn đặt vào (tư duy bị áp đặt). Cảm giác tự động - một siêu lực nào đó gây cho người bệnh các loại cảm giác: nóng, lạnh, đau, đói khát. Vận động tự động - người bệnh cho rằng bên ngoài điều khiển vận động của mình.

- Hội chứng paraphrenia:

- + Là hội chứng dựa trên cơ sở paranoid với nội dung kỳ quái.

- Hội chứng nghi bệnh:

- + Là trạng thái quá lo lắng sợ hãi, quá chú ý vào sức khoẻ của mình đến mức trở thành như hoang tưởng nghi bệnh.
- + Hội chứng nghi bệnh có thể xuất hiện trên cơ sở như một bệnh có thật được phóng đại quá mức (định kiến về bệnh tật). Nó có thể xuất hiện như một hoang tưởng, không có căn cứ thực tế. Cũng có thể lo lắng kéo dài sau khi bệnh đã khỏi.

V. Cách khám hoạt động tâm thần

- Người được khám có hoạt động tâm thần bình thường phải là người *không bị rối loạn hoạt động có ý chí; không rối loạn hoạt động bản năng* cũng như *không mắc các hội chứng căng trương lực & không mắc những hội chứng rối loạn hoạt động khác*.
 - + *Hoạt động có ý chí*: là quá trình hoạt động tâm lý có mục đích, có phương hướng rõ ràng và đòi hỏi những nỗ lực nhất định để khắc phục khó khăn, trở ngại nhằm đạt được mục đích. Hoạt động này chỉ xuất hiện ở người.
 - + *Hoạt động bản năng*: là hoạt động không có ý thức, xuất hiện như những phản xạ không điều kiện, bẩm sinh nhằm thoả mãn những nhu cầu sinh vật (tồn tại và phát triển), nó có tác dụng duy trì đời sống sinh vật, thích nghi với điều kiện môi trường. Ở loài vật chỉ có hoạt động này.
 - + *Hội chứng căng trương lực (catatonic syndrome)*: Hội chứng gồm hai trạng thái đối lập nhau, ‘kích động căng trương lực và bất động căng trương lực’. Hai trạng thái này xuất hiện kế tiếp nhau và thay đổi cho nhau.
 - + *Một số hội chứng rối loạn hoạt động khác*: Hội chứng kích động thanh xuân; Hội chứng kích động kiểu hysteria; Hội chứng bất động hysteria; Hội chứng kích động nhân cách bệnh; Hội chứng bất động trầm cảm...
- Ví dụ về một vài quan sát để sàng lọc những bất thường về nội dung hoạt động tâm thần:
 - + Rối loạn hoạt động có ý chí:
 - * Trên lâm sàng, thường quan sát thấy trên NB khi có biểu hiện rối loạn hoạt động có ý chí, đồng thời sẽ có rối loạn hoạt động bản năng.

- * Hoạt động có ý chí giảm (trong trầm cảm); tăng (nghiện ma túy, rối loạn hưng cảm hay mất hoạt động thường gặp trong TTPL).
- + Rối loạn hoạt động bản năng:
 - * Có những vận động dị thường, không có ý nghĩa và có tính chất định hình như rung đùi, lắc người nhịp nhàng, trợn mắt nhìn trừng trừng, vung vẩy tay, xoa xoa vào tai,...
 - * Các rối loạn bản năng ăn uống; Cơn bỏ nhà đi lang thang (fugue); Cơn trộm cắp (kleptomania); Cơn đốt nhà (pyromania); Cơn giết người;
 - * Rối loạn bản năng tình dục: biểu hiện như cơn cởi bỏ quần áo, tìm mọi cách đến gần với người khác giới, thủ dâm (masturbation), loạn dâm đồng giới (homosexuality), loạn dục với trẻ con (pedophilia), loạn dục với súc vật (zoophilia),...
- + Hội chứng căng trương lực
 - * Bối rối rời say đắm, hay cười vô duyên cớ, nét mặt có những nét đối lập như miệng cười trong khi mắt đầy nước mắt (paranimia). Hoặc người bệnh nói nhiều nhưng có tính chất khoa trương, khó hiểu, kết cấu phân liệt, tư duy ngắt quãng, ứ đọng.
 - * Người bệnh ngày càng ít nói đến không nói, ngồi lâu một tư thế. Có hiện tượng định hình, lặp lại một cách định hình một động tác nào đó. Thường đờ ra trong những tư thế không thuận lợi, kỳ lạ của đầu, tay và chân (như các hình được nặn bằng sáp).

- **Kết thúc khám**

- Giúp NB trở về tư thế thoải mái;
- Thông báo cho NB/người nhà về kết quả khám và hướng xử trí tiếp theo;
- Trả lời những băn khoăn, thắc mắc của NB/người nhà (nếu có);
- Chào và cảm ơn NB/người nhà;
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay;
- Ghi kết quả khám và đề xuất xử trí tiếp theo vào hồ sơ bệnh án.



Vincent Willem van Gogh (30 tháng 3 năm 1853 – 29 tháng 7 năm 1890) là một danh họa Hà Lan thuộc trường phái hậu ấn tượng - Người ta đã đưa ra khoảng 30 chẩn đoán khác nhau cho triệu chứng bệnh của Van Gogh, trong đó phải kể tới chứng tâm thần phân liệt...hình trên là chân dung tự họa & tuyệt phẩm Hoa diên vĩ được vẽ khi Vincent van Gogh đang sống ở nhà thương điên Saint Paul-de-Mausole tại Saint-Rémy-de-Provence, Pháp, vào năm cuối cùng của cuộc đời danh họa.

