

máu với nhóm tuổi (≥ 70 tuổi so với 60 – 69 tuổi), giới, tiền sử gia đình bị rối loạn lipid máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), "Hướng dẫn chẩn đoán bệnh và điều trị bệnh nội tiết và chuyển hóa," Nhà xuất bản Y học, tr. 255–275.
2. Ayoade O. G., Umoh I., Amadi C. (2020), "Dyslipidemia and Associated Risk Factors among Nigerians with Hypertension," Dubai Med. J., vol. 3, no. 4, pp. 155–161.
3. Chobanian A. V et al (2003), "Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure," Hypertens. (Dallas, Tex. 1979), vol. 42, no. 6, pp. 1206–1252.
4. Ericsson S., Eriksson M., Vitols S., Einarsson K., Berglund L., Angelin B. (1991), "Influence of age on the metabolism of plasma low density lipoproteins in healthy males," J. Clin. Invest., vol. 87, no. 2, pp. 591–596.
5. Fakhrul Alam L. C. (2021), "Dyslipidemia Associated with Hypertension Increases the Risks for Coronary Heart Disease: A Case-Control Study in a tertiary level hospital in Bangladesh," J. Med. Sci. Clin. Res., vol. 09.
6. Sanyal A. J. (2002), "AGA technical review on nonalcoholic fatty liver disease," Gastroenterology, vol. 123, no. 5, pp. 1705–1725.
7. Sharma U., Kishore J., Garg A., Anand T., Chakraborty M., Lali P. (2013), "Dyslipidemia and associated risk factors in a resettlement colony of Delhi," J. Clin. Lipidol., vol. 7, no. 6, pp. 653–660.
8. Spannella F., Giulietti F., Di Pentima C., Sarzani R. (2019), "Prevalence and Control of Dyslipidemia in Patients Referred for High Blood Pressure: The Disregarded 'Double-Trouble' Lipid Profile in Overweight/Obese," Adv. Ther., vol. 36, no. 6, pp. 1426–143.
9. Wang X., Magkos F., Mittendorfer B. (2011), "Sex differences in lipid and lipoprotein metabolism: It's not just about sex hormones," J. Clin. Endocrinol. Metab., vol. 96, no. 4, pp. 885–893.

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN KÍCH ĐỘNG Ở BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT

Nguyễn Đức Vượng², Nguyễn Văn Tuấn², Nguyễn Kim Việt¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kích động là một tập hợp không cụ thể các hành vi không liên quan được đặc trưng do vận động hoặc hoạt động bằng lời nói quá mức, cấu kính, bất hợp tác, bộc phát giọng nói, cử chỉ đe dọa và hành hung. Kích động xuất hiện trong nhiều bệnh cơ thể và tâm thần như tâm thần phân liệt, rối loạn cảm xúc lưỡng cực và sa sút trí tuệ. Nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ có thể giúp quản lý, phòng ngừa và điều trị sớm kích động ở bệnh nhân tâm thần phân liệt. **Mục tiêu:** Đánh giá một số yếu tố liên quan kích động ở bệnh nhân tâm thần phân liệt. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 83 bệnh nhân có kích động được chẩn đoán tâm thần phân liệt điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm Thần Hà Nội. **Kết quả:** Không tìm thấy mối liên quan giữa kích động với giới tính, trình độ học vấn và tình trạng nghề nghiệp. Có mối liên quan giữa kích động mức độ nặng với nhóm tuổi trẻ; sống ở nông thôn; với tiền sử gây hấn; bỏ điều trị, tình trạng cưỡng ép nhập viện và triệu chứng dương tính của bệnh tâm thần phân liệt.

Từ khóa: kích động, tâm thần phân liệt.

SUMMARY

ASSESSMENT OF SOME FACTORS RELATED

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tâm Thần Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Vượng

Email: ths.nguyenvuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 6.10.2021

Ngày duyệt bài: 15.10.2021

TO AGITATION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Background: Agitation is a nonspecific set of unrelated behaviors, which characterized by excessive verbal or movement activity, irritability, noncooperation, vocal outbursts, threatening gestures, and aggression. Agitation is present in many physical and mental illnesses such as schizophrenia, bipolar affective disorder, and dementia. Research on risk factors can make usefully for the management, prevention, and early treatment of agitation in patients with schizophrenia. **Objectives:** Evaluation of some factors related to agitation in schizophrenia patients. **Method:** Cross-sectional study on 83 agitation patients with schizophrenia inpatient treatment at Hanoi Mental Hospital. **Results:** There is non association was found between agitation and gender, education level and occupational status. There is a relationship between severe agitation and young age group; live in the countryside; with a history of aggression; abandoned treatment, compulsive hospitalization, and positive symptoms of schizophrenia.

