

1182. doi: 10.3390/ children8121182. PMID: 34943378; PMCID: PMC8700598.
4. **Lee JH, Lee JH, Shim JO, Lee JH, Eun BL, Yoo KH.** Foreign Body Ingestion in Children: Should Button Batteries in the Stomach Be Urgently Removed? *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2016 Mar;19(1):20-8. doi: 10.5223/pghn.2016.19.1.20. Epub 2016 Mar 22. PMID: 27066446; PMCID: PMC4821979.
 5. **Law WL, Lo CY.** Fishbone perforation of the small bowel: laparoscopic diagnosis and laparoscopically assisted management. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2003 Dec;13(6):392-3. doi: 10.1097/00129689-200312000-00010. PMID: 14712103.
 6. **Jimenez-Fuertes M, Moreno-Posadas A, Ruiz-Tovar Polo J, Durán-Poveda M.** Liver abscess secondary to duodenal perforation by fishbone: Report of a case. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016 Jan;108(1):42. PMID: 26765235.
 7. **Sarici IS, Topuz O, Sevim Y, Sarigoz T, Ertan T, Karabiyik O, Koc A.** Endoscopic Management of Colonic Perforation due to Ingestion of a Wooden Toothpick. *Am J Case Rep.* 2017 Jan 20;18:72-75. doi: 10.12659/ajcr.902004. PMID: 28104902; PMCID: PMC5270761.
 8. **ASGE Standards of Practice Committee; Ikenberry SO, Jue TL, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, Ben-Menachem T, Decker GA, Fanelli RD, Fisher LR, Fukami N, Harrison ME, Jain R, Khan KM, Krinsky ML, Maple JT, Sharaf R, Strohmeyer L, Dominitz JA.** Management of ingested foreign bodies and food impactions. *Gastrointest Endosc.* 2011 Jun;73(6): 1085-91. doi: 10.1016/j.gie.2010.11.010. PMID: 21628009.
 9. **Hara M, Takayama S, Imafuji H, Sato M, Funahashi H, Takeyama H.** Single-port retrieval of peritoneal foreign body using SILS port: report of a case. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2011 Jun;21(3):e126-9. doi: 10.1097/SLE.0b013e31820df9d0. PMID: 21654283.
 10. **Obinwa O, Cooper D, O'Riordan J. M., & Neary, P.** (2016). *Gastrointestinal Foreign Bodies. Actual Problems of Emergency Abdominal Surgery.* doi:10.5772/63464

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN NHẬN THỨC Ở NGƯỜI BỆNH TRẦM CẢM CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thị Phương Loan¹, Hoàng Trường Sơn¹,
Nguyễn Thị Bích¹, Tạ Thị Hằng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả triệu chứng rối loạn nhận thức ở người bệnh trầm cảm cao tuổi điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 97 người bệnh trầm cảm từ 60 tuổi trở lên điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/ 2024 đến 07/ 2024. **Kết quả:** Phần lớn người bệnh (52,6%) vào viện với chẩn đoán trầm cảm tái diễn. 27,8% người bệnh có triệu chứng loạn thần. Đa số người bệnh gặp trầm cảm nặng (69,1%). 53,6% số người bệnh có triệu chứng suy giảm nhận thức, trong đó 13,4% gặp suy giảm nhận thức mức độ vừa. Về các chức năng nhận thức, khoảng 42,3% người bệnh gặp rối loạn về trí nhớ, 34% gặp rối loạn về chú ý và 26,8% gặp rối loạn về ngôn ngữ. **Kết luận:** Rối loạn chức năng nhận thức là triệu chứng phổ biến ở người bệnh trầm cảm cao tuổi và nhiều chức năng nhận thức bị ảnh hưởng. **Từ khóa:** trầm cảm, người cao tuổi, chức năng nhận thức.

SUMMARY

COGNITIVE IMPAIRMENT IN ELDERLY

¹*Viện Sức khỏe Tâm thần*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Loan

Email: ntploan68@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2024

Ngày duyệt bài: 7.10.2024

INPATIENTS WITH DEPRESSION AT THE NATIONAL MENTAL HEALTH INSTITUTE - BACH MAI HOSPITAL

Objectives: Description of cognitive impairment in elderly inpatients with depression at the National Institute of Mental Health - Bach Mai Hospital. **Subjects and methods:** Cross-sectional description of 97 inpatients aged from 60 and above with depression at National Institute of Mental Health - Bach Mai Hospital from January 2024 to July 2024. **Results:** The majority of patients (52.6%) were admitted with a diagnosis of recurrent depression. 27.8% of patients had psychotic symptoms. The majority of patients had severe depression (69.1%). 53.6% of patients had symptoms of cognitive impairment, of which 13.4% had moderate cognitive impairment. Regarding cognitive functions, about 42.3% of patients had memory disturbance, 34% had attention disturbance, and 26.8% had language disturbance. **Conclusions:** Cognitive impairment is a common symptom in older people with depression, depression affects a variety of cognitive functions.