11.1A - OSCE STEPS VỀ KỸ NĂNG HỎI-KHÁM TÂM THẦN
(các bước khám/thi lâm sàng theo cấu trúc mục tiêu)

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT	CHECK
1.	Chào & hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Phong cách nói chuyện lịch sự thân thiện, môi trường giao tiếp tốt, quần áo trang phục phù hợp...	<ul style="list-style-type: none"> - Hồ sơ bệnh án, sổ khám bệnh...bác sĩ mang trang phục đã quy định.Tạo thuận lợi & tạo thêm sự tin tưởng của người bệnh - BN được đặt ở tư thế phù hợp, bộc lộ vùng khám khi cần/Giúp thuận lợi cho việc khám - Tự giới thiệu bản thân & xác nhận – kiểm tra thông tin chi tiết về bệnh nhân / Tăng độ tin cậy khi giao tiếp & hạn chế nhầm lẫn đối tượng được khám 	Có phiếu KSK hoặc hồ sơ bệnh án, sổ sách phù hợp với quy định chuyên môn.	
			Có trang phục đúng qui định	
			Người bệnh phải được sắp xếp khám bệnh ở một phòng riêng yên tĩnh...	
			Có thực hiện tự giới thiệu	
			Có xác nhận kiểm tra thông tin về người bệnh	
2.	Hỏi để thu thập thông tin về bệnh sử: + Hỏi bệnh nhân về triệu chứng báo hiệu; xuất hiện sau các nhân tố gì. Xác định thời kỳ toàn phát + Hỏi các dấu hiệu chủ yếu về rối loạn hành vi, tác phong, ý thức, nhận thức, cảm giác, tri giác, cảm xúc, tư duy,...nổi bật + Khai thác sự tiến triển của các triệu chứng bệnh lý từ khi có dấu hiệu khởi phát cho đến hiện tại + hỏi người nhà về bệnh sử cũng tương tự như những điều đã hỏi bệnh nhân ở trên	Biết đưa ra các câu hỏi mở, đóng... giúp bệnh nhân trình bày sự kiện liên quan triệu chứng về tình trạng tâm thần	Có hỏi/đánh giá về triệu chứng báo hiệu; xuất hiện sau các nhân tố gì, t.kỳ toàn phát	
			Có hỏi/đánh giá về các dấu hiệu chủ yếu về các rối loạn ... nổi bật	
			Có hỏi/đánh giá về sự tiến triển của các triệu chứng bệnh lý	
			Có hỏi/đánh giá về tình trạng tâm thần tương tự từ người nhà bệnh nhân	
3.	Hỏi về tiền sử bệnh của cá nhân BN, như: + Quá trình mang thai và sinh đẻ của mẹ... + Trạng thái TT thời kỳ trẻ nhỏ... + Trạng thái TT thời kỳ thanh thiếu niên... + Trạng thái TT thời kỳ trưởng thành...	Biết đưa ra các câu hỏi mở, đóng... giúp bệnh nhân trình bày sự kiện liên quan đến lịch sử cá nhân theo các thời kỳ...của chính người bệnh	Có hỏi về q.trình mang thai và sinh đẻ của mẹ..	
			Có hỏi về Trạng thái TT thời kỳ trẻ nhỏ	
			Có hỏi về T. thái TT thời kỳ thanh thiếu niên...	
			Có hỏi về T. thái TT thời kỳ trưởng thành	
4.	Hỏi khai thác tiền sử liên quan, như: + Tiền sử g.đình bị tâm thần, tự sát... + Lạm dụng thuốc / uống rượu / ma túy... + Tiền sử tình dục	Biết đưa ra các câu hỏi mở, đóng... giúp bệnh nhân trình bày sự kiện liên quan đến các tiền sử bệnh tật...của gia đình, môi trường sống	Có hỏi về Tiền sử bệnh T.thần của gia đình...	
			Có hỏi về lạm dụng thuốc / rượu / ma túy...	
			Có hỏi về tiền sử tình dục của người bệnh	
+	Sau khi ghi bệnh sử, tiền sử vào hồ sơ bệnh án xong là lúc thông báo cho người bệnh là bạn bắt đầu chuyển sang phần khám bệnh.	Tạo được mối quan hệ thân thiện với NB. Người bệnh hiểu và đồng ý hợp tác Tạo tâm lý thoải mái cho người khám khỏi bị ngại ngùng, đột ngột, hoặc kém hợp tác	Giải thích nhiệm vụ cần ngắn gọn, chính xác, dễ hiểu	
			Trật tự của quá trình thăm khám lần lượt, thứ tự theo qui trình hoặc thay đổi cho phù hợp theo đối tượng khám	

