

51,3%, 38,7% tương ứng. Trong khi đó đối với di căn phổi thì tỉ lệ sống sót sau 1, 3, 5 năm tương ứng là 95,2%, 88,4%, 78,8% [12]. Nghiên cứu của Rossing cũng chỉ ra nguy cơ tử vong của bệnh nhân có TgDT < 5 tháng cao gấp đôi so với TgDT > 14 tháng [8]. Miyauchi và cộng sự (2011) đã nghiên cứu trên 426 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, không có sự xuất hiện của kháng thể kháng Tg và được theo dõi ít nhất 20 tháng sau phẫu thuật. Tg – DT được tính toán bằng cách sử dụng các giá trị Tg được đo trong quá trình theo dõi định kỳ. Các tác giả đã phân nhóm thành các mốc TgDT < 1 năm, 1 – 3 năm, > 3 năm và những người có các giá trị âm do Tg giảm. Kết quả cho thấy, tỷ lệ sống sót trên 10 năm ở nhóm bệnh nhân có TgDT < 1 năm là 50%, ở nhóm 1 – 3 năm là 95% và ở các nhóm khác tỷ lệ là 100%. Khi tiến hành phân tích đơn biến và đa biến tác giả cũng cho thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với tái phát hạch vùng và di căn xa của nhóm có TgDT < 1 năm so với các nhóm khác (P<0,05). Nghiên cứu đã kết luận rằng TgDT là yếu tố tiên lượng độc lập về tỷ lệ sống sót cũng như tái phát tại chỗ và di căn xa [3].

## V. KẾT LUẬN

TgDT là chỉ số có giá trị trong ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tái phát, di căn và có mối liên quan ý nghĩa với tuổi, mô bệnh học và tình trạng di căn xa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Bích Nga**, Bệnh lý tuyến giáp trong thực hành lâm sàng. 2022, Nhà xuất bản y học: Trường Đại học y Hà Nội.
2. **Cooper, D.S., et al.**, Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*, 2009. 19(11): p. 1167-214.
3. **Miyauchi, A., et al.**, Prognostic impact of serum thyroglobulin doubling-time under thyrotropin suppression in patients with papillary thyroid carcinoma who underwent total thyroidectomy. 2011. 21(7): p. 707-716.
4. **Ahuja, A.T., et al.**, Ultrasound of malignant cervical lymph nodes. *Cancer Imaging*, 2008. 8(1): p. 48-56.
5. **Ko, M.S., et al.**, Normal and abnormal sonographic findings at the thyroidectomy sites in postoperative patients with thyroid malignancy. *AJR Am J Roentgenol*, 2010. 194(6): p. 1596-609.
6. **Shammas, A., et al.**, 18F-FDG PET/CT in patients with suspected recurrent or metastatic well-differentiated thyroid cancer. *J Nucl Med*, 2007. 48(2): p. 221-6.
7. **Atkins F.B and V.N. D.**, Radioiodine Whole Body Imaging. *Thyroid Cancer: A Comprehensive Guide to Clinical Management*. Humana Press, Totowa, NJ, 2006: p. 133–150.
8. **Rössing, R.M., et al.**, Serum thyroglobulin doubling time in progressive thyroid cancer. 2016. 26(12): p. 1712-1718.
9. **Liu Z, Chen S, Huang Y, Hu D, Zeng W, Wang M, Zhou W, Chen D, Feng H, Wei W, Zhang C, Zhou L, Guo L.** Synergic effects of histology subtype, tumor size, and lymph node metastasis on distant metastasis in differentiated thyroid cancer. *Ann Transl Med* 2019;7(20):533.
10. **Franssila KO.** Is the differentiation between papillary and follicular thyroid carcinoma valid? *Cancer* 1973;32:853-64. [Crossref] [PubMed]

## NHẬN XÉT MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ HÀNH VI TỰ SÁT Ở BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT

Phạm Công Huân<sup>1</sup>, Dương Minh Tâm<sup>1,2</sup>,  
Trần Thị Hà An<sup>1</sup>, Vũ Thị Lan<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét một số yếu tố yếu tố nguy cơ hành vi tự sát ở bệnh nhân tâm thần phân liệt. **Đối tượng và phương pháp:** Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, phân tích yếu tố nguy cơ hành vi tự sát bằng phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân tâm thần phân liệt và người nhà bệnh nhân được điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** có 36 bệnh nhân có hành vi tự sát trong số 177

bệnh nhân tâm thần phân liệt nghiên cứu chiếm tỷ lệ 20,3%. Phân tích 36 bệnh nhân có hành vi tự sát chúng tôi thấy: bệnh nhân tiền sử có ý tưởng tự sát, tiền sử toan tự sát nguy cơ có hành vi tự sát cao hơn 27,4 và 20,24 lần, tương ứng; bệnh nhân không tuân thủ điều trị nguy cơ có hành vi tự sát cao hơn 4,01 lần; bệnh nhân có triệu chứng ảo thanh, hoang tưởng nguy cơ tự sát cao hơn 2,37 và 1,42 lần, tương ứng; kết quả nghiên cứu không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính, nhóm tuổi, trình độ học vấn và thời gian mắc bệnh. **Kết luận:** Một số yếu tố nguy cơ cao của hành vi tự sát ở bệnh nhân tâm thần phân liệt là: có tiền sử có ý tưởng, toan tự sát; không tuân thủ điều trị, có triệu chứng ảo thanh, hoang tưởng, nguy cơ cao nhất là ở bệnh nhân có tiền sử ý tưởng và toan tự sát. **Từ khóa:** Bệnh tâm thần phân liệt, nguy cơ hành vi tự sát.

<sup>1</sup>Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Công Huân

Email: huanphamcong150785@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 9.9.2024

**SUMMARY**

**COMMENT OF SOME RISK FACTORS FOR SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA**

**Objective:** To comment some risk factors for suicidal behavior in patients with schizophrenia. **Subjects and methods:** Using a cross-sectional descriptive method, analyzing risk factors for suicidal behavior by directly interviewing schizophrenic patients and their relatives who were treated as inpatients at the National Institute of Mental Health - Bach Mai Hospital. **Results:** There were 36 patients with suicidal behavior out of 177 schizophrenic patients studied, accounting for 20.3%. Analyzing 36 patients with suicidal behavior, we found that: patients with a history of suicidal ideation, a history of suicide attempts were 27.4 and 20.24 times higher at risk of suicidal behavior, respectively; patients who did not comply with treatment were 4.01 times higher at risk of suicidal behavior; patients with auditory hallucinations and delusions were 2.37 and 1.42 times higher at risk of suicide, respectively; The study results did not find statistically significant differences in gender, age group, education level and duration of illness. **Conclusion:** Some high risk factors for suicidal behavior in schizophrenic patients are: history of suicidal ideation and attempts; non-compliance with treatment, symptoms of auditory hallucinations, delusions, the highest risk is in patients with a history of suicidal ideation and attempts. **Keywords:** Schizophrenia, risk of suicidal behavior.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh tâm thần phân liệt là bệnh loạn thần, chiếm tỷ lệ 0,3%-1% dân số. Triệu chứng lâm sàng đa dạng với nhiều nhóm triệu chứng khác nhau, nặng nề nhất là bệnh nhân có ý tưởng và hành vi tự sát. Tỷ lệ chết do tự sát ở bệnh nhân tâm thần phân liệt là khoảng 10% [1]. Phát hiện sớm và can thiệp kịp thời các yếu tố nguy cơ tự sát có vai trò quan trọng, góp phần giảm tỷ lệ tử vong, giảm gánh nặng bệnh tật cho cả bệnh nhân, gia đình và xã hội.

Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu một cách có hệ thống nguy cơ hành vi tự sát ở bệnh nhân tâm thần phân liệt. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Nhận xét một số yếu tố yếu tố nguy cơ hành vi tự sát ở bệnh nhân tâm thần phân liệt.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu:** bao gồm 177 bệnh nhân, trong đó có 36 bệnh nhân có hành vi tự sát điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần, thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt theo Bảng Phân loại bệnh Quốc tế về các rối loạn tâm thần và hành vi (ICD-10F) 1992 của Tổ chức Y tế Thế giới.

