

bỏ các bệnh nhân không được can thiệp động mạch vành qua da; cao hơn tác giả Nguyễn Mạnh Dũng (42,2%) do loại bỏ các bệnh nhân không được đặt bóng đối xung động mạch chủ.

V. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân sốc tim do nhồi máu cơ tim cấp có tuổi trung bình cao $76,1 \pm 11,0$ tuổi, nhiều bệnh lý nền, đặc biệt là tăng huyết áp và đái tháo đường, biểu hiện lâm sàng nặng ngay khi vào viện. Về đặc điểm cận lâm sàng, 69,4% bệnh nhân có ST chênh lên trên điện tâm đồ, phân suất tổng máu thất trái thấp $EF = 36,2 \pm 11,1\%$, tổn thương nhiều thân động mạch vành đặc biệt là động mạch liên thất trước. Về các phương pháp điều trị, can thiệp động mạch vành qua da được thực hiện với 67,3% bệnh nhân, tuy nhiên tỷ lệ áp dụng các biện pháp hỗ trợ cơ học còn thấp với 2% bệnh nhân được đặt bóng đối xung động mạch chủ, 8% bệnh nhân được sử dụng VA ECMO. Tỷ lệ tử vong tại viện 65,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dũng N.M.** (2019). Nghiên cứu hiệu quả khôi phục huyết động của bóng đối xung nội động mạch chủ

- trong điều trị sốc tim do nhồi máu cơ tim.
2. **Dũng T.V., Minh P.N., và Hùng P.M.** (2020). Tim hiểu một số yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có sốc tim được can thiệp động mạch vành qua da thì đầu. .
3. **Phùng Đ.T.** (2020), Giá trị thang điểm IABP-SHOCK II trong tiên lượng tử vong sớm ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có shock tim, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Hunziker L., Radovanovic D., Jeger R. và cộng sự.** (2019). Twenty-Year Trends in the Incidence and Outcome of Cardiogenic Shock in AMIS Plus Registry. *Circ Cardiovasc Interv*, 12(4), e007293.
5. **Tehrani B.N., Truesdell A.G., Psotka M.A. và cộng sự.** (2020). A Standardized and Comprehensive Approach to the Management of Cardiogenic Shock. *JACC Heart Fail*, 8(11), 879–891.
6. **Carnendran L.** (2001). Trends in cardiogenic shock: report from the SHOCK Study. *European Heart Journal*, 22(6), 472–478.
7. **Thygesen K., Alpert J.S., Jaffe A.S. và cộng sự.** (2019). Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *European Heart Journal*, 40(3), 237–269.
8. **Thiele H., Akin I., Sandri M. và cộng sự.** (2017). PCI Strategies in Patients with Acute Myocardial Infarction and Cardiogenic Shock. *New England Journal of Medicine*, 377(25), 2419–2432.

ĐẶC ĐIỂM CƠN HOẢNG LOẠN Ở BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM TẠI PHÒNG KHÁM TÂM THẦN KINH

Phạm Ánh Minh¹, Ngô Tích Linh¹, Trần Trung Nghĩa¹,
Phạm Thị Minh Châu¹, Trương Quốc Thọ¹, Ái Ngọc Phân¹,
Lê Hoàng Thế Huy¹, Nguyễn Thị Thu Sương¹,
Nguyễn Thi Phú¹, Bùi Xuân Mạnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cơn hoảng loạn là hội chứng thường gặp ở bệnh nhân rối loạn tâm thần, nhưng tại Việt Nam, nghiên cứu về đặc điểm cơn hoảng loạn còn hạn chế. **Mục tiêu:** Xác định đặc điểm cơn hoảng loạn ở bệnh nhân đến khám tại các phòng khám Tâm thần kinh thuộc Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM và Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả hàng loạt ca trên 103 bệnh nhân có cơn hoảng loạn từ tháng 03/2024 đến 07/2024. **Kết quả:** Tuổi khởi phát trung bình là $38,1 \pm 14,9$ năm, nữ giới chiếm 68,9%. Tỷ lệ các rối loạn tâm thần: rối loạn lo âu (55,3%) và rối loạn hoảng loạn (24,3%) và rối loạn trầm cảm chủ yếu (21,4%) chứng sợ khoảng rộng (6,8%), rối loạn triệu chứng cơ thể (3,9%), rối loạn lưỡng cực (3,9%), và rối loạn ám

