

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN PHÂN LIỆT CẢM XÚC LOẠI TRẦM CẢM

Dương Minh Tâm^{1,2}, Trần Nguyễn Ngọc^{1,2}

TÓM TẮT

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu tìm hiểu thực trạng của rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm ở người bệnh đến khám và điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần – bệnh viện Bạch Mai. Đây là một nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, thực hiện trên 40 người bệnh được chẩn đoán rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD – 10 (F25.1). Kết quả cho thấy người bệnh rối loạn phân liệt cảm xúc có tuổi trung bình là 30,3±8,2 tuổi, thường xuất hiện ở nữ giới hơn nam giới và tỉ lệ nữ / nam ≈ 1,4 /1. Đa số đã kết hôn (55,0%), có trình độ học vấn cao ở bậc đại học - cao đẳng (65,0%) và chủ yếu sống vùng nông thôn (72,5%). Có tới 32,5% bị chẩn đoán nhầm là rối loạn loạn thần cấp (17,5%) hoặc rối loạn trầm cảm (15%). Khoảng 20% người bệnh có rối loạn phân liệt cảm xúc có người thân có rối loạn tâm thần và có tới 50% các trường hợp khởi phát sau một sang chấn tâm lý.

Từ khoá: trầm cảm, loạn thần, phân liệt cảm xúc trầm cảm.

SUMMARY

THE STATUS OF SCHIZOAFFECTIVE DISORDER, DEPRESSIVE TYPE

Our study aimed to describe the status of schizoaffective disorder, depressive type in patients treated in Institute of Mental Health - Bach Mai hospital. This is a cross-sectional descriptive study, including 40 patients diagnosed with schizoaffective disorder, depressive type according to ICD-10 criteria (F25.2). Results: the mean age of patients was 30.3±8.2 years. There were more women than men, and the female/male ratio was about 1.4/1. The majority of patients were married (55.0%), had a high level of education at university - college (65.0%) and lived in rural areas (72.5%). Up to 32.5% were misdiagnosed as acute psychotic disorder (17.5%) or depressive disorder (15%). Approximately 20% of patients with schizoaffective disorder had a family members who suffering a psychotic disorder, and up to 50% of cases began after a traumatic event.

Keywords: depression, psychosis, schizoaffective depression

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phân liệt cảm xúc (F25) là những rối loạn từng giai đoạn trong đó các triệu chứng cảm xúc lẫn phân liệt đều nổi bật trong cùng một

giai đoạn của bệnh, thường là xảy ra đồng thời hoặc cách nhau khoảng vài ngày.¹ Đây là một rối loạn tâm thần khá thường gặp, ước tính chiếm 30% trong số các trường hợp nhập viện điều trị nội trú vì các triệu chứng loạn thần.² Theo DSM-5 tỷ lệ mắc bệnh trong suốt cuộc đời ước tính khoảng 0,3%.³ Mặc dù rối loạn phân liệt cảm xúc đã được biết đến từ lâu, song việc chẩn đoán vẫn còn tồn tại nhiều khó khăn. Đã có rất nhiều cuộc tranh luận để xác định xem rối loạn phân liệt cảm xúc chỉ đơn giản là một dạng của tâm thần phân liệt hay một dạng rối loạn cảm xúc, hay đó là một rối loạn riêng biệt, hay nó là dạng tiếp diễn giữa hai nhóm rối loạn này. Trên lâm sàng, rối loạn phân liệt cảm xúc vừa có đặc điểm giống các triệu chứng điển hình của tâm thần phân liệt (hoang tưởng, ảo giác, thiếu hòa hợp về tư duy, cảm xúc, hành vi, tác phong); vừa có các rối loạn cảm xúc khá điển hình như hưng cảm, trầm cảm, tiến triển có tính chất chu kỳ, có sự thuyên giảm giữa các đợt. Hiện nay, trên thế giới, đặc biệt ở Việt Nam, vấn đề rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm còn ít được nghiên cứu. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài "*Thực trạng rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm*" với mục tiêu sau "*Mô tả thực trạng rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm ở người bệnh điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Thiết kế được sử dụng là nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Thời gian, đối tượng và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Thời gian nghiên cứu: từ 10/2016 đến tháng 7/2017.

