

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

trị bằng thuốc chống loạn thần. Các thuốc an thần kinh không điển hình đã chứng minh được hiệu quả trong điều trị triệu chứng cảm xúc, gồm cả lưỡng cực và trầm cảm. Một nghiên cứu tổng quan về điều trị rối loạn phân liệt cảm xúc và tâm thần phân liệt có triệu chứng cảm xúc cho rằng thuốc an thần kinh không điển hình tốt hơn là an thần kinh điển hình.<sup>5</sup> Hiện nay, trên thế giới, đặc biệt ở Việt Nam, vấn đề về điều trị rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm còn ít được nghiên cứu. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài "Thực trạng điều trị rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm" với mục tiêu sau "Mô tả 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"

**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 – Bv Bạch Mai (F25.1).<sup>1</sup>

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 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.

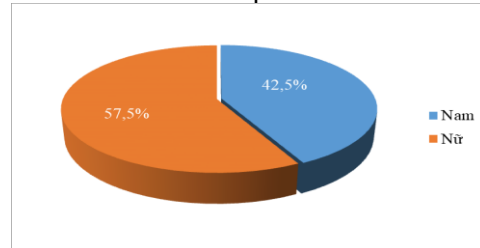
Mọi thông tin của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật.

**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	<b>57,5</b>
≥ 40	5	12,5
<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
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. Các thuốc đã được sử dụng để điều trị ở nhóm nghiên cứu (N=40)**

Thuốc	n	%	Liều tối thiểu (mg/ngày)	Liều tối đa (mg/ngày)	Số ngày sử dụng
<b>Thuốc an thần kinh</b>					
Haloperidol	23	57,5	9,13 ± 3,9	15,0 ± 5,8	5,0 ± 3,3
Risperidone	24	60,0	2,9 ± 1,1	4,2 ± 1,7	15,1 ± 8,6
Olanzapine	11	27,5	15,0 ± 5,0	19,6 ± 7,9	14,1 ± 5,4
Quetiapine	18	45,0	248,6 ± 186,0	393,1 ± 247,9	13,3 ± 7,8

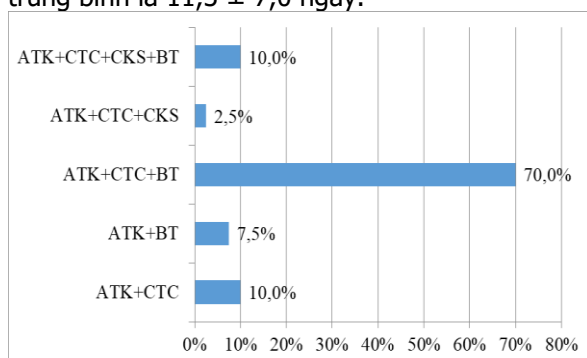
Amisulpride	4	10,0	350 ± 100	500 ± 200	13,0 ± 8,2
Chlorpromazine	1	2,5	50	150	7
Levomepromazin	1	2,5	150	150	23
<b>Thuốc chống trầm cảm</b>					
Sertraline	36	90,0	87,5 ± 49,8	125 ± 52,8	18,0 ± 8,1
Fluvoxamine	1	2,5	100	200	17
Mirtazapine	1	2,5	30	50 ± 17,3	16,0 ± 8,7
Amitriptylin	1	2,5	50	75	20
Không dùng	3	7,5			
<b>Thuốc khác</b>					
Valproat	5	12,5	800 ± 273,9	1100 ± 223,6	21,4 ± 5,9
Diazepam	35	87,5	6,4 ± 3,1	14,6 ± 6,3	11,3 ± 7,0

**Nhận xét:** Trong các thuốc an thần kinh, risperidone được sử dụng nhiều nhất (60,0%); tiếp đến là haloperidol (57,5%), quetiapine (45,0%) và olanzapine (27,5%); các thuốc Amisulpride, Chlorpromazine và levomepromazin ít được sử dụng (tỷ lệ lần lượt là 10,0%; 2,5% và 2,5%). Các thuốc an thần kinh không điển hình được dùng nhiều hơn.

