

PHÂN LOẠI QUỐC TẾ VỀ RỐI LOẠN GIẤC NGỦ (ICSD)

BS Phạm Thị Đào – Khoa Y, Đại Học Duy Tân

Phân loại Quốc tế về Rối loạn giấc ngủ (The International Classification of Sleep Disorders, Third Edition - ICSD-3:) là hệ thống phân loại được sử dụng rộng rãi nhất cho các rối loạn giấc ngủ. Ấn bản thứ ba của ICSD (ICSD-3) bao gồm bảy loại rối loạn giấc ngủ chính:

- Mất ngủ
- Rối loạn nhịp thở liên quan đến giấc ngủ
- Rối loạn trung ương của chứng tăng âm thềm
- Rối loạn nhịp ngủ thức sinh học
- Bệnh mất ngủ giả
- Rối loạn vận động liên quan đến giấc ngủ
- Các rối loạn giấc ngủ khác

MẤT NGỦ

ICSD-3 xác định ba loại mất ngủ riêng biệt: rối loạn mất ngủ ngắn hạn, rối loạn mất ngủ mãn tính và rối loạn mất ngủ khác (khi bệnh nhân có các triệu chứng mất ngủ nhưng không đáp ứng các tiêu chí của hai loại mất ngủ còn lại). Các ấn bản trước đây đã phân loại rối loạn mất ngủ mãn tính thành các loại nguyên phát và bệnh kèm theo, nhưng chúng đã bị loại bỏ trong ICSD-3 vì chúng không cải thiện độ chính xác trong chẩn đoán.

Rối loạn mất ngủ mãn tính

ICSD-3 tổng hợp tất cả các chẩn đoán mất ngủ mãn tính theo một rối loạn duy nhất, rối loạn mất ngủ mãn tính. Rối loạn mất ngủ mãn tính yêu cầu các báo cáo về vấn đề bắt đầu ngủ hoặc duy trì giấc ngủ, cơ hội và hoàn cảnh thích hợp để ngủ, và hậu quả ban ngày do triệu chứng mất ngủ gây ra.

Để đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn mất ngủ mãn tính, bệnh nhân phải có các triệu chứng ít nhất ba lần mỗi tuần trong thời gian từ ba tháng trở lên. Vì mất ngủ là một thành phần của nhiều bệnh lý tâm thần và các bệnh lý khác, nên chẩn đoán rối loạn mất ngủ mãn tính chỉ nên được xem xét khi triệu chứng mất ngủ nổi bật và cần được đánh giá và điều trị thêm.

Rối loạn mất ngủ ngắn hạn

Chẩn đoán rối loạn mất ngủ ngắn hạn phải đáp ứng các tiêu chí tương tự như chứng mất ngủ mãn tính ngoại trừ các triệu chứng đã xuất hiện dưới ba tháng. Sự phát triển thường có liên quan về mặt thời gian với một tác nhân gây căng thẳng đáng kể. Để đặt ra chẩn đoán này, triệu chứng mất ngủ phải là một triệu chứng quan trọng và độc lập và / hoặc cần có sự chú ý lâm sàng riêng biệt. Loại mất ngủ này thường tự khỏi khi có tác nhân gây căng thẳng biến mất, hoặc khi bệnh nhân phát triển các cơ chế đối phó đầy đủ hoặc thích nghi với tác nhân gây căng thẳng. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, điều này có thể tiến triển thành rối loạn mất ngủ mãn tính.

RỐI LOẠN HÔ HẤP LIÊN QUAN ĐẾN GIÁC NGỦ

Rối loạn hô hấp liên quan đến giấc ngủ được đặc trưng bởi sự hô hấp bất thường trong khi ngủ; xảy ra ở cả người lớn và trẻ em. Có bốn nhóm chính của rối loạn hô hấp liên quan đến giấc ngủ:

- Hội chứng ngưng thở khi ngủ trung ương
- Rối loạn ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn (OSA)
- Rối loạn giảm thông khí liên quan đến giấc ngủ
- Rối loạn giảm oxy máu liên quan đến giấc ngủ

Các nhóm này được phân chia thêm tùy theo căn nguyên của chúng.

Ngáy nằm trên một chuỗi liên tục giữa bình thường và bất thường. Ngáy mà không có tổn thương đường thở liên quan, rối loạn giấc ngủ hoặc các hậu quả khác về cơ bản là bình thường, trong khi ngáy nhiều thường là một phần của OSA.