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT	CHECK
5.	Đánh giá vẻ bề ngoài, thái độ, hành vi, ý thức & nhận thức – Nhìn Bề ngoài – Xem Thái độ (đối với thầy thuốc) – Quan sát Hành vi... – Đánh giá trạng thái ý thức – Nhận định chức năng nhận thức	Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường của chức năng thần kinh cao cấp qua việc khám đánh giá về sự tỉnh táo/lú lẫn; mức độ ý thức; ngôn ngữ lời nói và chức năng nhận thức của người bệnh	Biết khám & đánh giá qua quan sát bề ngoài	
			Biết khám & đánh giá về thái độ đối với thầy thuốc	
			Biết khám & đánh giá về Hành vi của người bệnh	
			Biết khám & đánh giá về trạng thái ý thức	
			Biết khám & đánh giá về chức năng nhận thức	
6.	Khám cảm giác – tri giác – Tăng cảm giác – Giảm cảm giác – Loạn cảm giác – Ảo tưởng – Ảo giác	Nắm được cách khám rối loạn cảm giác & tri giác khi khám từng thành phần một cách nhanh chóng và đầy đủ	Biết khám & đánh giá về rl giảm cảm giác	
			Biết khám & đánh giá về rl tăng cảm giác	
			Biết khám & đánh giá về rl loạn cảm giác	
			Biết khám & đánh giá về các loại ảo tưởng	
			Biết khám & đánh giá về các loại ảo giác	
7.	Khám cảm xúc – Triệu chứng giảm, mất cảm xúc – Triệu chứng tăng cảm xúc – Cảm xúc trái ngược, lo âu, lo sợ... – Hội chứng trầm cảm – Hội chứng hưng cảm	Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường khi khám cảm giác nông & cảm giác sâu	Biết khám & đánh giá rối loạn giảm, mất cảm xúc.	
			Biết khám & đánh giá rối loạn tăng cảm xúc	
			Biết khám & đánh giá rối loạn trái ngược, lo âu, lo sợ...	
			Biết khám & đánh giá Hội chứng trầm cảm	
			Biết khám & đánh giá Hội chứng hưng cảm	
8.	Khám tư duy – Đánh giá các rối loạn hình thức tư duy (Nhịp điệu - Hình thức - Kết cấu - Ý nghĩa - mục đích lời nói) – Đánh giá các rối loạn nội dung tư duy (Định kiến; Âm ảnh; Hoang tưởng) – Đánh giá các hội chứng rối loạn tư duy (HC paranoia; HC ảo giác paranoid; HC paraphrenia; HC nghi bệnh)	Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường của tư duy người bệnh	Biết khám & đánh giá các rối loạn hình thức tư duy (Nhịp điệu nói - Hình thức phát ngôn - Kết cấu ngôn ngữ - Ý nghĩa, mục đích lời nói)	
			Biết khám & đánh giá các rối loạn nội dung tư duy (Định kiến - Âm ảnh - Hoang tưởng)	
			Biết khám & đánh giá các hội chứng rối loạn tư duy (Hội chứng paranoia - Hội chứng ảo giác paranoid - Hội chứng paraphrenia - Hội chứng nghi bệnh)	
9.	Khám hoạt động tâm thần – Rối loạn hoạt động có ý chí: – Rối loạn hoạt động bản năng – Hội chứng căng trương lực – Một số h.c rối loạn hoạt động khác	Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường khi khám các hoạt động tâm thần	Biết khám & đánh giá các rối loạn hoạt động có ý chí	
			Biết khám & đánh giá các rối loạn hoạt động bản năng	
			Biết khám & đánh giá hội chứng căng trương lực..	
			Biết khám & đánh giá các rối loạn hoạt động tâm thần khác	
10.	<i>Kết thúc khám:</i> • Thu dọn dụng cụ; Thông báo sơ bộ kết quả thăm khám... • Ghi kết quả hỏi-khám vào hồ sơ bệnh án.	Thực hiện đúng về giao tiếp khi kết thúc... Đảm bảo nguyên tắc ghi hồ sơ bệnh án của cơ sở y tế.	Thu dọn dụng cụ; thông tin rõ ràng về bệnh;	
			Ghi hồ sơ bệnh án rõ ràng và đầy đủ.	

11.1B - CHECK SHEET (bảng kiểm) VỀ KỸ NĂNG HỎI-KHÁM TÂM THẦN

TT	Các bước thấy & thực hiện	Thang điểm				
		1	2	3	4	5
1	Chào & hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Phong cách nói chuyện lịch sự thân thiện, môi trường giao tiếp tốt, quần áo trang phục phù hợp;...					
2	Hỏi về bệnh sử của các dấu hiệu chủ yếu về rối loạn hành vi, tác phong, ý thức, nhận thức, cảm giác, tri giác, cảm xúc, tư duy,...nổi bật.					
3	Hỏi về tiền sử bệnh của cá nhân BN, như: Quá trình mang thai và sinh đẻ của mẹ...Tình trạng t.thần các thời kỳ trẻ nhỏ/ thời kỳ thanh thiếu niên/ thời kỳ trưởng thành...					
4	Hỏi về tiền sử bệnh của gia đình BN và liên quan: Gia đình có tiền sử tâm thần, tự sát. Lạm dụng thuốc / uống rượu / ma túy ... Tiền sử tình dục					
5	Thực hiện kỹ năng khám đánh giá về bề ngoài, thái độ, hành vi, ý thức & nhận thức (Nhìn bề ngoài – xem thái độ với thầy thuốc – quan sát hành vi – ý thức – nhận thức)					
6	Thực hiện kỹ năng khám cảm giác – tri giác (Tăng cảm giác – Giảm cảm giác – Loạn cảm giác – Ảo tưởng – Ảo giác)					
7	Thực hiện kỹ năng khám cảm xúc (giảm, mất cảm xúc – tăng cảm xúc – cảm xúc trái ngược, lo âu, lo sợ...– hội chứng trầm cảm – hội chứng hưng cảm)					
8	Thực hiện kỹ năng khám tư duy (Rối loạn hình thức tư duy: Nhịp điệu - Hình thức - Kết cấu - Ý nghĩa - mục đích lời nói; các rối loạn nội dung tư duy: Định kiến; Ảm ảnh; Hoang tưởng; các hội chứng rối loạn tư duy: HC paranoia; HC ảo giác paranoid; HC paraphrenia; HC nghi bệnh)					
9	Thực hiện kỹ năng khám hoạt động tâm thần (Rối loạn hoạt động có ý chí – Rối loạn hoạt động bản năng – Hội chứng căng trương lực – các h.c rối loạn hoạt động khác)					
10	Hoàn thiện các mục của bệnh sử, tiền sử trong hồ sơ , cảm ơn người bệnh đã cộng tác khi kết thúc phần hỏi –khám và thông báo chuyển sang phần khác (xét nghiệm, ...)					

