

độ xương (31,6%). Mật độ xương trung bình tại cột sống thắt lưng ( $-3,00 \pm 1,45$  SD), tại cổ xương đùi ( $-3,26 \pm 1,01$  SD).

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Thành Đạt, Trần Văn Hường, Nguyễn Văn Tệp. Tỷ lệ loãng xương, giảm mật độ xương và những yếu tố liên quan ở người dân đến khám tại trung tâm phòng chống chấn thương và các bệnh không lây Thành phố Hồ Chí Minh năm 2015. Y học Việt Nam. 2017, 453 (số chuyên đề), 222-30.
2. Phạm Vũ Khánh. Lão khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam. 2009, 163-72.
3. Nguyễn Thị Ngọc Lan. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa. Nhà xuất bản y học. 2016. 272-84.

4. Ninh Thị Nhung, Phạm Ngọc Khải. Một số chỉ số sinh hóa liên quan đến chuyển hóa xương ở phụ nữ 40-65 tuổi tại Thái Bình. Y học Việt Nam. 2007, 10-5.
5. Nguyễn Đình Nguyên. Vai trò của các yếu tố nguy cơ trong tiên đoán gãy xương. Kỷ yếu các báo cáo hội nghị khoa học loãng xương, gãy xương và vitamin D, Cần Thơ. 2010, 35-40.
6. International Osteoporosis Foundation. Epidemiology, costs & burden of osteoporosis in 2013, Viet Nam. The Asia-Pacific regional audit. 2013, 119-23.
7. Cooper C, Shah S, Hand D.J, et al. Screening for vertebral osteoporosis using individual risk factors. Osteoporosis Int. 1990, 2, 48-53.
8. Tumay Sozen, Lale Ozisik, Nursel Calik Basaran. An overview and management of osteoporosis. Eur J Rheumatol. 2016, 46-56.

## YẾU TỐ NGUY CƠ CHẢY MÁU TÁI PHÁT CỦA BỆNH NHÂN U MẠCH THỂ HANG NÃO

Võ Hồng Khôi<sup>1,2,3</sup>, Nguyễn Huệ Linh<sup>3</sup>

### BLEEDING IN PATIENTS WITH CEREBRAL CAVERNOUS MALFORMATION

**Objective:** To analyze risk factors for recurrent bleeding of patients with cavernous angiomas at Bach Mai Hospital from August 2018 to August 2019.

**Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was performed on 45 patients. **Results:** The ratio of male to female was 1/1, the average age of the study subjects was 43.6. The lesion site had 53.4% of the cases of lesions located above the cerebellar tent, 42.2% of the cases were located below the cerebellar tent, and 4.4% of the cases had both above and below the tentacle, in 45 patients, there were 52 lesions, in which the most common lesion was in the frontal lobe 21.1%, the second was the pons 17.3%. Most patients have lesions less than 30mm (96.2%), lesions often show mixed signal on T1W pulse (55.6%), mixed signal on T2W pulse (53.3%), signal loss on T2\* (100%). There was no correlation between recurrent bleeding with age ( $p = 0.486$ ), gender ( $p = 0.912$ ), location ( $p = 0.512$ ), size of lesion ( $p = 0.456$ ). **Conclusion:** Cavernous hemangioma appeared in both sexes with similar rates, the patient's age and sex and the location and size of the lesion were not risk factors for recurrent cerebral bleeding.

**Keywords:** Cavernous angioma, Cavernoma, primary brain tumor.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U mạch thể hang (cavernous malformation, CMs) là cụm mạch máu bất thường, thiếu hụt các thành phần cấu trúc (lớp cơ trơn, sợi đàn hồi) nên các tế bào liên kết lỏng lẻo, dễ chảy máu, có thể được tìm thấy ở mọi nơi của hệ thống thần kinh trung ương, như đại não, tiểu não, thân não, tủy sống... Bệnh có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi, đa số không gây ra các biểu hiện

