CHỨNG NGỦ RŨ (NARCOLEPSY)

Waiz Wasey, MD • Maria Rossi, MD, MS • Naila Manahil, MD

TỔNG QUAN

MÔ TẢ

- Chứng ngủ rũ là một rối loạn giấc ngủ thần kinh đặc trưng bởi tình trạng buồn ngủ quá mức ban ngày (EDS), có thể kèm theo cơn rũ cơ đột ngột (cataplexy - mất trương lực cơ đột ngột), ảo giác trước khi ngủ (hypnagogic - trải nghiệm tri giác sống động khi bắt đầu chìm vào giấc ngủ), ảo giác sau khi ngủ dậy (hypnopompic - trải nghiệm tri giác sống động khi tỉnh giấc), hoặc liệt khi ngủ (sleep paralysis - tạm thời không thể cử động hoặc nói trong giai đoạn chuyển tiếp từ ngủ sang thức).
- Chủ yếu có hai týp được Học viện Y học Giấc ngủ Hoa Kỳ xác định:
  - Týp 1 (60–70%) (trước đây gọi là chứng ngủ rũ có kèm cơn rũ cơ) và týp 2 (trước đây gọi là chứng ngủ rũ không kèm cơn rũ cơ) (1)
- Không có phương pháp chữa khỏi, chỉ điều trị triệu chứng

DỊCH TỄ HỌC

Tỷ lệ mắc mới (Incidence)

- Ảnh hưởng đến 0,03–0,16% dân số nói chung, tỷ lệ mắc mới 1/2.000 trên toàn thế giới (2)
- Phân bố hai đỉnh; tuổi khởi phát đạt đỉnh ở 15 tuổi và một lần nữa ở 35 tuổi.
- Giới tính chiếm ưu thế: nam > nữ (tỷ lệ 1,6:1)
- 5% các trường hợp có tính gia đình (1)
- Người Mỹ gốc Phi có xu hướng biểu hiện bệnh không kèm cơn rũ cơ và ở độ tuổi trẻ hơn.

Tỷ lệ hiện mắc (Prevalence)

- Chứng ngủ rũ týp 1: 25–50/100.000 người
- Chứng ngủ rũ týp 2: 20–34/100.000 người (1)

CĂN NGUYÊN VÀ SINH LÝ BỆNH

- Chủ yếu do thoái hóa các neuron vùng dưới đồi sản xuất orexin (hypocretin). Các nghiên cứu tử thiết cho thấy mất 85% các neuron này ở týp 1 và khoảng 33% ở týp 2 (1).
- Orexin đóng vai trò thiết yếu trong việc thúc đẩy trạng thái tỉnh táo, kích thích hệ lưới hoạt hóa (RAS - reticular activating system) và ức chế giấc ngủ REM (chuyển động mắt nhanh).
- Sự thoái hóa thần kinh có thể do quá trình tự miễn gây ra, có khả năng được kích hoạt bởi nhiễm trùng (như cúm A hoặc liên cầu khuẩn nhóm A) hoặc các yếu tố môi trường (thường xảy ra vào cuối mùa xuân).
- Sự thay đổi nồng độ L-PGDS (lipocalin-type prostaglandin D synthase) cũng dường như có liên quan đến việc gây ra EDS trong chứng ngủ rũ (1).
- Phân loại theo Bảng phân loại Quốc tế các Rối loạn Giấc ngủ, phiên bản 3 (ICSD-3):
  - Chứng ngủ rũ
  - Chứng ngủ rũ týp 1
  - Chứng ngủ rũ týp 2
  - Chứng ngủ rũ do bệnh lý nền

Di truyền

- Thường là ngẫu nhiên (sporadic) nhưng tỷ lệ mắc tăng ở các gia đình có tiền sử dương tính: 1–2% ở người thân bậc một của ca bệnh chỉ điểm (cao gấp 10–40 lần dân số chung)

- 98% bệnh nhân chứng ngủ rũ týp 1 mang kháng nguyên bạch cầu người (HLA) DQB1*0602; 40–50% bệnh nhân týp 2 biểu hiện kháng nguyên này. HLA DQB1*0602 hiện diện ở 12–30% dân số chung.
- Kiểu di truyền lặn trên nhiễm sắc thể thường
- Ảnh hưởng đến 12% người châu Á và 25% người da trắng mang gen; 38% người Mỹ gốc Phi là người mang gen.