**Thời gian nghiên cứu:** 07/2020 - 03/2021.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích nguy cơ hành vi tự sát thông qua phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân và người nhà khi nằm viện. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Tỷ lệ bệnh nhân có hành vi tự sát**

**Bảng 3.1. Tỷ lệ bệnh nhân có hành vi tự sát**

Hành vi tự sát	Số lượng	Tỷ lệ %
Có	36	20,3
Không	141	79,7
<b>Tổng</b>	<b>177</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có hành vi tự sát là 20,3%

**3.2. Môi liên quan giữa tiền sử có ý tưởng tự sát với nguy cơ hành vi tự sát**

**Bảng 3.2. Môi liên quan giữa tiền sử có ý tưởng tự sát với nguy cơ hành vi tự sát**

Hành vi tự sát \ Tiền sử YTTS	Có		Không		OR (CI95%)	r
	n	%	n	%		
Có	16	80	4	20	27,4 (8,32-90,24)	0,53
Không	20	12,7	137	87,3		
<b>Tổng</b>	<b>36</b>	<b>20,3</b>	<b>141</b>	<b>79,7</b>		

**Nhận xét:** Bệnh nhân có tiền sử có ý tưởng tự sát có nguy cơ có hành vi tự sát cao hơn 27,4 lần, khoảng tin cậy 95% dao động từ 8,32-90,24.

**3.3. Môi liên quan giữa tiền sử toan tự sát với nguy cơ hành vi tự sát**

**Bảng 3.3. Môi liên quan giữa tiền sử toan tự sát với nguy cơ hành vi tự sát**

Hành vi tự sát \ Tiền sử toan tự sát	Có		Không		OR (CI95%)	r
	n	%	n	%		
Có	11	78,6	3	21,4	20,24 (5,33-77,75)	0,43
Không	25	15,3	138	84,7		
<b>Tổng</b>	<b>36</b>	<b>20,3</b>	<b>141</b>	<b>79,7</b>		

**Nhận xét:** Bệnh nhân có tiền sử có toan tự sát có nguy cơ có hành vi tự sát cao hơn 20,24 lần, khoảng tin cậy 95% dao động từ 5,33-77,75.

**3.4. Môi liên quan giữa không tuân thủ điều trị với nguy cơ hành vi tự sát**

**Bảng 3.4. Môi liên quan giữa không tuân thủ điều trị với nguy cơ hành vi tự sát**

Hành vi tự sát \ Tuân thủ điều trị	Có		Không		OR (CI95%)	r
	n	%	n	%		
Không	25	32,9	51	67,1	4,01 (1,83-8,82)	0,31
Có	11	10,9	90	89,1		
<b>Tổng</b>	<b>36</b>	<b>20,3</b>	<b>141</b>	<b>79,7</b>		

**Nhận xét:** Bệnh nhân không tuân thủ điều trị có nguy cơ có hành vi tự sát cao hơn 4,01 lần, khoảng tin cậy 95% dao động từ 1,83-8,82.

**3.5. Môi liên quan triệu chứng ảo thanh với nguy cơ hành vi tự sát**

**Bảng 3.5. Môi liên quan giữa triệu chứng ảo thanh với nguy cơ hành vi tự sát**

Hành vi tự sát	Có		Không		OR (CI95%)	r
	n	%	n	%		
Ảo thanh						
Có	31	23,3	102	76,7	2,369 (0,86-6,54)	0,128
Không	5	11,4	39	88,4		
Tổng	36	20,3	141	79,7		

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có hành vi tự sát ở nhóm bệnh nhân có ảo thanh có nguy cơ hành vi tự sát cao hơn 2,369 lần so với nhóm bệnh nhân không có ảo thanh.

