

- Dual arterial supply to normal lung: Within the sequestration spectrum. The British Journal of Radiology, 2014, e86-e89. <https://doi.org/10.1259/bjr/30458107>
5. **Luke K, Thomas R, Tudor G** (2020). An easily overlooked cause of haemoptysis and heart failure: Anomalous systemic arterial supply to normal lung. BJR Case Reports, 2019, Article 20190089. <https://doi.org/10.1259/bjrcr.20190089>
  6. **Tona E, Rizvi T, Haaspiel K D** (2015). Complex aortic arch anomaly: Right aortic arch with aberrant left subclavian artery, fenestrated proximal right and duplicated proximal left vertebral arteries - CT angiography findings and review of the literature. The Neuroradiology Journal, 2015, 438-443. <https://doi.org/10.1177/1971400915598075>
  7. **Yamanaka A, Hirai T, Fujiimoto T, et al** (1999). Anomalous systemic arterial supply to normal basal segments of the left lower lobe. The Annals of Thoracic Surgery, 1999, 332-338. [https://doi.org/10.1016/s0003-4975\(99\)00533-0](https://doi.org/10.1016/s0003-4975(99)00533-0)
  8. **Zhang YF, Zhao Q, Shi H** (2024). Prediction of hemoptysis in patients with anomalous systemic arterial supply to normal basal segments of the lower lobe using a combination of CT features and clinical materials. Journal of Thoracic Disease, 2024, 5846-5859. <https://doi.org/10.21037/jtd-24-738>

## THỰC TRẠNG RỐI LOẠN GIẤC NGỦ Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN LOẠN THẦN CẤP VÀ NHẤT THỜI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2025

Nguyễn Thị Nghĩa<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Mai<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Lương<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Hoa<sup>1,2</sup>, Nguyễn Hồng Sơn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng rối loạn giấc ngủ ở người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2025 và phân tích các yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 166 người bệnh được chẩn đoán rối loạn loạn thần cấp và nhất thời điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe tâm thần từ tháng 3/2025 đến tháng 6/2025 và sử dụng bộ công cụ PSQI để phân loại và đánh giá mức độ rối loạn giấc ngủ ở người bệnh. **Kết quả:** tỉ lệ có rối loạn giấc ngủ là 93,4%, trong đó mức độ nhẹ chiếm 33,7%, vừa chiếm 48,2%, và nặng chiếm 11,4%. Tỉ lệ người bệnh có rối loạn giấc ngủ trước khi khởi phát đợt loạn thần là 47,7%. Tuổi cao ( $p < 0,01$ ), sống một mình ( $p = 0,025$ ), có hoang tưởng ( $p = 0,010$ ) là các yếu tố làm tăng mức độ rối loạn giấc ngủ ở người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời. **Kết luận:** Rối loạn giấc ngủ là một vấn đề thường gặp và có mối liên quan chặt chẽ với rối loạn loạn thần cấp và nhất thời. **Từ khóa:** PSQI, rối loạn giấc ngủ, đợt loạn thần cấp

### SUMMARY

**PREVALENCE OF SLEEP DISORDERS AMONG INPATIENTS WITH ACUTE AND TRANSIENT PSYCHOTIC DISORDERS TREATED AT BACH MAI HOSPITAL IN 2025**  
**Objective:** to describe the prevalence of sleep

disorders among inpatients with acute and transient psychotic disorders treated at Bach Mai Hospital in 2025 and analyze associated factors. **Methodology:** The cross-sectional study was conducted on 166 inpatients diagnosed with acute and transient psychotic disorders treated at the Institute of Mental Health from March 2025 to June 2025 and used the PSQI to classify and assess sleep disorders in patients. **Results:** the prevalence of sleep disorders was 93.4%, of which mild accounted for 33.7%, moderate accounted for 48.2%, and severe accounted for 11.4%. The percentage of patients with sleep disturbances before the onset of psychosis is 47.7%. Advanced age ( $p < 0.01$ ), living alone ( $p = 0.025$ ), having delusion ( $p = 0.01$ ) are factors that increase the level of sleep disturbances in patients with acute and transient psychotic disorders. **Conclusion:** Sleep disorders are common problems and are closely related to acute and transient psychotic disorders.