Keywords: Depression, Elderly, Cognitive function.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo WHO, số lượng và tỷ lệ người cao tuổi đang ngày càng tăng. Năm 2019, số lượng người từ 60 tuổi trở lên là 1 tỷ người, con số này được dự đoán sẽ tăng lên 1,4 tỷ vào năm 2030 và 2,1 tỷ vào năm 2050.¹ Tổ chức y tế thế giới (WHO)

đã dự tính tỷ lệ trầm cảm toàn cầu ở người cao tuổi là khoảng 10-20%, chiếm 40% tổng số người bệnh được chẩn đoán với rối loạn tâm thần. Người bệnh trầm cảm có nguy cơ tử vong sớm cao hơn 40% so với người không mắc bệnh.² Các rối loạn nhận thức liên quan đến trầm cảm (một tình trạng thường được gọi là giả mất trí) trước đây không được quan tâm. Gần đây, các suy giảm nhận thức này bắt đầu được chú ý bởi chúng là các triệu chứng tồn đọng, kéo dài kể cả đối với người bệnh đáp ứng tốt với chống trầm cảm. Những triệu chứng nhận thức này không chỉ tác động đáng kể đến chức năng, chất lượng cuộc sống mà còn liên quan đến nguy cơ tái phát trầm cảm.³

Trầm cảm ảnh hưởng đến nhiều chức năng nhận thức bao gồm chú ý, trí nhớ, chức năng thị giác- không gian, chức năng ngôn ngữ, hoạt động tâm thần- vận động, chức năng điều hành. Những triệu chứng này rõ rệt hơn ở người cao tuổi. Ở người cao tuổi, rối loạn chức năng nhận thức trong trầm cảm có thể là những triệu chứng chủ đạo và bị chẩn đoán nhầm lẫn với sa sút trí tuệ, dẫn đến chẩn đoán sai và điều trị chậm trễ.⁴ Với mong muốn tìm hiểu và phân tích các triệu chứng lâm sàng rối loạn nhận thức ở người bệnh trầm cảm cao tuổi điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia- Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: *Mô tả triệu chứng rối loạn nhận thức ở người bệnh trầm cảm cao tuổi điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu: 97 người bệnh được chẩn đoán trầm cảm điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia- Bệnh viện Bạch Mai, thời gian từ tháng 01/ 2024 đến tháng 07/ 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh từ 60 tuổi trở lên đáp ứng chẩn đoán trầm cảm theo Bảng Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10. Gia đình và bản thân người bệnh đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có tiền sử mắc các rối loạn tâm thần nặng, hạn chế khả năng giao tiếp hoặc mắc các bệnh lý nội ngoại khoa nặng không thể tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang.

2.3. Phân tích, xử lý số liệu: Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS22.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp vào phương pháp điều trị của bác sĩ. Nghiên cứu

được sự đồng ý của người bệnh và gia đình. Nghiên cứu được tiến hành khi được sự đồng ý của Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia – Bệnh viện Bạch Mai.

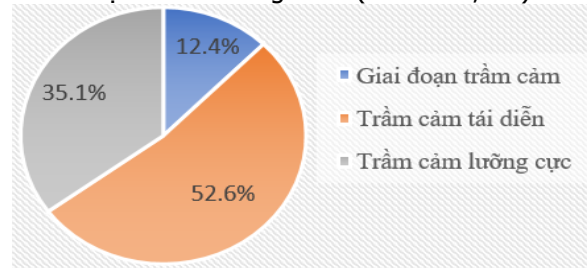
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		n	%
Giới	Nam	26	26,8
	Nữ	71	73,2
Nhóm tuổi	60-64	24	24,7
	65-69	37	38,1
	70-74	23	23,7
	≥ 75	13	13,4
Nơi sinh sống	Thành thị	54	55,7
	Nông thôn	43	44,3

Nhận xét: Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ nữ chiếm phần lớn (73,2%). Nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là 65-69 tuổi, chiếm 38,1%, sau đó lần lượt là các nhóm dưới 64 tuổi, 70-74 tuổi và từ 75 tuổi trở lên, chiếm lần lượt 24,7%, 23,7% và 13,4%. Tỷ lệ người bệnh ở thành thị cao hơn nông thôn (chiếm 55,7%).