**3.6. Môi liên quan triệu chứng hoang tưởng với nguy cơ hành vi tự sát**

**Bảng 3.6. Môi liên quan giữa triệu chứng hoang tưởng với nguy cơ hành vi tự sát**

Hành vi tự sát	Có		Không		OR (CI95%)	r
	n	%	n	%		
Hoang tưởng						
Có	29	21,6	105	78,4	1,420 (0,57-3,52)	0,057
Không	7	16,3	36	83,7		
Tổng	36	20,3	141	79,7		

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có hành vi tự sát ở bệnh nhân có hoang tưởng có nguy cơ hành vi tự sát cao hơn 1,42 lần..

**3.7. Môi liên quan giới tính với nguy cơ hành vi tự sát**

**Bảng 3.7. Môi liên quan giữa giới tính với nguy cơ hành vi tự sát**

Giới tính		n	%	P	r
Nam	Có hành vi tự sát	22	25,6	0,092	0,127
	Không có	64	74,4		
Nữ	Có hành vi tự sát	14	15,4		
	Không có	77	84,6		
Tổng		177	100		

**Nhận xét:** Tỷ lệ hành vi tự sát ở bệnh nhân nam và bệnh nhân nữ là không có sự khác biệt, với p>0,05.

**3.8. Môi liên quan giữa nhóm tuổi với hành vi tự sát**

**Bảng 3.8. Môi liên quan giữa nhóm tuổi với hành vi tự sát**

Nhóm tuổi	n	%	P	r	
≤ 20 tuổi	Có hành vi tự sát	5	31,3	0,124	0,051
	Không có	11	68,7		
21-30 tuổi	Có hành vi tự sát	17	22,7		
	Không có	58	77,3		
31-40 tuổi	Có hành vi tự sát	6	10,5		
	Không có	51	89,5		
>40 tuổi	Có hành vi tự sát	8	27,6		
	Không có	21	72,4		
Tổng		177	100		

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hành vi tự sát ở các nhóm tuổi khác nhau, p>0,05.

**3.9. Môi liên quan giữa trình độ học vấn với nguy cơ hành vi tự sát**

**Bảng 3.9. Môi liên quan giữa trình độ học vấn với nguy cơ hành vi tự sát**

Trình độ học vấn	n	%	P	r	
THPT và dưới THPT	Có hành vi tự sát	25	22,1	0,433	0,059
	Không có	88	77,9		
Đại học và sau đại học	Có hành vi tự sát	11	17,2		
	Không có	53	82,8		
Tổng		177	100		

**Nhận xét:** Không có mối tương quan về tỷ lệ hành vi tự sát với trình độ học vấn ở bệnh nhân tâm thần phân liệt hệ số tương quan là 0,059 với p>0,05.

**3.10. Môi liên quan giữa thời gian mắc bệnh với nguy cơ hành vi tự sát**

**Bảng 3.10. Môi liên quan giữa thời gian mắc bệnh với nguy cơ hành vi tự sát**

Thời gian mắc bệnh	n	%	P	r	
≤ 1 năm	Có hành vi tự sát	10	24,4	0,85	0,056
	Không có	31	75,6		
1 – 5 năm	Có hành vi tự sát	13	19,4		
	Không có	54	81,6		
> 5 năm	Có hành vi tự sát	13	18,8		
	Không có	56	81,2		
Tổng số		177	100		

**Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh với hành vi tự sát, với p > 0,05.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Tỷ lệ các hành vi tự sát.** Theo bảng số liệu (3.1): Tỷ lệ bệnh nhân tâm thần phân liệt có hành vi tự sát là 20,3%. Hành vi tự sát ở bệnh nhân TTPL được ước tính cao gấp 10 lần so với quần thể dân số chung, tỷ lệ chết do tự sát dao động từ 5-10%, là nguyên nhân chính làm giảm tuổi thọ của bệnh nhân [1]. Nghiên cứu của Dong trên bệnh nhân tâm thần phân liệt ở Trung Quốc, tỷ lệ ý tưởng tự sát và toan tự sát suốt đời là 25,8% và 14,6% tương ứng [2].