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Tuổi (đạt đỉnh ở 15 và 35 tuổi), thường bị chẩn đoán thiếu trước tuổi 18
- Béo phì
- Chấn thương đầu
- Bệnh nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương
- Gây mê
- Căng thẳng tâm lý
- Tiền sử gia đình dương tính
- Nhiễm cúm A gần đây, nhiễm liên cầu khuẩn, hoặc tiêm vắc-xin H1N1 (chưa có bằng chứng COVID-19 gây ra chứng ngủ rũ) (3)

CÁC TÌNH TRẠNG THƯỜNG ĐI KÈM

Ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn (OSA) (lên đến 25%), béo phì, lo âu

CHẨN ĐOÁN

BỆNH SỬ

- Ngũ chứng kinh điển gồm EDS, cơn rũ cơ, liệt khi ngủ, ảo giác trước/sau khi ngủ, và giấc ngủ ban đêm bị gián đoạn (năm triệu chứng phổ biến nhất): Chỉ 10–20% bệnh nhân có đủ cả năm triệu chứng.
- EDS và các cơn buồn ngủ đột ngột (triệu chứng chủ đạo):
  - EDS xuất hiện ở 100% bệnh nhân, thường là triệu chứng khởi phát đầu tiên.
  - Phân loại ICSD-3 cho cả týp 1 và týp 2 yêu cầu EDS xảy ra gần như hằng ngày trong ít nhất 3 tháng (1).
  - Bệnh nhân có thể báo cáo các giấc ngủ ngắn ban ngày giúp phục hồi tỉnh táo, nhưng EDS có thể quay trở lại sau 1–2 giờ.
  - Các cơn buồn ngủ đột ngột (vài giây) xảy ra trong các tình huống kích thích như lái xe và đi bộ
- Cơn rũ cơ (cataplexy) (65–75% bệnh nhân)
  - Chủ yếu liên quan đến chứng ngủ rũ týp 1 (1)
  - Các cơn mất trương lực cơ toàn phần hoặc một phần, thoáng qua (vài giây đến vài phút) (khuỵu gối, gục đầu, sệ hàm hoặc yếu cánh tay, nói lắp, xệ mặt hoặc nhăn mặt, v.v.), được kích hoạt bởi cảm xúc mạnh (như cười, tức giận, hoặc sợ hãi)
  - Ý thức và trí nhớ không bị ảnh hưởng.
- Liệt khi ngủ (sleep paralysis)
  - Tạm thời (vài phút) không thể cử động, nói, hoặc mở mắt khi đang chìm vào giấc ngủ hoặc khi thức dậy
  - Trong cơn, việc thở có thể khó khăn vì các cơ liên sườn bị liệt và cảm giác lồng ngực nặng nề hơn.
  - Bệnh nhân nhận thức được môi trường xung quanh và có thể nhớ lại sự việc.
  - Gặp ở 67% bệnh nhân có chứng ngủ rũ kèm cơn rũ cơ và 49% bệnh nhân chứng ngủ rũ không kèm cơn rũ cơ
- Ảo giác trước khi ngủ hoặc sau khi ngủ dậy:
  - Trải nghiệm sống động như trong mơ, xảy ra ở 30–60% bệnh nhân týp 1, xuất hiện khi thức giấc (ảo giác hypnopompic) hoặc khi bắt đầu ngủ (ảo giác hypnagogic). Ảo giác hypnopompic gợi ý chứng ngủ rũ nhiều hơn ảo giác hypnagogic.
  - Ảo giác thường thuộc dạng thị giác, xúc giác, hoặc thính giác.

  - Các ảo giác đặc trưng bao gồm cảm giác bị động vật tấn công hoặc cảm giác có người khác trong phòng.
  - 15% bệnh nhân týp 2 cũng trải qua các ảo giác này.
- Các yếu tố bệnh sử khác được ghi nhận
  - Mất ngủ và giấc ngủ bị phân mảnh về đêm (khó duy trì giấc ngủ hơn là khó bắt đầu giấc ngủ)
  - Mất trí nhớ ngược chiều (retrograde amnesia)
  - Tăng cử động chân tay có chu kỳ
  - Trầm cảm, lo âu, ám sợ xã hội
  - Hành vi "diễn" lại giấc mơ (dream enactment behaviors)
  - Tăng cân khi bệnh tiến triển