Tổng Điểm: / Điểm qui đổi:

Qui định: Chưa thấy/chưa làm = 1 đ; Thấy làm/làm nhưng chưa đúng = 2 điểm; Thấy làm/làm chưa đủ = 3 điểm; Thấy làm/làm chưa nhiều = 4 điểm; Thấy làm/làm nhiều, thành thạo = 5 điểm

Qui đổi: 1 – 5 = 1; 6 – 10 = 2; 11 – 15 = 3; 16 – 20 = 4; 21 – 25 = 5; 26 – 30 = 6; 31 – 35 = 7; 36 – 40 = 8; 41 – 45 = 9; 46 – 50 = 10

11.2. Một số bệnh lý tâm thần thường gặp

11.2.1. Rối loạn lo âu - lo lắng bệnh lý (Anxiety disorder)

Rối loạn lo âu là loại bệnh tâm thần phổ biến nhất. Cá nhân họ có một nỗi sợ hãi hoặc lo lắng nghiêm trọng, được liên kết với một số đối tượng hoặc tình huống. Hầu hết những người bị rối loạn lo âu sẽ cố gắng tránh tiếp xúc với bất cứ điều gì gây nên sự lo lắng của họ, 4/6 loại chính là:

- + Rối loạn hoảng sợ (Panic disorder) - bị tê liệt bất ngờ hoặc cảm giác như thảm họa sắp xảy ra.
- + Rối loạn ám ảnh (Phobias) - những ám ảnh này có thể gồm ám ảnh đơn giản (sợ hãi đối tượng), ám ảnh xã hội (sợ bị đối xử với người khác), và sự sợ hãi (sợ hãi của những tình huống khi đi xa hoặc phá vỡ tự do có thể khó khăn). Có thể có hàng ngàn loại phobias.
- + Rối loạn ám ảnh cưỡng chế (OCD) - người bị ám ảnh và ép buộc. Nói cách khác, những suy nghĩ căng thẳng liên tục (ám ảnh), và một sự thôi thúc mạnh mẽ để thực hiện các hành động lặp đi lặp lại, chẳng hạn như rửa tay (cưỡng bức).
- + Rối loạn căng thẳng sau chấn thương (PTSD) - điều này có thể xảy ra sau khi ai đó đã trải qua một sự kiện đau thương - một điều khủng khiếp hoặc đáng sợ mà họ trải qua hoặc chứng kiến. Trong loại sự kiện này, người đó nghĩ rằng cuộc sống của họ hoặc cuộc sống của người khác đang gặp nguy hiểm. Họ có thể cảm thấy sợ hãi hoặc cảm thấy rằng họ không kiểm soát được những gì đang xảy ra.

6 Types of Anxiety Disorders

- Generalized anxiety disorder
- Panic disorder
- Social phobia
- Post-traumatic stress disorder (PTSD)
- Obsessive compulsive disorder (OCD)
- Separation anxiety

Anxiety
is characterized
by the
exaggerated
feeling of
worry.



11.2.2. Rối loạn cảm xúc (mood disorders)

- Cảm xúc là một quá trình hoạt động tâm thần, biểu hiện thái độ của con người đối với những kích thích từ bên ngoài cũng như từ bên trong cơ thể, đối với những ý tưởng và ý niệm thuộc phạm vi xã hội cũng như thuộc phạm vi thế giới vật lý.
- Nói tóm lại, cảm xúc biểu hiện thái độ con người đối với thực tế chung quanh và đối với bản thân. Cảm xúc không thể tách ra khỏi các quá trình hoạt động tâm thần khác như : tư duy, trí nhớ, trí tuệ ... một số hội chứng rối loạn cảm xúc bao gồm:
 - + Trầm cảm (Major depression) - cá nhân không còn quan tâm và không tận hưởng các hoạt động và sự kiện mà trước đây họ thích. Có những giai đoạn buồn bã hoặc kéo dài.
 - + Rối loạn lưỡng cực (Bipolar disorder) - trước đây được gọi là bệnh hưng trầm cảm, hoặc trầm cảm hưng cảm. Các thiết bị chuyển mạch cá nhân từ các giai đoạn của sự phấn khích (hưng phấn) đến trầm cảm (tuyệt vọng).
 - + Rối loạn trầm cảm dai dẳng (Persistent depressive disorder) - trước đây được gọi là dysthymia, đây là trầm cảm mạn tính nhẹ (dài hạn). Bệnh nhân có triệu chứng tương tự như trầm cảm lớn nhưng đến một mức độ thấp hơn.
 - + SAD (rối loạn tình cảm theo mùa) - một loại trầm cảm lớn được kích hoạt bởi thiếu ánh sáng ban ngày. Nó phổ biến nhất ở các nước xa xích đạo vào cuối mùa thu, mùa đông và đầu mùa xuân.
 - + Rối loạn trầm cảm sau sinh (Depression postpartum depression) - Tâm trạng chán nản hoặc thay đổi tâm trạng nghiêm trọng; Khóc nhiều; Khó gắn kết với em bé của mình; Không muốn gặp bạn bè và gia đình; Chán ăn hoặc ăn nhiều hơn bình thường; Mất ngủ hoặc ngủ quá nhiều; Tăng mệt mỏi hoặc mất năng lượng; Cấu kỉnh gắt và giận dữ; Giảm quan tâm và thích thú trong các hoạt động mà bạn thường thích; Lo sợ không phải là người mẹ tốt; Cảm giác vô dụng, xấu hổ, tội lỗi hay không tương xứng; Giảm khả năng suy nghĩ rõ ràng, tập trung hoặc đưa ra quyết định; Lo âu nặng và cơn hoảng loạn; Suy nghĩ làm hại mình hay con mình; Suy nghĩ lặp lại về tự sát.

