

RỐI LOẠN CHỨC NĂNG THẦN KINH (FUNCTIONAL NEUROLOGICAL DISORDERS)

**BỘ MÔN TÂM THẦN - TRƯỜNG Y – ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM
TRẦN TRUNG NGHĨA**

LỊCH SỬ

- Rối loạn chức năng thần kinh (functional neurological disorder) - tên khác: rối loạn chuyển dạng (conversion disorder) thuộc nhóm rối loạn tâm thể .
- Thuật ngữ tâm thể (psychosomatic) bắt nguồn từ các từ tiếng Hy Lạp **psyche (linh hồn)** và **soma (cơ thể)**, có nghĩa: cách tâm trí ảnh hưởng đến cơ thể.
- Nhóm bệnh lý tâm thể bao gồm: rối loạn triệu chứng cơ thể, rối loạn chức năng thần kinh, rối loạn lo âu bệnh tật, rối loạn giả bệnh (factitious disorder) (khác với malingering) và rối loạn đau tâm thể.

- Năm 1980, đã xóa thuật ngữ “các rối loạn tâm sinh lý” (hay tâm lý cơ thể) [psychophysiological (or psychosomatic) disorders] và thay thế bằng “các yếu tố tâm lý ảnh hưởng đến các tình trạng thể chất”, và thuật ngữ này cũng không xuất hiện trở lại trong các phiên bản tiếp theo, bao gồm cả phiên bản mới nhất (DSM-5).
- Năm 2003, Hội đồng Chuyên khoa Y khoa Hoa Kỳ và Hội đồng Tâm thần học và Thần kinh học Hoa Kỳ đã phê duyệt chuyên khoa y học tâm thể (psychosomatic medicine).

DỊCH TỄ HỌC

Perjoc R và cs (2023):

- FND có tác động kinh tế xã hội quan trọng đến dân số trưởng thành và là nguyên nhân phổ biến thứ hai khiến bệnh nhân phải đi khám thần kinh, sau đau đầu.
- Tỷ lệ mắc ước tính là 4–10/100.000.
- Ở trẻ em, tỷ lệ mắc ước tính là 1,3/100.000, với cả tỷ lệ mắc và tỷ lệ lưu hành cao hơn ở trẻ em gái. Dao động từ 1-17 ca trên 100.000

Fobian AD và Elliot LA (2019):

- Tỷ lệ từ 4-12/100.000, tương đương với bệnh đa xơ cứng và bệnh xơ cứng teo cơ một bên, và là chẩn đoán phổ biến thứ hai tại các phòng khám thần kinh.

Kaplan và Sadock (2015):

- Một số triệu chứng của rối loạn chuyển dạng (FND) xảy ra ở một phần ba dân số nói chung.
- Tỷ lệ dao động từ 11/100.000 đến 300/100.000 trong các mẫu dân số chung.
- Một số nghiên cứu báo cáo: 5-15% các cuộc tư vấn tâm thần tại bệnh viện đa khoa và 25-30% số ca nhập viện tại bệnh viện Cựu chiến binh liên quan đến những bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn chuyển dạng

DSM-5-TR của APA (Hiệp Hội Tâm Thần Hoa Kỳ):

- Các triệu chứng thần kinh chức năng thoáng qua rất phổ biến, nhưng tỷ lệ mắc chính xác của rối loạn này vẫn chưa được biết rõ.
- Hoa Kỳ và Bắc Âu: tỷ lệ triệu chứng thần kinh chức năng dai dẳng ước tính là 4–12/100.000 dân mỗi năm.
- Phòng khám tâm thần Nhật: tỷ lệ khoảng 5% bệnh nhân ngoại trú từ 9–17 tuổi.
- Oman, có 6% bệnh nhân người lớn và thanh thiếu niên nhập viện tại một bệnh viện tâm thần với rối loạn triệu chứng thần kinh chức năng.
- Úc và Scotland, các phòng khám thần kinh có khoảng 5%–15% được chẩn đoán mắc chứng rối loạn triệu chứng thần kinh chức năng

TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN: KHÓ KHĂN

- Roselyn W. Clemente Fuentes nhận định về những khó khăn khi nhận dạng FND từ trên 2 tiêu chuẩn DSM-5 và ICD-10:
- Trong phiên bản lần thứ 5 của Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần (DSM-5) mô tả rối loạn chuyển dạng (conversion disorder), rối loạn dạng cơ thể (somatoform disorders) và FND là đồng nghĩa.

Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn chuyển dạng theo DSM-5:

- Một loại triệu chứng hoặc khiếm khuyết cụ thể về chức năng vận động hoặc cảm giác chủ động bị thay đổi (ví dụ: yếu, khó nuốt, nói ngọng, co giật)
- Có bằng chứng lâm sàng về sự không tương thích giữa triệu chứng hoặc khiếm khuyết với bất kỳ rối loạn thần kinh hoặc y khoa nào đã được xác định
- Không có khả năng giải thích rõ hơn triệu chứng hoặc khiếm khuyết này như một rối loạn y khoa hoặc tâm thần khác.
- Triệu chứng hoặc khiếm khuyết gây ra đau khổ hoặc suy giảm (1) có ý nghĩa lâm sàng đáng kể trong các lĩnh vực chức năng nghề nghiệp, xã hội hoặc các lĩnh vực quan trọng khác hoặc (2) cần được đánh giá y khoa.

Phân loại Rối loạn Tâm thần và Hành vi ICD-10 của Tổ chức Y tế Thế giới xếp các tiêu chuẩn chẩn đoán FND vào nhóm các rối loạn phân ly (dissociative disorder) (mã F48):

- Các đặc điểm lâm sàng được xác định cho từng rối loạn phân ly (vận động, cảm giác, co giật, hỗn hợp).
- Không có bằng chứng về rối loạn thể chất có thể giải thích các triệu chứng.
- Có bằng chứng về nguyên nhân tâm lý rõ ràng liên quan đến thời gian với các sự kiện và vấn đề căng thẳng hoặc các mối quan hệ bị xáo trộn, ngay cả khi bệnh nhân phủ nhận mối liên quan đó.

Trong ICD-11, rối loạn thần kinh chức năng có tên gọi là rối loạn triệu chứng thần kinh phân ly (dissociative neurological symptom disorder). Có tiêu chuẩn chẩn đoán không đòi hỏi bằng chứng về nguyên nhân tâm lý:

- Có sự rối loạn hoặc gián đoạn không tự nguyện trong quá trình tích hợp bình thường các chức năng vận động, cảm giác hoặc nhận thức, kéo dài ít nhất vài giờ.
- Các phát hiện lâm sàng không phù hợp với một bệnh lý đã được chẩn đoán của hệ thần kinh (ví dụ: đột quỵ) hoặc một tình trạng bệnh lý khác (ví dụ: chấn thương đầu).
- Các triệu chứng không chỉ xuất hiện trong các giai đoạn rối loạn xuất thần (trance disorder), rối loạn bị nhập (possession trance disorder), rối loạn nhận dạng phân ly hoặc rối loạn nhận dạng phân ly một phần.

Các dấu hiệu, triệu chứng và phát hiện khác về FND

Mất hoặc không có khả năng diễn tả cảm xúc bằng lời nói (liên quan đến nguy cơ rối loạn cơ thể hóa cao hơn)

Liên quan chặt chẽ với các tác nhân gây căng thẳng tâm lý

Phủ nhận nguyên nhân tâm thần có thể gây ra các triệu chứng

Tiền sử rối loạn chức năng đồng thời

Tiền sử phẫu thuật nhiều lần và khám tổng quát nhiều chuyên khoa

Tiền sử các triệu chứng hoặc rối loạn tâm thần

Nét nhân cách kịch tính

Mâu thuẫn rõ rệt khi khám sức khỏe lặp đi lặp lại

Không có chấn thương nghiêm trọng nào liên quan đến té ngã hoặc nghi ngờ co giật

Phân bố bất thường không theo giải phẫu

Khám thần kinh bình thường

Các dấu hiệu rối loạn trở nên nặng hơn đáng kể khi có người khác

Triệu chứng dai dẳng mặc dù đã được điều trị y tế phù hợp

Bệnh nhân mô tả các triệu chứng mơ hồ hoặc không nhất quán

Các yếu tố nguy cơ mắc phải FND:

Sang chấn/triệu chứng tâm thần

Tiền sử bị lạm dụng tình dục hoặc sang chấn.

Căng thẳng gia tăng.

Tăng các triệu chứng lo âu và hoảng loạn.

Tăng suy giảm cảm xúc (alexithymia – suy giảm khả năng hiểu, thể hiện, mô tả cảm xúc).

Kèm các rối loạn phân ly (dissociative disorder)*

Triệu chứng cơ thể

Kèm theo mệt mỏi, đau mãn tính, hội chứng ruột kích thích

Cha mẹ cứng cố và lo lắng về các triệu chứng thể chất, dẫn đến gia tăng các triệu chứng.