2.2.2. Đối tượng nghiên cứu. Lựa chọn vào nghiên cứu chẩn đoán xác định rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 được điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần, bệnh viện Bạch Mai (F25.1).¹

Loại ra khỏi nghiên cứu những trường hợp (i) có tổn thương não: chấn thương sọ não, viêm não, tai biến mạch máu não; (ii) có biểu hiện của lạm dụng rượu, ma túy và các chất gây nghiện khác; (iii) không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2.3. Địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại Viện Sức khỏe Tâm thần – bệnh viện Bạch Mai.

2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu. Lấy mẫu thuận tiện, những người bệnh đảm bảo tiêu

¹Đại học Y Hà Nội

²Viện Sức Khỏe Tâm Thần - Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Ngọc

Email: trannguyennngoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2022

Ngày duyệt bài: 4.3.2022

chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Kết thúc nghiên cứu thu nhận được 40 người bệnh rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm.

2.4. Biến số nghiên cứu. Tuổi, giới tính, nơi cư trú, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, tiền sử gia đình, sang chấn tâm lý và chẩn đoán trong lịch sử bệnh.

2.5. Công cụ thu thập số liệu. Bệnh án nghiên cứu (được thiết kế riêng phù hợp với nghiên cứu)

2.6. Phân tích số liệu. Nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Đối tượng và người thân tham gia nghiên cứu được giải thích cặn kẽ, cụ thể về mục đích, nội dung cũng như những lợi ích và nguy cơ có thể xảy ra khi tham gia. Đây là nghiên cứu mô tả không can thiệp vào quá trình điều trị.

Các đối tượng tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút khỏi nghiên cứu.

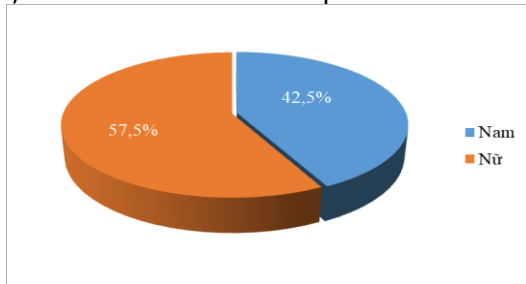
Mọi thông tin của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ các nhóm tuổi ở nhóm nghiên cứu (N=40)

| Tuổi | n | % |
|-------------|-----------|-------------|
| ≤ 25 | 12 | 30,0 |
| 26-40 | 23 | 57,5 |
| ≥ 40 | 5 | 12,5 |
| Tổng | 40 | 100 |
| Trung bình | 30,3±8,2 | |

Nhận xét. Tỷ lệ cao nhất là nhóm người bệnh 26-40 tuổi với 52,5%, tiếp theo là nhóm người bệnh trẻ ≤ 25 tuổi (32,5%) và ít gặp nhất là nhóm từ 40 tuổi trở lên (12,5%). Độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 30,3 ± 8,2, cao nhất là 51 tuổi và thấp nhất là 19 tuổi.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ giới tính ở nhóm nghiên cứu (N=40)

Nhận xét. Rối loạn phân liệt cảm xúc trầm cảm thường gặp ở nữ giới hơn ở nam giới, tỷ lệ lần lượt là 57,5% và 42,5% (p > 0,05). Tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 1,4/1.

Bảng 3.2. Đặc điểm nơi cư trú, tình

trạng hôn nhân và trình độ học vấn (N=40)