11.2.3. Rối loạn tâm thần phân liệt (Schizophrenia disorders)

- Đó là một tình trạng rất phức tạp do là một rối loạn duy nhất hoặc một nhóm các bệnh liên quan vẫn chưa được xác định đầy đủ. Tâm thần phân liệt thường bắt đầu trong độ tuổi từ 15 đến 25. Cá nhân có những suy nghĩ xuất hiện phân mảnh; họ cũng cảm thấy khó xử lý thông tin.
- Tâm thần phân liệt có các triệu chứng tiêu cực và tích cực. Các triệu chứng tích cực bao gồm ảo tưởng, rối loạn suy nghĩ và ảo giác. Các triệu chứng tiêu cực bao gồm rút lui, thiếu động lực, và tâm trạng phẳng hoặc không thích hợp:
 - + Suy nghĩ vô lí, thậm chí là dùng những từ ngữ không có ý nghĩa, rời rạc.
 - + Ảo giác thính giác (người thứ ba).
 - + Ảo tưởng-đặc biệt liên quan đến suy nghĩ
 - + Có những hoạt động đáp ứng ảo giác và ảo tưởng
- Nếu có một số dấu hiệu xuất hiện trong một khoảng thời gian ngắn, nó có thể cung cấp manh mối:
 - + Từ bỏ người hoặc các hoạt động mà họ thường thích.
 - + Ngủ hoặc ăn quá nhiều hoặc quá ít.
 - + Cảm thấy như thể chẳng có gì quan trọng cả.
 - + Sử dụng thuốc nhiều hơn bình thường (rượu và nicotin).
 - + Không thể hoàn thành các nhiệm vụ tiêu chuẩn, chẳng hạn như đi làm hoặc nấu ăn.
 - + Nghĩ đến việc làm hại bản thân hay người khác.



11.2.4. Mê sảng (Delirium)/ Nhiễm độc

- Dao động mức độ tập trung và định hướng-diễn biến xấu hơn vào ban đêm.
- Ảo tưởng thoáng qua, thường bắt nguồn từ việc bị ngược đãi.
- Bằng chứng về việc bị nhiễm độc (ví dụ như sốt...).

Nhiễm độc (một kiểu của mê sảng).

- Mùi của rượu hoặc keo. Dấu kim
- Buồn ngủ và giảm tỉnh táo.
- Hình ảnh ảo giác.

(Bàn tay nhiễm độc Chì)



11.2.5. Chứng mất trí (Dementia)

- Tỉnh táo (trừ khi bị mê sảng).
- Có thể không gọn gàng.
- Khả năng định hướng không gian và thời gian kém. Chức năng nhận thức dưới mức bình thường.
- Trí nhớ ngắn hạn - Không thể nhớ và lặp lại một dãy số hoặc một địa chỉ.
- Không thể giải thích được những điều đơn giản.
- Giảm khả năng nói và suy nghĩ.



11.2.6. Rối loạn do bị mất người thân

(Disorder by loss of loved ones)

- Tâm trạng kém, khóc lóc khi nghĩ về người thân bị mất.
- Có thể có triệu chứng thực thể.
- Đánh giá nguy cơ tự tử (để đi cùng người thân).
- Nếu quá nặng hoặc kéo dài(trên 6 tháng) có thể xem đó là bệnh lí.



11.2.7. Bệnh tưởng (sick thought)

- Có triệu chứng thực thể (đau đớn, mệt mỏi) nhưng không có bệnh trong bất kì cơ quan, bộ phận nào.
- Đánh giá dấu hiệu của trầm cảm.
- Xác định bệnh tật, nỗi sợ hãi và niềm tin của bệnh nhân.
- Triệu chứng là mối quan tâm chính trong bệnh thực thể, sợ bệnh tật trong bệnh tưởng.



Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Nguyễn Đức Hình (2014), Bài giảng kỹ năng y khoa, Nhà xuất bản Y học
2. Cao Văn Thịnh (2005), Tài liệu huấn luyện kỹ năng y khoa tiền lâm sàng, tập 1, 2; ĐH PNT
3. Nguyễn Văn Sơn (2013), Bảng kiểm dạy/học kỹ năng lâm sàng; Nhà xuất bản Y học
4. Đặng Hanh Đệ (2007), Phẫu thuật thực hành, Mã số: Đ.01.Y.12 Nhà xuất bản Y học
5. Sổ tay thăm khám ngoại khoa lâm sàng, BV ND Gia Định
6. Tâm thần học đại cương và điều trị tâm thần (2003), NXB QĐND.

Tiếng Anh

5. Chris Hatton Roger Blackwood (2011), Clinical Skills, Nhà xuất bản Blackwell
6. Lynn S. Bickley;(2013), Bate's Guide to Physical Examination; 11th Edition, NXB Lippicot
7. Wiener, Fauci; Harrison's internal medicine – self-assessment & board review, 17th Edition
8. Richard F. LeBlond;(2009), DeGowin's Diagnostic Examination, 9th Edition
9. Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter and Wendy Ostendorf; 2014. Clinical Nursing Skill & Techniques, 8th Edition; Mosby.

* Một số website

1. <http://www.nguyenphuchoc199.com/med-3-410.html>
2. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/mental-state-assessment/>
3. <https://geekymedics.com/mental-state-examination/>
4. <https://geekymedics.com/depression-history-taking/>
5. <https://geekymedics.com/sexual-history-taking/>
6. <https://geekymedics.com/patient-dementia-communication-tips/>
7. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/suicide-risk-assessment>
8. <https://batesvisualguide.com/multimedia.aspx?categoryId=21787#21783>
9. <http://www.nguyenphuchoc199.com/nur-313/bai-giang-nur-313>
10. <http://www.nguyenphuchoc199.com/pth-350>

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

11.1. Chọn đúng/sai - Sức khoẻ tâm thần là một trạng thái không có rối loạn hay dị tật về tâm thần?.

- A. Đúng
- B. Sai

11.2. Các khái niệm về bệnh tâm thần nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Là những bệnh do hoạt động của não bộ bị rối loạn
- B. Là những bệnh do rối loạn chức năng phản ánh thực tại
- C. Là những bệnh do các quá trình cảm giác-tri giác, tư duy-ý thức, hoạt động tâm thần bị sai lệch
- D. Là những bệnh gây chết đột ngột, làm đảo lộn sinh hoạt, gây căng thẳng cho các thành viên trong gia đình và tổn thất về kinh tế.