Suy giảm khả năng tiếp nhận cảm giác, cho phép thu nạp quá nhiều thông tin

Tiếp xúc với bệnh tật

Sự kiện vật lý hoặc chấn thương vật lý gây ra

Tiền sử cá nhân hoặc gia đình mắc chứng rối loạn thần kinh

Tiền sử cá nhân hoặc gia đình mắc chứng rối loạn sức khỏe khác

Nghề nghiệp trong lĩnh vực y tế hoặc bán y tế

Tiếp xúc với phương tiện truyền thông về rối loạn thần kinh

Rối loạn phân ly (dissociative disorders) (APA):

- Rối loạn phân ly được đặc trưng bởi sự gián đoạn và/hoặc mất liên tục trong quá trình tích hợp bình thường của ý thức, trí nhớ, bản sắc, cảm xúc, nhận thức, biểu hiện cơ thể, kiểm soát vận động và hành vi.
- Bao gồm rối loạn nhận dạng phân ly (dissociative identity disorder), mất trí nhớ phân ly (dissociative amnesia), rối loạn giải thể nhân cách/tri giác sai thực tại (depersonalization/derealization disorder), rối loạn phân ly xác định khác và rối loạn phân ly không xác định.

CƠ CHẾ CỦA RỐI LOẠN CHỨC NĂNG THẦN KINH

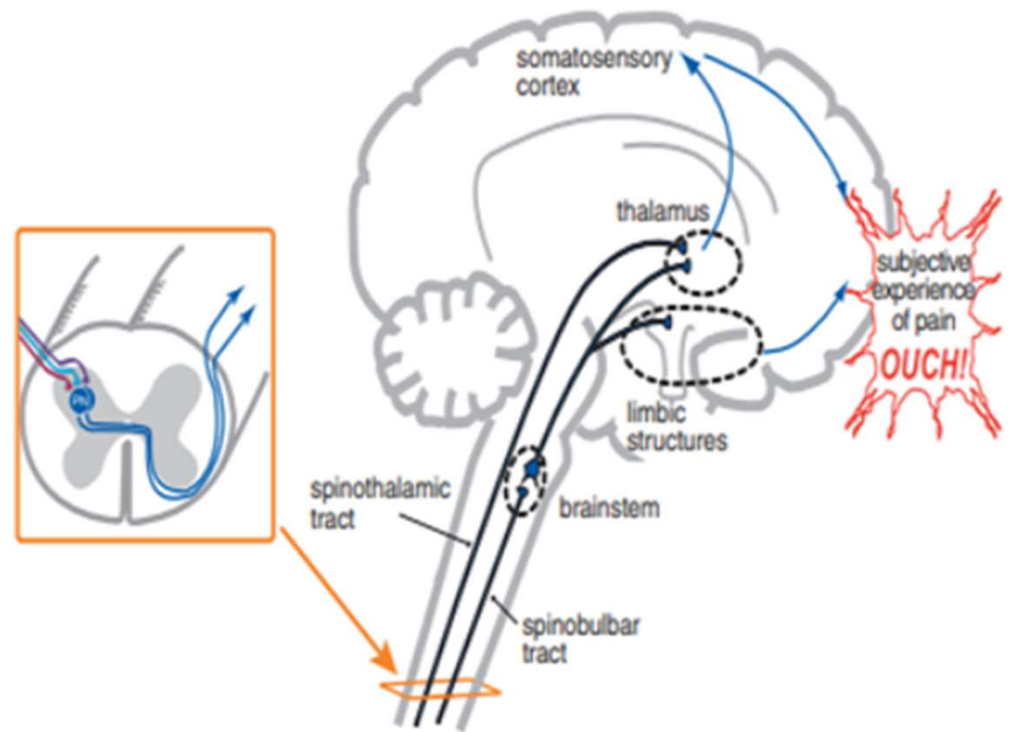
Cơ chế tâm lý:

Phân tâm học:

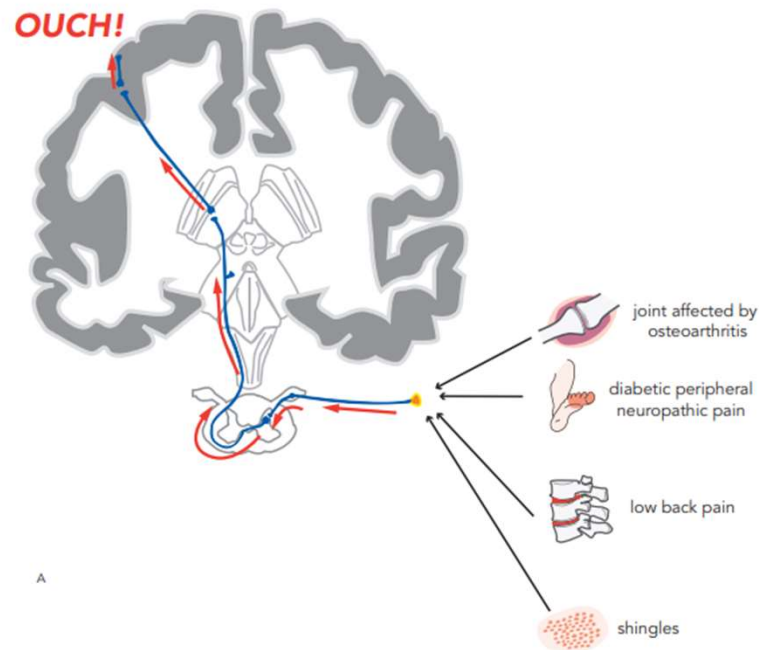
- Sigmund Freud (1900): có nguyên nhân và ý nghĩa tâm lý, biểu hiện thay thế mang tính biểu tượng của một xung đột vô thức. Năng lượng tâm lý bị kìm hãm sẽ được giải phóng qua các lối thoát sinh lý.
- Thể hiện các vấn đề về mặt thể chất được coi là một cơ chế phòng vệ chống lại những cảm xúc tiêu cực quá mức.
- Não bộ cố gắng điều chỉnh trải nghiệm ý thức về cảm xúc tiêu cực bằng cách kìm nén việc nhớ lại một cách có ý thức những ký ức đau buồn liên quan đến việc tiếp xúc với chấn thương → bảo vệ.
- Năng lượng thần kinh liên quan đến cảm xúc đó không thể được giải phóng theo cách thông thường → được "chuyển đổi" thành các triệu chứng thể chất đã tồn tại tại thời điểm tiếp xúc với chấn thương hoặc là biểu hiện tượng trưng của nó.