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phân tích yếu tố nguy cơ chảy máu tái phát của các bệnh nhân bị u mạch thể hang não tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2018- 08/2019. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 45 bệnh nhân. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 1/1, tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 43,6. Vị trí tổn thương có 53,4% trường hợp tổn thương nằm trên lều tiểu não, 42,2% trường hợp tổn thương nằm dưới lều tiểu não và 4,4% trường hợp có cả tổn thương trên và dưới lều, trong 45 bệnh nhân có 52 tổn thương trong đó vị trí tổn thương thường gặp nhất ở thùy trán (21,1%), thứ hai là cầu não (17,3%). Hầu hết bệnh nhân có tổn thương kích thước dưới 30mm (96,2%), tổn thương thường biểu hiện bằng tín hiệu hỗn hợp trên xung T1W (55,6%), hỗn hợp trên xung T2W (53,3%), giảm tín hiệu trên T2\* (100%). Không có mối tương quan giữa chảy máu tái phát với tuổi ( $p = 0,486$ ), giới ( $p = 0,912$ ), vị trí ( $p = 0,512$ ), kích thước của tổn thương ( $p = 0,456$ ). **Kết luận:** U mạch thể hang xuất hiện ở cả hai giới với tỷ lệ tương đương nhau, tuổi, giới của bệnh nhân và vị trí, kích thước của tổn thương không phải là yếu tố nguy cơ của chảy máu tái phát.

**Từ khóa:** U mạch thể hang, Cavernoma, u nguyên phát của não.

### SUMMARY

#### RISK FACTORS FOR RECURRENT

<sup>1</sup>Trung tâm Thần kinh Bạch Mai

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Đại học Y Dược Đại học Quốc Gia HN

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 10.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022

Ngày duyệt bài: 7.4.2022

lâm sàng, nhưng u mạch thể hang có thể có những triệu chứng như động kinh, đau đầu, hoặc chảy máu dẫn đến các thiếu sót thần kinh khu trú làm ảnh hưởng nặng nề tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và có thể gây tử vong.

U mạch thể hang của não là một dị dạng mạch máu với tỷ lệ mắc bệnh trong dân số chiếm từ 0,4%-0,8%, và là loại bất thường mạch não phổ biến nhất, chiếm 10-25% của tất cả các loại dị dạng mạch máu não, với nguyên nhân được cho là bẩm sinh.<sup>1</sup> U mạch thể hang lần đầu tiên được phát hiện ngẫu nhiên bởi Luschka năm 1853 là một tổn thương ở thùy trán trái. Năm 1863, Vichow lần đầu tiên mô tả về giải phẫu bệnh học của u mạch thể hang ở bán cầu đại não. Trong hơn 100 năm sau đó, do sự hạn chế về các phương tiện chẩn đoán hình ảnh nên đặc điểm tổn thương và những mô tả lâm sàng chỉ thông qua hồi cứu trên mổ tử thi.

Đến những năm 70 - 80 của thế kỷ XX, khi chẩn đoán hình ảnh phát triển, nhờ cắt lớp vi tính và đặc biệt là cộng hưởng từ mà u mạch thể hang bắt đầu được hiểu rõ hơn về bản chất, phát hiện sớm hơn, nhiều hơn, giúp các bác sĩ có thể mô tả tổn thương một cách kĩ càng và thống nhất, có ích rất lớn trong theo dõi và điều trị bệnh.

Ở Việt Nam, tuy đã có các phương tiện chẩn đoán và điều trị tương đối đầy đủ về u mạch thể hang nhưng các nghiên cứu về bệnh còn rất hạn chế. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm khảo sát và đưa ra nhận xét về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ và yếu tố nguy cơ chảy máu tái phát của bệnh nhân u mạch thể hang não.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**1. Đối tượng nghiên cứu.** Những bệnh nhân được chẩn đoán xác định là u mạch thể hang dựa vào lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ tại khoa Thần kinh và khoa Phẫu thuật thần kinh bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 năm 2018 đến tháng 8 năm 2019.

**2. Phương pháp nghiên cứu**

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

**\*Phương pháp thu thập thông tin nghiên cứu**

- Xây dựng bệnh án mẫu để thu thập thông tin
- Sử dụng bệnh án mẫu để thu thập thông tin lâm sàng, kết quả xét nghiệm và các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh.

**\*Phương tiện nghiên cứu**

- Hồ sơ bệnh án tại các khoa phòng Bệnh viện Bạch Mai.

- Phim chụp CHT sọ não được chụp đúng kỹ thuật, có thể phân tích được hình ảnh tổn thương.