Keywords: agitation, schizophrenia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo một nghiên cứu cắt ngang đa trung tâm tại các đơn vị cấp cứu tâm thần ở Châu Âu, bệnh nhân tâm thần phân liệt chiếm tỷ lệ cơ bản, 32,8% - 43,9% trong các cơn kích động tâm thần. Ở Trung Quốc, sàng lọc 1400 bệnh nhân mới nhập viện bị tâm thần phân liệt, tương ứng theo thang đánh giá, phát hiện 59,00% -

60,92% trường hợp kích động. Kích động nếu không được xử trí kịp thời có thể dẫn đến tình trạng gây hấn, bạo lực, bệnh nhân có hành vi nguy hiểm đối với bản thân và người xung quanh, thậm chí là giết người và tự sát. Kích động là một nguyên nhân chính gây thương tích cho nhân viên bệnh viện và có thể gây ra những đau khổ về thể chất và tâm lý cho bệnh nhân và những người xung quanh. Nó cũng có thể dẫn đến chi phí điều trị cao hơn và thời gian nằm viện lâu hơn.

Nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ có thể giúp quản lý, phòng ngừa và điều trị sớm kích động ở bệnh nhân tâm thần phân liệt, giúp giảm gánh nặng chăm sóc và tổn thất cho gia đình, cộng đồng, xã hội. Mục tiêu nghiên cứu: *Đánh giá một số yếu tố liên quan kích động ở bệnh nhân tâm thần phân liệt.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 83 bệnh nhân TTPL có kích động trên tổng số 456 bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Hà Nội từ tháng 08 - 2020 đến tháng 08 - 2021.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán TTPL thể paranoid theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới (ICD-10).

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân mắc bệnh cơ thể nặng hoặc nghiện chất. Bệnh nhân khiếm thính, khiếm thị, chậm phát triển trí tuệ. Bệnh nhân và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu.

*Thiết kế nghiên cứu:

- Mô tả chùm ca bệnh đặc điểm lâm sàng kích động ở bệnh nhân TTPL.

- Các yếu tố bệnh lý tâm thần: Mối liên quan giữa tiền sử kích động tâm thần vận động, tuổi khởi phát, tiến triển, tái phát, các triệu chứng loạn thần (hoang tưởng, ảo giác) với kích động ở bệnh nhân TTPL.

2. Một số yếu tố liên quan của kích động ở bệnh nhân tâm thần phân liệt

2.1. Liên quan giữa kích động và đặc điểm nhân khẩu học

Bảng 4. Liên quan giữa kích động và đặc điểm nhân khẩu học

Đặc điểm	Kích động	Trung bình		Nặng		Tổng n
		n	%	n	%	
Tuổi	≤ 30	2	11,11	16	88,89	18
	> 30	33	50,77	32	49,23	65
OR, P (χ^2)		OR = 8,250, P = 0,003				
Giới tính	Nữ	13	38,24	21	61,76	34
	Nam	22	44,90	27	55,10	49
OR, P (χ^2)		OR = 1,316, P = 0,545				
Học vấn	< THPT	19	48,72	20	51,28	39

- Các hành vi kích động được đánh giá theo thang PANSS-EC. Bệnh nhân có kích động khi điểm PANSS-EC ≥ 14 , và có ít nhất một mục có điểm số ≥ 4 . Điểm trung bình thang PANSS-EC ≥ 20 về mặt lâm sàng tương ứng với tình trạng kích động nặng.

***Xử lý số liệu:** bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm các triệu chứng loạn thần

Bảng 3. Tỷ lệ ảo giác, hoang tưởng (n = 83)

Triệu chứng	n	%
Ảo giác	45	54,22
Hoang tưởng	64	77,11
Loại ảo giác		
Ảo thanh bình phẩm	14	16,87
Ảo thanh ra lệnh, xui khiến	11	3,25
Ảo thanh đàm thoại	29	34,94
Ảo giác khác	5	6,02
Loại hoang tưởng		
Hoang tưởng bị hại	61	73,49
Hoang tưởng bị chi phối, bị kiểm tra	4	4,82
Hoang tưởng bị theo dõi	26	31,32
Hoang tưởng khác	15	18,07

Tỷ lệ ảo giác chiếm 54,22% ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu, trong đó chủ yếu là ảo thanh đàm thoại, 34,94%. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Thọ: ảo thanh (51,7%), trong đó, ảo thanh bình phẩm chiếm 55,4%, ảo thanh ra lệnh 31,08%, ảo thanh đàm thoại 50%¹.