KHÁM LÂM SÀNG

- Thường không có gì đặc biệt, nhưng khám toàn diện có thể giúp loại trừ các nguyên nhân khác
- Phản xạ gân sâu giảm hoặc mất trong cơn rũ cơ.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

EDS hiện diện ở 4–28% dân số chung, mặc dù phần lớn không mắc chứng ngủ rũ:

- Hội chứng ngưng thở khi ngủ
- Cơn động kinh và ngất
- Chứng ngủ nhiều vô căn (idiopathic hypersomnia) (5–10% có EDS)
- Rối loạn tâm thần (trầm cảm, rối loạn lưỡng cực týp 2 và lạm dụng/cai chất gây nghiện)
- Rối loạn vận động liên quan giấc ngủ (hội chứng chân không yên, cử động chân tay có chu kỳ trong khi ngủ)
- Do thầy thuốc/thứ phát sau thuốc (benzodiazepin; barbiturat; opioid; thuốc kháng histamin; thuốc chẹn beta; và một số thuốc chống loạn thần, chống trầm cảm, chống co giật)
- Vệ sinh giấc ngủ và thói quen ngủ kém dẫn đến thiếu ngủ và thiếu ngủ mạn tính (1)
- Rối loạn nhịp sinh học (lệch múi giờ, làm việc theo ca, rối loạn giai đoạn giấc ngủ trễ hoặc sớm)
- Các rối loạn gây cơn rũ cơ khác (bệnh Niemann-Pick týp C, hội chứng Prader-Willi, bệnh Norrie) (1)
- Chứng ngủ nhiều trong bệnh Parkinson
- Chứng ngủ nhiều liên quan đến kỳ kinh nguyệt
- Đột quỵ (nói lắp và xệ mặt gặp trong cơn rũ cơ một phần)

Lưu ý ở trẻ em

Chứng ngủ rũ hiếm gặp trước 5 tuổi. EDS ở trẻ em thường do OSA, vệ sinh giấc ngủ kém, và nhu cầu ngủ tăng cao ở giai đoạn đầu đời. Thời lượng ngủ khuyến nghị giảm dần theo tuổi: trẻ sơ sinh 16–18 giờ/ngày; trẻ tuổi mầm non 11–12 giờ/ngày; trẻ tuổi đi học và thanh thiếu niên 10 giờ/ngày; người lớn 7–8 giờ/ngày. Trẻ em có thể tăng cân quá mức, từ 9–18 kg (2). Các triệu chứng EDS, liệt khi ngủ, và cơn rũ cơ có thể kéo dài lâu hơn so với người lớn.

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN & GIẢI THÍCH KẾT QUẢ

- Nhật ký giấc ngủ/đo hoạt động (actigraphy): Trước tiên, đảm bảo bệnh nhân ngủ đủ 6 giờ mỗi đêm trong ít nhất 7–14 ngày.
- Điều kiện tiên quyết để nghiệm pháp đo độ trễ giấc ngủ nhiều lần (MSLT) có giá trị → đa ký giấc ngủ (PSG) bình thường với ít nhất 360 phút ngủ, không dùng thuốc có thể làm thay đổi giấc ngủ trong ít nhất 2 tuần, lịch ngủ chuẩn hóa trong 7 ngày
- Công cụ chẩn đoán chính
  - Đa ký giấc ngủ qua đêm (PSG) để loại trừ các nguyên nhân khác gây EDS
  - MSLT: thực hiện vào ngày sau PSG nếu bệnh nhân ngủ đủ ít nhất 6 giờ và không có rối loạn giấc ngủ nào được PSG lý giải