Biểu đồ 1. Chẩn đoán của người bệnh

Nhận xét: Phần lớn người bệnh trầm cảm cao tuổi nhập viện với chẩn đoán trầm cảm tái diễn (chiếm 52,6%). Có 35,1% người bệnh nhập viện do giai đoạn trầm cảm của rối loạn cảm xúc lưỡng cực, và 12,4% khởi phát trầm cảm lần đầu.

3.2. Đặc điểm triệu chứng trầm cảm ở người bệnh cao tuổi

Bảng 2. Mức độ nặng trầm cảm theo HAM-D

	n	%
Trầm cảm nhẹ	12	12,4
Trầm cảm vừa	18	18,6
Trầm cảm nặng	67	69,1
Điểm trung bình	28,2±9,7	

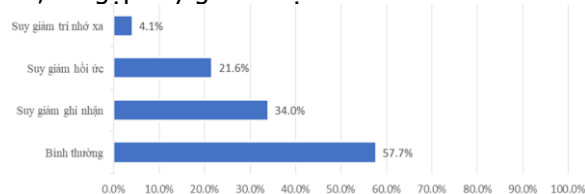
Nhận xét: Theo đánh giá của thang HAM-D, phần lớn người bệnh trong nghiên cứu gặp triệu chứng trầm cảm nặng, chiếm 69,1%. Có 18,6% gặp triệu chứng vừa và 12,4% gặp triệu chứng mức độ nhẹ.

3.3. Đặc điểm triệu chứng rối loạn chức năng nhận thức ở người bệnh trầm cảm cao tuổi

Bảng 3. Điểm MMSE ở người bệnh trầm cảm theo tuổi

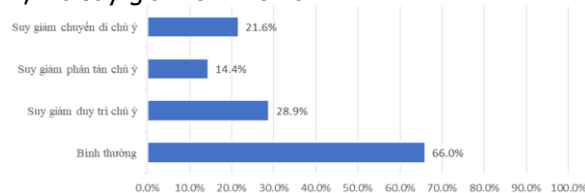
	n	%
Không có suy giảm nhận thức	45	46,4
Suy giảm nhận thức nhẹ	39	40,2
Suy giảm nhận thức vừa	13	13,4
Suy giảm nhận thức nghiêm trọng	0	0
Điểm trung bình	22,6 ± 4,9	

Nhận xét: 40,2% người bệnh gặp suy giảm nhận thức nhẹ qua đánh giá thang điểm MMSE, 13,4% gặp suy giảm nhận thức vừa.



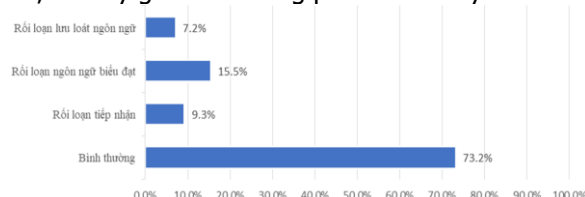
Biểu đồ 2. Rối loạn trí nhớ ở người bệnh trầm cảm cao tuổi

Nhận xét: Có khoảng 34% người bệnh trầm cảm cao tuổi gặp suy giảm ghi nhận (trí nhớ tức thì), 21,6% suy giảm khả năng hồi ức và chỉ có 4,1% suy giảm trí nhớ xa.



Biểu đồ 3. Rối loạn chú ý ở người bệnh trầm cảm cao tuổi

Nhận xét: Phần lớn người bệnh không có suy giảm chú ý (66%), có 28,9% suy giảm khả năng duy trì chú ý, 21,6% suy giảm chuyển di chú ý và 14,4% suy giảm khả năng phân tán chú ý.



Biểu đồ 4. Rối loạn ngôn ngữ ở người bệnh trầm cảm cao tuổi

Nhận xét: Hầu hết người bệnh không gặp rối loạn ngôn ngữ (73,2%). Có 15,5% gặp rối loạn ngôn ngữ biểu đạt (gọi tên đồ vật). 9,3% rối loạn ngôn ngữ tiếp nhận (hiểu câu, làm theo mệnh lệnh). 7,2% suy giảm lưu loát ngôn ngữ.