Các hội chứng ngưng thở khi ngủ do nguyên nhân trung ương

Các hội chứng ngưng thở khi ngủ do nguyên nhân trung ương bao gồm:

- Ngưng thở khi ngủ do nguyên nhân trung ương với nhịp thở Cheyne-Stokes
- Ngưng thở khi ngủ do nguyên nhân trung ương không có nhịp thở Cheyne-Stokes
- Ngưng thở khi ngủ do nhịp thở định kỳ ở độ cao lớn: Ở trên cao, hàm lượng oxy trong máu giảm khiến nhịp thở không ổn định, với các giai đoạn thở sâu và nhanh xen kẽ với ngưng thở trung tâm. Kiểu thở này được gọi là thở tuần hoàn ở trên cao (PB). Nó xảy ra ngay cả ở những người khỏe mạnh ở độ cao trên 6000 ft

- Ngưng thở khi ngủ do thuốc hoặc chất gây nghiện
- Chứng ngưng thở khi ngủ do nguyên nhân trung ương
- Ngưng thở khi ngủ do nguyên nhân trung ương ở trẻ sơ sinh
- Ngưng thở khi ngủ trung ương nguyên phát do sinh non
- Chứng ngưng thở trung ương cấp cứu khi điều trị: Chứng ngưng thở trung ương cấp cứu trong điều trị (TECSA) được đặc trưng bởi sự xuất hiện hoặc kéo dài của chứng ngưng thở trung ương khi đang điều trị chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn (OSA) chẳng hạn như khi sử dụng liệu pháp áp lực đường thở dương (PAP).

Rối loạn ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn

Các rối loạn OSA bao gồm OSA ở người lớn và OSA ở trẻ em

Chẩn đoán OSA ở người lớn được thực hiện khi có 15 hoặc nhiều hơn các biến cố tắc nghẽn đường hô hấp chủ yếu mỗi giờ, ngay cả khi không có các triệu chứng liên quan hoặc các rối loạn đi kèm. Ở người lớn mắc bệnh kèm theo về y tế hoặc tâm thần (ví dụ: tăng huyết áp, bệnh mạch vành, rung nhĩ, suy tim sung huyết, đột quỵ, tiểu đường, rối loạn chức năng nhận thức hoặc rối loạn tâm trạng) hoặc các dấu hiệu hoặc triệu chứng bao gồm buồn ngủ quá mức, mệt mỏi và / hoặc mất ngủ, Chẩn đoán OSA có thể được thực hiện khi có năm hoặc nhiều hơn các biến cố hô hấp chủ yếu do tắc nghẽn mỗi giờ.

Tiêu chí nhi khoa đối với OSA yêu cầu có ít nhất một phát hiện lâm sàng (ngáy, thở gấp, ngưng thở, buồn ngủ ban ngày, tăng động hoặc các phát hiện khác). Tiêu chuẩn đa khoa yêu cầu sự hiện diện của một hoặc nhiều hiện tượng tắc nghẽn mỗi giờ ngủ hoặc bằng chứng về giảm thông khí tắc nghẽn ($\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$ trong $> 25\%$ thời gian ngủ và ngáy kèm theo, dạng sóng áp lực đường thở bằng phẳng, hoặc lồng ngực nghịch lý cử động bụng).

Rối loạn giảm thông khí liên quan đến giấc ngủ

Các rối loạn giảm thông khí liên quan đến giấc ngủ bao gồm:

- Hội chứng giảm thông khí do béo phì
- Hội chứng giảm thông khí trung tâm bẩm sinh
- Giảm thông khí trung ương khởi phát muộn kèm theo rối loạn chức năng vùng dưới đồi
- Giảm thông khí trung tâm phế nang vô căn

- Giảm thông khí liên quan đến giấc ngủ do thuốc hoặc chất gây nghiện
- Giảm thông khí liên quan đến giấc ngủ do rối loạn y tế

Bởi vì giảm thông khí được xác định bởi nồng độ PaCO₂ tăng cao, tiêu chuẩn cho giảm thông khí liên quan đến giấc ngủ yêu cầu sự hiện diện của mức PaCO₂ tăng cao hoặc trực tiếp (bằng cách đo khí máu động mạch) hoặc gián tiếp (bằng CO₂ cuối thủy triều hoặc đo CO₂ qua da). Khi độ bão hòa oxy động mạch giảm liên tục (<88% trong> 5 phút) xảy ra trong điều kiện không theo dõi CO₂, chẩn đoán riêng biệt về rối loạn giảm oxy máu liên quan đến giấc ngủ được sử dụng.