Cơ chế sinh học

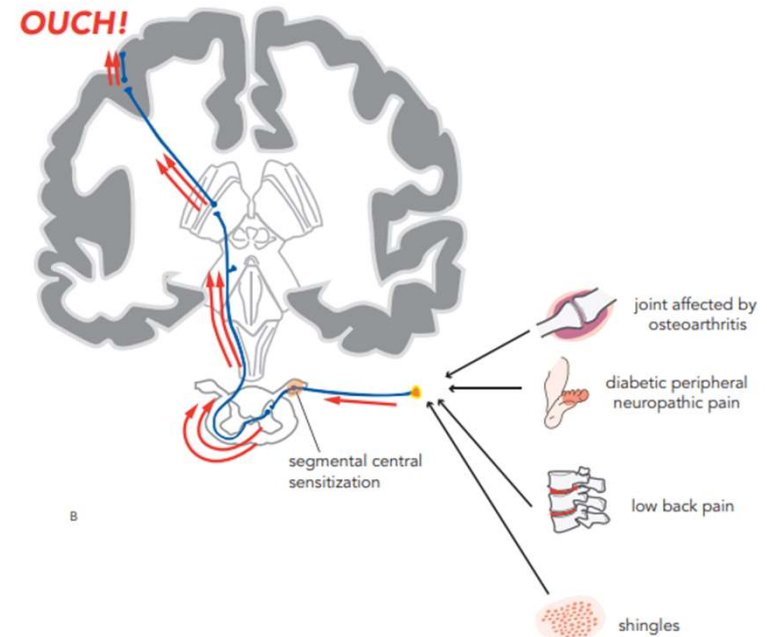
- Đau mãn tính có thể bắt đầu ở trung tâm và không có nguyên nhân ngoại vi. Cảm giác đau có thể được diễn dịch như là triệu chứng mất/giảm vận động hoặc mất/giảm cảm giác.
- Đau do trung gian trung ương này có liên quan đến các triệu chứng cảm xúc, nên loại đau này cho đến gần đây thường được coi là “không có thực”



Onset of Acute Pain from Painful Peripheral Conditions



Development of Segmental Central Sensitization and Increased Pain



- (A) Tổn thương ngoại biên, luồng xung động từ các tế bào thần kinh hướng tâm nguyên phát được truyền đến các trung tâm não cao hơn.
- (B) Những thay đổi về tính dẻo dẫn đến sự nhạy cảm trong hệ thần kinh trung ương, khiến cảm giác đau vẫn tiếp diễn ngay cả sau khi tổn thương mô đã được giải quyết.

- Roelofs K., Spinhoven P. (2007): Có một phần ba nhóm người trưởng thành có triệu chứng thần kinh chức năng có tiền sử sang chấn tâm lý, căng thẳng hoặc rối loạn tâm thần.
- Fobian AD và Elliot L (2019): Nhiều bệnh nhân mắc FND đã trải qua các triệu chứng y khoa khác không giải thích được ngoài các triệu chứng thần kinh chức năng.

