

- Cardiovascular Disease risk factors in lower middle class community in Pakistan: the Metroville Health Study", *J Pak Med Assoc.* 56(6).
2. **Harald J. Schneider, Heide Glaesmer, and Jens Klotsche (2007)**, "Accuracy of Anthropometric Indicators of Obesity to Predict Cardiovascular Risk", *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 92(2), pp. 589–594.
 3. **Mabel Deurenberg-Yap, et al. (1999)**, "Manifestation of cardiovascular risk factors at low levels of body mass index and waist-to-hip ratio in Singaporean Chinese", *Asia Pacific J Clin Nutr* 8(3), pp. 177–183.
 4. **WHO (2011)**, Global status report on noncommunicable diseases 2010, WHO press, Geneva, Switzerland.
 5. **Nguyễn Đào Dũng, Lê Quý Phúc, Võ Văn Lượng (2006)**, "Khảo sát rối loạn lipid máu ở bệnh nhân có bệnh lý tim mạch", *Kỷ yếu tóm tắt báo cáo khoa học - hội nghị khoa học tim mạch toàn quốc lần thứ XI*, p. 63.
 6. **Viện Dinh dưỡng Quốc gia (2006)**, Kết quả điều tra thừa cân-béo phì và một số yếu tố liên quan ở người Việt Nam 25-64 tuổi,, *Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ.*
 7. **Viện Dinh dưỡng Quốc gia (2012)**, Báo cáo tóm tắt tổng điều tra dinh dưỡng 2009-2010, Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng tầm nhìn 2011-2020 và tầm nhìn đến năm 2030.
 8. **Đỗ Đình Xuân, Trần Văn Long(2009)**, "Khảo sát tình trạng rối loạn lipid máu ở nhóm người trên 40 tuổi tại một số tỉnh thuộc đồng bằng Bắc Bộ", *Tạp chí y học thực hành.* 662(5), pp. 52-54.
 9. **WHO (2003)**, Chế độ ăn, dinh dưỡng và dự phòng các bệnh mạn tính. Sách dịch- Viện Dinh dưỡng. Geneva., 170.

HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT U TINH BÀO VÀ U TẾ BÀO MÀM KHÔNG PHẢI U TINH BÀO

Nghiêm Phương Thảo*, Võ Hưng Anh Thư*

TÓM TẮT

Mục tiêu: khảo sát đặc điểm và giá trị hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) trong chẩn đoán phân biệt u tinh bào (UTB) và u tế bào mầm không phải u tinh bào (UTBMKPUTB). **Phương pháp:** thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả. Tất cả 52 bệnh nhân u tế bào mầm tinh hoàn (chia thành 2 nhóm theo giải phẫu bệnh: là 24 bệnh nhân UTB và 28 bệnh nhân UTBMKPUTB) được khảo sát CHT tinh hoàn tại bệnh viện Bình Dân từ 01/01/2019 đến 31/12/2020. **Kết quả:** đặc điểm hình ảnh trên CHT thường qui của nhóm UTB là: bắt thuốc đồng nhất (79,17%); đồng tín hiệu trên T1W (95,83%), tín hiệu thấp trên T2W (79,17%), có vách và bắt thuốc vách (83,33%), đa số không hoại tử tạo nang (79,17%) và không xuất huyết trong u (95,83%). Ngược lại nhóm UTBMKPUTB có tính chất bắt thuốc không đồng nhất (92,86%), tín hiệu không đồng nhất trên cả T1W (60,71%) và T2W (89,29%). Đa phần u nhóm này không có vách (85,71%), có hoại tử tạo nang (78,57%) và xuất huyết bên trong u (60,71%). Có sự khác biệt về đặc điểm hình ảnh trên giữa hai nhóm u tinh bào và UTBMKPUTB ($p=0,0001$). Hình ảnh CHT giúp chẩn đoán phân biệt u tinh bào với UTBMKPUTB với độ nhạy 95,83%, độ đặc hiệu 89,29%, giá trị tiên đoán dương 88,46%, giá trị tiên đoán âm 96,15% và độ chính xác 92,31%. **Kết luận:** CHT có vai trò quan trọng trong việc phân biệt u tinh bào và UTBMKPUTB với độ chính xác khá cao.

Từ khóa: cộng hưởng từ, u tinh bào, u tế bào mầm không phải u tinh bào.