ảnh cưỡng chế (1,0%). Triệu chứng thường gặp gồm khó thở (90,3%), hồi hộp (86,4%), và cảm giác nghẹt thở (84,5%). Các khác biệt có ý nghĩa thống kê gồm: khô miệng, cảm xúc tức giận, buồn bã và tội lỗi nặng hơn ở bệnh nhân có rối loạn trầm cảm chủ yếu; đau/khó chịu ngực, tê/ngứa tay chân, cơn nóng bừng/ấn lạnh, tay chân lạnh và sợ phát điên nặng hơn ở bệnh nhân có rối loạn lo âu; sợ chết/bệnh hiểm nghèo, cảm xúc buồn bã và tội lỗi nặng hơn ở bệnh nhân có rối loạn hoảng loạn. **Từ khóa:** cơn hoảng loạn, rối loạn lo âu, rối loạn trầm cảm chủ yếu, rối loạn hoảng loạn, triệu chứng cơ thể.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PANIC ATTACKS IN PATIENTS VISITING THE NEUROPSYCHIATRY DEPARTMENTS

Background: Panic attacks are a common phenomenon in patients with mental disorders, but studies on the characteristics of panic attacks in Vietnam remain limited. **Research objective:** To identify the characteristics of panic attacks in patients visiting the neuropsychiatry clinics at the University

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Xuân Mạnh

Email: buixuanmanh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2024

Ngày duyệt bài: 25.10.2024

Medical Center Ho Chi Minh City and Nguyen Tri Phuong Hospital. **Research subjects and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 103 patients with panic attacks from March 2024 to July 2024. **Results:** The mean onset age was 38.1 ± 14.9 years, with females comprising 68.9% of the sample. The prevalence of comorbid mental disorders included anxiety disorders (55.3%), panic disorder (24.3%), major depressive disorder (21.4%), agoraphobia (6.8%), somatic symptom disorder (3.9%), bipolar disorder (3.9%), and obsessive-compulsive disorder (1.0%). Common symptoms included shortness of breath (90.3%), palpitations (86.4%), and a choking sensation (84.5%). Statistically significant differences were observed in patients with major depressive disorder (increased dry mouth, anger, sadness, and guilt); anxiety disorders (increased chest pain/discomfort, numbness/tingling, hot flashes/chills, cold extremities, and fear of "going crazy"); and panic disorder (increased fear of dying/serious illness, sadness, and guilt). **Keywords:** panic attack, anxiety disorder, major depressive disorder, panic disorder, somatic symptoms.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cơ hoảng loạn là hiện tượng tâm thần phổ biến ở bệnh nhân có rối loạn lo âu, trầm cảm, và rối loạn hoảng loạn, gây sợ hãi, bất an dữ dội, ảnh hưởng đến chức năng xã hội và chất lượng cuộc sống.¹ Bác sĩ thường loại trừ các bệnh thực thể trước khi xem xét nguyên nhân tâm thần, nhưng nhiều bệnh nhân vẫn tiếp tục khám nhiều lần, gây tốn kém và chậm trễ trong điều trị.²

Theo Sổ tay Chẩn đoán và Thống kê về Rối loạn Tâm Thần (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder - DSM-5 TR)¹, cơ hoảng loạn là giai đoạn mà bệnh nhân sợ hãi hoặc khó chịu dữ dội, đạt đỉnh điểm trong vài phút với ít nhất 4 trong 13 triệu chứng: hồi hộp, tim đập mạnh hoặc nhịp tim tăng nhanh, đổ mồ hôi, run rẩy, khó thở, cảm giác nghẹt thở hoặc ngột ngạt, đau hoặc khó chịu ở ngực, buồn nôn hoặc đau bụng, cảm thấy chóng mặt, loạng choạng/choáng váng hoặc ngất xỉu, ớn lạnh hoặc cảm giác nóng, dị cảm (tê hoặc ngứa ran), tri giác sai thực tại (derealisation - cảm giác tách ra khỏi thực tế) hoặc giải thể nhân cách (depersonalisation - tách rời khỏi chính bản thân mình), sợ mất kiểm soát hoặc "phát điên", sợ chết. Bên cạnh đó, rối loạn hoảng loạn là một chẩn đoán rối loạn tâm thần khi trong vòng một tháng bệnh nhân có cơ hoảng loạn sau cơn đầu tiên hoặc luôn lo nghĩ hoặc tránh né các tình huống mà họ nghĩ có thể khởi phát cơn hoảng loạn.