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 3 người bệnh (7,5%) không được điều trị bằng các thuốc chống trầm cảm.

Có 5 người bệnh được điều trị bằng valproat, chiếm 12,5%. Thuốc được dùng trong trường hợp này với tác dụng chỉnh khí sắc với liều cao nhất trung bình khoảng 1100 ± 223,6 mg/ngày, số ngày sử dụng trung bình là 21,4 ± 5,9 ngày.

Diazepam (thuốc bình thần) cũng thường xuyên được sử dụng (87,5%) với số ngày dùng trung bình là 11,3 ± 7,0 ngày.



**Biểu đồ 3.2. Sự kết hợp thuốc trong điều trị ở nhóm nghiên cứu (N=40)**

**Nhận xét:** Có 100% người bệnh được điều trị bằng các thuốc an thần kinh kết hợp với một hoặc nhiều loại thuốc khác. Trong đó, phần lớn người bệnh được dùng thuốc an thần kinh kết hợp với thuốc chống trầm cảm và bình thần (chiếm 70%). Chỉ có 7,5% bệnh nhân không dùng thuốc chống trầm cảm, chỉ dùng thuốc an

thần kinh kết hợp bình thần. Có 10% người bệnh được dùng kết hợp cả 4 loại thuốc an thần kinh, chống trầm cảm, chỉnh khí sắc và bình thần.

**Bảng 3.3. Đặc điểm thời gian điều trị nội trú**

Thời gian nằm viện	n	%
< 2 tuần	10	25,0
Từ 2-4 tuần	24	60,0
>4 tuần	6	15,0
<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Phần lớn người bệnh được điều trị nội trú trong thời gian từ 2-4 tuần (60,0%), tiếp theo là nhóm người bệnh có thời gian điều trị dưới 2 tuần (25,0%), nhóm điều trị > 1 tháng chỉ có 6 người bệnh (15,0%). Số ngày điều trị trung bình là 20,6 ± 9,3 ngày, ngắn nhất là 6 ngày và dài nhất là 46 ngày.

#### 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.<sup>3</sup> 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%).<sup>6</sup> 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 Ndeti 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.<sup>7</sup> Về mặt nơi cư trú, chủ yếu nhóm nghiên cứu sống ở vùng nông thôn. 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, theo sau là nhóm chưa lập gia đình, chỉ có 2 trường hợp rơi vào tình trạng ly dị/ly hôn. 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. 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, tiếp đó đến trình độ học vấn mức trung học cơ sở và trung học phổ thông. 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. 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. Trong nhóm nghiên cứu 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 bi quan, buồn chán hơn.

Về điều trị, tất cả các người bệnh được điều trị bằng các thuốc an thần kinh. Tỷ lệ người bệnh được điều trị bằng thuốc chống trầm cảm, thuốc chỉnh khí sắc và thuốc bình thần lần lượt là

