

CHUYÊN ĐỀ

QUẢN LÝ BỆNH NHÂN TỰ SÁT Ở KHOA CẤP CỨU

Ngô Văn Lương¹

TÓM TẮT

Tất cả bệnh nhân ở khoa Cấp cứu có ý tưởng và ý định tự sát đòi hỏi cần có đánh giá toàn diện. Việc đánh giá bệnh nhân tự sát nên được thực hiện ngay khi có biểu hiện tự sát cũng như thực hiện định kỳ trong thời gian chăm sóc tiếp theo sau đó.

Các rối loạn tâm thần có mặt ở hầu hết các bệnh nhân bộc lộ ý tưởng tự sát và ở những người cố gắng tự sát thành công. Những bệnh nhân này nên được hỏi cụ thể về những căng thẳng gần đây và những ý nghĩ về tự sát, và những chiến lược điều trị phù hợp nên được bắt đầu nhằm ngăn cản hành vi tự sát.

Gia đình, bạn bè, và những người thân khác nên được mời vào cuộc như một phần trong toàn bộ kế hoạch điều trị. Những can thiệp bằng thuốc, tâm lý xã hội, và tinh thần là những thành phần quan trọng trong việc giải quyết các bệnh nhân tự sát ở khoa cấp cứu.

SUMMARY

MANAGEMENT OF SUICIDAL PATIENTS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

Ngo Van Luong¹

All patients who are hospitalised in the ED with suicidal ideation and intention are require through evaluation. The assessment of suicidal patients should be made when suicidality is expressed as well as periodically there-after during ongoing follow-up care.

Psychiatric disorders are presented in most patients who express suicidal ideation or those who attempt to complete suicide. These patients should be asked specific questions about recent etressor, thoughts of suicide, and appropriate treatment strategies should be initiated to prevent suicide.

Families, friends, and other relatives should be invited to be an integral part of treatment planning. Medication and psychosocial and spiritual interventions are necessary components of the ED management of suicidal patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân tự sát có thể tự ý hoặc được gia đình, bạn bè, nhân viên thi hành luật pháp... đưa vào khoa cấp cứu (ED) để giải quyết.

Bác sĩ cấp cứu cần đánh giá lâm sàng cụ thể để xác định sự khác nhau giữa ý tưởng, dự định hoặc thực hiện tự sát trong đánh giá ban đầu. Sự hiểu biết về những yếu tố nguy cơ tự sát là rất cần

1. Khoa Tâm thần, BVTW Huế

Bệnh viện Trung ương Huế

thiết. Bác sĩ cấp cứu cũng có thể bắt đầu cho bệnh nhân tự sát do bệnh tâm thần dùng các loại thuốc hướng thần. Việc giới thiệu dùng những can thiệp tinh thần và liệu pháp tâm lý có thể sẽ rất hữu ích.

II. PHÒNG VẤN VÀ ĐÁNH GIÁ

Hầu hết những bệnh nhân có ý định tự sát đều lưỡng lự về hành động và sẽ cảm thấy bất căng thẳng khi bác sĩ cấp cứu quan tâm và sẵn sàng nói chuyện với họ về những ý tưởng và dự định của họ. Đánh giá những yếu tố nguy cơ tự sát là cần thiết ở khoa cấp cứu. Những yếu tố nguy cơ này thường là:

- Tâm thần phân liệt và những rối loạn tâm thần liên quan.
- Trầm cảm hay rối loạn cảm xúc lưỡng cực giai đoạn trầm cảm.
- Thất vọng.
- Ý tưởng tự sát tiêu cực hoặc tích cực, kế hoạch tự sát mơ hồ hoặc cụ thể kèm theo những

lá thư tuyệt mệnh...

- Xung động kết hợp với rối loạn nhân cách.
- Những lần cố gắng và kế hoạch tự sát có thể gây chết.
- Mất mát hay có những khó khăn trở ngại đáng kể.
- Lạm dụng chất (rượu hay ma túy trái phép...).