Tại Việt Nam, nghiên cứu về cơ hoảng loạn còn hạn chế, do đó chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu "Đặc điểm cơn hoảng loạn ở bệnh nhân đến khám tại phòng khám Tâm thần kinh"

với mục tiêu khảo sát đặc điểm nhân khẩu học, tỷ lệ các rối loạn tâm thần và triệu chứng lâm sàng của cơn hoảng loạn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 103 bệnh nhân có cơn hoảng loạn do bệnh lý tâm thần đến khám tại Phòng khám Tâm thần kinh - Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM (72 bệnh nhân) và Phòng khám Tâm thần kinh - Bệnh viện Nguyễn Tri Phương (31 bệnh nhân) từ tháng 03/2024 đến tháng 07/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên, đã từng trải qua cơn hoảng loạn trong hiện tại hoặc trước đây, được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của DSM-5, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang có thai, mắc các bệnh lý cấp tính hoặc các bệnh lý thực thể có khả năng gây cơn hoảng loạn (như suy giáp, cường giáp, u tủy thượng thận, động kinh...), không đồng ý tham gia nghiên cứu, hoặc không thể trả lời được các thông tin từ bảng thu thập số liệu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả hàng loạt ca với cỡ mẫu thuận tiện, trong đó bệnh nhân trả lời các câu hỏi đánh giá đặc điểm nhân khẩu học, rối loạn tâm thần đi kèm, và triệu chứng lâm sàng của cơn hoảng loạn qua bảng câu hỏi tự điền The Panic Attack Questionnaire - IV (PAQ-IV)³ đã được sự đồng ý của tác giả.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng Stata 14.2, với các thông số tính dưới dạng tỷ lệ phần trăm, tần suất, và các phép kiểm thống kê như Mann-Whitney được sử dụng để đánh giá sự khác biệt giữa các nhóm.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Người tham gia nghiên cứu đã được cung cấp đầy đủ thông tin về mục đích và quy trình, đồng thời lấy đồng thuận trước khi tham gia. Nghiên cứu không can thiệp vào quá trình điều trị và số liệu thu thập được mã hóa để bảo mật thông tin cá nhân. Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Y Dược TP.HCM phê duyệt theo quyết định số 48/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 12/01/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 103 bệnh nhân có cơn hoảng loạn có tuổi khởi phát trung bình là $38,1 \pm 14,9$ năm, trung vị 36 năm (IQR 28-48), với tuổi khởi phát trẻ nhất là 4 và lớn nhất là 71 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn 2,2 lần so với nam. Ngoài ra, 88,4% bệnh nhân có

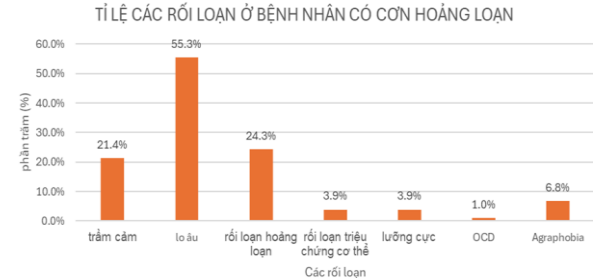
trình độ học vấn từ cấp 2 trở lên và gần 3/4 đã kết hôn hoặc sống chung với bạn đời.

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Trình độ học vấn	Mù chữ	2	1,9
	Cấp 1	10	9,7
	Cấp 2	34	33,0
	Trên cấp 2	57	55,4
Nghề nghiệp	Sinh viên	9	8,7
	Nội trợ	12	11,7
	Thất nghiệp	1	1,0
	Có công việc	87	70,8
	Nghỉ hưu	8	7,8
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	20	19,4
	Đã kết hôn/sống chung	75	72,8
	Goá, ly hôn, ly thân	8	7,8
Nơi ở	Thành thị	63	61,2
	Nông thôn	40	38,2
Tình trạng kinh tế	Thiếu thốn	16	15,5
	Vừa đủ chi tiêu	79	76,7
	Khá, dư dả	8	7,8
Bệnh lý thực thể đồng mắc	Không có	49	47,6
	Có	54	52,4

