

Tỷ lệ BN có dòng trào ngược trên 5 giây chiếm 7,3%. Các BN có HKTMS, do TM trước vị trí tắc giãn nhiều trong khi TM sau vị trí tắc có dòng trào ngược kéo dài.

## V. KẾT LUẬN

Đối với hệ tĩnh mạch nông, BN bị suy tĩnh mạch hiển lớn chiếm tỷ lệ lớn nhất 33,3%. Tỷ lệ BN bị suy cả 2 TM hiển là 24,0%.

Ở giai đoạn C4, 5, 6 đường kính trung bình của các tĩnh mạch đùi, khoeo và cẳng chân lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với giai đoạn C1, 2, 3 ( $p < 0,05$ ).

Có 3 BN có huyết khối chiếm tỷ lệ 3,1%. BN không có huyết khối chiếm 96,9%.

Bệnh nhân có dòng trào ngược từ 3 - 5 giây chiếm tỷ lệ lớn nhất (47,9%). Tỷ lệ BN có dòng trào ngược trên 5 giây chiếm 7,3%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abu O.A. and Scurr J.H.**, (2004). "Saphenous vein reflux without incompetence at the saphenofemoral junction". *British journal of surgery*; 81(10):1452-1454.
2. **Đặng Hanh Đệ**, (2011), Suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới. Bệnh lý mạch máu cơ bản. Tài liệu dịch, NXB Giáo dục Việt Nam, tr. 112-116.
3. **Jeffrey L.B. and John J.**, (2000), Venous Anatomy of the Lower Limb, Chronic venous insufficiency: diagnosis and treatment; *Altern Medicine*; pp. 126-140.
4. **Lin J.C. and Iafrati M.D.**, (2004), "Correlation of duplex ultrasound scanning - derived valve closure time and clinical classification in patients with small saphenous vein reflux: Is lesser saphenous vein truly lesser?". *Journal of Vascular Surgery*; 39(5):1053-1058.
5. **Navarro T.P.**, (2002), "Clinical and Hemodynamic Significance of the Greater Saphenous Vein Diameter in Chronic Venous Insufficiency". *Arch Surgery*; 137:1233-1237.
6. **Padberg F.T.**, (2005), CEAP classification for chronic venous disease, *Dis Mon*; pp. 176-182.
7. **Rhahi Y., Arthapignetic C.**, et al, (2000), Lower limb vein enlargement and spontaneous blood flow echogenicity are normal sonographic findings during pregnancy, *Journal of Clinical Ultrasound*; pp. 407-13.
8. **WHO**, (2000), The Asia Pacific Perspective: Redefining Obesity and its treatment. [https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/5379/0957708211\\_eng.pdf](https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/5379/0957708211_eng.pdf)

## ĐẶC ĐIỂM CÁC TRIỆU CHỨNG VẬN ĐỘNG VÀ CẢM GIÁC Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN CƠ THỂ HÓA

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 mô tả đặc điểm các triệu chứng vận động và cảm giác ở người bệnh rối loạn cơ thể hóa. Bằng phương pháp mô tả cắt ngang ở 54 người bệnh đến khám và điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần - bệnh viện Bạch Mai. Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh RLCTH chủ yếu là nữ giới, độ tuổi trung bình  $49,1 \pm 12,7$ , có trình độ học vấn cấp 2, hầu hết đã kết hôn (88,9%). Trong số các triệu chứng vận động, triệu chứng vận động phân ly phổ biến nhất (38,9%). Các triệu chứng khác được báo cáo theo thứ tự giảm dần là yếu phân ly (14,8%), khó nuốt phân ly (3,7%), không ghi nhận trường hợp nào có các triệu chứng Parkinson phân ly, rung giật cơ phân ly, loạn trương lực cơ phân ly hay tics phân ly. Trong số các triệu chứng cảm giác phân ly, tê bì phân ly là triệu chứng thường gặp nhất (70,4%), tiếp theo là dị cảm phân ly (37,0%), đau buốt phân ly (25,9%), ít gặp nhất là mất cảm giác phân ly (1,9%). Các triệu

chứng cảm giác phân ly thường xuất hiện đột ngột (54,8%) và ưu thế bên trái (47,6%) hơn bên phải (19,0%).