11.3. Trong đặc điểm phân biệt bệnh tâm thần với bệnh thần kinh nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Bệnh tâm thần chưa phát hiện được tổn thương đặc hiệu
- B. Bệnh nhân tâm thần thường không nhận thấy mình bị bệnh
- C. Đa số các dấu hiệu bệnh ở BN tâm thần chỉ là do rối loạn chức năng của não
- D. Phần lớn BN tâm thần có thể đi đứng bình thường nhưng có ý nghĩ, cảm xúc, hành vi không phù hợp, kỳ dị, khó hiểu

11.4. Trong đặc điểm phân biệt bệnh tâm thần với bệnh thần kinh nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Bệnh thần kinh là do tổn thương thực thể tại các phần khác nhau của hệ thần kinh
- B. Bệnh nhân tâm thần luôn có những rối loạn thần kinh kèm theo
- C. Đa số bệnh nhân thần kinh còn ý thức được bệnh của mình.
- D. Bệnh thần kinh có tổn thương ở tổ chức não, ít nhiều có rối loạn tâm thần kèm theo

11.5. Khái niệm về sức khỏe tâm thần nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Thuật ngữ 'sức khỏe tâm thần' được sử dụng để định nghĩa là không có rối loạn tâm thần
- B. Sức khỏe tâm thần là quan trọng trong mọi giai đoạn của cuộc sống, từ thời thơ ấu và niên thiếu đến tuổi trưởng thành
- C. Sức khỏe tâm thần không chỉ là sự vắng mặt của rối loạn tâm thần
- D. Sức khỏe tâm thần bao gồm tình cảm, tâm lý và quan hệ xã hội của chúng ta. Nó ảnh hưởng đến cách chúng ta suy nghĩ, cảm nhận và hành động.

11.6. Chọn đúng sai - kiểm tra trạng thái tinh thần là điều rất cần thiết cho tất cả bệnh nhân chứ không chỉ riêng cho những bệnh nhân có vấn đề về tâm thần ?.

- A. Đúng
- B. Sai

11.7. Khám lâm sàng tâm thần với các nội dung nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Trong khám lâm sàng tâm thần, hỏi bệnh là kỹ năng chính
- B. Kỹ năng giao tiếp giữa bác sỹ và bệnh nhân là vô cùng quan trọng quyết định sự thành công của buổi khám bệnh.
- C. Kỹ năng khám bao gồm phần khám đánh giá trạng thái tâm thần tại thời điểm tiến hành phỏng vấn và khi khám đánh giá cả quá trình điều trị về sau *
- D. Kỹ năng khám bao gồm phần lịch sử như bệnh sử tâm thần, lịch sử phát triển, tiền sử cá nhân, bệnh tâm thần gia đình và các vấn đề liên quan...

11.8. Về kỹ năng hỏi-khai thác lý do đến khám - bệnh sử - tiền sử bệnh tâm thần nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Nên ghi lý do đến khám hoặc vào viện theo cách nói của bệnh nhân.
- B. Hỏi như nói chuyện giản dị, thân mật, cách hỏi thay đổi tùy theo nhân cách của từng bệnh nhân.
- C. Có thể hỏi trước kia bệnh nhân đã được khám ở đâu, ai khám, chẩn đoán như thế nào, chữa bằng thuốc gì
- D. Không được hướng dẫn người nhà kể bệnh sử để có thể thu thập được những sự việc cụ thể, những hiện tượng khách quan

11.9. Chọn đúng/sai – Trong khám kiểm tra tình trạng tâm thần - tài liệu chủ quan là lời khai của bệnh nhân và phán đoán suy luận của người thầy thuốc?

- A. Đúng
- B. Sai

11.10. Chọn đúng/sai – Trong khám kiểm tra tình trạng tâm thần - tài liệu khách quan là lời khai của người nhà bệnh nhân và kết quả xét nghiệm cận lâm sàng?

- A. Đúng
- B. Sai

11.11. Trong kỹ năng khám kiểm tra tình trạng tâm thần nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Hình dáng của bệnh nhân có thể cung cấp một số đầu mối về lối sống và khả năng tự chăm sóc của họ
- B. Hành vi của bệnh nhân có thể cung cấp những hiểu biết sâu sắc về tình trạng tinh thần hiện tại của họ cho thầy thuốc
- C. Tâm trạng của bệnh nhân ảnh hưởng đến thể hiện cảm xúc và có thể quan sát thấy ngay lập tức .
- D. Không thể dựa trên vẻ bề ngoài, hành vi và tâm trạng để đánh giá trạng thái tâm thần của bệnh nhân

11.12. Trong kỹ năng khám kiểm tra tình trạng tâm thần - về cách khám cảm giác-tri giác nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Cảm giác và tri giác khác nhau về sự phản ánh trực tiếp, cụ thể các thuộc tính bề ngoài của sự vật, hiện tượng khách quan.
- B. Cảm giác là sự phản ánh vào ý thức con người các thuộc tính riêng lẻ của sự vật, hiện tượng khách quan đang trực tiếp tác động vào các giác quan
- C. Tri giác là sự phản ánh vào ý thức con người một sự vật khách quan thống nhất, trọn vẹn
- D. Cảm giác và tri giác đều là sự phản ánh trực tiếp, cụ thể các thuộc tính bề ngoài của sự vật, hiện tượng khách quan.

11.13. Trong kỹ năng khám kiểm tra tình trạng tâm thần - về cách khám cảm giác-tri giác nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Nếu không tăng-giảm-loạn cảm giác thì là sức khỏe tâm thần bình thường .
- B. Tri giác là sự phản ánh vào ý thức con người một sự vật khách quan thống nhất, trọn vẹn, tương tự như cảm giác
- C. Nếu không sai lệch ảo tưởng, ảo giác, loạn tri giác thì là sức khỏe tâm thần bình thường
- D. Cảm giác thì phản ánh từng thuộc tính riêng lẻ còn tri giác thì phản ánh tổng thể các thuộc tính đó.