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trong các bệnh nhân có cơn hoảng loạn đến khám, rối loạn lo âu chiếm tỷ lệ cao nhất (55,3%), tiếp

theo là rối loạn hoảng loạn (24,3%) và rối loạn trầm cảm chủ yếu (21,4%), chứng sợ khoảng rộng (6,8%), rối loạn triệu chứng cơ thể (3,9%), rối loạn lưỡng cực (3,9%), và rối loạn ám ảnh cưỡng chế (1,0%).



Hình 3.1. Số lượng bệnh nhân theo các rối loạn tâm thần

Trong cơn hoảng loạn gần nhất, các triệu chứng phổ biến nhất là khó thở (84,5%), hồi hộp (83,5%), và đau/khó chịu ngực (77,7%), với sợ chết và khó tập trung có điểm trung vị độ nặng cao nhất (3 điểm). Trong cơn hoảng loạn dữ dội nhất, khó thở (90,3%), hồi hộp (86,4%), và cảm giác nghẹt thở/ngột ngạt (84,5%) là phổ biến nhất, với sợ chết, khó tập trung, khó thở, và hồi hộp có trung vị cao nhất (4 điểm). Các triệu chứng và độ nặng trong cơn hoảng loạn điển hình tương tự với cơn gần nhất (bảng 3.2).

Bảng 3.2. Triệu chứng và độ nặng của cơn hoảng loạn (N = 103)

	Cơn hoảng loạn gần nhất		Cơn hoảng loạn dữ dội nhất		Cơn hoảng loạn điển hình/thường gặp	
	Tỉ lệ (%)	Trung vị độ nặng	Tỉ lệ (%)	Trung vị độ nặng	Tỉ lệ (%)	Trung vị độ nặng
Khó thở	84,5	2	90,3	4	86,4	2
Căng cổ	46,6	0	51,5	1	45,6	0
Hồi hộp	83,5	2	86,4	4	83,5	2
Đau ngực hoặc khó chịu ngực	77,7	2	78,6	3	79,6	2
Đau khớp	38,8	0	39,8	0	35,9	0
Cảm giác nghẹt thở hoặc ngột ngạt	76,7	2	84,5	3	74,8	2
Chóng mặt, choáng váng hoặc cảm giác không ổn định	69,9	2	75,7	3	67,0	2
Cảm giác không thực tế	31,1	0	35,9	0	30,1	0
Ngứa/tê ở tay hoặc chân	60,2	1	64,1	2	56,3	1
Đau đầu	44,7	0	52,4	1	45,6	0
Cơn nóng bừng hoặc ớn lạnh	61,2	1	66,0	2	60,2	1
Đổ mồ hôi	65,0	1	68,0	2	63,1	1
Đau cổ cấp tính	26,2	0	29,1	0	25,2	0
Ngất xỉu	11,7	0	19,4	0	12,6	0
Run rẩy	47,6	0	57,3	1	50,5	1
Tử chi lạnh	49,5	0	55,3	1	49,5	0
Ù tai	37,9	0	41,7	0	37,9	0
Nỗi sợ chết hoặc bệnh hiểm nghèo	76,7	3	80,6	4	74,8	3
Sợ phát điên	33,0	0	35,0	0	31,1	0
Sợ làm điều gì đó không kiểm soát được	31,1	0	35,0	0	28,2	0
Cảm giác buồn nôn	35,0	0	39,8	0	35,0	0

Khó khăn về thị giác (ví dụ: mờ mắt)	48,5	0	52,4	1	47,6	0
Khó khăn về thính giác (ví dụ: ù tai)	19,4	0	20,4	0	18,4	0
Khó tập trung	74,8	3	77,7	4	72,8	3
Nhịp tim cực nhanh	71,8	2	78,6	3	70,9	2
Sợ gây ra sự cố	22,3	0	25,2	0	23,3	0
Cảm giác tức giận	42,7	0	46,6	0	42,7	0
Cảm giác buồn bã	45,6	0	45,6	0	44,7	0
Cảm giác tội lỗi	19,4	0	20,4	0	17,5	0
Thôi thúc thoát khỏi hiện trường hoảng loạn	24,3	0	27,2	0	22,3	0
Đỏ bừng mặt	21,4	0	23,3	0	19,4	0
Sợ thu hút sự chú ý đến bản thân	15,5	0	18,4	0	15,5	0
Miệng cảm thấy khô	47,6	0	51,5	1	44,7	0
Cảm giác bất lực	26,2	0	29,1	0	27,2	0
Mỏi cổ	13,6	0	13,6	0	13,6	0
Khác	34,0	0	34,0	0	32,0	0