**Keywords:** PSQI, sleep disorders, acute psychotic episodes.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời (RLLTC) là một trong các rối loạn tâm thần hay gặp tại các cơ sở chăm sóc và quản lý sức khỏe tâm thần. RLLTC trong phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD-10) được phân vào mã F23 – Các rối loạn loạn thần cấp và nhất thời (1). RLLTC được đặc trưng bởi sự xuất hiện cấp tính, thường trong vòng 48 giờ và kéo dài không quá 14 ngày, của các triệu chứng loạn thần như hoang tưởng, ảo giác, hành vi vô tổ chức, cảm xúc không phù hợp hoàn cảnh,... (1) Trong một báo cáo về gánh nặng bệnh tật toàn cầu ước tính gánh nặng của 12 bệnh tâm thần phổ biến từ năm 1990 đến năm 2019 cho thấy tâm thần phân liệt và các rối loạn

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Nghĩa

Email: nguyennghiabm0985@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025

loạn thần mặc dù chiếm tỉ lệ nhỏ hơn các rối loạn trầm cảm và lo âu nhưng có thể gây ra tình trạng khuyết tật nặng nề hơn rất nhiều (2).

Rối loạn giấc ngủ (RLGN) là một rối loạn thường gặp, phổ biến ở nhóm RLLTC. Tỉ lệ gặp RLGN ở nhóm này có thể lên đến 77-80% ở lần khởi phát triệu chứng loạn thần đầu tiên và tương tự như tỉ lệ có RLGN ở nhóm người bệnh loạn thần nói chung (3). Trong đó, các RLGN thường gặp nhất bao gồm mất ngủ (50%), ác mộng (48,3%), hội chứng chân không yên (23,3%) (3). Các triệu chứng của RLGN có thể bao gồm như: giảm tổng thời gian ngủ, tăng thời gian vào giấc, giảm hiệu suất giấc ngủ, cử động bất thường trong lúc ngủ, ác mộng, thậm chí là rối loạn nhịp thức ngủ. Các mức độ RLGN có thay đổi từ nhẹ đến rất nặng, trong đó mất ngủ ở mức độ vừa đến nặng chiếm đa số với tỉ lệ từ 45-60% (3). RLGN ở người bệnh RLLTC có mối liên quan phong phú với các yếu tố nhân khẩu học, yếu tố bệnh đồng mắc và đặc điểm của đợt loạn thần. Trong đó, người bệnh tuổi càng cao, có rối loạn trầm cảm và lo âu đi kèm hoặc có tăng mức độ của các triệu chứng loạn thần như hoang tưởng, ảo giác sẽ có nguy cơ gặp rối loạn giấc ngủ cao hơn và có mức độ nặng hơn (3,4). Thêm vào đó, mối liên hệ chặt chẽ giữa RLGN, đợt loạn thần cấp và chất lượng cuộc sống của người bệnh đã được ghi nhận trong một số nghiên cứu, thậm chí nhiều tác giả còn đề xuất thêm chất lượng giấc ngủ vào một trong các yếu tố dự báo đợt loạn thần cấp.

Như vậy, có nhiều nghiên cứu trên thế giới nghiên cứu về các đặc điểm của RLGN và RLLTC, các kết quả cho thấy RLGN là phổ biến và có mối liên quan chặt chẽ với RLLTC. Ở Việt Nam các nghiên cứu về RLGN ở người bệnh loạn thần cũng đã được tiến hành. Tuy nhiên các nghiên cứu này chưa đề cập đầy đủ về RLGN ở người bệnh RLLTC. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Thực trạng rối loạn giấc ngủ ở người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2025" với hai mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng rối loạn giấc ngủ ở người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2025

2. Phân tích các yếu tố liên quan đến rối loạn giấc ngủ ở nhóm người bệnh trên

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu phải thỏa mãn đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và các tiêu chuẩn loại trừ.