    - Bốn đến năm giấc ngủ ngắn 20 phút, cách nhau 2 giờ
    - Dương tính nếu khởi phát REM nhanh (<15 phút) trong ít nhất 2/5 giấc ngủ (bao gồm PSG nền) và độ trễ giấc ngủ trung bình bị rút ngắn (<8 phút)
    - Nếu MSLT âm tính nhưng nghi ngờ lâm sàng cao, cần lặp lại xét nghiệm.
    - Thuốc chống trầm cảm và thuốc kích thích cần được ngừng ít nhất 2 tuần trước xét nghiệm.
- Các công cụ đánh giá điểm số
  - Thang điểm buồn ngủ Epworth (ESS): điểm từ 0–24: >10 gợi ý rối loạn giấc ngủ hơn là mệt mỏi thông thường; hữu ích để đánh giá đáp ứng với thuốc
  - Thang điểm mức độ mệt mỏi (Fatigue Severity Scale): thang điểm 9 mục, đo mức độ mệt mỏi (giúp phân biệt giữa mệt mỏi và rối loạn giấc ngủ)
  - Thang điểm buồn ngủ Stanford: Bệnh nhân chọn 1 trong 7 câu mô tả tốt nhất mức năng lượng, khả năng tập trung, và mức độ buồn ngủ. Các câu 4–7 có thể chỉ ra tình trạng buồn ngủ quá mức.
  - Thang đo mức độ nặng của chứng ngủ rũ (Narcolepsy Severity Scale): thang điểm 15 mục để đánh giá tần suất, mức độ nặng, và hậu quả của các triệu chứng chứng ngủ rũ týp 1
  - Công cụ đánh giá ở trẻ em: Thang điểm buồn ngủ Epworth cho trẻ em và thanh thiếu niên (phiên bản chỉnh sửa của ESS) và Thang đo buồn ngủ ban ngày ở trẻ em

Xét nghiệm theo dõi & Lưu ý đặc biệt

- Chọc dò tủy sống để đo nồng độ orexin; nồng độ ≤110 pg/mL trong dịch não tủy (CSF) gợi ý chứng ngủ rũ; hiếm khi được thực hiện
- Xét nghiệm HLA: đặc biệt ở trẻ em. Có giá trị hỗ trợ chẩn đoán nhưng thiếu tính đặc hiệu

Các thủ thuật chẩn đoán khác

- Chứng ngủ rũ týp 1
  - EDS xảy ra hằng ngày trong ≥3 tháng
  - Một trong các tiêu chí sau:
    - Cơn rũ cơ với MSLT dương tính
    - Nồng độ orexin trong CSF thấp <110 pg/mL hoặc <1/3 giá trị trung bình ở người bình thường
- Chứng ngủ rũ týp 2
  - Tất cả các tiêu chí trên (có hoặc không có cơn rũ cơ) và nồng độ orexin trong CSF bình thường
- Đây là chẩn đoán loại trừ.

ĐIỀU TRỊ

BIỆN PHÁP CHUNG

- Thuốc không chữa khỏi bệnh, nhưng mục tiêu là giảm thiểu EDS và các cơn rũ cơ.
- Nếu sử dụng thuốc điều trị, nên kết hợp với các chiến lược hành vi khác nhau.
- Vệ sinh giấc ngủ đúng cách và lịch ngủ đều đặn.
- Các giấc ngủ ngắn 20 phút vào thời điểm thích hợp có thể hữu ích.
- Tránh các chất kích thích (rượu, bữa ăn nặng, caffein, nicotin).
- Các động tác như thay đổi suy nghĩ, tạo căng cơ, hoặc tì vào vật cứng có thể nhanh chóng chấm dứt cơn rũ cơ.
- Giữ ấm cơ thể và dùng đồ ăn/uống ấm có thể cải thiện sự tỉnh táo.
- Áp dụng các biện pháp an toàn, đặc biệt khi lái xe. Bệnh nhân không được điều trị có nguy cơ tai nạn cao gấp 10 lần.

THUỐC ĐIỀU TRỊ

Điều trị bậc một (First Line)