**Từ khóa:** rối loạn cơ thể hóa; triệu chứng vận động, triệu chứng cảm giác

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF MOTOR AND SENSORY SYMPTOMS IN PATIENTS WITH SOMATIZATION DISORDER

We conducted a study with the aim of describing characteristics of motor and sensory symptoms in patients with somatization disorder. This is a study using cross-sectional descriptive method, included 54 patients who came for examination and treatment in National Institute of Mental Health - Bach Mai hospital. Results: Patients with somatization disorder were mainly female, the average age was  $49.1 \pm 12.7$ , most of them were married (88.9%) and had education level of secondary school. Among motor symptoms, dissociative motor symptoms were the most common (38.9%). Other symptoms were dissociative weakness (14.8%), dissociative dysphagia (3.7%), and no cases of dissociative Parkinson's symptoms, dissociative myoclonus, dissociative dystonia, or dissociative tics had been found. Among sensory symptoms, dissociative numbness was the most common (70.4%), followed by dissociative paresthesia (37.0%), dissociative pain (25.9%), and

<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: trannguyennhoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022

Ngày duyệt bài: 14.4.2022

the least common was dissociative sensory loss (1.9%). Sensory symptoms often appeared suddenly (54.8%) and were more frequent in the left side (47.6%) than in the right side (19.0%).

**Keywords:** somatization disorder; motor symptoms, sensory symptoms

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn cơ thể hoá (RLCTH) là một rối loạn liên quan đến stress khá phổ biến. Ước tính tỉ lệ của rối loạn này ở cộng đồng là 0,4% và 5% số người bệnh ở các cơ sở điều trị nội trú bệnh nội khoa thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán.<sup>1,2</sup> Bệnh cảnh lâm sàng của rối loạn cơ thể hoá rất đa dạng, gồm nhiều loại triệu chứng về cơ thể không giải thích được bằng các khám xét lâm sàng và cận lâm sàng. Ngoài các triệu chứng của RLCTH còn có các triệu chứng của rối loạn phân ly như các triệu chứng của vận động và cảm giác... Nghiên cứu kinh điển của Purcell, Robins và Cohen trên 50 người bệnh mắc chứng rối loạn cơ thể hoá đã cho thấy một tỷ lệ các triệu chứng chuyển di cao, bao gồm mù 20%, liệt 33%, nghẹn họng 74%, mất tiếng 45% và dị cảm là 80%.<sup>3</sup> Các triệu chứng vận động phân ly thường gặp trên lâm sàng như yếu/liệt tay, chân, mặt hoặc run.<sup>4</sup> Run: run là triệu chứng vận động phân ly thường gặp nhất. Có nhiều đặc điểm lâm sàng giúp phân biệt giữa run phân ly và run thực thể nhưng không có đặc điểm nào có độ tin cậy 100%, nên trên lâm sàng cần có sự tổng hợp và phân tích của bác sĩ để nhận định triệu chứng.<sup>5,6</sup> Các triệu chứng cảm giác phân ly khác nhau với cường độ biểu hiện khác nhau. Vị trí rối loạn không theo chi phối giải phẫu: sự nhận cảm cảm giác trên cơ thể được chi phối dựa trên các khoanh đốt sống tủy hoặc các dây thần kinh cảm giác như thần kinh giữa, thần kinh trụ, thần kinh quay,... Chính vì vậy ranh giới rối loạn cảm giác không tuân theo những quy luật giải phẫu sinh lý nhất định. Các triệu chứng phân ly vận động - cảm giác biểu hiện ưu thế bên trái hơn là ở bên phải. Con số khiếm tổn nhất được báo cáo là 55-60% cho ưu thế bên trái ở nhóm triệu chứng này.<sup>4</sup> Với mong muốn tìm hiểu đặc điểm các triệu chứng vận động và cảm giác ở người bệnh rối loạn cơ thể hoá, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu là "Mô tả đặc điểm các triệu chứng vận động và cảm giác ở người bệnh rối loạn cơ thể hoá".

## 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 15/8/2019 đến 31/7/2020.

**2.2.2. Đối tượng nghiên cứu.** Lựa chọn vào nghiên cứu những trường hợp là (i) người bệnh được chẩn đoán xác định rối loạn cơ thể hoá (F45.0) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10, (ii) có thông tin đầy đủ về hành chính, tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, các thông số cận lâm sàng. Loại ra khỏi nghiên cứu những trường hợp (i) nghiện chất hoặc lạm dụng chất; (ii) người thân hoặc người chăm sóc không có khả năng hiểu, trả lời trong quá trình thu thập thông tin (iii) (v) người thân hoặc người chăm sóc và bản thân người bệnh 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.** Chọn mẫu thuận tiện tất cả người bệnh được chẩn đoán là rối loạn cơ thể hoá (F45.0) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10 từ 15/8/2019 đến 31/7/2020. Kết thúc nghiên cứu chúng tôi thu nhận được 54 người bệnh đúng theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

**2.4. Biến số nghiên cứu.** Tuổi, giới, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, triệu chứng vận động, triệu chứng cảm giác.