**4.2. Môi liên quan tiền sử có ý tưởng và toan tự sát với nguy cơ hành vi tự sát.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có tiền sử có ý tưởng tự sát và toan tự sát có nguy cơ có hành vi tự sát cao hơn 27,4 và 20,24 lần, tương ứng. Tiền sử có ý tưởng tự sát là yếu tố nguy cơ cao của toan tự sát trong tương lai, đặc biệt là ý tưởng tự sát có lên kế hoạch tự sát. Nghiên cứu 84.850 người trưởng thành ở 17

Quốc gia về hành vi tự sát của K. Nock và cộng sự: tỷ lệ ý tưởng tự sát là giống nhau giữa các nước có thu nhập thấp và thu nhập cao [3]. Tiền sử có toan tự sát cũng là yếu tố nguy cơ cao cho hành vi tự sát và chết do tự sát ở bệnh nhân tâm thần phân liệt. Nghiên cứu của Aydin và cộng sự có 40,8% bệnh nhân đã có tiền sử toan tự sát ít nhất một lần, 39,6% bệnh nhân có tiền sử toan tự sát nhiều lần [4].

**4.3. Môi liên quan giữa không tuân thủ điều trị với nguy cơ hành vi tự sát.** Bệnh nhân không tuân thủ điều trị, nguy cơ có hành vi tự sát cao hơn 4,01 lần. Bệnh nhân không tuân thủ điều trị dễ tái phát bệnh, tái phát triệu chứng loạn thần phải nhập viện nhiều lần, đây là những yếu tố làm tăng nguy cơ hành vi tự sát ở bệnh nhân tâm thần phân liệt. Nghiên cứu khác không tuân thủ điều trị là yếu tố nguy cơ của hành vi tự sát, việc sử dụng thuốc chống loạn thần kéo dài đã giảm đáng kể ở những người có toan tự sát [4].

**4.4. Môi liên quan giữa triệu chứng ảo thanh, hoang tưởng với nguy cơ hành vi tự sát.** Bệnh nhân có triệu chứng ảo thanh, hoang tưởng, nguy cơ có hành vi tự sát cao hơn 2,37 và 1,42 lần, tương ứng. Nguyên nhân chủ yếu của hành vi tự sát là ảo thanh, đặc biệt là ảo thanh nhiều giọng nói với nội dung ra lệnh, xui khiến. Bệnh nhân có triệu chứng hoang tưởng; hoang tưởng bị hại, bị chi phối cũng là yếu tố nguy cơ và nguyên nhân hành vi tự sát ở bệnh nhân tâm thần phân liệt.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Sáu, bệnh nhân tâm thần phân liệt có ý tưởng, hành vi tự sát hay gặp nhất là hoang tưởng bị hại chiếm 100%, hoang tưởng bị chi phối chiếm 72,7% [5]. Nhiều nghiên cứu khác cũng cho kết quả có mối liên quan chặt chẽ giữa triệu chứng ảo thanh, hoang tưởng với hành vi tự sát ở bệnh nhân tâm thần phân liệt.

**4.5. Môi liên quan giữa nhóm tuổi, giới, trình độ học vấn và thời gian mắc bệnh với nguy cơ hành vi tự sát.** Theo bảng số liệu (3.7), (3.8), (3.9), (3.10), nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nguy cơ hành vi tự sát với nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn và thời gian mắc bệnh của bệnh nhân.

Nhiều nghiên cứu thấy rằng nam giới có nguy cơ có hành vi tự sát cao hơn nữ giới như nghiên cứu của Jakhar trong các bệnh nhân có toan tự sát nam giới có hành vi tự sát chiếm 60% [6]. Tương tự là nghiên cứu của A. Bornheimer với cỡ mẫu 1460 bệnh nhân tâm thần phân liệt, có 74% bệnh nhân là nam giới [7]. Ngược lại, nhiều nghiên cứu cho kết quả nữ

giới có hành vi tự sát có tỷ lệ cao hơn như nghiên cứu của Aydin và cộng sự nữ giới có tỷ lệ cao hơn chiếm 53,8% [4]. Phân tích gộp với cỡ mẫu trên 1000 bệnh nhân tâm thần phân liệt của Dong và cộng sự, tỷ lệ ý tưởng tự sát ở nam và nữ lần lượt tương ứng là 29,6% và 24,1%; tỷ lệ toan tự sát ở nam là 13% còn ở nữ là 13,8% nhưng sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê, với  $p > 0,05$  [2].

Nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân ở nhóm tuổi dưới 30 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, tuy nhiên khi so sánh giữa nhóm bệnh nhân có hành vi tự sát và không có hành vi tự sát chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Nghiên cứu của Jakhar và Gill: bệnh nhân tâm thần phân liệt có toan tự sát có tuổi trung bình ở nhóm tuổi dưới 30 hoặc tuổi dao động từ 13 đến 27 tuổi [6], [8].

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có trình độ học vấn là trung học phổ thông và dưới trung học phổ thông. Tuy nhiên cũng có tỷ lệ cao bệnh nhân có trình độ học vấn là đại học và sau đại học, nhiều bệnh nhân khởi phát bệnh khi đang là sinh viên theo học tại các trường đại học, cao đẳng. Nghiên cứu của Verma và cộng sự ở Ấn Độ, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê liên quan đến tuổi, trình độ học vấn, tuổi khởi phát của bệnh giữa nhóm bệnh nhân tâm thần phân liệt có toan tự sát và nhóm không có toan tự sát [9].

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 36 bệnh nhân có hành vi tự sát chiếm tỷ lệ 20,3% trong 177 bệnh nhân tâm thần phân liệt.

Một số yếu tố nguy cơ cao của hành vi tự sát là: tiền sử có ý tưởng, toan tự sát; không tuân thủ điều trị, có triệu chứng ảo thanh, hoang tưởng. Trong đó, có tiền sử có ý tưởng tự sát, toan tự sát có nguy cơ có hành vi tự sát cao nhất.

Nghiên cứu của chúng tôi, không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, thời gian mắc bệnh ở nhóm bệnh nhân có hành vi tự sát và không có hành vi tự sát.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sher L, Kahn RS.** Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview. *Medicina* (Kaunas). 2019;55(7).
2. **Dong M, Wang SB, Wang F, et al.** Suicide-related behaviours in schizophrenia in China: a comprehensive meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019;290-299.
3. **Nock MK, Borges G, Bromet EJ, et al.** Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal*

- of Psychiatry. 2008;192(2):98-105.
4. **Aydın M, İlhan BC, Tekdemir R, Çökünlü Y, Erbasan V, Altınbaş K.** Suicide attempts and related factors in schizophrenia patients. Saudi Med J. 2019;475-482.
  5. **Nguyễn Thị Sáu.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng ý tưởng và hành vi tự sát ở các bệnh nhân rối loạn tâm thần thường gặp tại Viện Sức khỏe Tâm thần. Trường Đại học Y Hà Nội, Luận văn chuyên khoa cấp II. 2013:71.
  6. **Jakhar K, Beniwal RP, Bhatia T, Deshpande SN.** Self-harm and suicide attempts in Schizophrenia. Asian J Psychiatr. 2017;30:102-106.
  7. **Bornheimer LA.** Moderating effects of positive symptoms of psychosis in suicidal ideation among adults diagnosed with schizophrenia. Schizophrenia Research. 2016;176(2-3):364-370.
  8. **Gill KE, Quintero JM, Poe SL, et al.** Assessing Suicidal Ideation in Individuals at Clinical High Risk for Psychosis. Schizophrenia research. 2015;165(0):152.
  9. **Verma D, Srivastava MK, Singh SK, Bhatia T, Deshpande SN.** Lifetime suicide intent, executive function and insight in schizophrenia and schizoaffective disorders. Schizophrenia Research. 2016;178(1-3):12-16.