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả bảng 1, nhóm người bệnh chủ

yếu là nữ (chiếm 73,2%), tỷ lệ trầm cảm theo nhóm tuổi tăng dần lên cao nhất ở nhóm tuổi 65-69 tuổi và giảm dần sau đó. Tỷ lệ người bệnh ở thành thị cao hơn nông thôn (55,7% so với 44,3%). Các nghiên cứu trên thế giới cũng thấy rằng phụ nữ có nguy cơ gặp trầm cảm gấp đôi nam giới trong cuộc đời. Điều này là do sự tương tác giữa các yếu tố về sinh học như di truyền, môi trường và các yếu tố tâm lý.⁵ Người bệnh cao tuổi già và cao tuổi trung bình (trên 70 tuổi) có mức độ dễ tổn thương cao hơn gấp nhiều lần so với người cao tuổi trẻ. Tuy nhiên, những người càng cao tuổi có vẻ như có khả năng điều hòa cảm xúc tốt hơn và đối mặt tốt hơn với tình dễ tổn thương. Theo nghiên cứu của Kristina và cộng sự, tỷ lệ gặp trầm cảm ở các vùng đông dân cư cao hơn đáng kể, cụ thể là tăng 12-20% đối với trầm cảm.⁶ Các yếu tố về mặt môi trường như ô nhiễm môi trường cũng có thể đóng góp trong sự khác biệt về môi trường sống.

Theo biểu đồ 1, phần lớn người bệnh trầm cảm cao tuổi nhập viện với chẩn đoán trầm cảm tái diễn (chiếm 52,6%). Có 35,1% người bệnh nhập viện do giai đoạn trầm cảm của rối loạn cảm xúc lưỡng cực, và 12,4% khởi phát trầm cảm lần đầu. Theo bảng 2, phần lớn người bệnh (69,1%) gặp triệu chứng trầm cảm mức độ nặng. Do nghiên cứu thực hiện ở điều kiện điều trị nội trú, phần lớn người bệnh nhập viện khi tiêu chuẩn nhập viện được thỏa mãn và triệu chứng trầm cảm tiến triển nặng. Các nghiên cứu cho thấy phần lớn các giai đoạn trầm cảm gặp phải ở người cao tuổi là các giai đoạn tái phát ở người bệnh có tiền sử trầm cảm. Hơn một nửa người bệnh trầm cảm cao tuổi gặp phải tái phát.⁷

Theo bảng 3, 40,2% người bệnh gặp suy giảm nhận thức nhẹ qua đánh giá thang điểm MMSE, 13,4% gặp suy giảm nhận thức vừa. Các nghiên cứu cho thấy người bệnh cao tuổi trầm cảm có nguy cơ cao gặp đôi gặp suy giảm nhận thức.⁸

Theo biểu đồ 2, có khoảng 34% người bệnh trầm cảm cao tuổi gặp suy giảm ghi nhận (trí nhớ tức thì), 21,6% suy giảm khả năng hồi ức và chỉ có 4,1% suy giảm trí nhớ xa. Nghiên cứu của Nikolina và cộng sự (2021) cho thấy người bệnh trầm cảm có sự suy giảm đáng kể về trí nhớ làm việc. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy người bệnh trầm cảm có sự suy giảm về khả năng phân tích, giảm trí nhớ ngắn hạn về ngôn ngữ và thị giác- không gian. Người bệnh trầm cảm không thấy có sự rối loạn ở các bài test không đòi hỏi sự cập nhật các mảnh kiến thức, điều này cho thấy người bệnh trầm cảm có sự rối loạn trong các quá trình đòi hỏi cập nhật trí nhớ. Sự suy giảm về trí nhớ làm việc tăng lên tỷ lệ thuận

với khối lượng nhiệm vụ, điều này gợi ý sự thiếu đầy đủ trong chức năng điều hành để phối hợp và chuyển đổi giữa các quá trình của trí nhớ làm việc.⁹

Theo biểu đồ 3, phần lớn người bệnh không có suy giảm chú ý (66%), có 28,9% suy giảm khả năng duy trì chú ý, 21,6% suy giảm chuyển di chú ý và 14,4% suy giảm khả năng phân tán chú ý. Theo Lockwood và cộng sự (2002), người bệnh trầm cảm có chức năng chọn lọc chú ý và duy trì chú ý kém hơn đáng kể so với nhóm đối chứng.¹⁰

Theo kết quả của chúng tôi, hầu hết người bệnh không gặp rối loạn ngôn ngữ (73,2%). Có 15,5% gặp rối loạn ngôn ngữ biểu đạt (gọi tên đồ vật). 9,3% rối loạn ngôn ngữ tiếp nhận (hiểu câu, làm theo mệnh lệnh). 7,2% suy giảm lưu loát ngôn ngữ. Người bệnh trầm cảm cao tuổi cũng có sự suy giảm về gọi tên đồ vật, đọc ký hiệu và chất lượng chữ viết. Hơn nữa, người bệnh trầm cảm cao tuổi có mức độ suy giảm các chức năng ngôn ngữ (gọi tên đồ vật, định nghĩa khái niệm, tuân thủ mệnh lệnh, hiểu và lặp lại câu) tương đương với người bệnh Alzheimer.¹¹