Kiểm định Mann-Whitney cho thấy độ nặng cao hơn của các triệu chứng tức giận, buồn bã, tội lỗi và khô miệng ở bệnh nhân có cơn hoảng loạn liên quan đến rối loạn trầm cảm so với nhóm không trầm cảm (bảng 3.3). Độ nặng của triệu chứng khô miệng và tổng điểm cao hơn ở nhóm trầm cảm chỉ có ý nghĩa thống kê với cơn hoảng loạn gần nhất.

Bảng 3.3. Đặc điểm cơn hoảng loạn trên rối loạn trầm cảm chủ yếu (N = 103)

	Cơn gần nhất			Cơn nặng nhất			Cơn thường gặp		
	- TCCY (n=81)	+ TCCY (n=22)	p-value	- TCCY (n=81)	+ TCCY (n=22)	p-value	- TCCY (n=81)	+ TCCY (n=22)	p-value
Cảm giác tức giận	0(0-2)	3(0-3)	0,0016**	0(0-3)	3(0-4)	0,0084**	0(0-2)	2(0-3)	0,0053**
Cảm giác buồn bã	0(0-2)	3(0-4)	0,0036**	0(0-3)	3(0-4)	0,0113*	0(0-2)	2(0-4)	0,0366*
Cảm giác tội lỗi	0(0-0)	0(0-3)	0,0091**	0(0-0)	0(0-3)	0,019*	0(0-0)	0(0-3)	0,0322*
Miệng cảm thấy khô	0(0-2)	2(0-3)	0,0343*	0(0-3)	2(0-3)	0,2482	0(0-2)	2(0-3)	0,0774
Tổng điểm các triệu chứng	42 (21-56)	56,5 (37-72)	0,0266*	55 (41-67)	57 (37-76)	0,5434	42 (21-58)	46 (27-69)	0,3221

Giá trị được mô tả bằng trung vị (khoảng phân vị 25%-75%)

* P<0,05; ** P<0,01; -TCCY: không có rối loạn trầm cảm chủ yếu; +TCCY: có rối loạn trầm cảm chủ yếu

Kiểm định Mann-Whitney cho thấy các triệu chứng đau ngực, tê tay chân, nóng bừng/ớn lạnh, tứ chi lạnh, và sợ phát điên nặng hơn ở

bệnh nhân có rối loạn lo âu so với nhóm không lo âu, đặc biệt rõ ở triệu chứng đau ngực. Triệu chứng sợ phát điên có ý nghĩa thống kê chỉ trong cơn hoảng loạn nặng nhất. Triệu chứng thị giác nhẹ hơn ở nhóm lo âu có ý nghĩa thống kê trong cơn gần nhất. Tổng điểm triệu chứng ở cả ba nhóm cơn hoảng loạn đều thấp hơn ở nhóm lo âu so với nhóm không lo âu.

Bảng 3.4. Đặc điểm cơn hoảng loạn trên rối loạn lo âu (N = 103)