92,5%; 12,5% và 87,5%. Ndeti DM (2013) khi nghiên cứu trên 160 người bệnh cũng cho thấy hầu hết người bệnh được điều trị thuốc an thần (93,1%), tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ dùng thuốc chống trầm cảm thấp hơn (khoảng 65,2%).<sup>7</sup> Tất cả người bệnh trong nghiên cứu được điều trị bằng các thuốc an thần kinh. Trong đó, các thuốc an thần kinh không điển hình (risperidone, olanzapine, quetiapine) được dùng nhiều hơn so với thuốc an thần kinh cổ điển (haloperidol, chlorpromazine...). Sự ra đời của thuốc an thần thần kinh không điển hình được coi như là một cuộc cách mạng đối với các người bệnh loạn thần. Các thuốc an thần kinh không điển hình ngoài việc gây ít tác dụng phụ ngoại tháp hơn còn có tác dụng điều trị trong trầm cảm, chỉnh khí sắc và triệu chứng âm tính. Trong các thuốc an thần kinh, risperidone được sử dụng nhiều nhất (60,0%); tiếp đến là haloperidol (57,5%), quetiapine (45,0%) và olanzapine (27,5%). Nguyễn Thị Ngọc Vân (2007) cũng nhận thấy thuốc an thần kinh được sử dụng nhiều nhất trên người bệnh RLPLCX loại trầm cảm là risperidone (chiếm 60%). Tollefson và cộng sự (1998) báo cáo từ một nghiên cứu đa trung tâm, mù đôi có đối chứng so sánh điều trị rối loạn phân liệt cảm xúc bằng olanzapine và haloperidol và nhận thấy triệu chứng trầm cảm cải thiện đáng kể khi điều trị olanzapine.<sup>7</sup> Banov và cộng sự (1994) dùng clozapine điều trị cho người bệnh trong thời gian trung bình 18,7 tháng cho thấy người bệnh RLPLCX cải thiện tốt hơn người bệnh TTPL và người bệnh RLPLCX thể hưng cảm cải thiện tốt hơn thể trầm cảm. Keck PE (1995) nghiên cứu hồi cứu kết quả điều trị của 81 bệnh RLPLCX được điều trị risperidone trong 24 tuần lại nhận thấy ngược lại, người bệnh RLPLCX loại trầm cảm cải thiện tốt hơn loại hưng cảm. Cùng với tác dụng điều trị các triệu chứng loạn thần, các thuốc chống loạn thần không điển hình còn có hiệu quả tích cực trên các triệu chứng cảm xúc, một số nghiên cứu gợi ý rằng những thuốc này có hiệu quả hơn các thuốc chống loạn thần điển hình trong điều trị RLPLCX. Nghiên cứu của Jan Volavka (2002) cho thấy clozapine và olanzapine có hiệu quả điều trị triệu chứng loạn thần tương đương nhau, hiệu quả của risperidone có thể kém hơn một chút. Clozapin có hiệu quả tốt trên các người bệnh có ý tưởng tự sát. Có 92,5% người bệnh được điều trị thuốc chống trầm cảm. Trong các thuốc chống trầm cảm, sertraline được sử dụng nhiều nhất (90,0%) với liều trung bình là  $87,5 \pm 49,8$  mg/ngày. Các thuốc nhóm khác như mirtazapine,

amitriptyline rất ít được sử dụng. Theo Sadok BJ, các thuốc ức tái hấp thu chọn lọc serotonin được coi là lựa chọn đầu tay trong điều trị vì có ít tác dụng phụ trên tim mạch và ít nguy hiểm hơn khi dùng quá liều. Tuy nhiên, trên những người bệnh ngủ kém hay dễ cáu gắt thì thuốc chống trầm cảm 3 vòng có thể có tác dụng tốt. Trong nhóm nghiên cứu, có 3 người bệnh (7,5%) không được điều trị bằng các thuốc chống trầm cảm. Những người bệnh này được sử dụng quetiapine với liều khoảng 50-200 mg/ngày. Quetiapine là thuốc an thần kinh không điển hình, ở liều thấp có tác dụng trong điều trị các triệu chứng trầm cảm. Di Fiorino (2014) so sánh tác dụng của quetiapine XR và risperidone trong điều trị triệu chứng trầm cảm cho thấy quetiapine XR giúp cải thiện triệu chứng gấp 2,2 lần.<sup>8</sup> Thuốc bình thần (diazepam) được dùng khá nhiều trên lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 35/40 người bệnh được dùng thuốc diazepam với thời gian điều trị trung bình khoảng 11 ngày. Thuốc bình thần thường được dùng ngăn ngày giúp người bệnh bình tĩnh, có tác dụng an dịu, gây ngủ, đặc biệt trong những ngày đầu khi hoang tưởng, ảo giác còn, rối loạn giấc ngủ. Thuốc chỉnh khí sắc: Vai trò của các thuốc chỉnh khí sắc thường được nhấn mạnh trong RLPLCX loại hưng cảm hoặc loại hỗn hợp. Tuy nhiên trong nhóm người bệnh nghiên cứu, trầm cảm có thể kèm theo cáu gắt, giận dữ, cảm xúc không ổn định và các thuốc chỉnh khí sắc sẽ đóng vai trò tốt trong trường hợp này. Có 12,5% người bệnh được điều trị thuốc Valproat với liều trung bình là 800 ± 273,9 mg/ngày. Phối hợp thuốc: trong điều trị RLPLCX loại trầm cảm, thuốc an thần kinh thường được sử dụng một mình dao động từ 34%-55%. Theo Olfson (2009) và Murru (2013), tỷ lệ kết hợp với thuốc chỉnh khí sắc và/hoặc thuốc chống trầm cảm dao động từ 23%-87%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thuốc an thần kinh được dùng cùng với thuốc bình thần trong thời gian ngắn, chiếm tỷ lệ 7,5%; thấp hơn của các tác giả trên. Đa số người bệnh được dùng thuốc an thần kinh phối hợp cùng thuốc chống trầm cảm (92,5%), trong đó có phối hợp thêm thuốc bình thần chiếm 70%, kết quả này phù hợp với các tác giả trên. Số ngày điều trị trung bình là 20,6 ± 9,3 ngày, ngắn nhất là 6 ngày và dài nhất là 46 ngày. Phần lớn người bệnh được điều trị nội trú trong thời gian từ 2-4 tuần (60,0%). Đây là khoảng thời gian cần thiết để các thuốc chống trầm cảm phát huy được đầy đủ hiệu quả điều trị. Có 6 người bệnh điều trị kéo dài trên 1 tháng, do các triệu chứng loạn thần còn kéo dài, hoặc vẫn