11.14. Trong kỹ năng khám kiểm tra tình trạng tâm thần - về cách khám tư duy nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Tư duy là một quá trình tâm lý phản ánh gián tiếp và khái quát các thuộc tính, các mối liên hệ bản chất của sự vật, hiện tượng
- B. Tư duy là phản ánh những mối liên hệ bên trong, mang tính quy luật của các sự vật khách quan
- C. Tư duy là một quá trình nhận thức cảm tính, là một quá trình tâm lý phản ánh gián tiếp và khái quát các thuộc tính.
- D. Trên lâm sàng có thể thông qua đánh giá những biểu hiện về ngôn ngữ để khám, đánh giá về sức khỏe tâm thần .

11.15. Tình trạng tâm thần của người đang được khám là bình thường nếu có các biểu hiện về tư duy nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Nhịp điệu nói không quá nhanh hay quá chậm; hình thức phát ngôn – kết cấu ngôn ngữ - ý nghĩa & mục đích lời nói bình thường
- B. Không có định kiến bệnh hoạn; không ám ảnh cũng như hoang tưởng bệnh lý các loại
- C. Không phát hiện thấy các hội chứng rối loạn tư duy
- D. Không có tổn thương thực thể về nhận thức, suy nghĩ & lời nói.

11.16. Chọn đúng/sai – Đặc điểm của tư duy là gắn liền với ngôn ngữ. Ngôn ngữ là phương tiện để diễn đạt tư duy. Tư duy là kết quả của nhận thức & được ghi lại bởi ngôn ngữ?

- A. Đúng
- B. Sai

11.17. Tình trạng tâm thần của người đang được khám là bình thường nếu có các biểu hiện về hoạt động tâm thần nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Các hoạt động tâm lý có mục đích, có phương hướng rõ ràng.
- B. Các hoạt động bản năng không có ý thức & những phản xạ không điều kiện là bình thường.
- C. Không mắc các hội chứng căng trương lực.
- D. Không bị rối loạn hoạt động ở các cơ quan nội tạng.

11.18. Tình trạng tâm thần của người đang được khám là bệnh lý nếu có các biểu hiện về hoạt động tâm thần nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Hoạt động có ý chí giảm (trong trầm cảm); tăng (nghiện ma túy, rối loạn hưng cảm).
- B. NB có các hoạt động không có ý thức, xuất hiện như những phản xạ không điều kiện, bẩm sinh nhằm thoả mãn những nhu cầu sinh vật.
- C. Có những vận động dị thường, không có ý nghĩa và có tính chất định hình như trợn mắt nhìn trừng trừng, vung vẩy tay, xoa xoa vào tai.
- D. Người bệnh nói nhiều nhưng có tính chất khoa trương, khó hiểu, kết cấu phân liệt, tư duy ngắt quãng, ứ đọng

11.19. Rối loạn cảm giác có các dạng nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Ảo giác về một sự vật không hề có trong thực tại khách quan
- B. Tăng cảm giác do ngưỡng kích thích hạ thấp
- C. Giảm cảm giác do ngưỡng kích thích tăng lên .
- D. Loạn cảm giác bản thể là do sự ức chế hệ thống nội thụ cảm

11.20. Về các trạng thái rối loạn tâm thần nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Loạn cảm giác bản thể là do sự ức chế hệ thống nội thụ cảm có tác dụng áp đảo và điều chỉnh của cơ quan ngoại thụ cảm
- B. Ảo tưởng là 'tri giác sai lệch' về một sự vật hay một hiện tượng khách quan (sự vật có thật ở bên ngoài).
- C. Ảo giác là tri giác về một sự vật không hề có trong thực tại khách quan.
- D. Ảo giác là 'tri giác khi có đối tượng'.

11.21. Các rối loạn nội dung tư duy có các nội dung chính nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Định kiến - là những ý tưởng dựa trên cơ sở những sự kiện có thực, nhưng bệnh nhân gán cho nó một ý nghĩa quá mức & một cảm xúc mãnh liệt.
- B. Định kiến thường phát sinh từ những hoàn cảnh phi thực tế, theo thời gian mà định kiến có thể suy giảm dần
- C. Ám ảnh - là những ý tưởng, hồi ức, cảm xúc, hành vi không phù hợp với thực tế.
- D. Trong ám ảnh người bệnh còn biết phê phán hiện tượng đó là vô lý, là không cần thiết, là sai, muốn tự xóa đi nhưng không thể được..

11.22. Trần cảm sau sinh có thể thấy các triệu chứng nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Lo sợ rằng mình không phải là người mẹ tốt
- B. Có suy nghĩ tự làm hại mình hay con mình.
- C. Nói năng huyền thuyên với những từ ngữ kì quặc.
- D. Không có khả năng ngủ (mất ngủ) hoặc ngủ quá nhiều

11.23. Chọn đúng/sai – Hoang tưởng là những ý tưởng, phán đoán sai lầm, không phù hợp với thực tế, do bệnh tâm thần sinh ra, nhưng người bệnh cho là hoàn toàn chính xác, không thể giải thích thuyết phục được?.

- A. Đúng
- B. Sai

11.24. Chọn đúng/sai - Hội chứng nghi bệnh có thể xuất hiện trên cơ sở như một bệnh có thật được phóng đại quá mức (định kiến về bệnh tật). Nó có thể xuất hiện như một hoang tưởng, không có căn cứ thực tế. Cũng có thể lo lắng kéo dài sau khi bệnh đã khỏi?.

- A. Đúng
- B. Sai

11.25. Hoang tưởng có tính chất nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Tính lập luận sai lầm, người bệnh có lập luận nhưng cơ sở logic đã bị rối loạn, những nguyên tắc đã sai lầm, dẫn tới kết luận sai lầm
- B. Tính cố định với sự tin tưởng vững chắc: dù rất mâu thuẫn với thực tế nhưng NB tin tưởng vững chắc như một chân lý không thể bác bỏ.
- C. Tính chi phối hoàn toàn: hoang tưởng chiếm lĩnh hoàn toàn ý thức người bệnh, chi phối mạnh mẽ hành vi của họ.
- D. Tính định kiến: có những ý tưởng dựa trên cơ sở những sự kiện có thực, nhưng bệnh nhân gán cho nó một ý nghĩa quá mức & một cảm xúc mãnh liệt.

