

RỐI LOẠN NHÂN CÁCH RANH GIỚI (BORDERLINE PERSONALITY DISORDER)

Tác giả: Rebecca Groch, MD • Lauren Penwell-Waines, PhD • Michael Scott Clark, MD

TỔNG QUAN (BASICS)

MÔ TẢ

Rối loạn nhân cách ranh giới (BPD) là một rối loạn tâm thần khởi phát không muộn hơn giai đoạn thanh thiếu niên hoặc đầu tuổi trưởng thành, đặc trưng bởi một khuôn mẫu nhất quán và lan tỏa của sự bất ổn và phản ứng thái quá về cảm xúc và ý thức bản thân, tính bốc đồng, và các mối quan hệ liên cá nhân bất ổn:

Các hành vi và biểu hiện thường gặp:

- Hình ảnh bản thân không ổn định
- Mục tiêu, hoài bão, giá trị và kế hoạch sống không ổn định
- Tự gây thương tích: véo, cào, cắt da
- Tự sát: ý tưởng, tiền sử toan tự sát, lập kế hoạch tự sát
- Chia tách (splitting): lý tưởng hóa rồi hạ thấp người khác
- Thể hiện sự bất lực hoặc vai trò nạn nhân
- Sử dụng dịch vụ cấp cứu nhiều, dẫn đến nhập viện điều trị tâm thần
- Tỷ lệ mắc kèm các rối loạn tâm thần khác cao
- Người bệnh thường có rất ít sự thấu hiểu (insight) về hành vi của mình

Lưu ý ở người cao tuổi: Các triệu chứng thường cải thiện theo tuổi tác. Bệnh tật (cả cấp và mạn tính) có thể làm trầm trọng thêm cảm giác sợ hãi và bất lực.

Lưu ý ở trẻ em: Chẩn đoán hiếm khi được đặt ra ở trẻ em. Các rối loạn trục I (Axis I) và bệnh lý y khoa tổng quát (GMC) có khả năng cao hơn.

Lưu ý ở phụ nữ mang thai: Thai kỳ có thể làm trầm trọng thêm căng thẳng hoặc gia tăng nỗi sợ hãi, dẫn đến các hành vi ranh giới bùng phát.

DỊCH TỄ HỌC

Khởi phát không muộn hơn giai đoạn thanh thiếu niên hoặc đầu tuổi trưởng thành (có thể không được chẩn đoán trong nhiều năm).

Tỷ lệ hiện mắc:

- 0,5–5,9% dân số Hoa Kỳ
- 10% bệnh nhân tâm thần ngoại trú và 15–25% bệnh nhân điều trị nội trú tâm thần mắc BPD.

CĂN NGUYÊN VÀ SINH LÝ BỆNH

Chưa xác định rõ, nhưng được cho là do sự kết hợp của các yếu tố sau:

- Đặc điểm khí chất di truyền
- Yếu tố môi trường (tiền sử bị lạm dụng tình dục và/hoặc thể chất thời thơ ấu, tiền sử bị bỏ bê, xung đột kéo dài trong gia đình, phong cách nuôi dạy con không phù hợp)
- Sự điều tiết không đầy đủ của vùng vỏ não trước trán đối với các cấu trúc hệ viền (limbic)

Di truyền học: Người thân bậc một có nguy cơ mắc bệnh cao hơn (chưa rõ do yếu tố di truyền hay tâm lý xã hội).

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Bị lạm dụng tình dục và/hoặc thể chất, bị bỏ bê thời thơ ấu
- Cuộc sống gia đình bị xáo trộn
- Bệnh lý thể chất và các yếu tố xã hội bên ngoài có thể làm bệnh nặng thêm

DỰ PHÒNG CHUNG

Đây thường là vấn đề mang tính đa thể hệ. Trẻ em, người chăm sóc và những người thân thiết nên có thời gian và hoạt động tách biệt khỏi người mắc bệnh, điều này có thể giúp bảo vệ họ.

CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG ĐI KÈM

Các rối loạn tâm thần khác

CHẨN ĐOÁN (DIAGNOSIS)

Đánh giá toàn diện nên xác định:

- Các bệnh lý đồng mắc
- Suy giảm chức năng
- Các kiểu ứng phó thích nghi/không thích nghi
- Các yếu tố gây căng thẳng tâm lý xã hội
- Điểm mạnh, nhu cầu và mục tiêu của bệnh nhân

Đánh giá ban đầu nên tập trung vào các yếu tố nguy cơ:

- Thiết lập thỏa thuận điều trị với bệnh nhân và xác định rõ mục tiêu điều trị
- Đánh giá ý tưởng tự sát, hành vi tự gây thương tích, loạn thần

BỆNH SỬ

- Đến khám nhiều lần vì các vấn đề không có bằng chứng sinh học rõ ràng
- Xung đột với nhân viên y tế
- Lý tưởng hóa hoặc tức giận vô cớ với bác sĩ
- Tiền sử kỳ vọng không thực tế vào bác sĩ (ví dụ: "Tôi biết bác sĩ có thể chăm sóc tôi", "Bác sĩ giỏi nhất, không như bác sĩ trước của tôi")
- Nên thu thập thông tin từ người thân (gia đình, bạn đời) về hành vi của bệnh nhân
- Tiền sử khó khăn trong quan hệ liên cá nhân, bất ổn cảm xúc và bốc đồng
- Tiền sử hành vi tự gây thương tích, có thể kèm đe dọa hoặc toan tự sát

KHÁM THỂ CHẤT

- Khám thực thể kỹ lưỡng để loại trừ bệnh lý cơ thể (đặc biệt là bệnh tuyến giáp)
- Thường không phát hiện bất thường rõ rệt ngoài các vết sẹo do tự gây thương tích

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- **Rối loạn khí sắc:** Đặc biệt là rối loạn điều hòa khí sắc gây rối loạn hành vi (disruptive mood dysregulation disorder) — một chẩn đoán ở trẻ em với các cơn giận dữ tái diễn nghiêm trọng, biểu hiện qua lời nói hoặc hành vi, không tương xứng với tình huống — có thể trông khá giống với biểu hiện bộc phát và cảm xúc mãnh liệt trong BPD. Cần tìm các triệu chứng đặc trưng khác của BPD để phân biệt.
- **Rối loạn loạn thần:** Dù có thể có ảo thanh và ảo thị, nhưng thường xảy ra trong bối cảnh khủng hoảng tình huống và không kèm rối loạn tư duy, hoang tưởng kỳ dị, cảm xúc cùn mòn hay các triệu chứng âm tính khác.
- **Rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD):** BPD có rối loạn điều hòa cảm xúc nặng nề hơn nhưng tính bốc đồng ít nghiêm trọng hơn.
- Bệnh lý y khoa tổng quát (GMC)
- Rối loạn sử dụng chất (SUD)

XÉT NGHIỆM VÀ CHẨN ĐOÁN CẬN LÂM SÀNG

- Cần xem xét tuổi khởi phát. Để đủ tiêu chuẩn chẩn đoán BPD, kiểu hành vi ranh giới phải xuất hiện từ giai đoạn thanh thiếu niên hoặc đầu tuổi trưởng thành
- Trắc nghiệm tâm lý chính thức
- Loại trừ thay đổi nhân cách do bệnh lý y khoa tổng quát

Xét nghiệm ban đầu (xét nghiệm máu, chẩn đoán hình ảnh): Hormone kích thích tuyến giáp (TSH) và xét nghiệm nước tiểu tìm chất gây nghiện để loại trừ GMC và SUD

Thủ thuật chẩn đoán khác: Theo tiêu chuẩn DSM-5, bệnh nhân phải đáp ứng ít nhất 5 trong số các tiêu chí sau:

- Cố gắng tránh bị bỏ rơi
- Các mối quan hệ liên cá nhân bất ổn, mãnh liệt
- Rối loạn về bản dạng (identity disturbance)
- Hành vi bốc đồng: ở ≥ 2 lĩnh vực; hành vi bốc đồng gây hại cho bản thân
- Hành vi tự sát hoặc tự gây thương tích
- Khí sắc bất ổn
- Cảm giác trống rỗng
- Khó kiểm soát cơn giận hoặc không thể kiểm soát
- Có ý tưởng hoang tưởng hoặc phân ly khi căng thẳng

ĐIỀU TRỊ (TREATMENT)