**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. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (N=54)**

Đặc điểm chung		n	%
Giới	Nam	13	24,1
	Nữ	41	75,9
Tuổi	TB	49,1±12,7	
	Min	23	
	Max	78	
Trình độ học vấn	Mù chữ	2	3,7
	Cấp 1	7	13,0

	Cấp 2	26	48,1
	Cấp 3	10	18,5
	ĐH (*)	7	13,0
	Sau ĐH	2	3,7
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	3	5,6
	Kết hôn	48	88,9
	Ly thân	0	0
	Ly dị	2	3,7
	Góa bụa	1	1,8
Nghề nghiệp	Kinh doanh	7	13,0
	Làm ruộng	26	48,1
	CN lao động	5	9,2
	Nội trợ	1	1,8
	Viên chức	5	9,3
	Thất nghiệp	3	5,6
	Hưu trí	7	13,0

Tỉ lệ giới tính của người bệnh RLCTH là nữ : nam xấp xỉ 3:1. Độ tuổi trung bình của các người bệnh cơ thể hóa là 49,1±12,7. Về trình độ học vấn, một tỉ lệ lớn người bệnh (n=26 tương ứng 48,1%) có trình độ cấp 2. Hầu hết người bệnh (n=48 tương ứng 88,9%) đã kết hôn. Làm ruộng là nghề nghiệp hay gặp nhất trên người bệnh RLCTH (n=26, 48,1%). Nơi sống của người bệnh RLCTH thì thành thị chiếm tỉ lệ lớn nhất (n=26, 48,1%)

**Bảng 3.2. Các triệu chứng vận động phân ly ở nhóm nghiên cứu (N=54)**

Triệu chứng		n	%
Giảm vận động	Yếu phân ly	8	14,8
	Parkinson phân ly	0	0
Tăng vận động	Run phân ly	21	38,9
	Rung giật cơ phân ly	0	0
	Loạn trương lực cơ phân ly	0	0
	Tics phân ly	0	0
Bất thường phối hợp trực cơ thể	Bất thường dáng đi phân ly	1	1,9
	Mất tiếng phân ly	1	1,9
	Khó nuốt phân ly	2	3,7

Các người bệnh RLCTH trong nghiên cứu báo cáo triệu chứng run là triệu chứng vận động phân ly phổ biến nhất (n=21, 38,9%). Đây là một triệu chứng dạng tăng vận động. Các triệu chứng khác được báo cáo theo thứ tự giảm dần là yếu phân ly (14,8%), khó nuốt phân ly (3,7%), bất thường dáng đi phân ly (1,9%) và mất tiếng phân ly (1,9%). Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có các triệu chứng Parkinson phân ly, rung giật cơ phân ly, loạn trương lực cơ phân ly hay tics phân ly.

**Bảng 3.3. Các triệu chứng cảm giác phân ly ở nhóm nghiên cứu (N=54)**

Triệu chứng	n	%
Tê bì phân ly	38	70,4
Dị cảm phân ly	20	37,0
Đau buốt phân ly	14	25,9
Tăng cảm giác phân ly	4	7,4
Giảm cảm giác phân ly	2	3,7
Mất cảm giác phân ly	1	1,9

Trong số các triệu chứng cảm giác phân ly được báo cáo, tê bì phân ly là triệu chứng thường gặp nhất, chiếm 70,4% số người bệnh. Xếp tiếp theo về độ thường gặp lần lượt là dị cảm phân ly (n=20, 37,0%), đau buốt phân ly (n=14, 25,9%), tăng cảm giác (n=4, 7,4%), giảm cảm giác phân ly (n=2, 3,7%). Mất cảm giác phân ly là triệu chứng ít gặp nhất trong nhóm này với một người bệnh báo cáo, chiếm 1,9%.