ICSD-3 hiện bao gồm các tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng giảm thông khí do béo phì. Tiêu chuẩn yêu cầu tăng PaCO₂ vào ban ngày (> 45 mmHg) ở bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể (BMI) > 30 kg / m², cũng như không có nguyên nhân cơ bản nào khác gây giảm thông khí (chẳng hạn như bệnh phổi, bệnh thần kinh cơ hoặc thuốc) . Chứng minh giảm thông khí ban ngày không cần thiết để chẩn đoán các dạng giảm thông khí khác liên quan đến giấc ngủ.

Bệnh hô hấp (ví dụ, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, hen suyễn) không được coi là rối loạn hô hấp liên quan đến giấc ngủ; tuy nhiên, chúng có thể gây ra hoặc làm trầm trọng thêm nhịp thở bất thường (ví dụ, giảm thông khí, giảm oxy máu) trong khi ngủ. Trong bối cảnh này, chẩn đoán giảm thông khí hoặc giảm oxy máu liên quan đến giấc ngủ được thực hiện. Co thắt thanh quản liên quan đến giấc ngủ và nghẹt thở cũng không được coi là rối loạn hô hấp liên quan đến giấc ngủ; thay vào đó, chúng được coi là các rối loạn y tế có thể phát sinh từ giấc ngủ.

CÁC RỐI LOẠN TRUNG TÂM CỦA CHỨNG NGỦ QUÁ MỨC

Các rối loạn trung tâm của chứng ngủ quá mức bao gồm những rối loạn trong đó than phiền chính là buồn ngủ ban ngày mà không phải do rối loạn giấc ngủ khác, bao gồm giấc ngủ bị xáo trộn hoặc nhịp sinh học bị lệch. Buồn ngủ quá mức được định nghĩa là những cơn buồn ngủ xảy ra hàng ngày không thể kìm hãm được hoặc ban ngày chìm vào giấc ngủ.

Các rối loạn trung tâm của chứng ngủ quá mức bao gồm:

- Chứng ngủ rũ loại 1
- Chứng ngủ rũ loại 2
- Chứng mất ngủ vô căn

- Hội chứng Kleine-Levin (Hội chứng người đẹp ngủ trong rừng)
- Mất ngủ liên quan đến rối loạn y tế
- Mất ngủ do thuốc hoặc chất gây nghiện
- Mất ngủ liên quan đến rối loạn tâm thần
- Hội chứng ngủ không đủ giấc

Trong chẩn đoán rối loạn trung tâm của chứng ngủ quá mức, cần đánh giá cẩn thận tình trạng thiếu ngủ (tức là hội chứng ngủ không đủ), đặc biệt ở những bệnh nhân có thể cần thời gian ngủ dài hơn để đạt được sự tỉnh táo ban ngày. Nhật ký giấc ngủ và / hoặc nội dung hoạt động ít nhất một tuần trước khi đánh giá mức độ buồn ngủ khách quan bằng Bài kiểm tra độ trễ nhiều giấc ngủ (MSLT) giúp xác minh lịch ngủ-thức thường xuyên và thời gian ngủ đủ giấc. Tiêu chuẩn chẩn đoán chứng ngủ rũ và chứng ngủ mê vô căn bao gồm tiêu chuẩn MSLT.

Chứng ngủ rũ

Chứng ngủ rũ loại 1 bao gồm bệnh nhân buồn ngủ quá mức cộng với chứng thiếu hụt cataplexy và / hoặc hypocretin-1. Chứng ngủ rũ loại 1 được chẩn đoán do thiếu hụt hypocretin-1 trong dịch não tủy (<110 pg / mL, hoặc ít hơn một phần ba giá trị quy chuẩn trong một xét nghiệm chuẩn hóa); hoặc độ trễ giấc ngủ trung bình là ≤ 8 phút và hai giai đoạn chuyển động mắt nhanh khi bắt đầu ngủ (SOREMPs; trong vòng 15 phút sau khi bắt đầu ngủ) trên MSLT (và / hoặc chụp đa ảnh qua đêm), cùng với tiền sử các đợt cataplexy rõ ràng. Lưu ý rằng không phải tất cả bệnh nhân bị thiếu hụt hypocretin-1 đều mắc chứng cataplexy; tuy nhiên, họ vẫn có đặc điểm là mắc chứng ngủ rũ loại 1. Nhiều người sẽ phát triển chứng khó đọc sau này trong quá trình rối loạn.