- Tâm lý trị liệu ngoại trú là phương pháp điều trị được ưu tiên cho BPD:
 - **Liệu pháp hành vi biện chứng (DBT — Dialectical Behavior Therapy):** kết hợp các kỹ thuật nhận thức - hành vi để điều hòa cảm xúc và kiểm tra thực tế, cùng với các khái niệm về chịu đựng căng thẳng, chấp nhận và tự nhận thức.
 - Theo tiến trình biện chứng, nhà trị liệu đóng vai trò như những "đồng minh cứng rắn" — vừa xác nhận cảm xúc và chấp nhận vô điều kiện, vừa nhắc nhở bệnh nhân chấp nhận mức độ rối loạn cảm xúc nghiêm trọng của mình và áp dụng các hành vi thay thế tốt hơn.
- Các liệu pháp khác có bằng chứng hỗ trợ bao gồm: tâm lý trị liệu tập trung vào chuyển di (phân tâm học), liệu pháp nhận thức - hành vi (CBT), liệu pháp tâm trí hóa (mentalization), liệu pháp tập trung vào sơ đồ nhận thức (schema-focused therapy), và các liệu pháp dựa trên chánh niệm.

CÁC BIỆN PHÁP CHUNG

- Bệnh nhân BPD cần được chăm sóc y tế nhiều hơn và cần bác sĩ có "chủ đích" rõ ràng hơn trong tiếp cận
- Tập trung vào quản lý bệnh nhân thay vì cố gắng "sửa chữa" hành vi:
 - Lên lịch tái khám đều đặn để giảm lo âu cho bệnh nhân
 - Hợp với và dựa vào nhóm điều trị để tránh bị bệnh nhân "chia tách" (splitting) đội ngũ, đồng thời tạo cơ hội thảo luận các vấn đề của bệnh nhân
 - Thiết lập ranh giới phù hợp trong giao tiếp
 - Điều trị thường hiệu quả nhất khi kết hợp đồng thời dùng thuốc và tâm lý trị liệu

THUỐC ĐIỀU TRỊ

- Hiện chưa có thuốc nào được FDA phê duyệt riêng cho điều trị BPD, nhưng có thể dùng thuốc để kiểm soát triệu chứng của các rối loạn trục I đi kèm:

- **Rối loạn điều hòa cảm xúc:** thuốc ổn định khí sắc, thuốc ức chế tái hấp thu serotonin chọn lọc (SSRI), và thuốc ức chế monoamine oxidase (MAOI)
- **Kiểm soát hành vi bốc đồng:** SSRI và thuốc ổn định khí sắc
- **Triệu chứng nhận thức - tri giác:** thuốc chống loạn thần, dùng ngắn hạn
- Cần cân nhắc nguy cơ tự gây thương tích và tự sát cao khi kê đơn
- Thuốc giải lo âu (anxiolytics) thường chống chỉ định do làm giảm khả năng ức chế, có thể dẫn đến tăng tính bốc đồng
- Vai trò của SSRI đang giảm dần, thay vào đó là sự chú trọng hơn vào thuốc ổn định khí sắc và thuốc chống loạn thần không điển hình, tuy nhiên các nghiên cứu vẫn chưa rõ ràng và chưa có kết luận chắc chắn

VẤN ĐỀ CẦN CHUYỂN TUYÊN

- Mức độ khẩn cấp của việc tái khám phụ thuộc vào nguồn lực cộng đồng sẵn có (ví dụ: chương trình ban ngày ngoại trú cho bệnh nhân có ý tưởng tự sát; chương trình cai nghiện)
- Khi nguy cơ tự gây thương tích hoặc hành vi tự hủy hoại cao và nguồn lực cộng đồng hạn chế, bệnh nhân có thể/sẽ cần tái khám thường xuyên hơn

PHẪU THUẬT / CÁC THỦ THUẬT KHÁC

Có bằng chứng bước đầu nhưng chưa có kết luận chắc chắn về việc sử dụng kích thích xuyên sọ để cải thiện chức năng điều hành (executive functioning).

Y HỌC BỔ SUNG VÀ THAY THẾ

Bổ sung acid béo omega-3 qua chế độ ăn đã cho thấy tác dụng có lợi trong việc giảm phản ứng cảm xúc thái quá.