	Cơn gần nhất			Cơn nặng nhất			Cơn thường gặp		
	- LA (n=46)	+LA (n=57)	p-value	- LA (n=46)	+LA (n=57)	p-value	- LA (n=46)	+LA (n=57)	p-value
Đau ngực hoặc khó chịu ngực	2,5 (1-4)	1 (0-3)	0,0075**	2 (0-4)	4 (2-4)	0,0264*	2 (1-4)	1 (0-3)	0,0090**
Tê/ngứa ran ở tay hoặc chân	1 (0-4)	1 (0-2)	0,1403	1 (0-3)	3 (0-4)	0,0483*	1 (0-3)	1 (0-2)	0,1338
Cơn nóng bừng hoặc ớn lạnh	1,5 (0-4)	1 (0-3)	0,0670	1 (0-4)	3 (1-4)	0,0405*	1,5 (0-3)	1 (0-3)	0,1058
Tứ chi lạnh	1(0-4)	0(0-3)	0,0455	0(0-3)	2(0-4)	0,0167*	1(0-3)	0(0-3)	0,0829
Sợ phát điên	0(0-3)	0(0-1)	0,0932	0(0-2)	0(0-4)	0,0292*	0(0-3)	0(0-1)	0,2237
Khó khăn về thị giác (ví dụ: mờ mắt)	1 (0-3)	0 (0-2)	0,0212*	0 (0-3)	2 (0-4)	0,0748	1 (0-3)	0 (0-2)	0,0368*
Tổng điểm các triệu chứng	52 (35-65)	39 (19-53)	0,0114*	64,5 (44-77)	49 (36-65)	0,0069**	49 (32-65)	39 (19-54)	0,0476*

Giá trị được mô tả bằng trung vị (khoảng phân vị 25%-75%)

* P<0,05; ** P<0,01; -LA: không có rối loạn lo âu; +LA: có rối loạn lo âu

Kiểm định Mann-Whitney cho thấy độ nặng cao hơn của triệu chứng sợ chết hoặc bệnh hiểm

ngheo, buồn bã và tội lỗi có liên quan đến rối loạn hoảng loạn so với nhóm không có rối loạn hoảng loạn (bảng 3.5). Tuy nhiên, điểm trung vị độ nặng của hai nhóm không khác biệt nhiều ở các triệu chứng này.

Bảng 3.5. Đặc điểm cơn hoảng loạn trên rối loạn hoảng loạn (N = 103)

	Cơn gần nhất			Cơn nặng nhất			Cơn thường gặp		
	-HL	+HL	p-value	-HL	+HL	p-value	-HL	+HL	p-value
	(n=78)	(n=25)		(n=78)	(n=25)		(n=78)	(n=25)	
Sợ chết hoặc bệnh hiểm nghèo	3 (0-4)	2 (2-4)	0,6109	4 (4-4)	4 (1-4)	0,0242*	3 (0-4)	3 (2-4)	0,6459
Buồn bã	1 (0-3)	0 (0-0)	0,0124*	0 (0-0)	1 (0-4)	0,0113*	1 (0-3)	0 (0-0)	0,0169*
Tội lỗi	0 (0-0)	0 (0-0)	0,0250*	0 (0-0)	0 (0-1)	0,0181*	0 (0-0)	0 (0-0)	0,0407*

Giá trị được mô tả bằng trung vị (khoảng phân vị 25%-75%)

* P<0,05; ** P<0,01; -HL: không có rối loạn hoảng loạn; +HL: có rối loạn hoảng loạn

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân khẩu học. Tuổi khởi phát trung bình của cơn hoảng loạn trong nghiên cứu của chúng tôi là 38,1 ± 14,9 năm, cao hơn so với các nghiên cứu cộng đồng trước đây.^{2,4} Sự khác biệt này có thể do khác biệt quần thể bệnh nhân, giới hạn độ tuổi chọn mẫu và yếu tố văn hóa. Tỷ lệ nữ mắc cơn hoảng loạn cao gấp đôi nam giới, phù hợp với y văn.

4.2. Tỷ lệ các rối loạn tâm thần. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ rối loạn lo âu cao nhất (55,3%), tiếp theo là rối loạn hoảng loạn (24,3%) và trầm cảm chủ yếu (21,4%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Peter de Jonge và cs.⁴, nhưng tỷ lệ rối loạn khí sắc trong nghiên cứu của họ là 43,6%, cao hơn đáng kể so với tỷ lệ trầm cảm trong nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể do tiêu chuẩn lấy mẫu, phương pháp đo lường, hoặc bối cảnh nghiên cứu khác nhau, bao gồm yếu tố văn hóa và địa lý.

