

KHẢO SÁT MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SĂNG RƯỢU Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG CAI RƯỢU

Nguyễn Trọng Đạo¹, Đỗ Xuân Tĩnh¹,

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa một số yếu tố lâm sàng với nguy cơ hình thành săng rượu ở bệnh nhân trong trạng thái cai rượu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu bệnh chứng, hồi cứu, kết hợp với nghiên cứu cắt ngang, phân tích từng trường hợp trên 73 bệnh nhân trạng thái cai rượu, được chia thành 2 nhóm: Nhóm 1 gồm 34 bệnh nhân trạng thái cai rượu với mê sảng và Nhóm 2 gồm 39 bệnh nhân trạng thái cai rượu theo tiêu chuẩn ICD-10.

Kết quả: Thời gian nghiện rượu dài hơn, lượng rượu uống cao hơn và thời gian ngừng rượu lâu hơn khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân trong trạng thái cai rượu với mê sảng so với nhóm bệnh nhân trong trạng thái cai rượu. Tiền sử săng rượu và cơn co giật toàn thể là các yếu tố nguy cơ thúc đẩy săng rượu với OR lần lượt là 6,91 (95%CI: 2,00-23,78) và 8,10 (95%CI: 2,81-23,35).

Kết luận: Thời gian nghiện rượu dài, lượng rượu uống nhiều, thời gian ngừng rượu dài, tiền sử săng rượu, cơn co giật toàn thể là các yếu tố liên quan thúc đẩy hình thành săng rượu ở bệnh nhân trong trạng thái cai rượu.

Từ khóa: Săng rượu, hội chứng cai rượu, yếu tố nguy cơ

SUMMARY

INVESTIGATION OF FACTORS ASSOCIATED WITH DELIRIUM TREMENS IN PATIENTS WITH ALCOHOL WITHDRAWAL SYNDROME

Objective: To investigate the association between specific clinical factors and the risk of developing delirium tremens (DTs) in patients during the alcohol withdrawal state.

Methods: A retrospective case-control study and case-by-case analysis were conducted on 73 patients in alcohol withdrawal states. The subjects were divided into two groups: Group 1 consisted of 34 patients diagnosed with alcohol withdrawal state with delirium (F10.4), and Group 2 consisted of 39 patients diagnosed with alcohol withdrawal state (F10.3), according to ICD-10 criteria.

Results: The duration of alcohol dependence, the amount of alcohol consumed, and the duration of abstinence were significantly higher in the group with delirium compared to the group without delirium. A history of delirium tremens and generalized seizures were identified as key risk factors promoting delirium tremens, with Odds Ratios of 6.91 (95% CI: 2.00-23.78) and 8.10 (95% CI: 2.81-23.35), respectively.

Conclusion: Prolonged alcohol dependence, heavy alcohol consumption, a longer duration of abstinence, a history of delirium tremens, and generalized seizures are significant factors associated with the promotion of delirium tremens in patients during the alcohol withdrawal state

Keywords: Delirium tremens, alcohol withdrawal syndrome, risk factors.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Săng rượu là một cấp cứu tâm thần tối khẩn cấp. Đây là biến chứng nặng của trạng thái cai rượu mức độ nặng khi tình trạng cai rượu không được xử trí kịp thời. Săng rượu thường diễn ra từ 2 đến 4 ngày sau khi ngừng uống rượu. Mặc dù được điều trị, tỷ lệ tử vong do săng rượu lên đến 33% [1]. Về mặt cơ chế bệnh sinh, săng rượu là do mất cân bằng giữa hệ thống dẫn truyền thần kinh gamma-aminobutyric acid và hệ thống N-methyl-D-aspartate khi ngừng rượu đột ngột. Đặc trưng lâm sàng của săng rượu là rối loạn định hướng không gian, thời gian, hoang tưởng, ảo giác râm rộ và mất ngủ hoàn toàn [2]. Với mức độ nghiêm trọng của săng rượu, việc xác định các yếu tố nguy cơ hình thành săng rượu là nhu cầu lâm sàng cấp thiết.