Chứng ngủ rũ loại 2 được chẩn đoán với cùng tiêu chí MSLT và SOREMP như được mô tả trong chứng ngủ rũ loại 1; tuy nhiên, sự thiếu hụt hypocretin-1 của cataplexy và / hoặc dịch não tủy (nếu đo được) không xuất hiện.

Chứng mất ngủ vô căn

Chứng mất ngủ vô căn được chẩn đoán khi bệnh nhân có cơn buồn ngủ chủ quan với MSLT cho thấy thời gian chờ ngủ trung bình ≤ 8 phút với ít hơn hai SOREMP trên MSLT cộng với hình ảnh đa giấc qua đêm, cùng với sự thiếu hụt cataplexy hoặc hypocretin-1 (nếu đo). Điều quan trọng là phải loại trừ các nguyên nhân khác của chứng trầm cảm, bao gồm cả thiếu ngủ.

Dựa trên các bằng chứng hiện có, vẫn chưa rõ liệu chứng mất ngủ vô căn là một chứng rối loạn đơn lẻ có thể xác định được hay là một nhóm rối loạn đa dạng với các cơ chế bệnh lý khác nhau dẫn đến một kiểu hình lâm sàng giống nhau

RỐI LOẠN NHỊP NGỦ THỨC SINH HỌC

Rối loạn nhịp ngủ thức sinh học được đặc trưng bởi rối loạn giấc ngủ mãn tính hoặc tái phát do thay đổi hệ thống sinh học hoặc sự lệch lạc giữa môi trường và chu kỳ ngủ - thức của một cá nhân.

Tiêu chí chung bao gồm:

- Một dạng gián đoạn nhịp điệu ngủ-thức mãn tính hoặc tái diễn do sự thay đổi hệ thống thời gian sinh học nội sinh và lịch trình thức ngủ mong muốn hoặc bắt buộc
- Rối loạn giấc ngủ-thức, bao gồm mất ngủ và / hoặc buồn ngủ quá mức
- Lo lắng hoặc suy giảm liên quan

Tất cả các rối loạn, ngoại trừ rối loạn lệch múi giờ, cần thời gian có triệu chứng ít nhất ba tháng. Một cách tối ưu, thời gian sinh học được ghi lại một cách khách quan với hoạt tính và / hoặc các dấu ấn sinh học như sự khởi phát melatonin trong ánh sáng mờ. Các bảng câu hỏi đã được xác thực, bao gồm bảng câu hỏi về độ sáng - tối để xác định loại thời gian, cũng có thể hữu ích nhưng không bắt buộc để chẩn đoán rối loạn giấc ngủ - thức theo nhịp sinh học.

Có một số loại rối loạn nhịp sinh học:

- Rối loạn làm việc theo ca và rối loạn lệch múi giờ là những loại rối loạn giấc ngủ theo nhịp sinh học phổ biến nhất, mặc dù những rối loạn này không thường xuyên được chăm sóc y tế.
- Rối loạn giai đoạn ngủ-thức muộn được đặc trưng bởi thời gian ngủ và thức thường bị trì hoãn so với thời gian thông thường. Một bệnh nhân điển hình khó đi vào giấc ngủ và thức dậy muộn. Rối loạn này phổ biến hơn ở bệnh nhân trẻ tuổi.
- Rối loạn giai đoạn ngủ-thức nâng cao được đặc trưng bởi thời gian ngủ và thức sớm theo thói quen so với thời gian thông thường. Một bệnh nhân điển hình ngủ sớm và thức dậy sớm một cách tự nhiên. Rối loạn này không được báo cáo phổ biến, nhưng nó có nhiều khả năng được quan sát thấy ở người lớn tuổi.

- Rối loạn nhịp ngủ-thức không thường xuyên được đặc trưng bởi thiếu nhịp sinh học xác định rõ ràng về giấc ngủ và thức. Rối loạn này thường liên quan đến rối loạn phát triển ở trẻ em và người lớn mắc các bệnh thoái hóa thần kinh như bệnh Alzheimer, bệnh Parkinson và bệnh Huntington.

- Rối loạn nhịp khi ngủ-thức không 24 giờ được đặc trưng bởi các giai đoạn mất ngủ dao động và / hoặc buồn ngủ quá mức xảy ra do máy tạo nhịp sinh học nội tại không bị cuốn vào chu kỳ sáng / tối 24 giờ. Hầu hết những người mắc chứng rối loạn này đều bị mù hoàn toàn và việc không theo kịp nhịp sinh học có liên quan đến việc thiếu đầu vào ngữ âm cho máy tạo nhịp sinh học.