Roelofs K., Spinhoven P. Trauma and medically unexplained symptoms: Towards an integration of cognitive and neuro-biological accounts. Clin. Psychol. Rev. 2007;27:798–820. doi: 10.1016/j.cpr.2007.07.004

Fobian AD., Elliot L. A review of functional neurological symptom disorder etiology and the integrated etiological summary model. J Psychiatry Neurosci. 2019 Jan 1;44(1):8-18. doi: 10.1503/jpn.170190

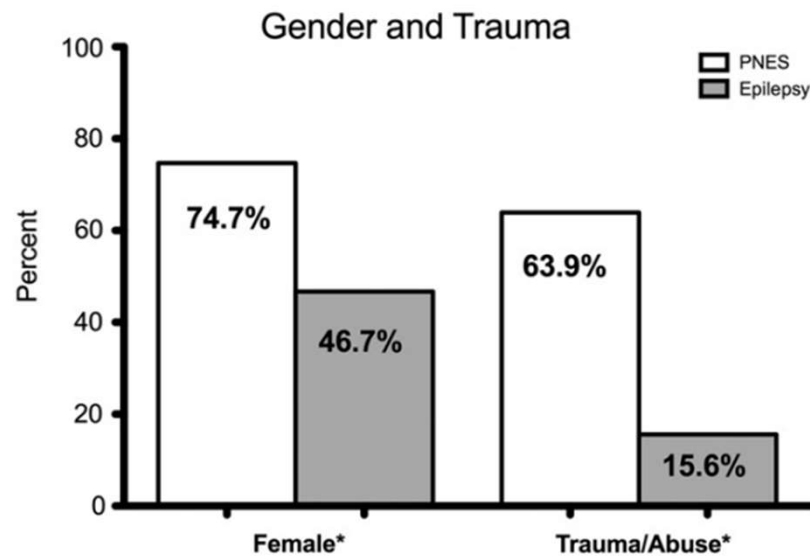


Fig. 1. Unlike patients with epilepsy, patients with PNES were mostly female, and most had experienced some sort of abuse in their lives. * $p < 0.001$.

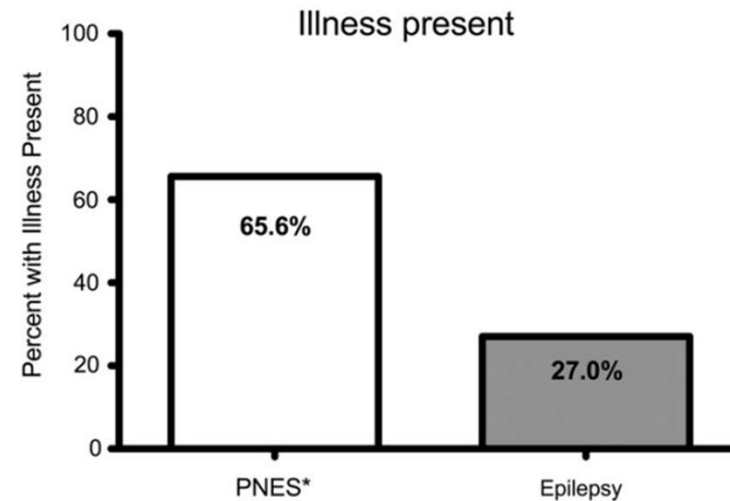
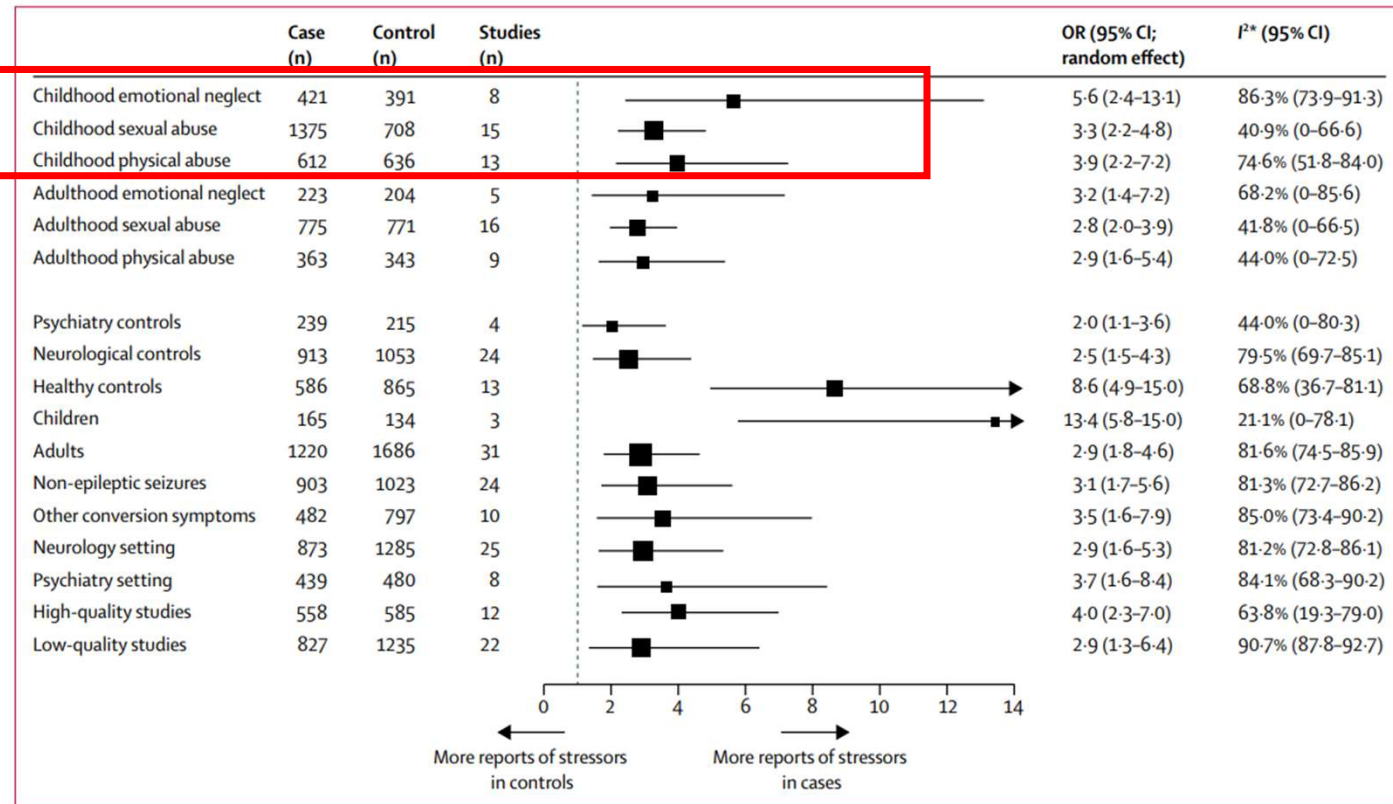