- EDS

- Modafinil (Provigil):
  - Dùng cho EDS mức độ nhẹ đến trung bình
  - Tác động lên các thụ thể dopaminergic, adrenergic, và histaminergic của vùng dưới đồi
  - Liều: 200 mg/ngày. Bắt đầu với 100 mg; liều tối đa 400 mg/ngày
  - Thời gian bán thải 15 giờ
  - Tác dụng phụ: đau đầu, rối loạn tiêu hóa, tăng chuyển hóa thuốc tránh thai đường uống, ít gây tăng buồn ngủ dội ngược (rebound hypersomnia) hơn và không ảnh hưởng đến huyết áp (BP); dung nạp thuốc hạn chế
  - Thận trọng ở bệnh nhân có bệnh tim mạch, có thể gây nhịp tim nhanh, và khi dùng cùng thuốc tránh thai đường uống vì làm giảm hiệu quả thuốc tránh thai
  - Chưa được FDA phê duyệt cho trẻ em
- Armodafinil (Nuvigil):
  - Dạng đồng phân đối quang của modafinil, cùng thời gian bán thải nhưng ít tác dụng phụ hơn
  - Liều: 150–250 mg mỗi sáng
  - Ít tác dụng phụ hơn so với modafinil: đau đầu, khô miệng, hội chứng Stevens-Johnson, và hoại tử thượng bì nhiễm độc
  - Chưa được FDA phê duyệt cho trẻ em
- Pitolisant (Wakix): Đã được FDA phê duyệt cho chứng ngủ rũ và cơn rũ cơ. Liều lên đến 35,6 mg cho thấy hiệu quả (4).
- Clarithromycin: tác động lên thụ thể GABA-A, có thể dùng cho chứng ngủ nhiều nếu thuốc chính thất bại. Liều 500 mg x2 lần/ngày (bắt đầu với đợt thử 2 tuần). Tác dụng phụ: rối loạn tiêu hóa
- Levothyroxin (25mcg/ngày): ở bệnh nhân bình giáp không có cơn rũ cơ, cải thiện EDS sau 12 tuần

- Cơn rũ cơ:
  - Natri oxybat (Xyrem):
    - Thuốc duy nhất được FDA phê duyệt cho cả EDS và cơn rũ cơ. Hiện đã được phê duyệt cho trẻ từ 7 tuổi trở lên.
    - Dùng cho các trường hợp trung bình đến nặng
    - Lựa chọn tốt nhất để cải thiện giấc ngủ ban đêm
    - Liều: 6–9 g/ngày chia 2 lần; bắt đầu với 2,25 g và tăng 1,5 g/ngày mỗi tuần; liều tối đa: 9 g/ngày
    - Có thể mất 8–12 tuần để đạt đáp ứng đầy đủ
    - Là một loại "thuốc hiếp dâm hẹn hò" (date rape drug); có khả năng bị lạm dụng
    - Có thể làm nặng thêm rối loạn thở liên quan giấc ngủ ở bệnh nhân OSA
    - Quá liều có thể dẫn đến hôn mê.
  - Solriamfetol (Sunosi):
    - Bắt đầu với 75 mg mỗi ngày, tăng liều dựa trên đáp ứng mỗi 3 ngày đến liều tối đa 150 mg/ngày
    - Chống chỉ định khi đang dùng hoặc mới dùng thuốc ức chế MAO
    - Có khả năng bị lạm dụng: Thận trọng ở bệnh nhân có tiền sử sử dụng ma túy.
  - Thuốc chống trầm cảm ba vòng
    - Protriptylin: liều 5–60 mg/ngày. Giảm liều từ từ khi ngừng thuốc.
    - Clomipramin: liều 25–75 mg/ngày
    - Tác dụng phụ kháng cholinergic: khô miệng, an thần, bí tiểu, rối loạn cương dương
  - Thuốc ức chế tái hấp thu serotonin-norepinephrin
    - Venlafaxin: liều 75–300 mg/ngày. Bắt đầu 37,5 mg, liều tối đa 375 mg/ngày. Giảm liều từ từ khi ngừng thuốc.
    - Fluoxetin: liều 20–80 mg/ngày

    - Cơ chế tác dụng qua việc ức chế giấc ngủ REM
    - Chưa được FDA phê duyệt
  - Bệnh nhân có thể phát triển dung nạp với thuốc chống rũ cơ và có thể bị rũ cơ dội ngược khi ngừng thuốc. Cần giảm liều từ từ khi ngừng.
- Các triệu chứng phụ (ví dụ: ảo giác trước khi ngủ, liệt khi ngủ) cần điều trị ít thường xuyên hơn so với EDS và cơn rũ cơ, nhưng thuốc chống rũ cơ vẫn hữu ích khi các triệu chứng này gây phiền toái.