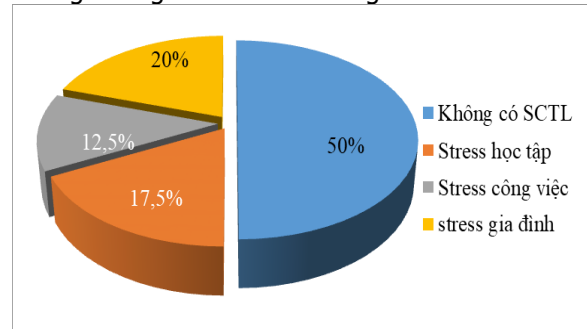
| Đặc điểm | | n | % |
|---------------------|---------------------|----|-------------|
| Nơi cư trú | Thành thị | 11 | 27,5 |
| | Nông thôn | 29 | 72,5 |
| Tình trạng hôn nhân | Chưa kết hôn | 16 | 40,0 |
| | Đã kết hôn | 22 | 55,0 |
| | Ly dị/Ly hôn | 2 | 5,0 |
| Trình độ học vấn | Trung học cơ sở | 6 | 15,0 |
| | Trung học phổ thông | 8 | 20,0 |
| | Đại học - cao đẳng | 26 | 65,0 |

Nhận xét. Người bệnh phân liệt cảm xúc loại trầm cảm phần lớn sống vùng nông thôn (72,5%). Đa số đã kết hôn (55,0%). Và có trình độ học vấn cao ở bậc đại học - cao đẳng, với tỷ lệ 65,0%. Không có người bệnh nhân trình độ tiểu học hay mù chữ.

Bảng 3.3. Đặc điểm tiền sử gia đình ở nhóm nghiên cứu (N=40)

| Tiền sử gia đình | | n | % |
|----------------------------|--------------------|-----------|-------------|
| Không có rối loạn tâm thần | | 32 | 80,0 |
| Có rối loạn tâm thần | Tâm thần phân liệt | 3 | 7,5 |
| | Rối loạn cảm xúc | 2 | 5,0 |
| | Không rõ chẩn đoán | 3 | 7,5 |
| Tổng | | 40 | 100 |

Nhận xét: Có 8 người bệnh có tiền sử người thân trong gia đình bị rối loạn tâm thần, chiếm 20%. Trong đó, 3 người bệnh có người thân chẩn đoán tâm thần phân liệt, 2 người bệnh có người thân được chẩn đoán rối loạn cảm xúc và 3 người bệnh có người thân bị rối loạn tâm thần nhưng không rõ chẩn đoán là gì.



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ sang chấn tâm lý ở nhóm nghiên cứu (N=40)

Nhận xét. Có một nửa số người bệnh khởi phát bệnh sau một sang chấn tâm lý. Các sang chấn tâm lý bao gồm các mâu thuẫn, xung đột trong gia đình (20%), các khó khăn, áp lực trong học tập (17,5%) và trong công việc (12,5%).

Bảng 3.4. Lịch sử chẩn đoán bệnh của nhóm nghiên cứu (N=40)

| Lịch sử chẩn đoán bệnh | | n | % |
|------------------------|------------------------|---|------|
| Phân liệt cảm xúc loại | Lần đầu được chẩn đoán | 4 | 10,0 |

| | | | |
|------------------------|-------------------------|-----------|------------|
| trầm cảm | Được chẩn đoán từ trước | 17 | 42,5 |
| Các rối loạn loạn thần | | 7 | 17,5 |
| Các rối loạn trầm cảm | | 6 | 15,0 |
| Không rõ | | 6 | 15,0 |
| Tổng số | | 40 | 100 |

Nhận xét. Có tới 32,5% người bệnh chưa được nhận ra chẩn đoán rối loạn phân liệt cảm xúc trong quá trình bệnh. Trong đó: 17,5% người bệnh được chẩn đoán các rối loạn loạn thần (loạn thần cấp, tâm thần phân liệt), 15% người bệnh chẩn đoán rối loạn trầm cảm. 15% người bệnh đã được đi khám và điều trị trước đó nhưng không nhớ rõ chẩn đoán và thuốc điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 40 người bệnh, trong đó có 17 người bệnh nam, chiếm tỷ lệ 42,5% và 23 người bệnh nữ, chiếm tỷ lệ 57,5%. Tỷ lệ người bệnh nữ cao hơn người bệnh nam trong nhóm nghiên cứu. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa lớn.