Bệnh nhân sẽ được mời tham gia nghiên cứu

nếu thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn sau:

- Bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai (VSKTT)

- Bệnh nhân được các bác sĩ chuyên khoa Tâm thần chẩn đoán rối loạn thần cấp và nhất thời (F23) theo tiêu chuẩn của ICD-10 thuộc tất cả các thể bệnh:

F23.0: Rối loạn loạn thần cấp đa dạng không có triệu chứng của bệnh tâm thần phân liệt

F23.1: Rối loạn loạn thần cấp đa dạng với các triệu chứng của bệnh tâm thần phân liệt

F23.2: Rối loạn loạn thần cấp giống phân liệt

F23.3: Rối loạn loạn thần cấp khác chủ yếu hoang tưởng

F23.8: Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời khác

F23.9: Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời không biệt định

- Bệnh nhân và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân sẽ được loại trừ khỏi nghiên cứu nếu có một trong các tiêu chuẩn loại trừ sau:

- Bệnh nhân hiện đang mắc các bệnh lý nội ngoại khoa mức độ nặng như: các bệnh não thực tổn (chấn thương sọ não, viêm não màng não...), bệnh lý ác tính, tình trạng cấp cứu...

- Bệnh nhân mắc các bệnh cản trở khả năng giao tiếp như sa sút trí tuệ nặng, chậm phát triển trí tuệ nặng, câm điếc bẩm sinh,...

## 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện tại VSKTT từ tháng 3/2025 đến tháng 6/2025

**2.3. Thiết kế nghiên cứu.** Thiết kế nghiên cứu là thiết kế mô tả cắt ngang

**2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu.** Chúng tôi sử dụng cách chọn mẫu thuận tiện: đưa vào nghiên cứu tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian thu thập số liệu, tại Viện sức khỏe tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai. Tổng số có 166 người bệnh tham gia nghiên cứu

**2.5. Các công cụ nghiên cứu.** Các bác sĩ chuyên khoa Tâm thần sẽ sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán các thể bệnh của RLLTC theo ICD-10 (F23) để xác định người bệnh có RLLTC. Cụ thể, người bệnh khởi phát cấp tính một nhóm các rối loạn không đồng nhất được đặc trưng bởi các triệu chứng loạn thần như hoang tưởng, ảo giác, rối loạn tri giác, rối loạn hành vi tác phong trong khoảng hai tuần hoặc ít hơn, không do các nguyên nhân tổn thương thực tổn hoặc các rối loạn tâm thần thực tổn khác. Thời gian hồi phục hoàn toàn thường kéo dài vài tuần đến vài tháng đôi khi là vài ngày. Một số yếu tố căng thẳng có thể xuất hiện trong khi khởi phát bệnh từ 1-2 tuần (1).

Thông tin được khai thác dựa trên bệnh án nghiên cứu bao gồm việc hỏi về thông tin nhân khẩu học, thông tin tiền sử, bệnh sử, thăm khám lâm sàng, ghi nhận các thông tin về điều trị của người bệnh, trải nghiệm tâm lý. Bệnh án nghiên cứu được thiết kế dựa trên mẫu bệnh án tâm thần và tham khảo các mô tả về RLGN của các nghiên cứu trước đây.

Chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI) được sử dụng trong nghiên cứu để xác định người bệnh có RLGN. Đây là một thang đo trắc nghiệm tâm lý giấc ngủ được phát triển vào năm 1988 bởi các thành viên thuộc Bộ môn Tâm thần Trường Y Đại học Pittsburgh, gồm 19 câu hỏi được chia thành 7 câu phần tính điểm: chất lượng giấc ngủ, ngủ trễ, thời gian ngủ, hiệu quả giấc ngủ, các rối loạn trong giấc ngủ, việc sử dụng thuốc ngủ, triệu chứng ban ngày. Mỗi câu phần có số điểm 0-3 điểm, tổng điểm cho bộ câu hỏi từ 0-21 điểm, điểm càng cao RLGN càng nặng. PSQI đã được chuẩn hóa và sử dụng rộng rãi ở Việt Nam. Nghiên cứu sử dụng điểm mốc là 5 để đánh giá có rối loạn giấc ngủ với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 87,8% và 75,0% (5).

**2.6. Biến số và chỉ số nghiên cứu.** Thông tin chung về đối tượng tham gia nghiên cứu: tuổi, giới tính (nam/nữ), khu vực sống (nông thôn/thị xã, thành phố/miền núi), hiện đang sống cùng ai (gia đình /một mình), tiền sử bệnh (có/không).

Thông tin liên quan đến đợt loạn thần lần này: lần vào viện (lần đầu/nhiều lần), chẩn đoán theo ICD-10 (F23.0/F23.1/F23.2/F23.3), hoang tưởng (có/không), ảo giác (có/không), kích động (có/không).