SUMMARY

DIFFERENTIATION OF TESTICULAR SEMINOMA AND NONSEMINOMATOUS GERM CELL TUMOR ON MAGNETIC RESONANCE IMAGING

Objective: To explore the utility of magnetic resonance imaging (MRI) for the differential diagnostic of testicular seminoma and nonseminomatous germ cell tumors (NSGCTs). **Methods:** descriptive cross-sectional study design. The medical records from 52 patients (including 24 seminomas and 28 NSGCTs) that were examined preoperatively with MRI and treated with urologic surgery at Binh Dan hospital between 01/01/2019 and 31/12/2020 were retrospectively reviewed. **Results:** Seminomas were more likely to have signal homogeneity (79,17%), isointensity on T1-weighted imaging (T1WI) (95,83%), hypointensity on T2-weighted imaging (T2WI) (79,17%), and had wide obviously enhanced fibrovascular septa (83,33%) without hemorrhagic (95,83%) or cystic degeneration (79,17%). Conversely, NSGCT was more likely to have a signal heterogeneity (92,86%), mainly mixed signal on T1WI (60,71%) and T2WI (89,29%), most of them had no fibrovascular septa (85,71%), and hemorrhagic or cystic degeneration was common in malignant NSGCT (60,71% and 78,57%, respectively). MRI showed that there were significant differences in signal homogeneity, T1WI signal intensity, T2WI signal intensity, fibrovascular septa, hemorrhagic or cystic degeneration between seminomas and NSGCTs ($p=0,0001$). The sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value of MRI in differential diagnosing seminomas and NSGCTs were

*Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Phương Thảo

Email: nghiempuongthaoy2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 12.10.2021

Ngày duyệt bài: 20.10.2021

95,83%; 89,29%; 88,46% and 96,15%, respectively.

Conclusion: This study suggest that preoperative MRI can distinguish seminoma from NSGCT with high accuracy. We propose that preoperative MRI of the scrotum is an affective technique that should be widely adopted for the management of scrotal disease.

Keyword: MRI, seminoma, NSGCT, testicular tumors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tinh hoàn là bệnh lý hiếm gặp, chỉ khoảng 1% các bệnh lý ác tính nói chung ở mọi độ tuổi. Tuy nhiên, đây lại là bệnh lý ác tính thường gặp nhất ở nam giới trong độ tuổi lao động [1]. Đối tượng mắc bệnh hầu như ở người trẻ nên việc đánh giá không chính xác bản chất tổn thương dễ dẫn đến tình trạng quyết định điều trị muộn hoặc can thiệp không phù hợp, có thể gây ảnh hưởng đến việc bảo tồn chức năng sinh sản cũng như tâm sinh lý và chất lượng sống của bệnh nhân (BN). Đối với tổn thương ác tính, 95% mô học ung thư tinh hoàn có nguồn gốc từ tế bào mầm và được chia thành hai nhóm lớn là UTB và UTBMKPUTB [5]. UTB rất nhạy với xạ trị, trong khi UTBMKPUTB thường kháng với xạ trị và đáp ứng tốt với hóa trị. Do đó, xạ trị được khuyến cáo là lựa chọn tối ưu cho u tinh bào giai đoạn I, IIA – B nhưng lại không có vai trò trong điều trị UTBMKPUTB [2, 8]. Vì vậy, việc phân biệt sớm UTB và UTBMKPUTB có ý nghĩa quan trọng, góp phần định hướng kế hoạch điều trị và đánh giá tiên lượng sống còn. Do đó đề tài nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu nghiên cứu đánh giá vai trò của CHT trong chẩn đoán phân biệt UTB và UTBMKPUTB.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Quy trình chụp ung thư tinh hoàn tại bệnh viện Bình Dân

Chuỗi xung	T2W	T1W	T1W FS	T1W FS sau tiêm thuốc tương phản
Mặt phẳng	Axial, coronal sagittal	Axial	Axial	Axial, Coronal sagittal
TE (ms)	80 – 140	7 – 10	7 – 10	3 – 10
TR (ms)	4000 – 7000	500 – 700	500 – 700	3 – 10
Trường khảo sát (mm)	240 x 240	240 x 240	240 x 240	300 x 300
Độ dày lát cắt (mm)	3	3	3	4
Khoảng cách lát cắt (mm)	0,5	1	1	1
Pixel (mm)	0,9 x 1	0,8 x 1,1	0,9 x 1,2	0,9 x 1,5

Các đặc điểm hình ảnh CHT được khảo sát gồm: tín hiệu trên hình T1W và T2W, tính chất bắt thuốc trên hình T1 xóa mỡ sau tiêm, vách và bắt thuốc vách, hoại tử tạo nang, xuất huyết.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Dữ liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm STATA 14.0, kiểm định chi bình phương (hoặc kiểm định chính xác Fisher) được sử dụng để so sánh sự

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả 52 bệnh nhân u tinh hoàn được điều trị tại bệnh viện Bình Dân từ 01/01/2019 đến 31/12/2020 thỏa các yêu cầu sau:

***Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

- BN được chẩn đoán xác định ung thư tinh hoàn và có kết quả chụp CHT trước phẫu thuật tại bệnh viện Bình Dân.