Điều trị bậc hai (Second Line)

- EDS
  - Amphetamin: dùng khi điều trị bậc một thất bại hoặc bệnh nhân không dung nạp được
    - Methylphenidat (Ritalin): liều khởi đầu 5–10 mg/ngày chia 2–3 lần; liều tối đa 60 mg/ngày, tác dụng ngắn, là amphetamin mạnh nhất hiện có; có thể kết hợp với modafinil và armodafinil
    - Dextroamphetamin: liều khởi đầu 10 mg/ngày; có thể tăng 10 mg mỗi tuần đến liều tối đa 60 mg/ngày chia 2–3 lần
    - Chống chỉ định ở bệnh nhân tăng huyết áp (HTN)
    - Phản ứng bất lợi: đau đầu, dễ cáu gắt, tăng huyết áp, loạn thần, chán ăn, quen thuốc, tăng buồn ngủ dội ngược
    - Nếu bệnh nhân dung nạp với thuốc kích thích, nên đổi thuốc hoặc "nghỉ thuốc" (drug holidays) thay vì tăng liều.
    - Gây nghiện; liều cao có liên quan đến nhập viện thường xuyên, loạn nhịp tim, và rối loạn tâm thần
- Cơn rũ cơ
  - Selegilin: thuốc ức chế chọn lọc MAO-B
    - Có hiệu quả chống rũ cơ và với EDS; liều 20–40 mg/ngày chia sáng và trưa
    - Liều >20 mg cần chế độ ăn ít tyramin vì thuốc bắt đầu mất tính chọn lọc.
- Thức giấc thường xuyên vào ban đêm
  - Temazepam: thuộc nhóm benzodiazepin
    - Liều 15–30 mg trước khi ngủ, một lần, giúp ngăn ngừa thức giấc thường xuyên về đêm và cải thiện tình trạng buồn ngủ ban ngày.

VẤN ĐỀ CẦN CHUYỂN TUYẾN

Bệnh nhân không đáp ứng với thuốc điều trị chính và có cơn rũ cơ nặng có thể được hưởng lợi từ việc chuyển khám chuyên khoa thần kinh.

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

KHUYẾN NGHỊ THEO DÕI

Theo dõi bệnh nhân

- Theo dõi bằng các công cụ đánh giá điểm số để đo lường hiệu quả điều trị và mức độ kiểm soát triệu chứng
- Khuyến nghị kiểm tra huyết áp thường xuyên và tái khám định kỳ đối với những bệnh nhân đang dùng thuốc.

CHẾ ĐỘ ĂN

Bệnh nhân dùng liều cao Selegilin (>20 mg) cần chế độ ăn ít tyramin.

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

- http://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Fact-Sheets/Narcolepsy-Fact-Sheet
- http://narcolepsynetwork.org

TIÊN LƯỢNG

Chứng ngủ rũ là bệnh mạn tính kéo dài suốt đời. Cải thiện được ghi nhận ở 60–80% bệnh nhân. Các triệu chứng có thể nặng hơn khi tuổi tác tăng. Ở phụ nữ, các triệu chứng có thể cải thiện sau mãn kinh.

BIẾN CHỨNG

Bệnh nhân có cơn rũ cơ dễ có xu hướng ăn uống vô độ (binge eating) hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhang J, Han F. Tình trạng buồn ngủ trong chứng ngủ rũ. Sleep Med Clin. 2017;12(3):323–330.

2. Calik MW. Cập nhật về điều trị chứng ngủ rũ: hiệu quả lâm sàng của pitolisant. Nat Sci Sleep. 2017;9:127–133.

3. Mignot E, Black S. Nguy cơ chứng ngủ rũ và COVID-19. J Clin Sleep Med. 2020;16(10):1831–1833.

4. Meskill G, Davis C, Zarycranski D, et al. Đánh giá lợi ích lâm sàng của pitolisant đối với tình trạng buồn ngủ quá mức ban ngày và cơn rũ cơ ở người lớn mắc chứng ngủ rũ. Sleep. 2021;44(2):A189–A199.

MÃ PHÂN LOẠI

ICD10

- G47.429 Chứng ngủ rũ trong các bệnh lý được phân loại nơi khác, không kèm cơn rũ cơ
- G47.411 Chứng ngủ rũ kèm cơn rũ cơ
- G47.419 Chứng ngủ rũ không kèm cơn rũ cơ

ĐIỂM LƯU Ý LÂM SÀNG

- Chứng ngủ rũ là một rối loạn giấc ngủ REM không thể chữa khỏi.
- Bộ tứ chứng kinh điển gồm EDS, cơn rũ cơ, liệt khi ngủ, và ảo giác trước khi ngủ; chỉ có cơn rũ cơ là dấu hiệu đặc trưng (pathognomonic) cho bệnh.