Fig. 2. Patients with PNES had significantly more disorders of interest than patients with epilepsy. * $p < 0.001$.

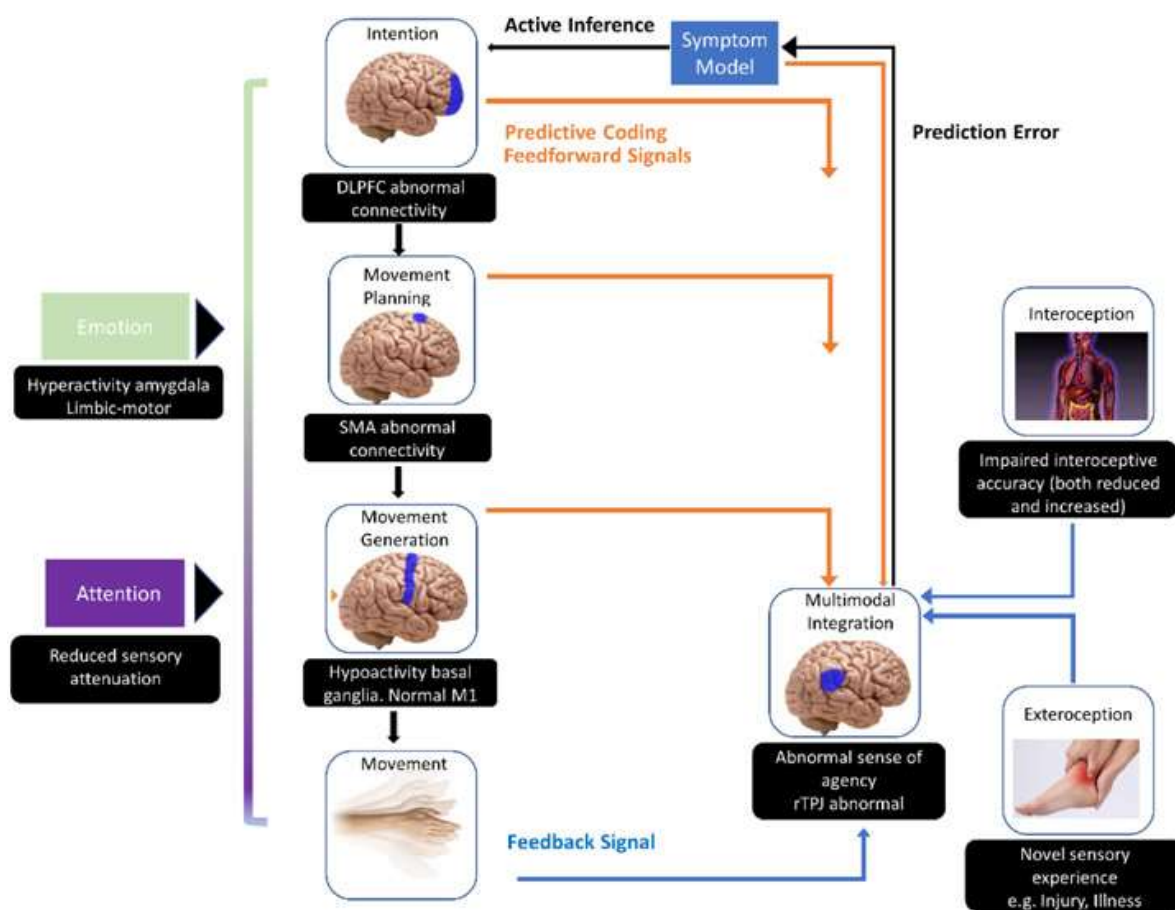
- So với những bệnh nhân mắc động kinh, bệnh nhân mắc PNES chủ yếu là nữ, có nhiều khả năng có tiền sử bị ngược đãi hơn, mắc nhiều hội chứng cơ thể chức năng hơn (đau xơ cơ, hội chứng mệt mỏi mãn tính, hội chứng đau mãn tính, đau đầu do căng thẳng và hội chứng ruột kích thích) và mắc nhiều bệnh lý mãn tính với các cơn đau không liên tục (đau nửa đầu, hen suyễn và trào ngược dạ dày thực quản)