V. KẾT LUẬN

Rối loạn chức năng nhận thức là triệu chứng phổ biến ở người bệnh trầm cảm cao tuổi và nhiều chức năng nhận thức bị ảnh hưởng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ageing.** Accessed April 30, 2024. <https://www.who.int/health-topics/ageing>
2. **Zenebe Y, Akele B, W/Selassie M, Necho M.** Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-

- analysis. *Ann Gen Psychiatry.* 2021;20(1):55. doi:10.1186/s12991-021-00375-x
3. **Perini G, Cotta Ramusino M, Sinforiani E, Bernini S, Petrachi R, Costa A.** Cognitive impairment in depression: recent advances and novel treatments. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2019;15:1249-1258. doi:10.2147/NDT.S199746
4. **Mukku SSR, Dahale AB, Muniswamy NR, Muliya KP, Sivakumar PT, Varghese M.** Geriatric Depression and Cognitive Impairment—An Update. *Indian J Psychol Med.* 2021;43(4):286-293. doi:10.1177/0253717620981556
5. **Guo L, Fang M, Wang L, et al.** Gender differences in geriatric depressive symptoms in urban China: the role of ADL and sensory and communication abilities. *Front Psychiatry.* 2024;15. doi:10.3389/fpsy.2024.1344785
6. **Sundquist K, Frank G, Sundquist J.** Urbanisation and incidence of psychosis and depression: Follow-up study of 4.4 million women and men in Sweden. *Br J Psychiatry.* 2004;184(4):293-298. doi:10.1192/bjp.184.4.293
7. **Deng Y, McQuoid DR, Potter GG, et al.** Predictors of Recurrence in Remitted Late-Life Depression. *Depress Anxiety.* 2018;35(7):658-667. doi:10.1002/da.22772
8. **Aajami Z, Kazazi L.** Relationship between Depression and Cognitive Impairment among Elderly: A Cross-sectional Study. *Journal of Caring Sciences.* 2020;9(3):148-153.
9. **Nikolin S, Tan YY, Schwaab A, Moffa A, Loo CK, Martin D.** An investigation of working memory deficits in depression using the n-back task: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders.* 2021;284:1-8. doi:10.1016/j.jad.2021.01.084
10. **Lockwood KA, Alexopoulos GS, Van Gorp WG.** Executive Dysfunction in Geriatric Depression. *AJP.* 2002;159(7):1119-1126. doi:10.1176/appi.ajp.159.7.1119

ĐẶC ĐIỂM CHỈ SỐ NLR, PLR MÁU NGOẠI VI Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Tạ Việt Hưng¹, Nguyễn Trung Kiên¹, Trần Minh Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm chỉ số NLR và PLR máu ngoại vi ở bệnh nhân Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có so sánh đối chứng. Nhóm nghiên cứu: 60 Bệnh nhân UTBMTBG mới được chẩn đoán, chưa điều trị, khám và điều trị tại Bệnh

viện Quân y 103. Nhóm chứng: 60 Người khỏe mạnh khám sức khỏe định kỳ. **Kết quả:** Trung vị NLR ở nhóm NC là 2,60, cao hơn nhóm chứng, $p < 0,05$, trung vị PLR ở nhóm NC là 104,87 thấp hơn nhóm chứng với $p > 0,05$. Điểm cắt NLR phân biệt nhóm NC và nhóm chứng là 2,59, diện tích AUC (95% CI) 0,71 (0,61-0,79), $p < 0,05$, độ đặc hiệu 0,82. Diện tích AUC của PLR là 0,575; $p > 0,05$; không phân biệt UTBMTBG với nhóm chứng. Sự khác biệt về NLR theo giai đoạn ung thư gan Barcelona (The Barcelona Clinic Liver Cancer-BCLC) có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Sự khác biệt về PLR theo giai đoạn BCLC không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. **Kết luận:** NLR ở nhóm NC cao hơn nhóm chứng, PLR ở nhóm NC thấp hơn nhóm chứng. NLR có ý nghĩa phân biệt nhóm NC và nhóm chứng, điểm cắt 2,59. PLR không giúp phân biệt nhóm

¹Bệnh viện Quân y 103

²Viện Y học Cổ truyền Quân đội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Đức

Email: duchocvienquany@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2024

Ngày duyệt bài: 7.10.2024