**Bảng 3.4. Đặc điểm các triệu chứng cảm giác phân ly ở nhóm nghiên cứu (N=42)**

Đặc điểm		Số lượng BN	%
Vị trí	Bên phải	8	19,0
	Bên trái	20	47,6
	Cả 2 bên	12	28,6
	Thay đổi vị trí	2	4,8
Tính chất xuất hiện	Đột ngột	23	54,8
	Từ từ	19	45,2
Biểu hiện triệu chứng	Lặp lại	19	45,2
	Thay đổi	23	54,8
Phân tách cảm giác bất thường theo đường giữa	Có	24	80,0
	Không	6	20,0
Ranh giới rối loạn cảm giác sắc nét	Có	40	95,2
	Không	2	4,8
Sự nhất quán về vị trí bất thường cảm giác giữa các lần khám	Có	3	7,1
	Không	39	92,9
Theo chi phối thần kinh	Có	2	4,8
	Không	40	95,2
Có liên quan đến stress	Có	31	73,8
	Không	11	26,2
Chịu tác động của ám thị	Có	38	90,5
	Không	4	9,5

Người bệnh có các triệu chứng cảm giác phân ly biểu hiện ưu thế bên trái (47,6%) hơn bên phải (19,0%). Phần lớn các người bệnh biểu hiện triệu chứng cảm giác phân ly một cách đột ngột (54,8%), tính chất triệu chứng thay đổi giữa các lần (54,8%). Đa số các người bệnh có triệu chứng cảm giác phân ly có phân tách cảm giác bất thường theo đường giữa (80,0%), nhận cảm

ranh giới sắc nét, rõ ràng giữa vùng có và không rối loạn cảm giác (95,2%) và không có sự nhất quán về vị trí bất thường cảm giác giữa các lần thăm khám. Phần lớn người bệnh có các triệu chứng cảm giác phân ly khởi phát liên quan với sang chấn tâm lý (73,8%) và chịu tác động của ám thị (90,5%).

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trong bảng 3.1 cho thấy số người bệnh nữ là 41, chiếm 75,9% và số người bệnh nam là 13, chiếm 24,1%. Tỷ lệ nữ : nam là 3,2 :1. Kết quả của chúng tôi phù hợp với lý thuyết về RLCTH khi tất cả các nghiên cứu dịch tễ đều chỉ ra rằng RLCTH gặp chủ yếu ở nữ hơn nam.<sup>7</sup> Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $49,1 \pm 12,7$ . Kết quả này là tương đồng với nghiên cứu của Cao Thị Ánh Tuyết (2017) và Nguyễn Minh Quyết (2017) khi lần lượt báo cáo độ tuổi trung bình của người bệnh RLCTH là  $46,3 \pm 12,7$  và  $44,7 \pm 13,9$ .<sup>8,9</sup> Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hơn một nửa người bệnh trong nhóm nghiên cứu có trình độ học vấn mức trung học cơ sở trở xuống (35 người bệnh, chiếm 64,8%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Feder (2001) chỉ ra có 40,5% số người bệnh RLCTH chỉ đi học  $\leq 8$  năm hay trong nghiên cứu của Rief (2001) chỉ ra có 48,8% số người bệnh học hết trung học cơ sở. Nghề nghiệp cũng chịu ảnh hưởng từ trình độ học vấn nên khá dễ hiểu khi nghiên cứu của chúng tôi báo cáo 64,8% số người bệnh RLCTH làm những công việc lao động chân tay như làm ruộng, công nhân lao động, nội trợ hay thất nghiệp. Nghiên cứu của Trần Thị Hà An báo cáo kết quả tương tự khi chỉ ra có 45% số người bệnh là lao động chân tay và 20% là lao động tự do, chỉ có 20% số người bệnh lao động trí óc và 15% kinh doanh buôn bán.<sup>10</sup> Hầu hết người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đã kết hôn (88,9%). So sánh với kết quả của Tổng điều tra dân số năm 2019, tỷ lệ dân số từ 15 tuổi trở lên hiện đang kết hôn là 69,2%. Như thế về cơ bản, nhóm người bệnh RLCTH có tỷ lệ kết hôn cao hơn dân số chung.

Nghiên cứu của chúng tôi báo cáo các triệu chứng vận động phân ly gồm cả 3 dạng: giảm vận động, tăng vận động và bất thường phối hợp các trục cơ thể, trong đó người bệnh run phân ly chiếm tỷ lệ cao nhất (38,9%). Các người bệnh run phân ly có biên độ run đa dạng với các mức độ từ nhỏ đến lớn. Hơn một nửa số người bệnh run phân ly báo cáo vị trí run thay đổi liên tục. Điều này không phù hợp với quy luật chi chồi giải phẫu - sinh lý khi run thực thể thường có vị trí