Thông tin mô tả thực trạng RLGN: rối loạn giấc ngủ theo PSQI (không/nhẹ/vừa/nặng), thời điểm RLGN so với đợt loạn thần (trước/đồng thời/sau).

**2.7. Thu thập số liệu.** Xác định người bệnh được bác sĩ chuyên khoa Tâm thần chẩn đoán RLLTC theo tiêu chuẩn của ICD-10 và được nhập viện điều trị tại VSKTT thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân và người nhà bệnh nhân sau đó được giải thích rõ ràng về các nội dung, mục tiêu nghiên cứu và khi đồng ý sẽ được ký bản chấp nhận tham gia nghiên cứu trước khi được phỏng vấn, hỏi bệnh, khám bệnh đầy đủ các mục theo mẫu bệnh án nghiên cứu đã được xây dựng trước đó. Sau đó, thông tin từ bệnh án nghiên cứu được nhập liệu bằng phần mềm Microsoft Excel.

**2.8. Phân tích số liệu.** Dữ liệu sau khi được nhập bằng Microsoft Excel sẽ được xuất sang phần mềm STATA SE 15.0 để xử lý và phân

tích số liệu. Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm, các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Kiểm định Khi bình phương và Fisher Exact được áp dụng để kiểm định các yếu tố liên quan đến RLGN ở người bệnh RLLTC.

**2.9. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu này là nghiên cứu quan sát, không can thiệp vào quá trình điều trị của người bệnh tại VSKTT. Người bệnh tham gia nghiên cứu và người nhà đều được thông báo trước về mục đích, nội dung nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu, đảm bảo tính bí mật, trung thực, chính xác của những thông tin thu được, các thông tin nhạy cảm sẽ được giữ bí mật và được mã hoá. Người bệnh và người nhà người bệnh có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào mà không phải chịu bất cứ tổn hại gì. Nghiên cứu đã được sự đồng ý của Ban Lãnh đạo VSKTT và Ban lãnh đạo Bệnh viện Bạch Mai và được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Bạch Mai theo quyết định số 7138/QĐ-BM ngày 31 tháng 12 năm 2024 với mã số đề tài là BM\_2024\_127

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu (n=166)**

|                     |                                | Tần số<br>(n)   | Tỉ lệ<br>(%) |
|---------------------|--------------------------------|-----------------|--------------|
| <b>Giới tính</b>    | Nam                            | 79              | 47,6         |
|                     | Nữ                             | 87              | 52,4         |
| <b>Tuổi</b>         | 13-30 tuổi                     | 69              | 41,6         |
|                     | 31-50 tuổi                     | 73              | 44,0         |
|                     | 51-70 tuổi                     | 22              | 13,3         |
|                     | 71-85 tuổi                     | 2               | 1,2          |
|                     | Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn | 35,2 $\pm$ 13,7 |              |
| <b>Nơi sống</b>     | Miền núi                       | 7               | 4,2          |
|                     | Nông thôn                      | 59              | 35,5         |
|                     | Thị xã/Thành phố               | 100             | 60,2         |
| <b>Tiền sử bệnh</b> | Có                             | 38              | 22,9         |
|                     | Không                          | 128             | 77,1         |

Nghiên cứu với tổng số 166 đối tượng tham gia, trong đó nam giới chiếm 47,6%, nữ giới chiếm 52,4%. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 35,2  $\pm$  13,7, với người trẻ tuổi nhất là 13 tuổi và người lớn tuổi nhất là 85 tuổi. Đa số đối tượng (60,2 %) sống tại thành phố/thị xã và chỉ có 4,2% các đối tượng sống ở vùng núi. Đa số các đối tượng (77,1%) không có tiền sử mắc các bệnh cơ thể (nội khoa/ngoại khoa/dị ứng) đi kèm.