- Rối loạn thức - ngủ theo chu kỳ không có đặc điểm khác.

- Rối loạn nhịp điệu cũng có thể do rối loạn y tế, tâm thần hoặc thần kinh.

BỆNH MẤT NGỦ GIẢ

Bệnh mất ngủ là các hành vi thể chất không mong muốn (các cử động, hành vi phức tạp) hoặc trải nghiệm (cảm xúc, nhận thức, giấc mơ) xảy ra trong khi đi vào giấc ngủ, trong giấc ngủ hoặc trong các cơn kích thích từ giấc ngủ. Các hành vi quan sát được phức tạp hơn và có mục đích hơn so với hoạt động rập khuôn được thấy trong rối loạn vận động.

Bệnh mất ngủ giả được chia thành các bệnh mất ngủ giả liên quan đến chuyển động mắt không nhanh (NREM), các bệnh mất ngủ giả liên quan đến chuyển động mắt nhanh (REM) và các bệnh mất ngủ giả khác. Nói chung khi ngủ được coi là một biến thể bình thường và xảy ra vào một số thời điểm ở hầu hết những người ngủ bình thường.

Bệnh mất ngủ giả liên quan đến NREM

Bệnh mất ngủ giả liên quan đến NREM là chứng rối loạn kích thích. Chúng bao gồm rối loạn kích thích, mộng du, chứng sợ ngủ và rối loạn ăn uống liên quan đến giấc ngủ.

Các tiêu chí chung cho các bệnh mất ngủ giả liên quan đến NREM bao gồm:

- Các giai đoạn tỉnh táo không hoàn toàn lặp đi lặp lại liên quan đến các hành vi và / hoặc trải nghiệm bất thường

- Không đáp ứng hoặc đáp ứng không phù hợp

- Báo cáo hạn chế hoặc không có nhận thức hoặc giấc mơ

- Mất trí nhớ một phần hoặc toàn bộ sự kiện

Mỗi rối loạn có thêm các tiêu chuẩn chẩn đoán; tuy nhiên, bệnh nhân có thể đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán cho nhiều hơn một tình trạng. Ví dụ, một cá nhân có thể đáp ứng các tiêu chí cho cả chứng kinh hoàng và mộng du.

Chẩn đoán rối loạn hành vi giấc ngủ REM (RBD) yêu cầu sự hiện diện của các giai đoạn lặp đi lặp lại hành vi hoặc giọng nói trong giấc ngủ REM. Ngoài ra, phải có bằng chứng về giấc ngủ REM mà không có atonia trong quá trình chụp đa ảnh. Các phát hiện lâm sàng của RBD cũng có thể được ghi nhận ở những bệnh nhân đang dùng một số loại thuốc (như chất ức chế tái hấp thu serotonin hoặc serotonin-norepinephrine có chọn lọc). Ở những bệnh nhân này, chẩn đoán RBD vẫn được thực hiện (và không phải là mất ngủ do thuốc hoặc chất gây nghiện) nếu đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán RBD.

Rối loạn ác mộng được đặc trưng bởi những giấc mơ lặp đi lặp lại, rất khó chịu hoặc lo lắng, được nhớ lại rõ ràng khi thức dậy và dẫn đến đau khổ hoặc suy giảm đáng kể. Ác mộng là một yếu tố phổ biến của các rối loạn khác, đặc biệt là rối loạn căng thẳng sau chấn thương. Chẩn đoán này chỉ được thực hiện khi cơn ác mộng trở thành tâm điểm chú ý của lâm sàng hoặc cần điều trị độc lập

Các bệnh mất ngủ giả khác - Các bệnh mất ngủ giả khác không có mối liên hệ cụ thể nào với giai đoạn ngủ. Chúng bao gồm: hội chứng đầu nổ tung, ảo giác liên quan đến giấc ngủ, đái dầm khi ngủ, mất ngủ do bệnh mất ngủ giả liên quan đến rối loạn y tế, mất ngủ do bệnh mất ngủ giả do thuốc hoặc chất gây nghiện và chứng mất ngủ không xác định.

RỐI LOẠN CHUYỂN ĐỘNG LIÊN QUAN ĐẾN NGỦ

Rối loạn vận động liên quan đến giấc ngủ được đặc trưng bởi những cử động đơn giản, lặp khuôn làm rối loạn giấc ngủ. Bệnh nhân có thể nhận biết được hoặc không nhận biết được các chuyển động này.