Theo DSM-V, RLPLCX nói chung, RLPLCX loại trầm cảm nói riêng hay gặp ở nữ giới hơn.³ Theo nghiên cứu của Marneros A và cộng sự (1990) trên 88 người bệnh RLPLCX, số người bệnh nữ cao gần gấp đôi số người bệnh nam: 65% người bệnh nữ, 35% người bệnh nam. Một số nghiên cứu khác ghi nhận tỷ lệ người bệnh nữ thấp hơn người bệnh nam, như Benabarre A. và cộng sự (2001) (nữ chiếm 46%), Ndetei DM và cộng sự (2013) (nữ 47,8%).⁴ Điều này có thể do sự khác biệt về cỡ mẫu cũng như đặc điểm dân số tại địa điểm nghiên cứu. Người bệnh nghiên cứu được chia thành 3 nhóm tuổi khác nhau: ≤ 25 tuổi, 26-40 tuổi và ≥ 40 tuổi. Nhóm người bệnh trong độ tuổi 26-40 chiếm tỷ lệ cao nhất, hơn một nửa số người bệnh nghiên cứu (52,5%). Nhóm người bệnh ≥ 40 tuổi chỉ chiếm 12,5%. Đa số người bệnh thuộc độ tuổi lao động, là chủ lực kinh tế của gia đình. Việc khởi phát hoặc tái phát một đợt bệnh cần phải vào viện điều trị nội trú có thể gây ra xáo trộn lớn trong công việc, sinh hoạt cũng như về kinh tế của họ và gia đình. Nhóm người bệnh lớn tuổi ít gặp hơn, có thể do quá trình bị bệnh lâu dài trước đó khiến gia đình và người bệnh không tiếp tục theo đuổi điều trị, hoặc người bệnh đã được đưa đến các cơ sở y tế tuyến cơ sở, có chi phí điều trị thấp hơn. Số tuổi dao động từ 19-51 tuổi và độ tuổi trung bình $30,3 \pm 8,2$ tuổi. Kết quả của chúng tôi phù hợp với Ndetei DM (2013) ghi nhận độ tuổi trung bình

của nhóm nghiên cứu là $33,1 \pm 10,9$ tuổi. Trong nghiên cứu này ông cũng chỉ ra không có sự khác biệt về độ tuổi trung bình của người bệnh giữa nhóm RLPLCX so với TTPL và RLCX.⁵

Về mặt nơi cư trú, chủ yếu nhóm nghiên cứu sống ở vùng nông thôn (72,5%). Hiện nay đất nước ta vẫn còn là một nước đang phát triển, ngành nông nghiệp vẫn chiếm vai trò chủ yếu, vì vậy số người xuất phát từ hoàn cảnh nông thôn vẫn chiếm một tỉ lệ lớn trong xã hội. Trong đó, nhiều người bệnh có điều kiện kinh tế khó khăn, việc điều trị dù nội trú hay ngoại trú tại một bệnh viện lớn thường là một gánh nặng với họ. Về tình trạng hôn nhân, tỷ lệ kết hôn chiếm tỉ lệ cao nhất (55,0%), theo sau là nhóm chưa lập gia đình (40,0%), chỉ có 2 trường hợp rơi vào tình trạng ly dị/ly hôn (5,0%). Vì nhóm nghiên cứu có đối tượng người bệnh < 30 tuổi chiếm tỉ lệ cao, do đó số người còn chưa kết hôn chiếm tỉ lệ cao. Theo nghiên cứu của Marneros A và cộng sự (1990) tình trạng hôn nhân của nhóm nghiên cứu gồm có 62,0% đã kết hôn; 33,0% chưa kết hôn; 3,0% đã li dị; 2% góa. Như vậy, nghiên cứu này cũng cho tỉ lệ kết hôn cao nhất. Nghiên cứu của Benabarre A. (2001) lại cho thấy tỉ lệ chưa kết hôn cao nhất (77%), cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi.⁴ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm người bệnh nghiên cứu có trình độ học vấn tương đối cao. Phần lớn người bệnh có trình độ học vấn ở bậc đại học - cao đẳng chiếm tỷ lệ cao nhất 65%, trình độ học vấn mức trung học cơ sở và trung học phổ thông chiếm lần lượt 15% và 30%. Không có người bệnh mù chữ hay trình độ tiểu học. Các người bệnh trước đây vẫn có khả năng học tập khá, hoàn thành được các chương trình học ở bậc trình độ cao. Kết quả này khác biệt với tác giả Marneros (1990) khi nghiên cứu trên 88 người bệnh RLPLCX thấy có 25% người bệnh có trình độ học vấn ở mức trung học phổ thông - đại học. Số người bệnh trình độ tiểu học là 51%, cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi và có 8% người bệnh đi học chậm hoặc không thể hoàn thành chương trình tiểu học. Có thể do người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trẻ, được sinh ra và lớn lên trong điều kiện đất nước đang phát triển, có điều kiện được đi học và được phổ cập chương trình giáo dục tiểu học tốt hơn. Đa số người bệnh vẫn duy trì được chức năng nghề nghiệp của mình. Có 37,5% người bệnh vẫn duy trì được công việc lao động chân tay (nông dân, công nhân, lao động tự do), 40% người bệnh duy trì được công việc văn phòng hoặc việc học tập của sinh viên, mặc dù hiệu suất công việc và