run nhất định do những bất thường cụ thể trong con đường dẫn truyền thần kinh và vị trí giải phẫu chi phối. Hầu hết người bệnh run phân ly với tính chất: run thành cơn, có sự thay đổi biên độ và tần số run rõ rệt từ khi bắt đầu đến khi kết thúc cơn run, run giảm hoặc hết khi người bệnh bị phân tán sự tập trung khỏi triệu chứng, run tăng lên trong nghiệm pháp nâng tạ và nghiệm pháp cố định, nếu cơ thể có nhiều vị trí run khác nhau thì các vị trí này đều run theo cùng một nhịp. Ngoài ra sự khởi phát triệu chứng run thường liên quan đến stress và đa số các người bệnh chịu tác động của ám thị. Trong khi các người bệnh run thực thể thường có biên độ và tần số run không thay đổi trong suốt quá trình, run không thay đổi hoặc thậm chí tăng lên khi người bệnh giảm chú ý vào triệu chứng bệnh, run giảm đi khi ta cho thêm vật nặng lên phần cơ thể bị run hoặc khi phần cơ thể này bị cố định và các vị trí cơ thể khác nhau sẽ run theo những tần số run khác nhau ít nhiều nếu người bệnh run nhiều vị trí.<sup>5,6</sup> Dựa vào việc tổng hợp những đặc điểm này sẽ giúp cho nhà tâm thần học hoặc thần kinh học có thể phân biệt giữa triệu chứng run thực thể và run phân ly trên người bệnh. Cả 8 người bệnh liệt phân ly đều không thể hiện tính nhất quán về mức độ liệt giữa các lần thăm khám. Tính thiếu nhất quán thể hiện ở chỗ cơ lực chi giữa các lần khám trong ngày là khác nhau và cũng không tiến triển tăng lên hay giảm xuống theo một quy luật thần kinh học nào đã được biết. Đa số các người bệnh liệt phân ly liên quan đến yếu tố stress và 100% chịu tác động của ám thị. Đây đều là những đặc điểm khác biệt của triệu chứng yếu/ liệt phân ly so với liệt thực thể của khoa thần kinh mà chúng ta hay gặp.<sup>4,11</sup>

Người bệnh có bất thường cảm giác phân ly báo cáo các triệu chứng đa dạng bao gồm: tê bì, dị cảm, đau buốt, tăng cảm giác, giảm cảm giác hay mất cảm giác. Tê bì phân ly và dị cảm phân ly thứ tự là 2 triệu chứng cảm giác phân ly thường gặp nhất với tỷ lệ lần lượt là 70,4% và 37,0%. Dù là triệu chứng cụ thể nào, nhóm triệu chứng cảm giác phân ly đều có chung một số đặc điểm. Người bệnh có bất thường cảm giác phân ly thể hiện ưu thế ở bên trái (47,6%) hơn bên phải (19,0%). Sự khác biệt này được các nhà khoa học lý giải bằng cả cơ sở khoa học và cách nhận thức thông thường của con người. Về cơ sở sinh lý giải phẫu, đa số các người bệnh RLCTH rối loạn chức năng bán cầu não không ưu thế nhiều hơn dẫn đến sự nhận cảm nửa bên trái cơ thể dễ bị rối loạn. Về sự nhận thức chủ quan của con người: trái tim nằm bên trái, con

người thường xuyên cảm nhận được nhịp đập của trái tim và hướng sự chú ý của bản thân vào nửa bên trái này của cơ thể.<sup>4</sup> Hơn một nửa số người bệnh bất thường cảm giác phân ly biểu hiện triệu chứng đột ngột và tính chất triệu chứng thay đổi giữa các lần. Phần lớn người bệnh có rối loạn cảm giác một nửa bên cơ thể báo cáo phân tách cảm giác bất thường và bình thường theo đường giữa cơ thể gần như tuyệt đối, các vị trí rối loạn cảm giác khác thuộc đầu mặt cổ hay tứ chi đều có ranh giới sắc nét, dễ dàng xác định được. Khi tiến hành thăm khám về cảm giác trên lâm sàng, tính chất và vị trí bất thường cảm giác thay đổi nhiều. Và bất thường cảm giác của các người bệnh hầu hết đều không theo các quy luật chi phối giải phẫu thần kinh đã biết.<sup>12,13</sup> Như Reynold đã giải thích rằng: các người bệnh có những ý tưởng riêng về cách bộ não và cơ thể hoạt động. Họ "có quan niệm tinh thần của riêng họ về bên phải và bên trái, về cách thức các chức năng vận động hoặc cảm giác được phân phối trong một chi, về chức năng của các dây thần kinh, và trạng thái của ý thức, những quan niệm hoàn toàn khác với quan niệm của một nhà thần kinh học"<sup>14</sup>. Sự nhận biết bất thường cảm giác là phân ly hay thực thể còn được hỗ trợ bởi sự tham gia của các yếu tố tâm lý. Như các triệu chứng phân ly khác, triệu chứng cảm giác phân ly cũng thường khởi phát liên quan đến yếu tố stress và chịu tác động của ám thị. Nghiên cứu của chúng tôi báo cáo các cảm giác được nhận cảm đa dạng trên người bệnh có dị cảm phân ly bao gồm cảm giác tê dại, như kim châm, kiến bò trên da, ngứa ran, bóng rật. Phần lớn các người bệnh dị cảm thành cơn và không có triệu chứng đau đi kèm. Dị cảm là một triệu chứng khó đánh giá nguyên nhân trong cả chuyên ngành thần kinh và tâm thần học.<sup>12</sup> Dựa vào các đặc điểm chung đã bàn luận ở trên, các bác sĩ có thể định hướng nguyên nhân dị cảm là phân ly hay thực thể.