**Bảng 2. Đặc điểm bệnh RLLTC của đối tượng tham gia nghiên cứu (n=166)**

|  | Tần số<br>(n) | Tỉ lệ<br>(%) |
|--|---------------|--------------|
|--|---------------|--------------|

|                              |                                |                 |      |
|------------------------------|--------------------------------|-----------------|------|
| <b>Chẩn đoán theo ICD-10</b> | F23.0                          | 121             | 72,9 |
|                              | F23.1                          | 40              | 24,1 |
|                              | F23.2                          | 3               | 1,8  |
|                              | F23.3                          | 2               | 1,2  |
| <b>Số ngày điều trị</b>      | 0-10 ngày                      | 94              | 56,6 |
|                              | Trên 10 ngày                   | 72              | 43,4 |
|                              | Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn | 10,6 $\pm$ 10,3 |      |
| <b>Lần nhập viện</b>         | Lần đầu                        | 109             | 65,7 |
|                              | Nhiều lần                      | 57              | 34,3 |
| <b>Hoang tưởng</b>           | Có                             | 106             | 63,9 |
|                              | Không                          | 60              | 36,1 |
| <b>Ảo giác</b>               | Có                             | 85              | 51,2 |
|                              | Không                          | 81              | 48,8 |
| <b>Kích động</b>             | Có                             | 22              | 13,3 |
|                              | Không                          | 144             | 86,7 |

Các đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu được chẩn đoán F23.0 (72,9%) và F23.1 (24,1%) theo ICD-10. Tổng thời gian nằm viện điều trị trung bình của các đối tượng là 10,6  $\pm$  10,3 ngày. Các đối tượng nhập viện lần đầu tiên chiếm đa số với tỉ lệ 65,7%. Người bệnh có triệu chứng hoang tưởng chiếm 63,9%, có ảo giác 51,2%, có hành vi kích động chiếm 13,3%.

Tỉ lệ người bệnh khởi phát RLGN trước và trong khi có các triệu chứng loạn thần lần lượt chiếm 47,7% và 33,5%

**Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến RLGN ở người bệnh RLLTC (n=166)**

|                                     |            | <b>Mức độ rối loạn giấc ngủ</b> |                    | <b>Giá trị p</b> |
|-------------------------------------|------------|---------------------------------|--------------------|------------------|
|                                     |            | <b>Không và nhẹ</b>             | <b>Vừa và nặng</b> |                  |
| <b>Tuổi, n(%)</b>                   | 13-30 tuổi | 38 (55,1)                       | 31 (44,9)          | p<0,01           |
|                                     | 31-50 tuổi | 28 (38,4)                       | 45 (61,6)          |                  |
|                                     | 51-70 tuổi | 1 (4,5)                         | 21 (95,5)          |                  |
|                                     | 71-85 tuổi | 0 (0,0)                         | 2 (100,0)          |                  |
| <b>Hiện đang sống cùng ai, n(%)</b> | Gia đình   | 65 (43,0)                       | 86 (57,0)          | p=0,025          |
|                                     | Một mình   | 2 (13,3)                        | 13 (86,7)          |                  |
| <b>Hoang tưởng, n(%)</b>            | Không      | 32 (53,3)                       | 28 (46,7)          | p=0,010          |
|                                     | Có         | 35 (33,0)                       | 71 (67,0)          |                  |

Các yếu tố liên quan có nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ) đến RLGN ở người bệnh RLLTC bao gồm: tuổi ( $p<0,01$ ), hiện đang sống cùng ai ( $p=0,025$ ), hoang tưởng ( $p=0,010$ ). Cụ thể, người bệnh tuổi càng cao, tỉ lệ có RLGN mức độ vừa và nặng càng lớn (44,9%; 61,6%, 95,5%). Người bệnh sống một mình có tỉ lệ RLGN mức độ vừa và nặng cao hơn so với người bệnh sống cùng gia đình, người thân (86,7% > 57,0%). Người bệnh có hoang tưởng có tỉ lệ RLGN mức độ vừa và nặng cao hơn so với nhóm còn lại (67,0% > 46,7%).

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của các đối tượng là 35,2  $\pm$  13,7 và tỉ lệ nam/nữ xấp xỉ 1/1 và nữ giới chiếm đa số. Đặc điểm này tương đồng với một số kết quả nghiên

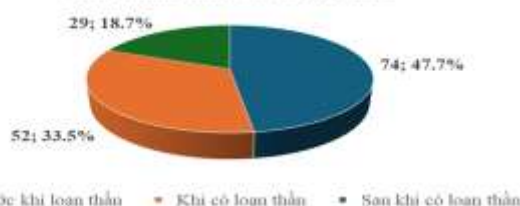
**Rối loạn giấc ngủ theo thang điểm PSQI**