học tập có giảm sút. Theo Pinna F và cộng sự (2014), sự phục hồi về các chức năng xã hội, nghề nghiệp của người bệnh RLPLCX tốt hơn nhóm người bệnh TTPL.⁶ Marneros và cộng sự (1990) nhận thấy người bệnh RLPLCX có địa vị xã hội cao hơn so với người bệnh TTPL, nhưng lại không có khác biệt so với người bệnh RLCX. Trong nhóm nghiên cứu có 22,5% người bệnh thất nghiệp, không tự kiếm tiền nuôi sống bản thân được, họ thực sự trở thành gánh nặng cho gia đình, điều đó nhiều khi càng làm họ thêm bị quan, buồn chán hơn. Có 20% người bệnh có tiền sử người thân trong gia đình mắc rối loạn tâm thần. Nghiên cứu của Benabarre A. (2001) cho thấy tỷ lệ người bệnh có tiền sử gia đình về rối loạn tâm thần (58%) cao hơn so với kết quả của chúng tôi, cao hơn trong nhóm người bệnh tâm thần phân liệt (24%).⁴ Tác giả DeRosse (2013) ghi nhận kết quả tương tự nghiên cứu của chúng tôi với 24,7% người bệnh có tiền sử gia đình mắc rối loạn tâm thần.⁷ Trong nghiên cứu của chúng tôi, 3/40 người bệnh (7,5%) có người thân được chẩn đoán tâm thần phân liệt hoặc loạn thần, 3/40 người bệnh có người thân bị rối loạn tâm thần nhưng không rõ chẩn đoán, do người thân bị bệnh lâu hoặc đã mất nên người bệnh và người nhà không nhớ rõ, hoặc do họ không được đưa đến viện chẩn đoán và điều trị mà tự mua thuốc theo đơn cũ. Trong nghiên cứu của Marneros A và cộng sự (1990), 31% người bệnh có tiền sử gia đình có rối loạn tâm thần, 7% có tiền sử gia đình RLPLCX và 3% có RLCX.

Theo biểu đồ 3.2, một nửa số người bệnh có sang chấn tâm lý khi khởi phát bệnh. Các tác giả Marneros (1990) và Tsuang (1986) cũng nhận thấy tỷ lệ các sang chấn tâm lý trong RLPLCX cao tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi (51% và 60%). Nghiên cứu của Ndeti DM (2013) tỷ lệ các sang chấn trong RLPLCX (26,9%) cao hơn trong TTPL (14,7%) và RLCX (8,0%).⁵ Các sang chấn tâm lý thường là các áp lực, căng thẳng trong học tập, thi cử ở trường (17,5%), những sức ép, sự cạnh tranh trong công việc (12,5%), sự bất hòa tranh chấp giữa người bệnh và các thành viên trong gia đình (20%)... Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số người bệnh còn trẻ tuổi với tuổi trung bình khoảng $26,4 \pm 7,6$ và tỷ lệ đã lập gia đình là 55,0%. Ở độ tuổi trẻ, các người bệnh còn đang phấn đấu học tập, lập nghiệp, xây dựng gia đình nên khi gặp khó khăn về những mặt này có thể ảnh hưởng đến tâm lý của họ, tạo điều kiện khởi phát bệnh. Như đã đề cập, mặc dù RLPLCX đã được biết đến từ lâu, việc chẩn đoán vẫn còn tồn