CÂN NHẮC KHI NHẬP VIỆN VÀ CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

- Thời gian nhập viện nên được giới hạn và ngắn, nhằm điều chỉnh thuốc, thực hiện tâm lý trị liệu can thiệp khủng hoảng, và ổn định bệnh nhân trước các yếu tố gây căng thẳng tâm lý xã hội
- Nên cân nhắc nhập viện kéo dài trong các trường hợp sau:
 - Ý tưởng tự sát dai dẳng/nghiêm trọng hoặc nguy cơ gây hại cho người khác
 - Có sử dụng chất đồng thời và/hoặc không tuân thủ điều trị ngoại trú hoặc bán trú
 - Có rối loạn trục I đi kèm làm tăng nguy cơ đe dọa tính mạng (ví dụ: rối loạn ăn uống, rối loạn khí sắc)

CHĂM SÓC LIÊN TỤC (ONGOING CARE)

KHUYẾN NGHỊ TÁI KHÁM

- Lên lịch các buổi khám ngắn, thường xuyên hơn, và có trọng tâm để giảm lo âu của bệnh nhân về mối quan hệ với bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ, đồng thời giảm nguy cơ kiệt sức (burnout) cho nhân viên y tế
- Nhấn mạnh tầm quan trọng của thay đổi lối sống lành mạnh (vận động, nghỉ ngơi, chế độ ăn)

Theo dõi bệnh nhân: Theo dõi ý tưởng/hành vi tự sát hoặc các hành vi tự gây thương tích khác.

Giáo dục bệnh nhân: Cho bệnh nhân tham gia vào quá trình chẩn đoán để họ có thể hiểu rõ diễn tiến bệnh và tham gia vào chiến lược điều trị.

Tiên lượng: Các hành vi ranh giới có thể giảm dần theo tuổi tác và theo thời gian.

MÃ BỆNH (CODES)

ICD10: F60.3 — Rối loạn nhân cách ranh giới

ĐIỂM LÂM SÀNG QUAN TRỌNG (CLINICAL PEARLS)

- BPD có thể được nhận biết qua sự không tương xứng trong phản ứng đối với những tình huống mà người khác cho là bình thường hoặc nhỏ nhặt
 - Nên xem BPD là một tình trạng mạn tính với các triệu chứng lúc tăng lúc giảm. Cần điều chỉnh thuốc/điều trị phù hợp khi triệu chứng thay đổi
 - Nếu bệnh nhân có thái độ thiếu tôn trọng với bác sĩ hoặc nhân viên hỗ trợ, cần thiết lập các nguyên tắc rõ ràng với đội ngũ điều trị trước, sau đó với bệnh nhân
 - Khi cần nhắc chấm dứt chăm sóc, bệnh nhân có thể cải thiện nếu được đối mặt (confront) một cách đồng cảm về một số hành vi nhất định và được đưa ra các quy định rõ ràng về cách ứng xử tại phòng khám. Việc tuân thủ quy định là trách nhiệm của bệnh nhân, còn việc thực thi quy định là trách nhiệm của bác sĩ và đội ngũ. Nên chỉ định một nhân viên hỗ trợ được đào tạo tốt làm đầu mối liên lạc chính cho bệnh nhân
 - Nên có chương trình nghị sự rõ ràng khi gặp bệnh nhân BPD. Giữ thái độ thân thiện và xác định 1–2 vấn đề cần thảo luận trong mỗi lần khám. Lịch khám thường xuyên có thể hỗ trợ điều này
 - Tâm lý trị liệu định kỳ giúp cải thiện chăm sóc y tế bằng cách trở thành "nơi trú ẩn" chính cho điều trị sức khỏe tâm thần, giúp bác sĩ tập trung vào các vấn đề y khoa cấp thiết của bệnh nhân
-

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, et al. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2011;377(9759):74–84.
3. Doering S. Borderline personality disorder in patients with medical illness: a review of assessment, prevalence, and treatment options. *Psychosom Med*. 2019;81(7):584–594. doi:10.1097/PSY.0000000000000724.
4. Rao S, Heidari P, Broadbear JH. Developments in diagnosis and treatment of people with borderline personality disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2020;33(5):441–446. doi:10.1097/YCO.0000000000000625.
5. Lisoni J, Miotto P, Barlati S, et al. Change in core symptoms of borderline personality disorder by tDCS: a pilot study. *Psychiatry Res*. 2020;291:113261.

Đây là tài liệu tham khảo mang tính chuyên môn y khoa, không thay thế cho tư vấn của bác sĩ. Nếu bạn hoặc người thân đang gặp khó khăn về sức khỏe tâm thần, ý tưởng tự sát hoặc tự gây thương tích, hãy tìm đến sự hỗ trợ từ chuyên gia y tế hoặc đường dây hỗ trợ khủng hoảng tại địa phương.