## KẾT QUẢ CAN THIỆP NỘI MẠCH ĐIỀU TRỊ TẮC HẸP ĐỘNG MẠCH ĐÙI - KHOEO TASC B

Trần Minh Bảo Luân<sup>1</sup>, Trần Hoàng Thịnh<sup>2</sup>, Nguyễn Duy Tân<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả can thiệp nội mạch điều trị tắc động mạch đùi - khoeo TASC B. **Phương pháp:** Đây là nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca được tiến hành tại Khoa Ngoại Tim mạch – lồng ngực, Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Trong thời gian từ 10/2022 đến 10/2023, có 58 trường hợp tắc động mạch mạn tính chi dưới TASC B được điều trị tái thông bằng can thiệp nội mạch, tuổi trung bình là  $76 \pm 10$  (42-93); nam/nữ: 40/18; Vị trí tổn thương: 36 trường hợp (62,1%) động mạch đùi nông, 16 trường hợp (27,6%) động mạch khoeo, 6 trường hợp (10,3%) 1/3 dưới động mạch đùi nông + khoeo. Phương pháp can thiệp: 51 trường hợp (87,8%) xuôi dòng, 7 trường hợp (12,1%) xuôi dòng phối hợp ngược dòng. Thời gian can thiệp trung bình  $132,6 \pm 28,4$ ; 2 trường hợp (3,45%) biến chứng tụ máu vị trí đâm kim, tự giới hạn sau khi được băng ép. Tỷ lệ thành công chung về mặt kỹ thuật trong nhóm nghiên cứu là 54/58 tương đương 93,1%. Mẫu nghiên cứu có 11 chi loét và hoại tử trước can thiệp, sau 6 tháng theo dõi, 8 chi lành vết loét (72,73), 2 chi chưa lành tuy nhiên vết thương giảm kích thước đáng kể, 1 bệnh nhân đã phải đoạn chi cao. **Kết luận:** Can thiệp nội mạch điều trị tắc hẹp động mạch đùi – khoeo TASC B cho kết quả thành công cao về mặt kỹ thuật (93,1%), tính riêng tầng đùi-khoeo có tỷ lệ thành công 100%, tai biến, biến chứng thấp và cải thiện đáng kể các triệu chứng lâm sàng.

**Từ khóa:** can thiệp nội mạch, tắc động mạch đùi – khoeo mạn tính.

### SUMMARY

#### THE RESULTS OF ENDOVASCULAR INTERVENTION IN TREATMENT OF TASC B FEMORAL-POPLITEAL ARTERIAL OCCLUSION

**Objectives:** Evaluation of endovascular interventional results in treatment of TASC B femoral-popliteal arterial occlusion. **Methods:** Retrospective - case series descriptive study conducted at Cardiovascular and Thoracic Surgery Department, Thong Nhat Hospital. Ho Chi Minh city. **Results:** From Oct 2022 to Oct 2023, there were 58 cases of chronic arterial occlusion of lower extremities TASC B treated with revascularization by endovascular intervention, average age was  $76 \pm 10$  (42-93); male /female: 40/18; Location of injuries: 36 cases (62.1%) superficial femoral artery, 16 cases (27.6%) popliteal artery, 6 cases (10.3%) 1/3 superior superficial femoral artery and below the knee. Intervention methods: 51 cases (87.8%) antegrade, 7 cases (12.1%) antegrade combined with retrograde. Average intervention time  $132.6 \pm 28.4$ ; 2 cases (3.45%) complications of hematoma at the needle puncture site, which self-limited after compression bandage. The overall technical success rate in the study group was 54/58, equivalent to 93.1%. The study sample had 11 limbs with ulcers and necrosis before intervention, after 6 months of follow-up, 8 limbs (72,7%) had healed ulcers, 2 limbs had not healed but the wound size had decreased significantly, 1 patient had to above the ankle amputation. **Conclusion:** Endovascular intervention in recanalization of TASC B femoral-popliteal artery occlusion has a highly successful technical result (93.1%), femoral-popliteal arterial lesion has a 100% success rate. Endovascular intervention in treatment of TASC B classification showed low complications, and significant improvement in clinical symptoms.

**Keywords:** Endovascular intervention, chronic femoral – popliteal arterial occlusion.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch chi dưới mạn tính

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

<sup>3</sup>Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Tân

Email: tannd@bvtvn.org.vn

Ngày nhận bài: 27.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024