III. XỬ TRÍ

Trước bệnh nhân có nguy cơ tự sát, bác sĩ phải xác định được nguy cơ đó là sắp xảy ra (trong 48 giờ hay ít hơn), ngắn hạn (trong vòng mấy ngày hay mấy tuần), hay dài hạn. Nguy cơ tự sát sắp xảy ra nếu bệnh nhân bộc lộ ý định chết, có dự định trong đầu, và có những phương tiện gây chết người sẵn có, những biểu hiện thất vọng quá mức hay những dấu hiệu loạn thần (như ảo thanh ra lệnh cho bệnh nhân tự giết mình...).

3.1. Xử trí theo nguy cơ

Bảng 1. Xử trí theo nguy cơ

Nguy cơ	Cách giải quyết	Thực hiện
Sắp xảy ra	- Đề nghị nhập viện. - Cần được theo dõi chặt chẽ cho đến khi mọi việc được thu xếp.	- Cho nhập viện tự nguyện nếu bệnh nhân đồng ý. Nhập viện ép buộc nếu bệnh nhân từ chối.
Ngắn hạn	- Giới hạn quyền sử dụng phương tiện để thực hiện tự sát. - Vận động mạng lưới xã hội và các thành viên thân thuộc trong gia đình, gia đình mở rộng, bạn bè... hỗ trợ. - Đánh giá tình trạng tâm thần đồng thời với tình trạng bệnh tật; đặc biệt là trầm cảm, rối loạn lo âu, và lạm dụng chất.	Nếu tình trạng bệnh tật được phát hiện, đề nghị điều trị. Nếu có rối loạn lo âu hay trầm cảm, điều trị ban đầu bằng thuốc. Nếu có lạm dụng chất, giới thiệu bệnh nhân đến chương trình điều trị lạm dụng chất.
Dài hạn	- Vận động mạng lưới xã hội và các thành viên thân thuộc trong gia đình, gia đình mở rộng, bạn bè... hỗ trợ. - Đánh giá tình trạng tâm thần đồng thời với tình trạng bệnh tật; đặc biệt là trầm cảm, rối loạn lo âu, và lạm dụng chất. - Xác định những tác nhân cơ bản gây căng thẳng tâm lý.	Áp dụng các can thiệp tâm lý xã hội để làm giảm những tác nhân gây căng thẳng đã được xác định.

3.2. Xử trí bằng thuốc

Điều trị trầm cảm hay những rối loạn tâm thần khác bằng thuốc nên được khởi đầu và tiếp tục khi cần thiết. Nếu có lạm dụng chất nên giới thiệu bệnh nhân đến chương trình điều trị lạm dụng chất. Khi lựa chọn thuốc cho bệnh nhân có ý tưởng tự sát, nên xét đến nguy cơ uống quá liều.

Các bệnh nhân bị lo âu hay mất ngủ có thể có được lợi ích từ việc dùng đồng thời chất benzodiazepine (*Seduxen, Valium...*).

Thuốc chống loạn thần có thể được chỉ định để điều trị các triệu chứng loạn thần.

Bảng 2. Các thuốc chống trầm cảm thường dùng

Tên thuốc	Liều dùng, uống hay TB (mg/ngày)
Fluoxetine (Prozac)	20 - 40
Venlafaxine (Effexor)	75 - 225
Amitriptyline (Elavil)	50 - 100
Mirtazapine (Remeron)	15 - 45

Bảng 3. Các thuốc chống loạn thần thường dùng

Tên thuốc	Liều dùng, uống hay TB (mg/ngày)
Haloperidol (Haldol)	5-10
Chlorpromazine (Aminazin)	300-500
Risperidone (Risperdal)	2-6
Olanzapine (Zyprexa)	10-20

3.3. Xử trí không dùng thuốc

Can thiệp sự khủng hoảng

Can thiệp sự khủng hoảng giúp cho những người gặp các biến cố đột ngột, không mong muốn gây tiêu cực đến cuộc sống. Với sự can thiệp này, giúp họ trở lại trạng thái cân bằng và hoạch định được những việc cần làm trong tương lai, tránh những suy nghĩ và hành động đáng tiếc xảy ra.