- Tỷ lệ chênh lệch (OR) cao hơn đối với tình trạng bị bỏ bê về mặt cảm xúc trong thời thơ ấu (49% vs 20%) khi so sánh với lạm dụng tình dục (24% vs 10%) hoặc lạm dụng thể chất (30% vs 12%)

- Stone J và cs (2020): lạm dụng tình dục trẻ em (15% vs 5%, $p < 0,01$) và lạm dụng thể chất (18% vs 7%, $p < 0,01$) phổ biến hơn ở nhóm yếu chỉ chức năng.
- Trong nhóm yếu chỉ chức năng, có sự khác biệt nhỏ về hai đặc điểm tính cách so với nhóm đối chứng: tính dễ bị kích động cao hơn ($p = 0,02$) và tính cởi mở thấp hơn ($p = 0,01$).
- Các bệnh lý đi kèm, bao gồm cắt ruột thừa (33% so với 5%), hội chứng ruột kích thích (36% so với 18%) và đau lưng mãn tính (40% so với 16%) thường gặp hơn ở nhóm yếu chỉ chức năng.

- Các vận động được tạo ra bởi vỏ não vận động sau khi lập kế hoạch/chuẩn bị trong SMA.
- Điều này tạo ra các tín hiệu phản hồi để so sánh với phản hồi từ các tín hiệu nội cảm và bên ngoài sau hành động. Nếu các tín hiệu không khớp, chuyển động sẽ không được coi là tự nguyện.
- Bộ não mã hóa dự đoán vào sự tích hợp đa phương thức này.
- Các tín hiệu phản hồi không khớp với mã hóa dự đoán sẽ tạo ra lỗi dự đoán, điều này làm thay đổi mô hình để mã hóa dự đoán khớp với phản hồi tiếp theo.
- Trong FND, người ta đưa ra giả thuyết rằng lỗi dự đoán không được cập nhật chính xác, dẫn đến rối loạn chức năng kéo dài.



ĐIỀU TRỊ

- Sekine ER et al (2025): Không có mối quan hệ rõ ràng giữa bệnh tâm thần đi kèm và kết quả sức khỏe, mặc dù đây là đặc điểm được đo lường nhiều nhất, phù hợp với tỷ lệ mắc cao trong FND

The Impact of Depression, Anxiety and Personality Disorders on the Outcome of Patients with Functional Limb Weakness – Individual Patient Data Meta-Analysis

Aicee Dawn Calma¹, James Heffernan², Neil Farrell³, Jeanette Gelauff⁴, Nicola O'Connell⁵, David L Perez⁶, Diana Perriman³, Lilian Smyth³, Jon Stone⁷, Christian J Lueck²

Affiliations + expand

PMID: 37832273 DOI: [10.1016/j.jpsychores.2023.111513](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111513)

Abstract

Objective: Psychiatric comorbidities such as depression, anxiety, and personality disorders are common in patients with functional limb weakness/paresis (FND-par). The impact of these conditions on the prognosis of FND-par has not been systematically reviewed. The aim of this study was to

- Calma A.D. et al (2023): trầm cảm và lo âu xuất hiện ở lần lượt 51,4% và 53,0% bệnh nhân liệt FND (FND-par).
- Bệnh nhân có FND-par cải thiện: không khác biệt giữa những người có vs không có trầm cảm (52,6% so với 47,4%, $p = 0,69$) hoặc những người có vs không có lo âu (50,3% so với 49,7%, $p = 0,38$)

correct. Ms. A was told that she had a “functional neurological disorder.” She was shown the inconsistencies on her examination and told that the problem came from an alteration in the integration of motor and sensory function, rather than from permanent damage to her motor and sensory systems. In addition, she was reassured that having a functional neurological disorder is common and treatable and that she has the potential for complete recovery. This information can be reinforced with a clinic letter copied to the patient and other treating clinicians, along with providing the address of a web site where further information can be found (<http://www.nonepilepticattacks.info> or <http://www.neurosymptoms.org>) (40). Specific communication strategies to deliver the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures have been described in detail, and some of them have been piloted in clinical settings (41, 42).