Tỷ lệ xuất hiện săng rượu dao động từ 8% ở các khoa tâm thần đến 24% ở các khoa điều trị khác. Yếu tố thúc đẩy hình thành săng rượu cho đến nay chưa thực sự khảo sát đầy đủ. Theo Sarkar S. và cộng sự (2023), các yếu tố thúc đẩy săng rượu bao gồm thời gian nghiện rượu nặng, loạn thần do rượu và tiền sử săng rượu [3]. Theo Nguyễn Hữu Chiến và cộng sự (2021), các yếu tố thúc đẩy săng rượu bao gồm thời gian nghiện rượu dài và thời điểm nghiện rượu trước 30 tuổi [4]. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào khảo sát một cách có hệ thống các yếu tố lâm sàng thúc đẩy sự hình thành săng rượu. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát mối liên quan giữa một số yếu tố lâm sàng với nguy cơ hình thành săng rượu ở bệnh nhân trạng thái cai rượu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 73 bệnh nhân (BN) hội chứng cai rượu được điều trị tại khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y. BN được chia thành hai nhóm: Nhóm 1 gồm 34 BN được chẩn đoán trạng thái cai rượu với mê sảng và nhóm 2 gồm 39 BN được chẩn đoán trạng thái cai rượu. Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa trên ICD-10, với mã bệnh lần lượt là F10.4 và F10.3. Người giám hộ hoặc bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

¹Bệnh viện Quân y 103

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Đạo

Email: trongdao.psy@gmail.com

Mã bài: N756

Ngày nhận bài: 14/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 13/5/2026

Ngày duyệt bài: 25/6/2026

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** BN có kết hợp với các bệnh lý gây hôn mê như hôn mê gan, đột quỵ não giai đoạn cấp tính, chấn thương sọ não giai đoạn cấp tính; BN nghiện ma túy hoặc các chất tác động tâm thần khác và loại trừ các rối loạn tâm thần khác.

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Số liệu nghiên cứu được thu thập tại Khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 02/2024 đến tháng 01/2026.

2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh chứng, hồi cứu, kết hợp với nghiên cứu cắt ngang, phân tích từng trường hợp. Bệnh nhân sáng rượu đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được khám và đánh giá các triệu chứng lâm sàng, kết quả công thức máu và sinh hóa máu tại thời điểm nhập viện. Xét nghiệm công thức máu và sinh hóa máu được thực hiện tại Khoa Huyết học và Khoa Sinh hóa, Bệnh viện Quân y 103,

Học viện Quân y.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được tổng hợp và xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0. So sánh các giá trị trung bình giữa hai nhóm độc lập được kiểm định bằng phương pháp t-test (nếu số liệu tuân theo phân phối chuẩn) hoặc Mann-Whitney U-test (nếu số liệu không tuân theo phân phối chuẩn). So sánh kết quả của các biến rời rạc bằng thuật toán kiểm định χ^2 hoặc Fisher's exact test nếu 1 ô có giá trị < 5. Tỷ suất chênh OR được dùng để xác định yếu tố nguy cơ. Sự khác biệt về kết quả giữa các nhóm được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các quy định về y sinh học của Bệnh viện Quân y 103. Tất cả BN và người giám hộ được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu và đồng ý tham gia. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Hội chứng cai rượu		P
	Có mê sảng (n,%)	Không mê sảng (n,%)	
Tuổi	52,3 ± 7,5	51,4 ± 8,9	> 0,05
Thời gian nghiện rượu (năm)	23,1 ± 5,2	16,4 ± 6,6	< 0,001
Lượng rượu uống (ml)	702,9 ± 228,9	546,1 ± 213,8	0,003
Thời gian ngừng rượu (giờ)	63,5 ± 24,8	32,6 ± 20,8	< 0,001

Độ tuổi trung bình của hai nhóm nghiên cứu lần lượt là 52,3 ± 7,5 (tuổi) và 51,3 ± 8,9 (tuổi). Tất cả bệnh nhân đều là nam giới. Thời gian uống rượu ở nhóm hội chứng cai rượu có mê sảng là 23,1 ± 5,2 (năm), cao hơn đáng kể so với nhóm không có mê sảng. Đồng thời, lượng rượu uống hàng ngày và thời gian ngừng rượu ở nhóm hội chứng cai rượu có mê sảng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có mê sảng.