còn rối loạn giấc ngủ. Nhóm người bệnh xin ra viện sớm hơn thường là khi các triệu chứng hoang tưởng, ảo giác thuyên giảm, trên thực tế còn những do khác như điều kiện kinh tế gia đình không cho phép nằm viện dài ngày, đặc biệt những gia đình không có bảo hiểm y tế hay do gia đình không bố trí được người chăm sóc cho người bệnh....

## V. KẾT LUẬN

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.

**Lời cảm ơn.** Chúng tôi xin chân thành cảm ơn những người bệnh và gia đình tham gia vào nghiên 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. **Azarin 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. **Levinson DF, Umapathy C, Musthaq M.** Treatment of schizoaffective disorder and schizophrenia with mood symptoms. Am J Psychiatry. 1999;156(8):1138-1148. doi:10.1176/ajp.156.8.1138
5. **Levinson DF, Umapathy C, Musthaq M.** Treatment of schizoaffective disorder and schizophrenia with mood symptoms. Am J Psychiatry. 1999;156(8):1138-1148. doi:10.1176/ajp.156.8.1138
6. **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
7. **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

8. Di Fiorino M, Montagnani G, Trespi G, Kasper S. Extended-release quetiapine fumarate

(quetiapine XR) versus risperidone in the treatment of depressive symptoms in patients with schizoaffective disorder or schizophrenia: a randomized, open-label, parallel-group, flexible-dose study. Int Clin Psychopharmacol. 2014; 29(3):166-176. doi:10.1097/YIC.000000000000017

## SO SÁNH SÀNG LỌC NGUY CƠ DINH DƯỠNG VỚI TIÊU CHÍ GLIM MỚI VỀ SUY DINH DƯỠNG VÀ LIÊN QUAN ĐẾN SUY NHƯỢC CƠ Ở BỆNH NHÂN COVID-19 CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN DÃ CHIẾN TRUYỀN NHIỄM 5G