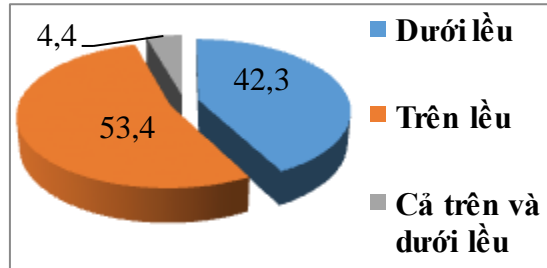
**\*Xử lý số liệu:** bằng chương trình SPSS 20.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**1. Tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu**

- Tuổi: từ 15 đến 76 tuổi, trung bình 43,6
- Phân bố theo giới: Nam chiếm 48,9%, nữ chiếm 51,1

**2. Đặc điểm vị trí tổn thương trên cộng hưởng từ**



**Biểu đồ 1: Vị trí tổn thương theo mốc lều tiểu não**

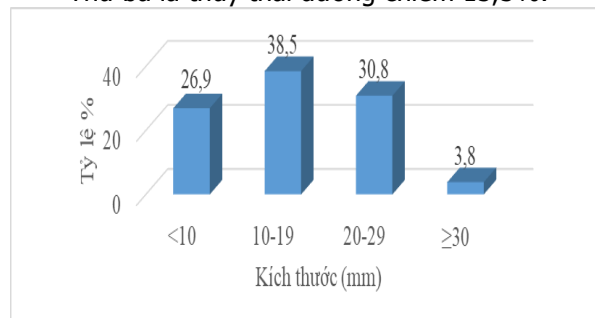
**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có vị trí tổn thương trên lều tiểu não nhiều hơn dưới lều tiểu não với tỷ lệ lần lượt là 53,4% và 42,2%, có 4,4% bệnh nhân có cả tổn thương trên lều và dưới lều.

**Bảng 1: Phân bố vị trí tổn thương chi tiết**

Vị trí tổn thương	Số lượng (N = 52)	Tỷ lệ (%)
Thùy trán	11	21,1
Thùy thái dương	8	15,5
Thùy đỉnh	7	13,5
Thùy chẩm	2	3,8
Vị trí sâu	3	5,8
Tiểu não	5	9,6
Cầu não	9	17,3
Công não	5	9,6
Hành não	2	3,8

**Nhận xét:** - Trong 45 bệnh nhân có 52 tổn thương trong đó vị trí tổn thương thường gặp nhất ở thùy trán chiếm tỷ lệ 21,1%.

- Thứ hai là cầu não chiếm tỷ lệ 17,3%.
- Thứ ba là thùy thái dương chiếm 15,5%.



**Biểu đồ 2: Kích thước của tổn thương**

**Nhận xét:** - Tổn thương nhỏ nhất có kích thước 4mm, lớn nhất 35mm.

- Kích thước trung bình  $15,1 \pm 7,7$ mm.
- 96,2% tổn thương có kích thước dưới 30mm.
- Tổn thương có kích thước 10 - 19mm chiếm tỷ lệ cao nhất 38,5%.

**Bảng 2: Đặc điểm của tổn thương trên cộng hưởng tử sọ não**

Tín hiệu	Tín hiệu T1W	Tín hiệu T2W	Tín hiệu T2*
	n (%)	n (%)	n (%)
Tăng	12 (26,6%)	12 (26,6%)	0 (0%)
Đồng	4 (8,9%)	0 (0%)	0 (0%)
Giảm	4 (8,9%)	9 (20%)	45 (100%)
Hỗn hợp	25 (55,6%)	24 (53,3%)	0 (0%)
<b>Tổng</b>	<b>45 (100%)</b>	<b>45 (100%)</b>	<b>45 (100%)</b>

**Nhận xét:** Hơn một nửa các trường hợp tổn thương biểu hiện tín hiệu hỗn hợp trên cả xung T1W (55,6%) và T2W (53,3%). Tất cả các tổn thương đều giảm tín hiệu trên T2\*.

**Bảng 3: Mối liên quan của chảy máu não tái phát với tuổi, giới của bệnh nhân**

Yếu tố	Chảy máu		Tổng n (%)	P	
	≤ 1 lần n (%)	≥ 2 lần n (%)			
Tuổi	<40	14 (70,0%)	20 (100%)	0,486	
	≥40	15 (60,0%)	25 (100%)		
	Tổng	29 (64,4%)	16 (35,6%)		45 (100%)
Giới	Nam	14 (63,6%)	22 (100%)	0,912	
	Nữ	15 (65,2%)	8 (34,8%)		23 (100%)
	Tổng	29 (64,4%)	16 (35,6%)		45 (100%)