Bảng 2. Yếu tố tiền sử sử dụng rượu và nguy cơ hình thành mê sảng

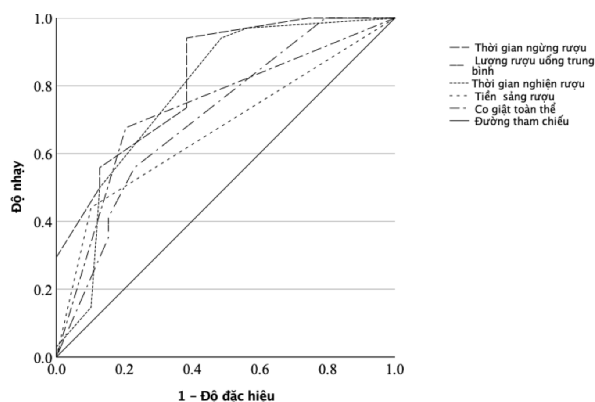
Tiền sử sử dụng rượu	Hội chứng cai rượu		Tổng	OR (95% CI)	p
	Có mê sảng (n,%)	Không mê sảng (n,%)			
Có	15 (78,9%)	4 (21,1%)	19 (100%)	6,91 (2,00-23,78)	<0,001
Không	19 (35,2%)	35 (64,8%)	54 (100%)		
Tổng	34 (100%)	40 (100%)	73 (100%)		

Kết quả bảng 2 cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử sử dụng rượu xuất hiện mê sảng (78,9%) cao hơn so với nhóm không mê sảng (21,1%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với OR = 6,91, với 95% CI: 2,00–23,78.

Bảng 3. Yếu tố cơn co cứng cơ giật toàn thể lúc nhập viện và nguy cơ hình thành mê sảng

Cơn co giật toàn thể	Hội chứng cai rượu		Tổng	OR (95%CI)	p
	Có mê sảng (n,%)	Không mê sảng (n,%)			
Có	23 (74,2%)	8 (25,8%)	31 (100%)	8,10 (2,81-23,35)	<0,001
Không	11 (26,2%)	31 (73,8%)	42 (100%)		
Tổng	34 (100%)	39 (100%)	73 (100%)		

Tỷ lệ bệnh nhân có cơn co giật toàn thể lúc nhập viện ở nhóm có biến chứng mê sảng cao hơn nhóm không có mê sảng (74,2% và 25,8%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với OR = 8,10, với 95% CI: 2,81–23,35.



Biểu đồ 1. Đường cong ROC của các yếu tố nguy cơ sảng rượu

Kết quả ở biểu đồ 1 cho thấy, tất cả các yếu tố nguy cơ đều có diện tích dưới đường cong lớn 0,5. Trong đó, thời gian ngừng rượu có giá trị AUC lớn nhất và tiền sử sảng rượu có giá trị AUC nhỏ nhất.

Bảng 4. Diện tích dưới đường cong (AUC) của các yếu tố nguy cơ sảng rượu

Yếu tố nguy cơ	AUC	SE	P	95% CI
Thời gian ngừng rượu	0,882	0,047	< 0,001	0,729-0,915
Lượng rượu uống trung bình	0,709	0,060	0,002	0,591-0,827
Thời gian nghiện rượu	0,779	0,055	< 0,001	0,671-0,887
Tiền sử sảng rượu	0,669	0,065	0,013	0,542-0,797
Co giật toàn thể	0,736	0,060	0,001	0,617-0,854