Tỷ lệ bệnh nhân có hoang tưởng là 77,11%; trong đó phần lớn là hoang tưởng bị hại (73,49%) và hoang tưởng bị theo dõi (31,32%). Đây là các hoang tưởng đặc trưng cho TTPL và cũng là nguyên nhân gây rối loạn hành vi nhiều nhất, đặc biệt là hành vi bạo lực. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Thọ: hoang tưởng bị hại chiếm tỷ lệ cao nhất 42,68%, kế đến là hoang tưởng bị theo dõi 24,63%¹.

	≥ THPT	16	36,36	28	63,64	44
OR, P (χ ²)		OR = 0,601, P = 0,255				
Nghề nghiệp	Không nghề	27	42,86	36	57,14	63
	Khác	8	40,00	12	60,00	20
OR, P (χ ²)		OR = 0,889, P = 0,822				
Nơi sống	Nông thôn	13	30,95	29	69,05	42
	Thành thị	22	53,66	19	46,34	41
OR, P (χ ²)		OR = 2,583, P = 0,036				

Hiện rất ít nghiên cứu khám phá ảnh hưởng của các yếu tố nhân khẩu học đến kích động ở bệnh nhân TTPL. Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy mối liên quan giữa kích động với giới tính, trình độ học vấn, tình trạng nghề nghiệp. Không có mối liên quan giữa giới tính nam và hành vi bạo lực ở bệnh nhân TTPL hoặc mức độ gây hấn cũng đã được tìm thấy trong nghiên cứu của Caqueo-Urizar ². Tuy nhiên, có thể thấy sự khác nhau về mức độ kích động ở nhóm bệnh nhân thất nghiệp và đang có việc làm có thể bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như ở nhóm bệnh nhân thất nghiệp, đa phần có trình độ văn hóa thấp hơn, hoặc do yếu tố sức khỏe, bệnh nhân phụ thuộc vào sự chăm sóc của người thân, hoặc do yếu tố tuổi tác, sự đấng trí hay suy giảm nhận thức ở bệnh nhân TTPL.

Nhóm tuổi dưới 31 và sống ở nông thôn là yếu tố nguy cơ liên quan kích động ở bệnh nhân TTPL. Một nghiên cứu báo cáo rằng tần suất kích động là khác nhau giữa thu nhập cao và trung bình, ảnh hưởng giữa các quốc gia hoặc khu vực cũng phức tạp, đối với sự khác biệt chính của

khu vực phía bắc và khu vực phía nam của Trung Quốc là kinh tế trình độ, văn hóa, phương ngữ, khí hậu, quốc gia³. Bệnh nhân TTPL có kích động mức độ nặng sống ở nông thôn có thể do tác động của nhiều yếu tố khác có liên quan như mức sống, học vấn, nhận thức về bệnh, điều kiện tiếp cận các dịch vụ sức khỏe, tính sẵn sàng chi trả cho khám, chữa bệnh, khả năng được phát hiện và điều trị sớm, điều trị đúng bệnh TTPL,.. Caqueo-Urizar (2016) nghiên cứu mức độ phổ biến của hành vi bạo lực, gây hấn trong mẫu 253 bệnh nhân TTPL sinh sống ở cộng đồng Mỹ Latinh, sau khi điều chỉnh nhiều yếu tố gây nhiễu thấy hành vi bạo lực, gây hấn có liên quan đến thu nhập gia đình thấp hơn và thất nghiệp². Vấn đề tài chính trong gia đình sẽ hạn chế thời gian quản lý, chăm sóc, hỗ trợ phục hồi chức năng cho bệnh nhân. Kèm theo là sự hạn chế tham gia các hoạt động xã hội do sự kỳ thị về bệnh tâm thần vẫn còn thướng xuyên trong nhiều gia đình, sự phân biệt đối xử của cộng đồng đối với bệnh nhân TTPL cũng như gia đình có người bị TTPL.