**Nhận xét:** Không có mối liên quan giữa chảy máu tái phát với tuổi, giới của bệnh nhân.

**Bảng 4: Mối liên quan giữa chảy máu tái phát với vị trí và kích thước của tổn thương**

Yếu tố	Chảy máu		Tổng n (%)	P	
	≤ 1 lần n (%)	≥ 2 lần n (%)			
Vị trí	Trên lều	16 (69,6%)	23 (100%)	0,512	
	Dưới lều	12 (60,0%)	8 (40,0%)		20 (100%)
	Tổng	28 (65,1%)	15 (34,9%)		43 (100%)
Kích thước	<20 mm	22 (61,1%)	36 (100%)	0,456	
	≥20 mm	7 (77,7%)	2 (22,2%)		9 (100%)
	<b>Tổng</b>	<b>29 (64,4%)</b>	<b>16 (35,6%)</b>		<b>45(100%)</b>

**Nhận xét:** Không có mối liên quan giữa chảy máu tái phát với vị trí, kích thước của tổn thương.

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh xuất hiện ở nam là 48,9% và ở nữ là 51,1%, tỷ lệ nam/nữ = 1/1. Như vậy sự phân bố bệnh theo giới tính là không có sự khác biệt giữa nam và nữ. Về phân bố theo tuổi, bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi từ 15 đến 76 tuổi, tuổi trung bình là 43,6 tuổi. Kết quả nghiên cứu có độ tuổi trung bình cao hơn so với các nghiên cứu khác, nguyên nhân do sự khác biệt trong địa điểm nghiên cứu.<sup>2,3</sup> Chúng tôi thu thập số liệu chủ yếu tại khoa Thần kinh và khoa Phẫu thuật thần kinh Bệnh viện Bạch Mai, quần thể nghiên cứu của chúng tôi hẹp hơn, điều này làm nâng độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu.

Về vị trí tổn thương so với lều tiểu não, u mạch thể hang ở trên lều chiếm 53,4%, dưới lều chiếm 42,2%, có 4,4% bệnh nhân có cả tổn

thương trên lều và dưới lều. Như vậy, tổn thương trên lều có tỷ lệ cao hơn so với tổn thương dưới lều, kết quả này cũng phù hợp với nhiều kết quả nghiên cứu từ trước.<sup>4</sup> Tuy nhiên, với tỷ lệ 42,2%, các tổn thương dưới lều chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhiều kết quả nghiên cứu các tác giả khác.<sup>5</sup> Nguyên nhân của sự khác biệt này do chúng tôi chỉ chọn các bệnh nhân đã điều trị nội trú tức là có các triệu chứng lâm sàng nghiêm trọng khiến bệnh nhân phải nhập viện. Trong nhóm nghiên cứu, vị trí có tỷ lệ gặp u mạch thể hang cao nhất là thùy trán với tỷ lệ 21,1%, thứ hai là cầu não với 17,3% số tổn thương, thùy thái dương và thùy đỉnh có tỷ lệ lần lượt là 15,5% và 13,5% cũng là vị trí thường xuất hiện u mạch thể hang. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Robinson và cs (1991) cho biết tổn thương ở thùy trán có tỷ lệ cao nhất 31,6%, thùy thái dương 21,1%, thùy đỉnh

11,8%, vị trí dưới lều hay gặp nhất là tiểu não (11,8%).<sup>6</sup> Thùy trán là vùng não có kích thước lớn với các chức năng quan trọng như vận động, ngôn ngữ nên tổn thương vùng này thường có biểu hiện lâm sàng rõ ràng, nặng nề khiến cho bệnh nhân phải đi khám để tìm nguyên nhân nhiều hơn do vậy cơ hội được phát hiện và chẩn đoán cao hơn.<sup>6</sup>

Về kích thước của tổn thương, trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương nhỏ nhất có kích thước 4mm, lớn nhất 35mm, kích thước trung bình  $15,1 \pm 7,7$ mm, đa số tổn thương có kích thước dưới 20mm (65,4%), 96,2% tổn thương có kích thước dưới 3cm, tổn thương có kích thước 10 - 19mm chiếm tỷ lệ cao nhất 38,5%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả trong và ngoài nước.

Tín hiệu của u mạch thể hang trên cộng hưởng từ được khảo sát trên nhiều xung khác nhau nhưng trong bài báo này chúng tôi đề cập chủ yếu 3 xung là T1W, T2W và đặc biệt là xung T2\*. Với xung T1W và T2W, trong 45 bệnh nhân, nhận thấy đa số các trường hợp tổn thương thể hiện tín hiệu hỗn hợp trên cả hai xung, chiếm tỷ lệ 53,3%, trên xung T2\*, tất cả các tổn thương u mạch thể hang đều giảm tín hiệu (100%). Điều này phù hợp với bản chất mô bệnh học của u mạch thể hang, do đặc điểm vi thể của tổn thương bao gồm sản phẩm của nhiều đợt xuất huyết mới lẫn cũ, như hemosiderin, tinh thể cholesterol, vôi hóa, cục máu đông.