AUC: Diện tích dưới đường cong, SE: sai số chuẩn, CI: Khoảng tin cậy

Bảng 4 cho thấy giá trị AUC của từng yếu tố nguy cơ thúc đẩy sảng rượu. Trong đó, thời gian ngừng rượu có giá trị 0,882. Lượng rượu uống trung bình, thời gian nghiện rượu và co giật toàn thể có giá trị nằm trong khoảng 0,6–0,7. Tiền sử sảng rượu có giá trị AUC thấp nhất (0,669). Tất cả các yếu tố nguy cơ đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 73 bệnh nhân nam giới điều trị tại khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103. Độ tuổi trung bình của nhóm sảng rượu $52,3 \pm 7,5$ (tuổi) không có sự khác biệt ý nghĩa so với nhóm không mê sảng $51,4 \pm 8,9$ (tuổi). Điều này cho thấy sảng rượu có thể xảy ra ở bất kỳ độ tuổi nào của người nghiện rượu mạn tính khi có điều kiện thúc đẩy. Ngoài ra, nhóm có mê sảng có thời gian uống rượu trung bình là $23,1 \pm 5,2$ (năm), dài hơn đáng kể so với nhóm không mê sảng $16,4 \pm 6,6$ (năm). Kết quả này phù hợp với nhận định của Schuckit (2014) rằng thời gian nghiện rượu càng dài, sự thích nghi sai lệch của các thụ thể thần kinh GABA và NMDA càng nghiêm trọng, làm tăng nguy cơ sảng rượu khi ngừng rượu đột ngột [2]. Lượng rượu uống hàng

ngày ở nhóm mê sảng ($702,9 \pm 228,9$ ml) cao hơn nhóm không mê sảng ($546,1 \pm 213,8$ ml, $p=0,003$). Điều này tương đồng với nghiên cứu của Sørensen và cộng sự (2019), khẳng định mối quan hệ giữa lượng rượu tiêu thụ trung bình và nguy cơ xuất hiện biến chứng sảng rượu [5].

Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử sảng rượu xuất hiện mê sảng trong đợt này là 78,9%, cao hơn đáng kể so với nhóm không có tiền sử này (21,1%). Với OR = 6,91 (95% CI: 2,00-23,78), tiền sử sảng rượu là một chỉ báo lâm sàng quan trọng giúp dự báo sự tái phát của các triệu chứng loạn thần nặng. Điều này có thể được giải thích bởi "hiệu ứng môi" trong hội chứng cai rượu. Theo đó, mỗi đợt cai rượu lặp đi lặp lại sẽ làm gia tăng sự nhạy cảm của các thụ thể NMDA và làm suy yếu thêm hệ thống

ức chế GABA. Kết quả là các triệu chứng cai trong những lần sau thường khởi phát sớm hơn, diễn tiến nặng hơn và dễ chuyển dạng sang sảng rượu hơn [6]. Nhận định này tương đồng với các nghiên cứu của Monte và cộng sự (2009) [7] và Sarkar và cộng sự (2023) [3] khi cho rằng tiền sử sảng rượu là một trong những yếu tố nguy cơ hàng đầu cần được khai thác kỹ ngay khi bệnh nhân nhập viện.

Trong nghiên cứu này, cơ cơ giật toàn thể lúc nhập viện thể hiện mối liên quan chặt chẽ nhất với nguy cơ hình thành sảng rượu với OR = 8,10 (95% CI: 2,81-23,35). Tỷ lệ bệnh nhân có cơ giật tiến triển sang mê sảng lên tới 74,2%. Về mặt bệnh sinh, cơ giật toàn thể là biểu hiện cực độ của tình trạng mất cân bằng giữa hệ thống dẫn truyền thần kinh kích thích và ức chế. Khi nồng độ rượu giảm đột ngột, sự thiếu hụt tác động ức chế của GABA kết hợp với sự tăng hoạt động của hệ NMDA tạo nên một "cơn bão" hưng phấn điện học trên vỏ não. Theo Srivastava & Gold (2024), cơ giật do cai rượu thường là dấu hiệu báo trước cho sự khởi phát của sảng rượu trong vòng 24 đến 48 giờ tiếp theo [6]. Do đó, sự xuất hiện của cơ cơ giật toàn thể là một tình trạng cấp cứu tâm thần tối khẩn cấp, đòi hỏi chiến lược can thiệp bằng benzodiazepine liều cao để cắt đứt chuỗi bệnh lý dẫn đến sảng rượu [8].