2.2. Liên quan giữa kích động và quá trình bệnh lý

Bảng 5. Liên quan giữa kích động và quá trình bệnh lý

Đặc điểm	Kích động	Trung bình		Nặng		Tổng
		n	%	n	%	n
Tiền sử gây hấn	Có	17	29,82	40	70,18	57
	Không	18	69,23	8	30,77	26
OR, P (χ ²)		OR = 5,294, P = 0,001				
Cưỡng ép nhập viện	Có	23	34,85	43	65,15	66
	Không	12	70,59	5	29,41	17
OR, P (χ ²)		OR = 4,487, P = 0,008				
Bỏ điều trị	Có	14	28,57	35	71,43	49
	Không	21	61,76	13	38,24	34
OR, P (χ ²)		OR = 4,038, P = 0,003				

Một nghiên cứu có hệ thống của Cornaggia đánh giá hành vi gây hấn ở bệnh nhân tâm thần trong số 66 nghiên cứu và nhận thấy yếu tố thường được kết hợp với gây hấn hoặc bạo lực là sự tồn tại của các giai đoạn gây hấn hoặc bạo lực trước đó, sự hiện diện của xung động/ thù địch, thời gian nằm viện lâu hơn, không tự nguyện nhập viện⁴. Trong nghiên cứu hệ thống này không phân biệt các bệnh tâm thần khác

nhau, tuy nhiên các yếu tố nguy cơ liên quan đến hành vi gây hấn bao gồm tiền sử gây hấn và hình thức nhập viện không tự nguyện giống như trong nghiên cứu của chúng tôi. Zhou thấy các yếu tố nguy cơ đáng kể cho hành vi gây hấn ở bệnh nhân TTPL qua một nghiên cứu gộp là tiền sử có hành vi gây hấn 42,1% (8/19 nghiên cứu) và nhập viện không tự nguyện (10,5% nghiên cứu)³.

Mức độ kích động nặng cũng chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm bệnh nhân bỏ điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi (OR = 4,038; P = 0,003). Caqueo-Urizar thấy tuân thủ điều trị có liên quan đến cả hành vi bạo lực và gây hấn nhưng chỉ trong các phân tích đơn biến, gợi ý rằng mối liên

quan giữa tuân thủ điều trị và dự đoán hành vi bạo lực và mức độ gây hấn ở bệnh nhân TTPL có thể được giải thích bởi các vấn đề khác bao gồm tuổi trẻ hơn, thất nghiệp hoặc tuổi khởi phát bệnh sớm hơn².

2.3. Liên quan giữa kích động và đặc điểm bệnh tâm thần phân liệt

Bảng 6. Liên quan kích động và hoang tưởng kết hợp ảo giác

Hoang tưởng, ảo giác (HT, AG)		PANSS-EC ($\bar{x} \pm SD$)	
		Trung bình khác biệt	P
Không hoang tưởng, ảo giác	HT đơn thuần	-1,667	0,06
	HT + AG	-4,490	0,001
Hoang tưởng đơn thuần	Không HT, AG	1,667	0,06
	HT + AG	-2,823	0,001
Hoang tưởng + Ảo giác	Không HT, AG	4,490	0,001
	HT đơn thuần	2,823	0,001

Chúng tôi thấy có sự khác biệt mức độ kích động có ý nghĩa thống kê với điểm trung bình thang PANSS-EC cao hơn ở nhóm bệnh nhân có kết hợp hoang tưởng, ảo giác so với nhóm bệnh nhân chỉ có hoang tưởng đơn thuần hoặc không có hoang tưởng, ảo giác. Zhou (2016) tổng hợp 19 nghiên cứu về tỷ lệ gây hấn ở bệnh nhân TTPL thấy yếu tố nguy cơ là các triệu chứng dương tính (73,3% trong số các nghiên cứu), trong đó triệu chứng loạn thần: hoang tưởng 63,2% (12 nghiên cứu); ảo giác thính giác (10,5%)³. Nhiều nghiên cứu thấy hành vi bạo lực, gây hấn liên quan đến triệu chứng loạn thần nghiêm trọng hơn.