**Biểu đồ 1. Tỉ lệ và các mức độ RLGN theo thang điểm PSQI (n=166)**

Tỉ lệ người bệnh có RLGN chiếm 93,4% tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu, trong đó, rối loạn ở mức độ nhẹ chiếm 33,7%, mức độ vừa chiếm 48,2%, mức độ nặng chiếm 11,4%

**Thời điểm RLGN so với RLLTC**



**Biểu đồ 2. Thời điểm khởi phát RLGN so với thời điểm xuất hiện RLLTC (n=155)**

cứu trước đây trên nhóm người bệnh loạn thần. Nghiên cứu của tác giả Dương Minh Tâm và Trần Nguyễn Ngọc năm 2022 trên 43 người bệnh được chẩn đoán F23.0 theo ICD-10 cho thấy độ tuổi trung bình của các đối tượng là 34,19  $\pm$  10,10 và tỉ lệ nữ giới chiếm 53,5% (6). Điều này cũng phù hợp với đặc điểm của RLLTC, trong đó chủ yếu người bệnh khởi phát ở độ tuổi trung niên và trưởng thành và tỉ lệ gặp không khác biệt giữa hai giới.

Trong nghiên cứu này, thể bệnh RLLTC theo ICD-10 phổ biến nhất là F23.0 và F23.1 (72,9% và 24,1%) và chủ yếu khởi phát bệnh lần đầu tiên (65,7%). Điều này phù hợp với đặc điểm lâm sàng RLLTC với đặc trưng là diễn biến cấp tính, các triệu chứng biến thiên thay đổi đa dạng. Bên cạnh đó, tỉ lệ người bệnh có các triệu

chứng hoang tưởng là 63,9% và có ảo giác là 51,2%. Tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Dương Minh Tâm và Trần Nguyễn Ngọc. Trong đó, người bệnh có hoang tưởng chiếm 95,3% và có ảo giác chiếm 65,1% (6). Điều này có thể do việc chọn nhóm đối tượng khác nhau giữa các nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh được chẩn đoán RLLTC thuộc tất cả các phân loại F23.- trong ICD-10 được chọn vào nghiên cứu. Trong khi đó, nghiên cứu của tác giả Dương Minh Tâm và Trần Nguyễn Ngọc chủ yếu tập trung vào nhóm người bệnh F23.0.

Tỷ lệ người bệnh RLLTC có RLGN trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 93,4%. Trong một nghiên cứu khác về RLGN ở người bệnh phân liệt cảm xúc của tác giả Hồ Võ Tiểu Anh và cộng sự, tỷ lệ người bệnh có RLGN là 76,5%, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (7). Điều này có thể do nghiên cứu của tác giả Hồ Võ Tiểu Anh chẩn đoán người bệnh có RLGN dựa vào các tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng còn trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi PSQI để phân loại người bệnh có hoặc không có RLGN với điểm mốc là 5. Trong nghiên cứu của Sarah Reeve và cộng sự năm 2018, tỷ lệ người bệnh có RLGN (được chẩn đoán theo bộ công cụ phỏng vấn dựa trên tiêu chuẩn của DSM-5) trong đợt khởi phát loạn thần lần đầu tiên có thể lên đến 80% (3). Tỷ lệ này tương đồng với tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi. Như vậy, RLGN là một trong các vấn đề phổ biến ở nhóm người bệnh có triệu chứng loạn thần, đặc biệt là nhóm RLLTC.

Mức độ RLGN của đối tượng trong nghiên cứu chủ yếu ở mức độ vừa và nặng chiếm tỷ lệ 59,6% và tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Sarah Reeve và cộng sự. Trong đó, tỷ lệ người bệnh RLGN mức độ vừa đến nặng dao động từ 52,2% đến 69,9% (3). Điều đó cho thấy, vấn đề RLGN là một trong những vấn đề đáng chú ý trong các giai đoạn cấp của các triệu chứng loạn thần. Do rối loạn hoạt động của hệ dopamin trong các con đường dẫn truyền của hệ thần kinh trung ương, người bệnh RLLTC có thể gặp RLGN với nhiều hình thái như mất ngủ, rối loạn nhịp thức ngủ, ác mộng (3). Các rối loạn này ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng giấc ngủ của người bệnh và gây ra RLGN mức độ từ vừa đến nặng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số người bệnh có RLGN khởi phát trước hoặc khi có triệu chứng loạn thần (47,7% và 33,5%). Điều này cho thấy RLGN có thể là một trong các dấu hiệu dự báo khởi phát của đợt loạn thần cấp. Điều