- 11.26. Khái niệm về sức khỏe tâm thần nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:
- A. Sức khỏe tâm thần bao gồm tình cảm, tâm lý và quan hệ xã hội của chúng ta
 - B. Là một trạng thái hạnh phúc trong đó cá nhân nhận ra khả năng của mình, có thể đối phó với những căng thẳng bình thường của cuộc sống...
 - C. Thuật ngữ 'sức khỏe tâm thần' được sử dụng để có nghĩa là không có rối loạn tâm thần.
 - D. WHO nhấn mạnh rằng sức khỏe tâm thần không chỉ là sự vắng mặt của r.loạn tâm thần
- 11.27. Chọn đúng/sai – Khai thác lịch sử tâm thần (Bệnh sử-Tiền sử) và kiểm tra tình trạng tâm thần (Mental State Examination - MSE) là các công cụ chẩn đoán quan trọng nhất mà một bác sĩ tâm thần dùng để thu thập thông tin giúp đưa ra chẩn đoán chính xác. ?
- A. Đúng
 - B. Sai
- 11.28. Chọn đúng/sai - Lịch sử tâm thần là toàn bộ câu chuyện về cuộc đời bệnh nhân theo trình tự thời gian; cần cho phép bệnh nhân tự kể về mình theo quan điểm của họ và yêu cầu họ kể những gì họ cho là quan trọng nhất.?
- A. Đúng
 - B. Sai
- 11.29. Các kỹ năng lâm sàng trong khám tâm thần nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:
- A. Đa số các bệnh nhân tâm thần tự cho mình là không bị bệnh nên từ chối sự khám bệnh. Vì vậy nên sắp xếp khám bệnh ở một phòng riêng yên tĩnh...
 - B. Hướng dẫn chi tiết cho gia đình bệnh nhân khai đầy đủ và chính xác về tiền sử, bệnh sử tâm thần của bệnh nhân.
 - C. Quan sát bệnh nhân một cách tử mỉ về hình dáng, điệu bộ, cử chỉ động tác.
 - D. Thời gian hỏi bệnh thường kéo dài từ 45 - 90 phút và phụ thuộc vào tình trạng của người bệnh. .

11.30. Hỏi tiền sử cá nhân của người bệnh khám tình trạng tâm thần nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Hỏi về quá trình mang thai và sinh đẻ của mẹ bệnh nhân
- B. Hỏi về thời kỳ trẻ nhỏ của mẹ người bệnh.
- C. Hỏi về thời kỳ thanh thiếu niên của người bệnh.
- D. Hỏi về thời kỳ trưởng thành của người bệnh

11.31. Chọn đúng/sai – Ý thức là một nhân tố tinh thần bao gồm các khả năng như tự biết mình, nhận thức được liên hệ giữa bản thân và môi trường ... Ý thức là cái tự có, vốn có của bản thân mỗi con người?.

- A. Đúng
- B. Sai

11.32. Chọn đúng/sai - trạng thái ý thức là mức độ tỉnh táo của tâm thần, khả năng nhận thức của người bệnh về bản thân mình, về môi trường xung quanh và về thời gian?.

- A. Đúng
- B. Sai

11.33. Hành vi có những đặc điểm nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Hành vi là sự 'giao tiếp không bằng lời' của bệnh nhân
- B. Hành vi có ý chí: là một quá trình hoạt động tâm thần có mục đích, phương hướng rõ ràng.
- C. Hành vi bản năng: là những hành vi nhằm thỏa mãn các nhu cầu sinh vật và kích thích đời sống của môi trường.
- D. Hành vi chung: là những hành vi mà bệnh nhân ít lặp lại và chỉ kéo dài trong một khoảng thời gian nhất định.

11.34. Theo phương pháp khám định hướng lực và kích thích đau - Ý thức người bệnh được chia làm 4 mức độ nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Ý thức u ám
- B. Ngủ gà.
- C. Tiền hôn mê.
- D. Hôn mê

11.35. Chọn đúng/sai – Phương pháp thăm khám trên lâm sàng về ý thức thường dùng là định hướng lực (khả năng nhận biết bản thân, không gian và thời gian), và đánh giá thông qua khả năng đáp ứng với kích thích đau, hoặc chính xác nhất là thang điểm Glasgow?.

- A. Đúng
- B. Sai

11.36. Chọn đúng/sai – Nhận thức là quá trình phản ánh biện chứng hiện thực khách quan vào trong bộ óc của con người, có tính tích cực, năng động, sáng tạo, trên cơ sở thực tiễn. Nhận thức là những gì do con người học tập qua nhiều kênh thông tin khác nhau mà có.?.

- A. Đúng
- B. Sai

11.37. Phương pháp định hướng lực để thăm khám lâm sàng về ý thức của người bệnh nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Khả năng nhận biết bản thân
- B. Khả năng nhận biết không gian.
- C. Khả năng nhận biết thời gian .
- D. Khả năng nhận biết xã hội.

11.38. Chọn đúng/sai – Thang điểm Glasgow là một phương thức đánh giá mức độ ý thức nhanh chóng và được sử dụng thay thế phương pháp đánh giá thông qua khám định hướng lực kết hợp khả năng đáp ứng với kích thích đau?.

- A. Đúng
- B. Sai

11.39. Chọn đúng/sai – Cảm xúc không phải là sự biểu hiện thái độ của con người đối với những kích thích từ bên ngoài cũng như từ bên trong cơ thể, đối với những ý tưởng và ý niệm thuộc phạm vi xã hội cũng như thuộc phạm vi thế giới vật lý?.

- A. Đúng
- B. Sai

11.40. Hội chứng trầm cảm điển hình có những thành phần nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Cảm xúc ức chế
- B. Tư duy ức chế.
- C. Vận động ức chế.
- D. Ảo giác, ảo tưởng.