4.3. Triệu chứng cơn hoảng loạn. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các triệu chứng phổ biến trong cơn hoảng loạn là khó thở, hồi hộp, cảm giác nghẹt thở, tương đồng với nghiên cứu của Sarp và cs.⁵ (2010). Mặc dù Sarp tập trung vào bệnh nhân rối loạn hoảng loạn, kết quả tương đồng có thể do các triệu chứng cốt lõi của cơn hoảng loạn giống nhau ở cả hai nhóm. Nghiên cứu của Norton và cs.³ (2008) cũng ghi nhận các triệu chứng phổ biến nhất là hồi hộp, tim đập nhanh và choáng váng. Những khác biệt nhỏ có thể do đối tượng sinh viên có khả năng nhận thức cao hơn và mức độ hoảng loạn nhẹ hơn so với bệnh nhân đến phòng khám.

Về sự khác nhau trong biểu hiện triệu chứng hoảng loạn trên các rối loạn tâm thần, các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng bệnh nhân rối loạn hoảng loạn kèm trầm cảm thường có cảm giác vô dụng và tội lỗi,⁶ trong khi cơn hoảng loạn liên quan đến hô hấp có thể gắn liền với rối loạn khí sắc và nguy cơ nhập viện vì bệnh tim mạch.⁷ Một số bệnh nhân trải qua cơn hoảng loạn không cảm thấy sợ hãi nhưng vẫn có triệu chứng cơ thể.⁸ Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng khô miệng, tức giận, buồn bã và tội lỗi nặng hơn ở rối loạn trầm cảm chủ yếu; đau/khó chịu ngực, tê/ngứa tay chân, cơn nóng bừng/ớn lạnh, tay chân lạnh và sợ phát điên nặng hơn ở rối loạn lo âu; và sợ chết, buồn bã, tội lỗi nặng hơn ở rối loạn hoảng loạn.

Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nghiên cứu bối cảnh văn hóa trong chẩn đoán và điều trị cơn hoảng loạn tại Việt Nam, đồng thời cho thấy triệu chứng có thể khác biệt tùy theo cơ chế sinh lý và trải nghiệm của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Tuổi khởi phát trung bình của cơn hoảng loạn là 38,1 ± 14,9 năm, với nhóm tuổi 25-34 chiếm tỷ lệ cao nhất (29,1%). Nữ giới chiếm 68,9% số bệnh nhân. Các rối loạn tâm thần đi kèm phổ biến là rối loạn lo âu (55,3%), rối loạn hoảng loạn (24,3%), và rối loạn trầm cảm chủ yếu (21,4%). Triệu chứng thường gặp nhất bao gồm khó thở (90,3%), hồi hộp (86,4%), cảm giác nghẹt thở (84,5%), đau và khó chịu ngực (79,6%). Độ nặng của một số triệu chứng liên quan đến rối loạn tâm thần mắc phải: khô miệng, tức giận, buồn bã và tội lỗi nặng hơn trong rối loạn trầm cảm chủ yếu; sợ chết, buồn và tội lỗi nặng hơn trong rối loạn hoảng loạn; đau ngực, tê tay chân, nóng bừng/ớn lạnh, tay chân lạnh và sợ phát điên nặng hơn ở rối loạn lo âu. Sự khác biệt này giúp định hướng chẩn đoán và chuyển chuyên khoa sớm, cải thiện điều trị.

Nghiên cứu nhấn mạnh cần nâng cao quy trình chẩn đoán và điều trị cơn hoảng loạn tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Psychiatric Association** (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)
2. **Klerman GL, Weissman MM, Ouellette R, Johnson J, et al** (1991). Panic Attacks in the Community: Social Morbidity and Health Care Utilization. *JAMA*, 265(6):742-746.
3. **Norton PJ, Zvolensky MJ, Bonn-Miller MO, Cox BJ, et al** (2008). Use of the Panic Attack Questionnaire-IV to assess non-clinical panic attacks and limited symptom panic attacks in Student and Community Samples. *J Anxiety Disord*, 22(7):1159-1171.
4. **De Jonge P, Roest AM, Lim CCW, et al** (2016). Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depress Anxiety*, 33(12):1155-1177.
5. **Sarp A, Arik A, Güz H, Şahin A, et al** (2010). Possible Subtypes of Panic Disorder. *Turk Psikiyatri Derg*, 21:269-279.
6. **Ball SG, Buchwald AM, Waddell MT, Shekhar A** (1995). Depression and generalized anxiety symptoms in panic disorder. Implications for comorbidity. *J Nerv Ment Dis*, 183(5):304-308.
7. **Bovasso G, Eaton W** (1999). Types of Panic Attacks and Their Association With Psychiatric Disorder and Physical Illness.
8. **Kushner MG, Beitman BD** (1990). Panic attacks without fear: an overview. *Behav Res Ther*, 28(6):469-479.