Bảng 7. Liên quan mức độ kích động và hoang tưởng (HT) bị hại

Mức độ kích động	HT bị hại		CÓ		KHÔNG		OR, P
	n	%	n	%	n	%	
Trung bình	17	27,87	18	81,82			OR = 11,647 P = 0,001
Nặng	44	72,13	4	18,18			
Tổng	61	100,0	22	100,0			

Hoang tưởng bị hại được coi là yếu tố nguy cơ của kích động (OR = 11,647; P = 0,001). Kết quả này của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của George (2016) và của Cheung P. (1997), bệnh nhân có hành vi bạo lực thường có hoang tưởng bị hại^{5,6}. Cheung P. đã tìm thấy hành vi bạo lực của bệnh nhân TTPL được kết hợp khi đối mặt với những cảm xúc tiêu cực của sự tức giận, nỗi buồn và sự lo lắng, được tạo ra bởi hoang tưởng.

Bảng 8. Liên quan mức độ kích động và ảo thanh (AT) lời nói

Mức độ kích động	AT lời nói		CÓ		KHÔNG		OR, P
	n	%	n	%	n	%	
Trung bình	10	24,39	25	59,52			OR = 4,559 P = 0,001
Nặng	31	75,61	17	40,48			
Tổng	41	100,0	42	100,0			

Chúng tôi thấy ảo thanh lời nói cũng là một yếu tố nguy cơ liên quan kích động ở bệnh nhân TTPL (OR = 4,559; P = 0,001). Nghiên cứu của Nguyễn Kim Việt và CS về tác động của ảo thanh ra lệnh đối với cảm xúc – hành vi ở bệnh nhân TTPL thấy ảo thanh ra lệnh là triệu chứng khá phổ biến (53,8%). Việc tuân thủ ảo thanh ra lệnh thấy ở 62,8% bệnh nhân, nhất là các ảo thanh với nội dung bạo lực (52,4%) và ảo thanh là những tiếng nói quen thuộc (66,8%). Tiền sử có các rối loạn hành vi có tính bạo lực (63,6%) và sự kết hợp với các hoang tưởng (77,2%) là những yếu tố làm tăng nhạy cảm và tuân thủ

mệnh lệnh của ảo thanh⁷. Theo Cheung P., giọng nói có nhiều khả năng tạo ra cảm xúc tiêu cực trong nhóm bệnh nhân có hành vi bạo lực⁶.

Nguyễn Văn Tuấn và CS nghiên cứu đặc điểm ảo giác trong bệnh TTPL thấy cường độ ảo thanh tương đương với tiếng nói bình thường. Do đó, trường hợp ảo thanh giả thì bệnh nhân luôn bị ảo thanh làm ảnh hưởng chất lượng khoảng thời gian nghỉ ngơi và bệnh nhân cho rằng ảo thanh này là do người nào đó gây ra để chi phối, làm hại bệnh nhân. Bệnh nhân thường nghe thấy ảo thanh lúc nhàn rỗi, khi làm việc hoặc ngủ thì ảo thanh mất đi. Điều này chỉ ra rằng trên lâm sàng

khí điều trị bệnh nhân TTPL có ảo thanh thì cần phải quan tâm đến liều pháp lao động và việc làm. Vì khi có việc làm thì ảo thanh thường mất đi và bệnh nhân dễ đi vào giấc ngủ hơn⁸. Vì vậy, cần kết hợp điều trị hóa dược với các liệu pháp nhận thức hành vi, phục hồi chức năng, tái hòa nhập xã hội, khi điều trị bệnh TTPL.

V. KẾT LUẬN

- Không tìm thấy mối liên quan giữa kích động với giới tính, trình độ học vấn và tình trạng nghề nghiệp. Có mối liên quan giữa kích động mức độ nặng với nhóm tuổi dưới 31 tuổi; sống ở nông thôn; với tiền sử gây hấn; bỏ điều trị và tình trạng cưỡng ép nhập viện.

- Mức độ kích động không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bệnh nhân không có hoang tưởng, ảo giác và nhóm bệnh nhân chỉ có hoang tưởng đơn thuần. Mức độ kích động cao hơn ở nhóm bệnh nhân có kết hợp hoang tưởng, ảo giác so với nhóm bệnh nhân chỉ có hoang tưởng đơn thuần hoặc không có hoang tưởng, ảo giác và khác biệt có ý nghĩa thống kê. Có mối tương quan giữa kích động ở bệnh TTPL với hoang tưởng bị hại và ảo thanh giọng nói.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Thọ.** Đặc điểm lâm sàng trạng thái kích động tâm thần vận động ở bệnh nhân tâm

thần phân liệt. Nghiên cứu y học. 2009;65(6):74-78.