Các triệu chứng rối loạn giấc ngủ (ví dụ: mất ngủ, buồn ngủ ban ngày, mệt mỏi) được yêu cầu để chẩn đoán rối loạn vận động liên quan đến giấc ngủ. Các chuyển động xảy ra trong khi ngủ nhưng không ảnh hưởng xấu đến giấc ngủ hoặc chức năng ban ngày không được coi là một rối loạn chuyển động liên quan đến giấc ngủ. Hội chứng chân không yên (RLS) cũng được bao gồm trong nhóm rối loạn này; tuy nhiên, rối loạn vận động khi thức dậy là triệu chứng chính.

Rối loạn vận động liên quan đến giấc ngủ bao gồm:

- Hội chứng chân không yên
- Rối loạn cử động chân tay định kỳ

- Chuột rút liên quan đến giấc ngủ
- Chứng nghiến răng liên quan đến giấc ngủ
- Rối loạn chuyển động nhịp nhàng liên quan đến giấc ngủ
- Rung giật cơ khi ngủ lành tính ở trẻ sơ sinh
- Rung giật cơ tủy sống khi bắt đầu ngủ
- Rối loạn vận động liên quan đến giấc ngủ do rối loạn y tế
- Rối loạn vận động liên quan đến giấc ngủ do thuốc hoặc chất gây nghiện
- Rối loạn vận động liên quan đến giấc ngủ, không xác định

Hội chứng chân không yên - RLS được phân loại là rối loạn vận động liên quan đến giấc ngủ do có mối liên hệ chặt chẽ với các cử động chân tay theo chu kỳ và mối quan hệ thời gian của nó với sự khởi đầu khi ngủ, mặc dù nó không chủ yếu biểu hiện bằng các cử động đơn giản, rập khuôn.

Tiêu chuẩn chẩn đoán ICSD-3 cho RLS bao gồm sự thôi thúc di chuyển chân và / hoặc sự hiện diện của cảm giác khó chịu xảy ra chủ yếu khi nghỉ ngơi / không hoạt động. Các triệu chứng này ít nhất thuyên giảm một phần khi cử động (miễn là cử động vẫn tiếp tục) và có khía cạnh sinh học trong đó các triệu chứng xảy ra chủ yếu vào buổi tối hoặc đêm.

Rối loạn cử động chân tay định kỳ - Các cử động chân tay định kỳ thường được ghi nhận trong quá trình chụp đa nhân. Để các cử động chân tay định kỳ được coi là một rối loạn, chúng phải xảy ra trên chụp cắt lớp đa nhân hơn 15 lần mỗi giờ ở người lớn hoặc hơn 5 lần mỗi giờ ở trẻ em. Ngoài ra, một cá nhân phải báo cáo về rối loạn giấc ngủ hoặc một số dạng suy giảm chức năng có liên quan nhân quả đến các cử động chân tay theo chu kỳ.

Rối loạn chuyển động chân tay định kỳ không nên được chẩn đoán với chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ, RLS, chứng ngủ rũ hoặc rối loạn hành vi giấc ngủ REM (RBD) không được điều trị đồng thời, vì các cử động chân tay định kỳ thường thấy với những rối loạn này.

RỐI LOẠN NGỦ KHÁC

Danh mục này bao gồm các rối loạn giấc ngủ không thể được phân loại một cách thích hợp ở nơi khác trong ấn bản thứ ba của Bảng phân loại quốc tế về các rối loạn giấc ngủ (ICSD-3), do rối loạn này trùng lặp với nhiều loại hoặc khi không đủ dữ liệu được thu

thập để thiết lập một chẩn đoán khác. Các rối loạn liên quan riêng đến xáo trộn môi trường cũng có thể được phân loại ở đây.

Tài liệu tham khảo

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3654241/#:~:text=At%20altitude%2C%20the%20reduced%20oxygen,at%20altitudes%20above%206000%20ft.>

https://www.uptodate.com/contents/classification-of-sleep-disorders?search=sleep%20disorder&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders, 3rd ed, American Academy of Sleep Medicine, Darien, IL 2014.

Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. Chest 2014; 146:1387.

Berry RB, Quan SF, Abreu AR, et al for the American Academy of Sleep Medicine. The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology and Technical Specifications, Version 2.6, www.aasmnet.org, American Academy of Sleep Medicine, Darien, IL 2020.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.