ĐÁNH GIÁ CHỈ SỐ ĐỘ KHÓ NHỎ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI CÓ CHỈ ĐỊNH MỞ XƯƠNG THEO PEDERSON CẢI TIẾN TẠI VIỆN ĐÀO TẠO RĂNG HÀM MẶT NĂM 2023-2024

Trương Mạnh Nguyên¹, Hoàng Kim Loan¹, Nguyễn Hữu Khánh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích độ khó nhỏ răng khôn hàm dưới (RKHD) có chỉ định mở xương tại Viện đào tạo Răng Hàm Mặt năm 2023 – 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh. Bệnh nhân có răng khôn hàm dưới mọc lệch, hoặc ngầm một phần hay toàn bộ, có chỉ định phẫu thuật nhổ răng có mở xương được đánh giá qua thăm khám lâm sàng và chụp phim X quang CT Cone beam với đặc điểm tư thế răng khôn (hướng lệch, độ lệch, kiểu chìm), tình trạng thân chân răng (số lượng, hình dạng), góc giữa trục răng hàm lớn thứ hai và răng khôn hàm dưới, khoảng rộng xương phía xa răng hàm lớn thứ hai hàm với kích thước gần xa của răng khôn hàm dưới, mức độ tiêu xương (nếu có) ở mặt xa răng hàm lớn thứ hai, tương quan của ống thần kinh răng dưới và chân răng khôn hàm dưới, mật độ xương chân răng khôn hàm dưới. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 19,9. Tỷ lệ răng khôn hàm dưới mọc lệch gần chiếm tỉ lệ cao nhất: 51,5%. Hình dạng chân răng 2 chân cụm thuận chiếm tỉ lệ cao nhất: 56,2%. Chiếm đa số trong phân loại về độ sâu răng khôn là loại A2 với tỉ lệ 65,6%. Phân loại răng khôn hàm dưới theo chiều ngang có loại II chiếm tỉ lệ cao nhất: 56,2%. Đa số chân răng khôn hàm dưới không tiếp giáp với ống thần kinh răng dưới với tỉ lệ 62,5%. Mật độ xương trong nghiên cứu chiếm tỉ lệ đa số là loại DI (87,6%). Phần lớn răng khôn hàm dưới có khoảng sáng dây chằng quanh răng giãn rộng (59,4%). Về

đặc điểm mức độ khó nhỏ RKHD, đa số RKHD thuộc mức độ khó trung bình chiếm 71,9%, rất khó chiếm 28,1%. **Kết luận:** Răng khôn hàm dưới thuộc độ khó trung bình chiếm 71,9%, rất khó chiếm 28,1%.

Từ khóa: răng khôn hàm dưới, X Quang, độ khó, mở xương.

SUMMARY

EVALUATION OF MODIFIED PEDERSON INDEX FOR PREDICTING DIFFICULTY OF LOWER THIRD MOLAR SURGICAL EXTRACTION USING OSTEOTOMY AT SCHOOL OF DENTISTRY, HANOI MEDICAL UNIVERSITY IN 2023-2024

Objective: Analysis of the difficulty in extracting lower wisdom teeth with bone exposure indicated at School of Dentistry, Hanoi Medical University in 2023-2024. **Subjects and methods:** Descriptive study based on case serie. Patients with impacted or partially or fully erupted lower wisdom teeth, indicated for extraction with bone exposure, were assessed through clinical examination and Cone Beam CT. Evaluation criteria included wisdom tooth position (angulation, degree of impaction, type), root morphology (number, shape), the angle between the second molar and the lower wisdom tooth, bone width distal to the second molar, mesiodistal dimensions of the lower wisdom tooth, extent of bone resorption (if present) on the distal aspect of the second molar, relation of the inferior alveolar nerve canal to the wisdom tooth roots, and the bone density around the lower wisdom tooth roots. **Results:** The average age of patients was 19.9. The highest proportion of lower wisdom teeth were in a near-vertical position, at 51.5%. The most common root morphology was the tapered two-root type, at 56.2%. The majority of

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Khánh

Email: khanh.dhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 28.10.2024