này cũng phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của Felicity Waite và cộng sự năm 2020. Trong đó, RLGN là một yếu tố dự báo sự khởi phát của các triệu chứng hoang tưởng, ảo giác và giúp người bệnh nhận ra những thay đổi về sức khỏe tâm thần của bản thân để tìm đến các phương pháp điều trị (8). Vì vậy, phát hiện các triệu chứng RLGN đóng vai trò quan trọng trong việc điều trị sớm cho người bệnh RLLTC.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, người có tuổi càng cao mức độ RLGN càng nặng ( $p < 0,01$ ). Chất lượng giấc ngủ ở người cao tuổi vốn đã kém hơn nên khi có RLLTC, các triệu chứng RLGN sẽ càng nghiêm trọng hơn. Bên cạnh đó, người bệnh sống một mình có mức độ RLGN nặng hơn so với người bệnh sống cùng gia đình ( $p = 0,025$ ). Điều đó cho thấy vai trò quan trọng của người chăm sóc đối với nhóm người bệnh có loạn thần. Việc thiếu sự chăm sóc có thể làm chậm trễ việc tiếp cận điều trị của người bệnh RLLTC và dẫn đến việc người bệnh đến khám khi bệnh đã ở giai đoạn nặng. Người bệnh có triệu chứng hoang tưởng cũng có mức độ RLGN nặng hơn so với nhóm còn lại ( $p = 0,010$ ). Thêm vào đó, nghiên cứu của Sarah Reeve và cộng sự, người bệnh có RLGN sẽ có các triệu chứng hoang tưởng ở mức độ nặng hơn so với nhóm không có RLGN (3). Điều đó cho thấy mối liên hệ chặt chẽ giữa RLGN và RLLTC, trong đó các RLGN có thể làm trầm trọng hơn các triệu chứng loạn thần và mức độ nặng hơn của các triệu chứng loạn thần cũng làm suy giảm chất lượng giấc ngủ ở người bệnh.

## V. KẾT LUẬN

Rối loạn giấc ngủ là phổ biến ở người bệnh rối loạn thần cấp và nhất thời với tỷ lệ gặp là 93,4%, trong đó mức độ nhẹ chiếm 33,7%, vừa chiếm 48,2%, và nặng chiếm 11,4%. Hầu hết người bệnh có rối loạn giấc ngủ trước khi khởi phát các triệu chứng loạn thần với tỷ lệ 47,7%. Tuổi cao, sống một mình, có hoang tưởng, là các yếu tố làm tăng mức độ rối loạn giấc ngủ ở người bệnh rối loạn thần cấp và nhất thời.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Organization WH.** The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization; 1992.
2. **Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019.** The Lancet Psychiatry. 2022 Feb 1;9(2):137–50.
3. **Reeve S, Sheaves B, Freeman D.** Sleep Disorders in Early Psychosis: Incidence, Severity,

- and Association With Clinical Symptoms. *Schizophrenia Bulletin*. 2019 Mar 7;45(2):287–95.
4. **Dondé C, Jaffiol A, Khouiri C, Pouchon A, Tamisier R, Lejoyeux M, et al.** Sleep disturbances in early clinical stages of psychotic and bipolar disorders: A meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2022 Sep;56(9):1068–79.
  5. **To N, Nguyen N.** Validity of the Vietnamese version of the Pittsburgh sleep quality index. *Sleep Medicine*. 2015 Dec 1;16:S52.
  6. **Dương Minh Tâm, Trần Nguyễn Ngọc.** Lâm sàng rối loạn loạn thần cấp đa dạng không có triệu chứng của tâm thần phân liệt. *TCNCYH*. 2022 Jun 1;153(5):18–25.
  7. **Hồ Võ Tiểu Anh, Dương Minh Tâm, Bùi Xuân Đạt.** Đặc điểm rối loạn giấc ngủ ở người bệnh rối loạn phân liệt cảm xúc. *YHCD [Internet]*. 2025 Aug 1 [cited 2025 Aug 5];66(CĐ12-NCKH). Available from: <https://www.tapchihcd.vn/index.php/yhcd/article/view/2925>
  8. **Waite F, Sheaves B, Isham L, Reeve S, Freeman D.** Sleep and schizophrenia: From epiphenomenon to treatable causal target. *Schizophrenia Research*. 2020 Jul;221:44–56.