After the diagnosis is presented, the next step is to discuss treatment. Given that there is no permanent neurological impairment, there is the capacity for full neurological recovery. Treatment can be described as a form of “brain

difficult, because they may not acknowledge any link between potential psychological factors and their symptoms and may further perceive that the clinician views their illness as not real. When that is case, reviewing how the diagnosis was made, acknowledging that the disorder is not volitional, and discussing how perpetuating factors contribute to the patient’s disability can be helpful.

TREATMENT

Psychiatrists, other mental health clinicians, and neurologists need to understand how the diagnosis of functional neurological disorders was made and be comfortable treating this patient group. For instance, one study found that psychiatrists were much less likely than neurologists to believe in the accuracy of video EEG in the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures (43). If the diagnosis is not felt to be accurate, this may lead to more unnecessary referrals, and patients will be unlikely to accept the diagnosis and treatment

- Điều trị với các thuốc hướng thần (chống trầm cảm, chống lo âu) không nhằm mục đích điều trị FND mà chỉ nhằm mục đích điều trị các rối loạn tâm thần đi kèm.
- Điều trị các rối loạn tâm thần đi kèm: giảm thiểu khả năng kích thích khởi phát hoặc làm trầm trọng các triệu chứng FND. Ngoài ra, điều trị này còn nhằm mục đích cải thiện chất lượng cuộc sống cho BN FND.

Sadock BJ, Sadock VA., Ruiz P. Chapter 13: Psychosomatic Medicine, 1.3.4. Functional Neurological Symptom Disorder (Conversion Disorder). In: Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry, 11th edition, 2015, Wolters Kluwer, p473-477

O'Neal M.A., Baslet G. Treatment for Patients With a Functional Neurological Disorder (Conversion Disorder): An Integrated Approach. *Am J Psychiatry*. 2018 Apr 1;175(4):307-314. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17040450

- Bác sĩ tâm thần, các bác sĩ lâm sàng sức khỏe tâm thần khác và bác sĩ thần kinh cần chẩn đoán các rối loạn thần kinh chức năng và cảm thấy thoải mái khi điều trị nhóm bệnh nhân FND.
- Chẩn đoán không chính xác: nhiều lần chuyển viện không cần thiết hơn, và bệnh nhân sẽ khó có thể chấp nhận chẩn đoán và kế hoạch điều trị.
- Chuyển viện ban đầu đến chuyên gia sức khỏe tâm thần: định hình lại chẩn đoán → chấp nhận kế hoạch điều trị → xác định các đặc điểm dễ bị tổn thương, như: xu hướng né tránh, mất khả năng cảm nhận cảm xúc và xu hướng dạng cơ thể
- Bệnh nhân FND có nhiều bệnh lý tâm thần hơn: rối loạn trầm cảm, rối loạn lo âu, PTSD và chứng sợ bệnh → dựa trên đánh giá lâm sàng để quyết định thời điểm thích hợp bắt đầu dùng thuốc để điều trị các bệnh lý tâm thần đi kèm

- **Vật lý trị liệu:** Hữu ích trong điều trị các biểu hiện vận động và dáng đi của các rối loạn thần kinh chức năng.
- **Liệu pháp Nhận thức - Hành vi (CBT):** giáo dục về các rối loạn thần kinh chức năng và chu kỳ phản ứng căng thẳng, đào tạo bệnh nhân về các kỹ thuật quản lý căng thẳng và các phản ứng hành vi mới, đồng thời giúp bệnh nhân xác định và thay đổi các kiểu suy nghĩ không có lợi, làm trầm trọng thêm các triệu chứng của họ.

Các phương thức điều trị khác:

- Thôi miên
- Liệu pháp tâm lý động lực học tức thời và trì hoãn ngắn hạn
- Liệu pháp tâm lý khác nhau: liệu pháp tâm lý động lực học, tiếp xúc kéo dài (prolonged exposure) (PTSD kèm theo), liệu pháp tâm lý dựa trên chánh niệm, các chương trình nội trú, can thiệp giáo dục tâm lý và kích thích từ xuyên sọ trên vỏ não vận động.

KẾT LUẬN

- FND vẫn còn chưa được hiểu rõ.
- Tầm quan trọng về nhận thức của chuyên gia sức khỏe (thần kinh và tâm thần, cùng bệnh nhân.
- Chiến lược điều trị linh hoạt.
- Can thiệp hóa dược chủ yếu với rối loạn tâm thần đi kèm.
- Can thiệp tâm lý nên được quan tâm.