Xét về nguy cơ chảy máu tái phát trên các bệnh nhân u mạch thể hang, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ chảy máu tái phát giữa các nhóm tuổi ( $p = 0,486$ ). Kết quả này cũng tương tự như nhiều nghiên cứu đã được công bố từ trước.<sup>7</sup> Một số nghiên cứu nhận thấy có sự khác biệt trong hai giới nam, nữ, khác biệt trong các nhóm tuổi: Aiba và cs (1995) so sánh nguy cơ chảy máu tái phát ở hai nhóm tuổi <40 và  $\geq 40$  thì nhận thấy nhóm <40 tuổi có nguy cơ chảy máu lần 2 cao hơn ở cả nam và nữ ( $p < 0,05$ ).<sup>8</sup> Sự khác biệt này có thể do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân của các nghiên cứu là khác nhau.

Về ảnh hưởng của giới tính trong tỷ lệ chảy máu tái phát của u mạch thể hang, Aiba (1995) cho rằng giới nữ chiếm ưu thế hơn trong nhóm xuất huyết tái phát, tác giả này lý giải nguyên nhân giới tính nữ có liên quan đến chảy máu tái phát do liên quan đến các cơ chế về mặt sinh học như đáp ứng với nội tiết tố của u mạch thể hang, do mang thai, dùng thuốc ngừa thai hoặc liệu pháp thay thế hormone.<sup>8</sup> Tuy nhiên, đa phần

các nghiên cứu trên thế giới đều chỉ ra rằng không có mối liên quan nào thật sự rõ ràng của chảy máu tái phát với giới tính của bệnh nhân.<sup>7</sup> Nghiên cứu của chúng tôi cũng chưa tìm được mối liên quan nào giữa giới tính với chảy máu tái phát ( $p = 0,912$ ).

Đánh giá mối liên quan giữa vị trí tổn thương với chảy máu tái phát, nghiên cứu của chúng tôi không thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa vị trí tổn thương với chảy máu tái phát ( $p = 0,512$ ). Về vai trò của kích thước tổn thương với chảy máu tái phát, chúng tôi chưa tìm ra mối liên quan nào có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,456$ ). Kết quả này cũng tương đồng với đa số các nghiên cứu trên thế giới.<sup>7</sup>

## V. KẾT LUẬN

U mạch thể hang có thể gặp ở cả hai giới ở mọi lứa tuổi

U trên lều gặp nhiều hơn dưới lều, thùy trán thường gặp nhất.

Hầu hết tổn thương có kích thước dưới 30 mm

Hình ảnh điển hình trên cộng hưởng từ là tổn thương dạng tín hiệu hỗn hợp trên cả T1W và T2W, giảm tín hiệu trên T2.

Tuổi, giới tính của bệnh nhân và vị trí, kích thước của tổn thương không phải là yếu tố nguy cơ của chảy máu tái phát ở bệnh nhân u mạch thể hang.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Management of Cerebral Cavernous Malformations:** From Diagnosis to Treatment. <<https://www.hindawi.com/journals/tswj/2015/808314/>>, accessed: 06/29/2018.
- 2. Sommer B., Kasper B.S., Coras R., et al. (2013).** Surgical management of epilepsy due to cerebral cavernomas using neuronavigation and intraoperative MR imaging. *Neurol Res*, 35(10), 1076–1083.
- 3. Chem Sammithik (2012),** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật u mạch thể hang trên lều tiểu não (cavernoma), Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
- 4. Voigt K. and Yaşargil M.G. (1976).** Cerebral cavernous haemangiomas or cavernomas. Incidence, pathology, localization, diagnosis, clinical features and treatment. Review of the literature and report of an unusual case. *Neurochirurgia (Stuttg)*, 19(2), 59–68.
- 5. Seizure outcome after lesionectomy for cavernous malformations | Journal of Neurosurgery, Vol 83, No 2.** <<http://thejns.org/doi/abs/10.3171/jns.1995.83.2.0237>>, accessed: 06/13/2018.
- 6. Robinson J.R., Awad I.A., and Little J.R. (1991).** Natural history of the cavernous angioma. *J Neurosurg*, 75(5), 709–714.