## ỨNG DỤNG TRỊ SỐ URE-NITƠ TRONG TIỀN LƯỢNG TỬ VONG CỦA ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Hứa Tấn An<sup>1</sup>, Bùi Thế Dũng<sup>2</sup>,  
Nguyễn Viết Hậu<sup>2</sup>, Trương Quang Bình<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá mối liên quan giữa trị số ure-nitơ máu (BUN) với nguy cơ tử vong nội viện và giá trị tiên lượng của BUN trong tiên lượng kết cục ở bệnh nhân nhập viện vì đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu đoàn hệ, thực hiện tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ 01/2022–12/2024. Tất cả bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi nhập viện vì đợt cấp COPD được phân tích. Sử dụng hồi quy logistic và phương pháp bắt cặp theo điểm xu hướng để xác định vai trò tiên lượng tử vong của BUN. **Kết quả:** Có 521 bệnh nhân được phân tích, trong đó 33 trường hợp (6,3%) tử vong nội viện. Nguy cơ tử vong tăng 1,4 lần khi BUN tăng mỗi 1 mmol/L ( $p < 0,001$ ). Giá trị AUC của BUN là 0,87 (KTC 95%: 0,81–0,93). Ngưỡng BUN 8,83 mmol/L giúp xác định nguy cơ tử vong tăng 16 lần ( $p < 0,001$ ), với độ nhạy 76% và độ đặc hiệu 85%. **Kết luận:** BUN là yếu tố tiên lượng độc lập tử vong nội viện ở bệnh nhân đợt cấp COPD. Ngưỡng 8,83 mmol/L có giá trị ứng dụng lâm sàng trong phân tầng nguy cơ và định hướng xử trí.

**Từ khóa:** đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Ure-Nitơ, tiên lượng.

### SUMMARY

#### APPLICATION OF BLOOD UREA NITROGEN IN PREDICTING IN-HOSPITAL MORTALITY IN ACUTE EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

**Objective:** To assess the association between blood urea nitrogen (BUN) levels and in-hospital mortality, and to evaluate its prognostic value in

patients admitted with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD). **Subjects and methods:** This retrospective cohort study was conducted at the Emergency Department of the University Medical Center, Ho Chi Minh City, from January 2022 to December 2024. All patients aged  $\geq 18$  years admitted for AECOPD were included. Logistic regression and propensity score matching were applied to evaluate the prognostic significance of BUN. **Result:** A total of 521 patients were analyzed, of whom 33 (6.3%) died during hospitalization. The risk of in-hospital mortality increased 1.4-fold for each 1 mmol/L increase in BUN ( $p < 0.001$ ). The area under the receiver operating characteristic (ROC) curve for BUN was 0.87 (95% CI: 0.81–0.93). A cut-off BUN level of 8.83 mmol/L was identified, which predicted a 16-fold increased risk of mortality ( $p < 0.001$ ) with 76% sensitivity and 85% specificity. **Conclusion:** BUN is an independent predictor of in-hospital mortality in patients with AECOPD. A cut-off value of 8.83 mmol/L may be clinically useful for risk stratification and guiding early intervention. **Keywords:** acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease, blood urea nitrogen, prognosis

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là một trong những bệnh hô hấp mãn tính thường gặp nhất trên toàn cầu, là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ ba trên thế giới theo Tổ chức Y tế Thế giới [1,2], gây tổn thất kinh tế ở nhiều quốc gia. Đợt cấp COPD không chỉ làm gia tăng gánh nặng kinh tế và xã hội, mà còn liên quan đến nguy cơ nhập viện, thở máy và tử vong [3,4]. Nhiều thang điểm hay tỉ số đã được nghiên cứu để tiên lượng kết cục đợt cấp COPD, trong đó trị số ure-nitơ máu (blood urea nitrogen - BUN) được đề cập nhiều trong các nghiên cứu quốc tế như một yếu tố dự báo tử vong độc lập ở bệnh nhân đợt cấp COPD. Tuy nhiên, đa số các nghiên cứu đó được thực hiện ở nước ngoài,

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thế Dũng

Email: dung.bt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2025

Ngày duyệt bài: 12.11.2025