Liệu pháp tâm lý

Ngoài liệu pháp dùng thuốc chống trầm cảm, nên có liệu pháp tâm lý để định rõ một số vấn đề cơ bản kéo dài trầm cảm. Việc nhấn mạnh điều trị nên thực tế và nhằm mục tiêu giải quyết những

vấn đề hiện tại. Nên đưa vợ/ chồng của họ hay những thành viên gia đình khác tham gia vào quá trình điều trị vì nhận thức của họ thường rất có ích để làm tăng sự hồi phục. Việc nghe được những tin tốt lành từ nguồn thông tin bên ngoài sẽ đảm bảo cho liệu pháp có hiệu quả và hỗ trợ thêm cho việc tuân thủ dùng thuốc chống trầm cảm.

Đối với bệnh nhân lạm dụng chất

Những bệnh nhân ngộ độc rượu hay loạn thần có bộc lộ ý tưởng hay ý định tự sát nên được chuyển đến một phòng riêng với sự quản lý chặt của người giám sát bệnh nhân. Nếu bệnh nhân được cho là nguy hiểm, hung hăng, gây hấn hay xung động nên gọi nhân viên bảo vệ đến để hỗ trợ. Thường thì các bệnh nhân ngộ độc rượu đòi hỏi phải có đánh giá kéo dài, và thực hiện có hiệu quả tốt ở khoa cấp cứu. Bác sĩ cấp cứu nên biết rằng ở hầu hết các bệnh nhân lạm dụng chất và có ý tưởng hay ý định tự sát, và cả những bệnh nhân mới được chẩn đoán trầm cảm, việc cam kết sử dụng điều độ hay kiêng rượu và lạm dụng chất là rất cần thiết trước khi bắt đầu dùng thuốc để điều trị trầm cảm. Điều trị trầm cảm cùng với lạm dụng chất sẽ làm tăng cơ hội thành công ở những bệnh nhân có trầm cảm kèm theo trước đó và lạm dụng chất.

Bệnh nan y, bệnh ở giai đoạn cuối và nguy cơ tự sát

Một số bằng chứng cho thấy nguy cơ tự sát gia tăng ở những bệnh nhân ung thư, chấn thương đầu... Bệnh nhân bị hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) có khả năng chết do tự sát cao hơn những người thuộc dân số chung. Tự sát ở những bệnh nhân mắc bệnh nan y hiếm khi xảy ra nếu không bị rối loạn tâm thần kèm theo như trầm cảm nặng, lạm dụng chất hay mất trí...

Bác sĩ cấp cứu cần cẩn thận đánh giá bệnh nhân có bệnh nội khoa và ý tưởng tự sát, đồng thời có kế hoạch chăm sóc sức khỏe tâm thần ngay sau khi ra khỏi khoa cấp cứu.

Đánh giá, điều trị trầm cảm và các rối loạn tâm thần khác, giải quyết đau đớn ở những bệnh nhân mắc bệnh ở giai đoạn cuối có thể giúp cho họ sẽ chọn cái sống hơn cái chết. Bác sĩ cấp cứu nên có

Bệnh viện Trung ương Huế

sự đồng cảm và cho thuốc giảm đau mạnh nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

Vấn đề tinh thần

Bác sĩ cấp cứu cần xét đến tầm quan trọng của tín ngưỡng và tôn giáo của người bệnh và kết hợp chiều hướng can thiệp này vào các kế hoạch điều trị khi xét đến tâm tính của bệnh nhân tự sát.

Bản “cam kết an toàn”

Bệnh nhân tự sát có thể không nhập viện nếu họ hứa hẹn bằng một cam kết giữ an toàn hoặc không tự sát và hứa rằng họ sẽ liên lạc bác sĩ cấp cứu nếu ý tưởng tự sát trở nên quá mạnh mẽ.