## V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu 54 người bệnh đến khám và điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần bệnh viện Bạch Mai chúng tôi nhận thấy người bệnh RLCTH chủ yếu là nữ giới, độ tuổi trung bình  $49,1 \pm 12,7$ , có trình độ học vấn cấp 2, hầu hết đã kết hôn (88,9%). Trong số các triệu chứng vận động, triệu chứng vận động phân ly phổ biến nhất (38,9%). Các triệu chứng khác được báo cáo theo thứ tự giảm dần là yếu phân ly (14,8%), khó nuốt phân ly (3,7%), không ghi nhận trường

hợp nào có các triệu chứng Parkinson phân ly, rung giật cơ phân ly, loạn trương lực cơ phân ly hay tics phân ly. Trong số các triệu chứng cảm giác phân ly, tê bì phân ly là triệu chứng thường gặp nhất (70,4%), tiếp theo là dị cảm phân ly (37,0%), đau buốt phân ly (25,9%), ít gặp nhất là mất cảm giác phân ly (1,9%). Các triệu chứng cảm giác phân ly thường xuất hiện đột ngột (54,8%) và ưu thế bên trái (47,6%) hơn bên phải (19,0%).

**Khuyến nghị.** Người bệnh Rối loạn cơ thể hóa thường than phiền nhiều về các triệu chứng cơ thể. Các triệu chứng vận động và cảm giác phân ly cũng thường gặp trên lâm sàng. Do đó, bác sĩ đa khoa và các bác sĩ chuyên khoa cần lưu ý để tránh bỏ sót.

**Lời cảm ơn.** 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. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res.* 2004; 56(4): 391-408. doi:10.1016/S0022-3999(03)00622-6
2. Fink P, Hansen MS, Oxhøj ML. The prevalence of somatoform disorders among internal medical inpatients. *J Psychosom Res.* 2004;56(4):413-418. doi:10.1016/S0022-3999(03)00624-X
3. Purtell JJ, Robins E, Cohen ME. Observations on clinical aspects of hysteria; a quantitative study of 50 hysteria patients and 156 control subjects. *J Am Med Assoc.* 1951;146(10):902-909.
4. Stone J, Carson A, Sharpe M. Functional symptoms and signs in neurology: assessment and diagnosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2005;76(suppl 1):i2-i12. doi:10.1136/jnnp.2004.061655
5. Stone J, Carson A. Functional Neurologic Symptoms: Assessment and Management. *Neurol Clin.* 2011;29(1):1-18. doi:10.1016/j.ncl.2010.10.011
6. Schwingenschuh P, Deuschl G. Chapter 19 - Functional tremor. In: Hallett M, Stone J, Carson A, eds. *Handbook of Clinical Neurology.* Vol 139. Elsevier; 2016:229-233. doi:10.1016/B978-0-12-801772-2.00019-9
7. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Wolters Kluwer; 2017.
8. Cao Thị Anh Tuyết. Đặc điểm lâm sàng đau ở người bệnh rối loạn cơ thể hóa điều trị nội trú tại Viện sức khỏe tâm thần. Trường Đại Học Hà Nội. Published online 2017.
9. Nguyễn Minh Quyết. Liên quan giữa một số đặc điểm nhân cách và triệu chứng lâm sàng ở người bệnh rối loạn cơ thể hóa. Trường Đại Học Hà Nội. Published online 2017.