- BN có kết quả giải phẫu bệnh thuộc các phân nhóm của u tế bào mầm tinh hoàn.

***Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Kết quả giải phẫu bệnh không rõ ràng.

- BN đã được điều trị ung thư tinh hoàn trước đó.

- Hình ảnh CHT không được lưu trữ đầy đủ trên hệ thống PACS của Bệnh viện.

- Hình ảnh CHT có nhiều xáo ảnh gây hạn chế khảo sát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả.

***Kỹ thuật thu thập số liệu:** Hình ảnh CHT được chụp bằng máy SIGNA Explorer GE Healthcare 1,5 Tesla theo quy trình chụp CHT ung thư tinh hoàn tại bệnh viện Bình Dân. BN nằm ngửa, phần bẹn được nâng lên và đặt trên lớp khăn giấy che ngang giữa hai đùi. Sử dụng cuộn khảo sát vùng bụng đặt trên vùng bẹn bẹn để thu phát tín hiệu. Các chuỗi xung không tiêm thuốc được chụp lần lượt là T2W, T1W, T1W xóa mỡ, DWI b0 – b400 – b800 s/mm². Sau đó, thuốc tương phản từ Dotarem (Gadoteric acid) được tiêm tĩnh mạch với liều 0,1 mmol/kg (0,2 ml/kg), tốc độ bơm 2ml/giây và thực hiện thêm các chuỗi xung 3D LAVA Flex sau tiêm tương phản từ.

khác biệt đặc điểm CHT giữa 2 nhóm bệnh nhân với ngưỡng ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.

Nghiên cứu khảo sát dữ liệu từ hồ sơ bệnh án, không can thiệp trên bệnh nhân, không thu thập thông tin tiết lộ danh tính cá nhân và mọi dữ liệu được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung vị của nhóm nghiên cứu là 32,5. Khoảng tứ phân vị là (26,25; 44,75). Tuổi nhỏ nhất là 17 và tuổi lớn nhất là 70 tuổi.

Bảng 2. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm giải phẫu bệnh	Trung vị	Khoảng tứ phân vị	Nhỏ nhất – lớn nhất	p ^(*)
U tinh bào	41,5	30,3-48,6	24-70	0,031
U tế bào mầm không phải UTB	30,7	25,5-41,0	17-66	
Chung	32,5	26,2-44,7	17-70	

(*) kiểm định Mann – Whitney

Tuổi mắc bệnh ở nhóm UTBMKPUTB thấp hơn tuổi mắc bệnh ở nhóm UTB, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. Giải phẫu bệnh phân nhóm mô học trong UTBMKPUTB

Kết quả giải phẫu bệnh	Số lượng	Tỷ lệ %
Carcinoma đệm nuôi	1	3,57
U túi noãn hoàng	1	3,57
U quái	7	25
Carcinoma phổi	7	25
U tế bào mầm hỗn hợp	12	42,86

Trong nhóm UTBMKPUTB, u tế bào mầm hỗn hợp là phân nhóm thường gặp nhất với tỷ lệ lên đến 42,86%. Carcinoma đệm nuôi và u túi noãn hoàng là hai phân nhóm hiếm gặp nhất với tỷ lệ mỗi loại chỉ chiếm 3,57%.

Bảng 4. Tín hiệu trên hình T1W và T2W theo nhóm UTB và UTBMKPUTB

Hình	Tín hiệu	U tinh bào		UTBMKPUTB		p
		n	%	n	%	
T1W	Thấp	0	0,00	4	14,29	<0,001*
	Đông	23	95,83	7	25,00	
	Hỗn hợp	1	4,17	17	60,71	
	Tổng	24	100,0	28	100,0	
T2W	Thấp	18	75,00	0	0,00	<0,001*
	Đông	1	4,17	2	7,14	
	Cao	1	4,17	1	3,57	
	Hỗn hợp	4	16,67	25	89,29	
	Tổng	24	100,0	28	100,0	

(*): Kiểm định Fisher's Exact Test

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tín hiệu tổn thương trên hình T1W và T2W giữa nhóm u tinh bào và nhóm UTBMKPUTB ($p < 0,05$).