2. **Caqueo-Urizar A., Fond G., Urzúa A. et al.** Violent behavior and aggression in schizophrenia: Prevalence and risk factors. A multicentric study from three Latin-America countries. Schizophrenia Research. 2016;178(1-3):23-28.
3. **Zhou J.S., Zhong B.L., Xiang Y.T, et al.** Prevalence of aggression in hospitalized patients with schizophrenia in China: A meta-analysis. Asia-Pacific Psychiatry. Mar 2016;8(1):60-69. doi:10.1111/appy.12209
4. **Cornaggia CM, Beghi M, Pavone F, Barale F.** Aggression in psychiatry wards: a systematic review. Psychiatry research. Aug 30 2011;189(1):10-20. doi:10.1016/j.psychres.2010.12.024
5. **George C, Jacob TR, Kumar AV.** Pattern and correlates of agitation in an acute psychiatry inpatient setting in a teaching hospital. Asian Journal of Psychiatry. Feb 2016;19:68-72. doi:10.1016/j.ajp.2015.11.010
6. **Cheung P, Schweitzer I, Crowley K, Tuckwell V.** Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions. Schizophrenia Research. 1997/08/29/ 1997;26(2):181-190. doi:https://doi.org/10.1016/S0920-9964(97)00049-2
7. **Nguyễn Kim Việt.** Nghiên cứu tác động của ảo thanh ra lệnh đối với cảm xúc - hành vi ở bệnh nhân tâm thần phân liệt. Y học lâm sàng. 2009; 43:48-51.
8. **Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Việt Thiêm, Lê Thị Bưởi.** Đặc điểm ảo giác trong bệnh tâm thần phân liệt. Tạp chí Y học thực hành. 2005;3(505):77-79.

KẾT QUẢ 6 NĂM ĐIỀU PHỐI, BẢO QUẢN, VẬN CHUYỂN TIM GHÉP TẠI VIỆT NAM

Phùng Duy Hồng Sơn^{1,3}, Trịnh Hồng Sơn^{1,2,3}, Nguyễn Hữu Ước^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Báo cáo nhằm tổng kết và chia sẻ kinh nghiệm điều phối, bảo quản, vận chuyển tim người hiến giai đoạn 2015 - 2021. **Đối tượng và phương pháp:** Báo cáo tổng quan về điều phối ghép tim tại Việt Nam và nghiên cứu mô tả các trường hợp vận chuyển tim có liên quan đến bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Có 16 tim hiến, 01 khối tim phổi được điều phối, bảo quản và vận chuyển. Quãng đường vận chuyển trung bình là 304,4 ± 307,1 km (2-1730). Vận chuyển bằng hàng không dân dụng là 12 ca. Thời gian thiếu máu lạnh là 4,2 ± 2 giờ (0,5-6,25). 100% ca ghép

thành công về mặt kỹ thuật. Sau ghép: 1 ca dùng bóng đối xung nội động mạch chủ, 1 ca tử vong sớm (khối tim-phổi) do biến chứng ngoài tim. Có 1 ca (6,25%) tử vong sau 14 tháng do thải ghép, với thời gian theo dõi trung bình là 31,4 ± 30,4 tháng (5-78). Đối với nhóm có liên quan bệnh viện Việt Đức, tim hiến được bảo quản bằng dung dịch Custodiol, giữ lạnh ở nhiệt độ 4-8°C, nhắc lại lần đầu sau 2 giờ và sau đó cứ mỗi giờ một lần. **Kết luận:** Khắc phục khó khăn, tận dụng mọi nguồn lực hiện có, chúng ta đã tổ chức thành công việc điều phối, bảo quản và vận chuyển tim ghép, với kết quả thu được là khả quan và an toàn.

Từ khóa: Ghép tim, điều phối, vận chuyển, bảo quản, tim hiến.

SUMMARY

SIX YEARS'S RESULTS OF DONOR HEART COORDINATION, PRESERVATION, TRANSPORT IN VIETNAM

Background: The report aims to summarize and share experiences on coordination, preservation and

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức,

²Trung tâm điều phối ghép tạng Quốc gia,

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Ước

Email: uocdhyhn101@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 12.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 7.10.2021

Ngày duyệt bài: 13.10.2021