7. Kondziolka D., Lunsford L.D., and Kestle J.R. (1995). The natural history of cerebral cavernous malformations. *J Neurosurg*, 83(5), 820–824.

8. Aiba T., Tanaka R., Koike T., et al. (1995). Natural history of intracranial cavernous malformations. *J Neurosurg*, 83(1), 56–59.

## THỰC TRẠNG ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN PHÂN LIỆT CẢM XÚC LOẠI TRẦM CẢM

Dương Minh Tâm<sup>1,2</sup>, Trần Nguyễn Ngọc<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu tìm hiểu thực trạng điều trị rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm ở người bệnh điều trị nội trú 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. Trong các thuốc an thần kinh, risperidone được sử dụng nhiều nhất (60,0%). Trong các thuốc chống trầm cảm, sertraline được sử dụng nhiều nhất (90,0%) với liều trung bình cao nhất là 125 ± 52,8mg/ngày. Có 5 người bệnh được điều trị bằng valproat (12,5%), liều cao nhất trung bình khoảng 1100 ± 223,6 mg/ngày. Diazepam (thuốc bình thần) cũng thường xuyên được sử dụng (87,5%). Có 100% người bệnh được điều trị bằng các thuốc an thần kinh kết hợp với một hoặc nhiều loại thuốc khác. Phần lớn người bệnh được điều trị nội trú trong thời gian từ 2-4 tuần (60,0%). Số ngày điều trị trung bình là 20,6 ± 9,3 ngày, ngắn nhất là 6 ngày và dài nhất là 46 ngày.

**Từ khóa:** phân liệt cảm xúc trầm cảm, thuốc chống loạn thần, thuốc chống trầm cảm.

### SUMMARY

#### THE STATUS OF TREATMENT OF SCHIZOAFFECTIVE DISORDER WITH DEPRESSIVE TYPE

We carried out a study with the aim of finding out the status of treatment for schizoaffective disorder with depressive type in inpatients at the Institute of Mental Health - Bach Mai hospital. This is a cross-sectional descriptive study with 40 patients diagnosed with schizoaffective disorder according to ICD-10 diagnostic criteria (F25.1). The results showed that the average age of patients with schizoaffective disorder was 30.3±8.2 years, more common in women than in men, and the female/male ratio ≈ 1.4/1. Among the

neuroleptics, risperidone was the most used (60.0%). Among antidepressants, sertraline was used the most (90.0%) with the highest mean dose 125 ± 52.8 mg/day. There were 5 patients treated with valproate (12.5%), the average highest dose was about 1100 ± 223.6 mg/day. Diazepam (a sedative) is also frequently used (87.5%). 100% of patients were treated with neuroleptics in combination with one or more other drugs. The majority of patients received inpatient treatment for 2-4 weeks (60.0%). The average number of treatment days was 20.6 ± 9.3 days, the shortest was 6 days and the longest was 46 days.

**Keywords:** schizoaffective depression, antipsychotic drugs, antidepressant drugs.

### 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.<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> Theo DSM-5 tỷ lệ mắc bệnh trong suốt cuộc đời ước tính khoảng 0,3%.<sup>3</sup> Liệu pháp hóa dược điều trị rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm cần có sự phối hợp thuốc chống loạn thần, chống trầm cảm, chỉnh khí sắc để kiểm soát các triệu chứng loạn thần và các triệu chứng trầm cảm.<sup>4</sup> Điều trị thuốc chống trầm cảm khác trong điều trị trầm cảm lưỡng cực. Sự lựa chọn thuốc chống trầm cảm nên tính đến những thành công hay thất bại của thuốc chống trầm cảm trước đó. Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin (ví dụ, fluoxetine và sertraline) thường được sử dụng là lựa chọn hàng đầu vì chúng có ít tác dụng trên tim mạch và bớt nguy hiểm hơn khi dùng quá liều. Tuy nhiên, người bệnh bị kích động hoặc mất ngủ thì điều trị thuốc chống trầm cảm ba vòng sẽ có hiệu quả tốt hơn. Như trong tất cả các trường hợp khó điều trị, nên xem xét sử dụng liệu pháp sốc điện (electroconvulsive therapy). Các thuốc chống loạn thần có vai trò quan trọng trong việc điều trị các triệu chứng loạn thần của rối loạn phân liệt cảm xúc. Có tới 93% người bệnh rối loạn phân liệt cảm xúc điều

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Viện Sức Khỏe Tâm Thần - Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Ngọc

Email: trannguyennngoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2022

Ngày duyệt bài: 6.4.2022