Nguyễn Duy Đông\*, Tạ Việt Hà\*,  
Huỳnh Thị Thu Hương\*, Đinh Việt Hùng\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Để so sánh công cụ sàng lọc dinh dưỡng phổ biến với tiêu chuẩn chẩn đoán mới của Sáng kiến Lãnh đạo Toàn cầu về Suy dinh dưỡng (GLIM) ở những bệnh nhân COVID-19 lớn tuổi nhập viện. **Phương pháp:** 182 bệnh nhân COVID-19 cao tuổi nhập khoa điều trị bệnh nhân nặng, Bệnh viện Dã chiến truyền nhiễm 5G được đánh giá liên tiếp khi nhập viện bằng công cụ sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng 2002 (NRS-2002), suy dinh dưỡng theo tiêu chuẩn GLIM, và đánh giá nguy cơ suy nhược cơ bằng SARC-F. **Kết quả:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng 46,7% theo GLIM. Độ nhạy, độ đặc hiệu của NRS-2002 trong phát hiện suy dinh dưỡng là 98,8% và 56,7%. Mức độ phù hợp với tiêu chuẩn GLIM là 54,0%. Công cụ sàng lọc có giá trị để chẩn đoán suy dinh dưỡng. Những bệnh nhân có nguy cơ dinh dưỡng theo NRS-2002 có nhiều khả năng hiện diện suy nhược cơ hơn những bệnh nhân có nguy cơ thấp (OR:4,04; KTC 95%: 1,31-12,4). **Kết luận:** NRS-2002 có giá trị trong phát hiện suy dinh dưỡng ở bệnh nhân COVID-19 cao tuổi nằm viện được chẩn đoán bởi tiêu chuẩn GLIM mới. Hơn nữa, bệnh nhân COVID-19 cao tuổi có nguy cơ cao suy dinh dưỡng theo NRS-2002 có nguy cơ cao mắc suy nhược cơ. Tình trạng dinh dưỡng nên được xác định bởi NRS-2002 ở bệnh nhân cao tuổi mắc COVID-19 khi nhập viện.

**Từ khóa:** Tình trạng dinh dưỡng, suy nhược cơ; sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng, Bệnh nhân COVID-19 cao tuổi

### SUMMARY

#### COMPARISON OF NUTRITIONAL RISK SCREENING WITH THE NEW GLIM CRITERIA FOR MALNUTRITION AND ASSOCIATION WITH SARCOPENIA IN

\*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Đông

Email: dnduydong157@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022

Ngày duyệt bài: 6.4.2022

### ELDERLY COVID-19 PATIENTS TREATED AT INFECTIOUS FIELD HOSPITAL NO.5G

**Objectives:** To compare a popular nutritional screening tool with the new Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) diagnostic criteria in elderly hospitalized COVID-19 patients. **Methods:** 182 elderly COVID-19 patients admitted to the critical care ward, Infectious Field Hospital No.5G were evaluated consecutively upon admission using the nutritional risk screening tool 2002 (NRS-2002), undernutrition according to GLIM criteria, and assess the risk of sarcopenia by SARC-F tool. **Results:** Malnutrition rate 46.7% according to GLIM criteria. The sensitivity and specificity of NRS-2002 in detecting malnutrition were 98.8% and 56.7%, respectively. The concordance with the GLIM criteria was 54.0%. NRS-2002 was a moderate-value screening tool for the diagnosis of malnutrition. Patients at nutritional risk according to the NRS-2002 were more likely to present with sarcopenia than patients at low risk (OR: 4.04; 95% CI: 1.31-12.4). **Conclusion:** NRS-2002 is valuable in detecting malnutrition in hospitalized elderly COVID-19 patients diagnosed by new GLIM criteria. Furthermore, elderly COVID-19 patients at high risk of malnutrition according to NRS-2002 are at increased risk of present with sarcopenia. Nutritional status should be determined by NRS-2002 in elderly patients with COVID-19 at hospital admission.

**Keywords:** Nutritional status, sarcopenia; Nutritional risk screening, Elderly COVID-19 patients

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Độ tuổi dân số trung bình ngày càng tăng ở các nước, ngay cả các nước đang phát triển, làm gia tăng các đối tượng lớn tuổi với nhu cầu nhập viện cao hơn. Trong bối cảnh này, mối liên quan giữa nhập viện và suy dinh dưỡng ngày càng được báo cáo, có tác động tiêu cực đến đáp ứng điều trị, phục hồi chức năng, thời gian nằm viện và chi phí, cũng như chất lượng cuộc sống. Nhập viện cũng có liên quan đến mất khối lượng cơ và sức cơ, là yếu tố xác định suy nhược cơ. Suy