Bảng 5. Các tính chất theo nhóm u tinh bào và UTBMKPUTB

Đặc điểm		U tinh bào		UTBMKPUTB		p
		n	%	n	%	
Tính chất bắt thuốc	Đồng nhất	19	79,17	2	7,14	<0,001(*)
	Không đồng nhất	5	20,83	26	92,86	
Vách + bắt thuốc vách	Có	20	83,33	4	14,29	<0,001(*)
	không	4	16,67	24	85,71	
Hoại tử tạo nang	Có	5	20,83	22	78,57	<0,001(**)
	không	19	79,17	6	21,43	
Xuất huyết	Có	1	4,17	17	60,71	<0,001(*)
	không	23	95,83	11	39,29	

(*): Kiểm định χ^2 , (**): kiểm định Fisher's Exact Test

Tính chất bắt thuốc đồng nhất ở nhóm UTB là 79,17% trong khi nhóm UTBMKPUTB chỉ là 7,14% ($p < 0,001$). Tỷ lệ vách + bắt thuốc vách ở nhóm UTB 83,33% trong khi nhóm UTBMKPUTB chỉ 14,29% ($p < 0,001$). Ngược lại, tỷ lệ hoại tử

tạo nang và xuất huyết ở nhóm UTB là 20,83% và 4,17%, thấp hơn rất nhiều so với nhóm UTBMKPUTB với 78,57% và 60,71% ($p < 0,001$).

Bảng 6. Giá trị của CHT thường quy trong chẩn đoán phân biệt u tinh bào và

UTBMKPUTB

Chẩn đoán		Giải phẫu bệnh		Tổng
		U tinh bào	UTBMKPUTB	
CHT	U tinh bào	23	3	26
	UTBMKPUTB	1	25	26
Tổng		24	28	52

Độ nhạy = $(23/24) \times 100\% = 95,83\%$. Độ đặc hiệu = $(25/28) \times 100\% = 89,29\%$. Giá trị tiên đoán dương = $(23/26) \times 100\% = 88,46\%$. Giá trị tiên đoán âm = $(25/26) \times 100\% = 96,15\%$. Độ chính xác = $(23 + 25) / 52 \times 100\% = 92,31\%$.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ UTB và UTBMKPUTB trong nghiên cứu của chúng tôi xấp xỉ nhau và cũng phù hợp với y văn cũng như các nghiên cứu trước đây [3, 7]. Tỷ lệ và sự xuất hiện của các phân nhóm trong nhóm UTBMKPUTB khác nhau giữa các nghiên cứu vì cỡ mẫu của các nghiên cứu đều khá nhỏ. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tuổi mắc bệnh ở nhóm UTBMKPUTB thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm u tinh bào, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Deshar [3].

Trong nhóm u tinh bào, tổn thương đồng tín hiệu với nhu mô tinh hoàn bình thường trên hình T1W chiếm đa số với 23/24 trường hợp, kết quả này tương tự kết quả của tác giả Liu [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 1 trường hợp u tinh bào có tín hiệu hỗn hợp với sự hiện diện kèm theo của các vùng tín hiệu cao trên hình T1W, tương ứng với các vị trí xuất huyết bên trong u tinh bào.

Đặc điểm tín hiệu trên hình T2W của từng nhóm trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với các nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu Deshar (2019) cho thấy tín hiệu thấp ưu thế trên hình T2W giúp chẩn đoán u tinh bào với độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 94,7% và độ chính xác 97,1% [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm UTBMKPUTB có 25/28 trường hợp (chiếm 89,29%) có tín hiệu hỗn hợp trên T2W do thành phần hoại tử, xuất huyết và tế bào đa dạng.

Nhóm u tinh bào có 20/24 trường hợp có vách và bắt thuốc vách so với 4/28 trường hợp của nhóm UTBMKPUTB. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây [6, 9]. Nghiên cứu của tác giả của Deshar (2019), đặc điểm vách và bắt thuốc vách trong chẩn đoán u tinh bào khá ấn tượng với độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác đều đạt 100% [3]. Hình ảnh các vách này tương ứng với các vách sợi xơ phân chia mô u thành nhiều cụm tế bào riêng biệt trên giải phẫu bệnh. Các vách sợi xơ này không chỉ gồm các tế

bào sợi đơn thuần mà còn chứa thành phần mạch máu và thường bị thâm nhiễm các tế bào lympho T [4]. Vì vậy, các vách này thường bắt thuốc mạnh hơn mô u còn lại sau khi tiêm thuốc tương phản từ.