Nghiên cứu cho thấy thời gian ngừng rượu trung bình của nhóm sảng rượu là $63,5 \pm 24,8$ giờ, dài hơn đáng kể so với nhóm không mê sảng là $32,6 \pm 20,8$ giờ ($p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của sảng rượu. Sảng rượu thường đạt đỉnh từ 2 đến 4 ngày sau ngừng rượu [2]. Đáng chú ý, phân tích đường cong ROC cho thấy thời gian ngừng rượu là yếu tố có giá trị dự báo tốt nhất với diện tích dưới đường cong AUC = 0,882 (95% CI: 0,729-0,915, $p < 0,001$). Tiếp theo là các yếu tố thời gian nghiện rượu (AUC = 0,779) và cơ giật toàn thể (AUC = 0,736). Điều này gợi ý rằng, việc phối hợp các thông tin về thời điểm ngừng rượu cùng với các biến cố thần kinh cấp tính (cơ giật) cho phép các bác sĩ lâm sàng tại khoa Tâm thần xây dựng một mô hình tiên lượng có độ tin cậy cao [9]. Việc xác định sớm các yếu tố nguy cơ này không chỉ giúp giảm tỷ lệ tử vong vốn rất cao của sảng rượu mà còn tối ưu hóa công tác quản lý và chăm sóc bệnh nhân tại đơn vị.

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu hồi cứu việc thu thập dữ liệu phụ thuộc vào hồ sơ bệnh án, dẫn đến khả năng xảy ra sai số thông tin hoặc thiếu hụt một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng chi tiết không được ghi chép đầy đủ tại thời điểm nhập viện. Thứ hai, nghiên cứu được thực hiện trên 73 bệnh nhân.

Cỡ mẫu này có thể làm hạn chế sức mạnh thống kê và khả năng đại diện của kết quả, dẫn đến khoảng tin cậy của một số tỷ suất chênh còn khá rộng. Mặc dù vậy, kết quả bước đầu của chúng tôi giúp định hướng cho các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và đa trung tâm trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 73 bệnh nhân trạng thái cai rượu được chia thành 2 nhóm: Nhóm 1 gồm 34 bệnh nhân trạng thái cai rượu với mê sảng và Nhóm 2 gồm 39 bệnh nhân trạng thái cai rượu được điều trị tại khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103, kết quả cho thấy thời gian nghiện rượu dài, lượng rượu uống nhiều, thời gian ngừng rượu dài, tiền sử sảng rượu, cơ cơ giật toàn thể là các yếu tố liên quan thúc đẩy hình thành sảng rượu ở bệnh nhân trong trạng thái cai rượu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bramness, J. G., et al.** (2023). Mortality and alcohol-related morbidity in patients with delirium tremens and alcohol withdrawal. *Addiction*, 118(11), 2110-2120.
2. **Schuckit, M. A.** (2014). Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). *New England Journal of Medicine*, 371(22), 2109-2116.
3. **Sarkar, S., Choudhury, S., Ezhumalai, G., & Konthoujam, J.** (2017). Risk factors for the development of delirium in alcohol dependence syndrome: Clinical and neurobiological implications. *Indian journal of psychiatry*, 59(3), 300-305.
4. **Nguyễn Hữu Chiến, Lê Thị Thuý Anh, Nguyễn Viết Chung** (2021). Một số yếu tố nguy cơ dự báo sảng rượu. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 143(7), 162-170
5. **Sørensen, H. J., Holst, C., Knop, J., Mortensen, E. L., Tolstrup, J. S., & Becker, U.** (2019). Alcohol and delirium tremens: effects of average number of drinks per day and beverage type. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 139(6), 518-525.
6. **Srivastava, A. B., & Gold, M. S.** (2024). Delirium Tremens: Clinical Characteristics and Risk Factors. *Journal of Clinical Medicine*, 13(9), 2776
7. **Monte, R., et al.** (2009). Risk factors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome. *European Journal of Internal Medicine*, 20(2), 161-164.
8. **Phạm Thế Văn, Dương Minh Tâm** (2023). Thực trạng trạng thái cai rượu và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Tâm thần Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 172(11), 118-126.
9. **Nguyễn Văn Linh, Lê Văn Quân, Đinh Việt Hùng, Đỗ Xuân Tĩnh** (2021). Nghiên cứu mối liên quan giữa một số chỉ số huyết học và sinh hoá máu ở bệnh nhân với đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân nghiện rượu mạn tính. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 543(2), 82-87.