tại nhiều khó khăn.⁴ Khi bác sĩ chỉ đánh giá các triệu chứng hiện có của người bệnh (mà không khai thác đầy đủ bệnh sử) có thể dẫn đến chẩn đoán sai vì các triệu chứng cảm xúc có thể ẩn sau các hoang tưởng, ảo giác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 36 người bệnh (90%) đã từng có quá trình đi khám và điều trị tại cơ sở y tế từ trước. Trong đó, chẩn đoán RLPLCX loại trầm cảm chiếm 42,5%. Có 13 người bệnh (chiếm 32,5%) không được nhận ra chẩn đoán RLPLCX loại trầm cảm trước đó. Trong đó các rối loạn loạn thần (loạn thần cấp, tâm thần phân liệt) chiếm 17,5%, rối loạn trầm cảm chiếm 15%. Điều này có thể do các nhóm triệu chứng ban đầu có thể nổi bật lên triệu chứng cảm xúc hoặc triệu chứng phân liệt ở các lần khác nhau. Mặt khác, theo tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-V, trong quá trình bệnh phải có ít nhất 1 giai đoạn các biểu hiện triệu chứng tâm thần phân liệt mà không có triệu chứng cảm xúc. Khi đó, người bệnh thường được chẩn đoán rối loạn loạn thần cấp hay tâm thần phân liệt. Kết quả của chúng tôi phù hợp với tác giả Santelmann H (2016) khi tiến hành nghiên cứu phân tích gồm 27 nghiên cứu về chuyển từ RLPLCX thành chẩn đoán khác và 23 nghiên cứu về chuyển từ chẩn đoán khác thành RLPLCX. Trong nghiên cứu này, hơn một nửa số người bệnh được chẩn đoán RLPLCX ở lần đánh giá thứ hai có chẩn đoán ban đầu là một rối loạn khác. Trong đó, 18% ban đầu được chẩn đoán là TTPL, 24% ban đầu được chẩn đoán RLCX và 12% chẩn đoán rối loạn khác. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy có 36% người bệnh ban đầu được chẩn đoán RLPLCX, sau đó được đổi thành một chẩn đoán khác, chủ yếu là TTPL (19%), 14% chuyển thành các RLPLCX và 6% chuyển thành các mã chẩn đoán khác.⁸ Sự biểu hiện đa dạng, chồng lấp các triệu chứng gây khó khăn trong chẩn đoán.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh rối loạn phân liệt cảm xúc có tuổi trung bình là $30,3 \pm 8,2$ tuổi, thường xuất hiện ở nữ giới hơn nam giới và tỉ lệ nữ / nam $\approx 1,4 / 1$. Đa số đã kết hôn (55,0%), có trình độ học vấn cao ở bậc đại học - cao đẳng (65,0%) và chủ yếu sống vùng nông thôn (72,5%). Có tới 32,5% bị chẩn đoán nhầm là rối loạn loạn thần cấp (17,5%) hoặc rối loạn trầm cảm (15%). Khoảng 20% người nhà có rối loạn tâm thần và có tới 50% các trường hợp khởi phát sau một sang chấn tâm lý.

Lời cảm ơn. Chúng tôi xin chân thành cảm ơn những người bệnh và gia đình tham gia vào