Tuy không có một bảo vệ về mặt pháp lý đối với bản cam kết này. Nhưng có thể có tác dụng để giải quyết những hành vi tự hủy hoại, mà được giải thích như là sự ngậm cầu xin trợ giúp. Trong những trường hợp này nó rất hữu ích để vạch ra kế hoạch can thiệp cho bệnh nhân nhằm tìm ra những cách xin trợ giúp khác mà không phải là tự hủy hoại.

Với bệnh nhân phủ nhận chuyện tự sát

Bác sĩ cấp cứu nên biết rằng bệnh nhân có thể không thừa nhận chuyện có ý định và ý tưởng tự sát mặc dầu đã có biểu hiện rõ ràng khi được đánh giá. Tiền sử có khuynh hướng tự sát sẽ hướng cho việc cần có sự can thiệp cấp cứu.

Cho nhập viện

Bệnh nhân có kế hoạch tự sát, sử dụng phương tiện gây chết người và /hoặc có các tác nhân gây căng thẳng xã hội gần đây và/hoặc có các triệu chứng được cho là rối loạn tâm thần nên được cho nhập viện ngay lập tức. Vợ/chồng hoặc một thành viên trong gia đình nên được thông báo về quyết định cho nhập viện.

Nếu mối đe dọa tự sát sắp xảy ra được xác định mà bệnh nhân từ chối cho phép bác sĩ cấp cứu liên lạc với một thành viên trong gia đình và/hoặc có nghi vấn về việc xâm phạm quyền tự do của bệnh nhân, thì việc nhờ đến tư vấn của luật pháp là điều nên làm.

Nếu bệnh nhân từ chối nhập viện, việc cưỡng ép bệnh nhân nhập viện là cần thiết. Việc cưỡng ép bệnh nhân do có một hay nhiều hơn những lý do sau:

- Mối nguy hiểm sắp xảy ra cho bản thân
- Mối nguy hiểm sắp xảy ra cho những người khác
- Bệnh nhân mất khả năng tự chăm sóc bản thân

Ở nước ta chưa có luật bảo vệ sức khỏe tâm thần, biện pháp trước mắt là cưỡng ép nhập viện trước khi có hội chẩn để kéo dài thời gian nằm viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D (2004). “Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence”. *Crisis* 25 (4): 147–55.
2. Hani Raoul Khouzam, Doris Tiu Tan, Tirath Singh Gill. “The Suicidal Patient”. *Handbook of Emergency Psychiatry*: 121-41
3. Hawton K, van Heeringen K (April 2009). “Suicide”. *Lancet* 373 (9672):1372–81.
4. Louis Appleby (Foreword), David Duffy (Editor), Tony Ryan (Editor) (25 August 2004). *New Approaches to Preventing Suicide*. Jessica Kingsley Publishers. pp. 31–32.
5. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL (June 2002). “Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence.”. *The American journal of psychiatry* 159 (6): 909–16. .
6. Miller, NS; Mahler, JC; Gold, MS (1991). “Suicide risk associated with drug and alcohol dependence”. *Journal of addictive diseases* 10 (3): 49–61.
7. “Suicide prevention”. *WHO Sites: Mental Health*. World Health Organization. February 16, 2006. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
8. “Suicide Prevention”. *Suicidology.org*. 2007. http://www.suicidology.org/c/document_library/get_file?folderId=232&name=DLFE-232.pdf. Retrieved 2011-01-13.
9. Taiminen TJ (January 1993). “Effect of psychopharmacotherapy on suicide risk in psychiatric inpatients”. *Acta Psychiatr Scand* 87 (1): 45–7.
10. You, S.; Van Orden, K. A.; Conner, K. R. (2010). “Social connections and suicidal thoughts and behavior”. *Psychology of Addictive Behaviors*.