Hoại tử tạo nang và xuất huyết gặp ưu thế nhóm UTBMKPUTB với tỉ lệ lần lượt là 78,57% và 60,71%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 trường hợp u tinh bào có thành phần hoại tử tạo nang. Trong đó có 2 trường hợp u tinh bào có kích thước rất lớn ($> 100\text{mm}$). Theo Deshar, thành phần xuất huyết giúp chẩn đoán UTBMKPUTB với độ nhạy 68,4%, độ đặc hiệu 100% và độ chính xác 82,8% [3].

Với các đặc điểm điển hình của u tinh bào trên CHT như đồng tín hiệu với nhu mô tinh hoàn bình thường trên hình T1W, tín hiệu thấp trên hình T2W, có sự hiện diện của các vách tín hiệu thấp trên hình T2W bên trong tổn thương và bắt thuốc vách sau tiêm thuốc tương phản từ, nghiên cứu của chúng tôi chẩn đoán chính xác 23/24 trường hợp u tinh bào. Có 1 trường hợp u tinh bào nhưng tổn thương bị hoại tử tạo nang gần như toàn bộ, vì vậy chúng tôi đã chẩn đoán nhầm trường hợp này là UTBMKPUTB. Tương tự, trong nghiên cứu của Tsili (2007) cũng đã chẩn đoán chính xác 9/10 trường hợp u tinh bào và chẩn đoán nhầm 1 trường hợp u tinh bào với thành phần hoại tử lớn bên trong thành UTBMKPUTB [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh CHT thường quy giúp chẩn đoán u tinh bào với độ nhạy 95,83%, độ đặc hiệu 89,29%, giá trị tiên đoán dương 88,46%, giá trị tiên đoán âm 96,15% và độ chính xác 92,31%. Tương tự, nghiên cứu của Tsili (2007) cũng cho thấy CHT thường quy giúp chẩn đoán phân biệt chính xác 19/21 trường hợp u tế bào mầm (91%) [9].

V. KẾT LUẬN

U tinh bào thường có đặc điểm đồng tín hiệu với nhu mô tinh hoàn trên hình T1W, tín hiệu thấp trên hình T2W. UTBMKPUTB lại thường có tín hiệu hỗn hợp trên hình T1W, T2W, bắt thuốc không đồng nhất sau tiêm thuốc tương phản từ, bên trong tổn thương có các thành phần hoại tử tạo nang hoặc xuất huyết. CHT thường quy có vai trò quan trọng trong việc phân biệt u tinh bào và UTBMKPUTB với độ chính xác khá cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cheng L., Albers P., Berney D.M., et al. (2018) "Testicular cancer". *Nat Rev Dis Primers*, 4 (1), 29.
2. Clarke N.W., Haran A.M. (2019) "The management of testis cancer". *Surgery (Oxford)*, 37 (9), 513-523.

3. **Deshar A., Gyanendra K., Lopsang Z. (2019)** "MRI in the characterization of seminomatous and nonseminomatous germ cell tumors of the testis". International Journal of Science Inventions Today, 8 (2), 411-419.
4. **Kim S.H., Cho J.Y. (2016)** Oncologic imaging: urology, Springer, 169-197.
5. **Lebastchi A.H., Watson M.J., Russell C.M., et al. (2018)** "Using Imaging to Predict Treatment Response in Genitourinary Malignancies". Eur Urol Focus, 4 (6), 804-817.
6. **Liu R., Lei Z., Li A., et al. (2019)** "Differentiation of testicular seminoma and nonseminomatous germ cell tumor on magnetic resonance imaging". Medicine (Baltimore), 98 (45), e17937.
7. **Min X., Feng Z., Wang L., et al. (2018)** "Characterization of testicular germ cell tumors: Whole-lesion histogram analysis of the apparent diffusion coefficient at 3T". Eur J Radiol, 98, 25-31.
8. **Partin A.W., Wein A.J., Kavoussi L.R., et al. (2020)** Neoplasms of the Testis. Campbell Walsh Wein Urology. 12 ed. Elsevier Health Sciences,
9. **Tsili A.C., Tsampoulas C., Giannakopoulos X., et al. (2007)** "MRI in the histologic characterization of testicular neoplasms". AJR Am J Roentgenol, 189 (6), W331-7.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ NỒNG ĐỘ DOPAMIN HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT

Bùi Phương Thảo*, Đỗ Xuân Tĩnh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đặc điểm lâm sàng và nồng độ dopamine huyết tương ở bệnh nhân tâm thần phân liệt. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang đặc điểm lâm sàng và nồng độ dopamine huyết tương ở 72 bệnh nhân tâm thần phân liệt điều trị nội trú tại khoa Tâm thần-Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 8/2020 đến tháng 1/2021. **Kết quả:** Nhóm tuổi thường gặp từ 21-30 tuổi chiếm 37,5%; nam 58,33%; nữ 41,67%; thể paranoid chiếm 87,50%. Bệnh nhân có 1 hoặc nhiều loại ảo thanh chiếm 83,33%, ảo thanh bình phẩm (66,67%), ảo thanh đàm thoại (61,67%). Bệnh nhân có 1 hoặc nhiều loại hoang tưởng chiếm 94,44%, hoang tưởng bị hại (76,47%), hoang tưởng bị theo dõi (51,47%). Các triệu chứng hay gặp: lười lao động và học tập (86,11%), cảm xúc bùng nổ (72,22%), giảm trí nhớ (81,94%), tư duy chậm, ngắt quãng (77,78%). Nồng độ dopamine huyết tương trung bình lần 1 của bệnh nhân 73,09±40,83pg/ml, nồng độ dopamine huyết tương trung bình lần 2 của bệnh nhân là 27,91±19,13pg/ml và nồng độ dopamine huyết tương trung bình nhóm chứng 26,55±12,32pg/ml. Sự khác biệt nồng độ dopamine huyết tương giữa xét nghiệm lần thứ 1 và lần thứ 2; giữa xét nghiệm lần thứ 1 và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê; sự khác biệt giữa xét nghiệm lần thứ 2 và nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Bệnh tâm thần phân liệt thường gặp ở lứa tuổi từ 21-30, không khác biệt về giới. Các biểu hiện chủ yếu là ảo thanh, hoang tưởng, rối loạn cảm xúc, rối loạn chú ý-trí nhớ, rối loạn hình thức tư duy. Nồng độ dopamine huyết tương trung bình của bệnh nhân tâm thần phân liệt cao hơn so với

nhóm chứng và giảm về mức bình thường sau khi điều trị 3 tuần.

Từ khóa: Tâm thần phân liệt, đặc điểm lâm sàng, dopamine huyết tương.

SUMMARY

RESEARCH FOR CLINICAL CHARACTERISTICS AND PLASMA DOPAMINE CONCENTRATIONS IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Objectives: Clinical characteristics and plasma dopamine levels in schizophrenic patients. **Subjects and Methods:** Descriptive research, cross-sectional; clinical characteristics and plasma dopamine levels in 72 patients with schizophrenic inpatient were treated at the Department of Psychiatry - Military Hospital 103 from August 2020 to January 2021. **Results:** Common age group is from 21-30 years old, accounting for 37.5%; male 58.33%; female 41.67%. Schizophrenia is a paranoid, accounting for 87,50%. There are 1 or more types of auditory hallucination in schizophrenic patients, accounting for 83,33%, commentary auditory (66,67%), auditory hallucination as a conversion symptom (61,67%). There are 1 or more types of paranoia in schizophrenic patients accounting for 94,44%, paranoia of being harmed (76,47%), paranoia of being spying on (51,47%). Common symptoms: lazy in work and study (86,11%), emotional explosion (72,22%), forgetfulness (81,94%), slow-paced thinking, intermittently thinking (77,78%). The mean plasma dopamine concentration of the patient 1st time was 73,09±40,83 pg/ml, the mean plasma dopamine concentration of the patient 2nd time was 27,91±19,13pg/ml and the mean plasma dopamine concentration of the control group was 26,55±12,32pg/ml. The difference in plasma dopamine concentration between the 1st and 2nd test; between the first test and the control group was statistically significant; The difference between the second test and the control group was not statistically significant. **Conclusion:** Schizophrenia is most common in people aged 21-30 years, no difference in gender. The main manifestations are auditory

*Bệnh viện Tâm thần Ban ngày Mai Hường

**Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Phương Thảo

Email: lolita.herb@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 8.10.2021

Ngày duyệt bài: 18.10.2021