ngiên cứu, cảm ơn Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai đã tạo điều kiện cho việc thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Organization WH.** The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1st edition. World Health Organization; 1992.
2. **Azorin JM, Kaladjian A, Fakra E.** [Current issues on schizoaffective disorder]. L'Encephale. 2005;31(3):359-365. doi:10.1016/s0013-7006(05) 82401-7
3. **Association AP.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5. 5th edition. American Psychiatric Publishing; 2013.
4. **Benabarre A, Vieta E, Colom F, Martinez-Arán A, Reinares M, Gastó C.** Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: epidemiologic, clinical and prognostic differences. Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr. 2001; 16(3): 167-172. doi:10.1016/s0924-9338(01)00559-4
5. **Ndetei DM, Khasakhala L, Meneghini L, Aillon JL.** The relationship between schizoaffective, schizophrenic and mood disorders in patients admitted at Mathari Psychiatric Hospital, Nairobi, Kenya. Afr J Psychiatry. 2013;16(2):110-117. doi:10.4314/ajpsy.v16i2.14
6. **Pinna F, Sanna L, Perra V, et al.** Long-term outcome of schizoaffective disorder. Are there any differences with respect to schizophrenia? Riv Psychiatr. 2014;49(1):41-49. doi: 10.1708/1407.15624
7. **DeRosse P, Burdick KE, Lencz T, Siris SG, Malhotra AK.** Empirical Support for DSM-IV Schizoaffective Disorder: Clinical and Cognitive Validators from a Large Patient Sample. PLoS ONE. 2013;8(5):e63734. doi:10.1371/journal.pone.0063734
8. **Santelmann H, Franklin J, Bußhoff J, Baethge C.** Diagnostic shift in patients diagnosed with schizoaffective disorder: a systematic review and meta-analysis of rediagnosis studies. Bipolar Disord. 2016;18(3):233-246. doi:10.1111/ bdi.12388

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HUYẾT SƠ SINH TẠI TRUNG TÂM NHI KHOA BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Dương Quốc Trường¹, Đỗ Thái Sơn¹,
Dương Ngọc Ngà¹, Nguyễn Thị Thu Huyền¹, Ngô Thị Kim Quý¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị ở trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu 38 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Trung tâm Nhi khoa. **Kết quả:** Có 81,6% trẻ vào viện trước 3 ngày tuổi, 60,5% cân nặng dưới 2500g, 73,7% trẻ giới tính nam, chỉ có 39,5% trẻ có suy hô hấp ngay sau sinh, phần lớn trẻ nhiễm khuẩn tiên phát ở cơ quan hô hấp chiếm 63,2%, tỉ lệ trẻ khỏi bệnh cao 86,8%, 13,2% trẻ tử vong, thời gian nằm viện với những trẻ khỏi bệnh dài nhất là 21 ngày, ngắn nhất là 10 ngày, thời gian trung bình trẻ nằm viện là 13,03±2,82, có mối liên quan giữa kết quả điều trị và tuổi thai của trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết với $p < 0,05$. **Kết luận:** Khỏi bệnh chiếm tỷ lệ cao, phát hiện sớm ổ nhiễm khuẩn tiên phát có ý nghĩa quan trọng trong điều trị.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh, tử vong, khỏi bệnh.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF NEWBORN BACTEREMIA INFECTION AT THE

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Dương Quốc Trường

Email: Truongbmnhi@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022

Ngày duyệt bài: 2.3.2022

PEDIATRICS CENTER OF THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of treatment in neonates with diagnosed sepsis at the Pediatric Center of Thai Nguyen Central Hospital. **Methods:** A prospective descriptive study of 38 patients with diagnosed sepsis at the Pediatric Center. **Results:** There were 81.6% of children admitted before 3 days of age, 60.5% weighing less than 2500g, 73.7% of children of the male sex, only 39.5% of children having respiratory failure immediately after birth, almost children with primary infection in the respiratory organs accounted for 63.2%, the rate of children recovered was high 86.8%, 13.2% of children died, the longest time at the hospital for those who recovered was 21 days, the shortest was 10 days, the average time at the hospital was 13.03±2.82, there was relationship between treatment results and gestational age of infants with sepsis with $p < 0.05$. **Conclusion:** The cure rate is high, early detection of the primary infection is important in treatment.

Keywords: Neonatal sepsis, death, recovery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở bệnh nhân nặng tại các bệnh viện, đặc biệt là tại các đơn vị hồi sức tích cực, trong đó nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh là vấn đề đáng được sự quan tâm lớn, Nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh là một bệnh cấp tính, biểu hiện bởi bằng chứng viêm