

bệnh nhân, ít hơn nhóm 1, nhưng lượng dịch trung bình lớn hơn  $133,33 \pm 35,36$ ml. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê. Giữa 2 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lượng bệnh nhân cần dung thêm thuốc vận mạch, liều trung bình ephedrin và phenylephrin dùng thêm để điều chỉnh huyết áp ( $p > 0,05$ ). Tỷ lệ bệnh nhân cần dùng thêm vận mạch ở nhóm 1 là 23,3%, nhóm 2 là 26,7%. Ở nhóm 1 có 7 bệnh nhân cần dùng thêm vận mạch, trong đó 6 trường hợp cần thêm phenylephrin với liều trung bình là  $58,33 \pm 20,41$ mcg, 1 trường hợp cần ephedrin với liều 6 mg. Ở nhóm 2 có 8 bệnh nhân cần dùng thêm vận mạch, trong đó 4 bệnh nhân được tiêm phenylephrin với liều trung bình là 50 mcg, 4 bệnh nhân còn lại dùng ephedrin với liều trung bình là  $7,5 \pm 3,0$ mg. Cả 2 nhóm không có bệnh nhân nào cần sử dụng atropin để điều chỉnh nhịp tim. Theo nghiên cứu của Jor và cs [7], can thiệp được sử dụng nhiều nhất là truyền thêm dịch. Tỷ lệ bệnh nhân cần can thiệp là 36,5%, phối hợp các biện pháp: truyền dịch, giảm liều thuốc mê, dùng thuốc co mạch. Kết quả này thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt có thể do đặc điểm bệnh nhân khác nhau. Ở nghiên cứu của Jor, các bệnh nhân có ASA từ I-III, phẫu thuật ngoài tim so với các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ASA III-IV, phẫu thuật trên bệnh lí tim mạch, nhiều bệnh kèm theo, có tỷ lệ sử dụng thuốc hạ áp và thuốc lợi tiểu trước mổ cao để điều trị suy tim.

## V. KẾT LUẬN

Không có sự khác biệt về 1 số chỉ số tuần

hoàn (tần số tim, CVP, HATT, HATTr, HATB) giữa 2 nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ tụt huyết áp thấp hơn ở nhóm có dùng phenylephrine (66,7% so với 90%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Tuấn Anh.** Đánh giá hiệu quả điều trị hạ huyết áp của phenylephrin trong gây mê phẫu thuật tim có sử dụng tuần ngoài cơ thể. 2018.
2. **Kamenik M, Kos D, Petrun AM, Green DB, Zorko N, Mekiš D.** Haemodynamic stability during anaesthesia induction with propofol – impact of phenylephrine. A double-blind, randomised clinical trial. In: ; 2018.
3. **El-Tahan MR.** Preoperative ephedrine counters hypotension with propofol anesthesia during valve surgery: A dose dependent study. Ann Card Anaesth. 14:11.
4. **Reich DL, Hossain S, Krol M, et al.** Predictors of hypotension after induction of general anesthesia. Anesth Analg. 2005;101(3):622-628, table of contents.
5. **Dhungana Y, Bhattarai BK, Bhadani UK, Biswas BK, Tripathi M.** Prevention of hypotension during propofol induction: A comparison of preloading with 3.5% polymers of degraded gelatin (Haemaccel) and intravenous ephedrine. Nepal Med Coll J NMCJ. 2008;10(1):16-19.
6. **Farhan M, Hoda MQ, Ullah H.** Prevention of hypotension associated with the induction dose of propofol: A randomized controlled trial comparing equipotent doses of phenylephrine and ephedrine. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2015;31(4):5.
7. **Jor O, Maca J, Koutna J, et al.** Hypotension after induction of general anesthesia: Occurrence, risk factors, and therapy. A prospective multicentre observational study. J Anesth. 2018;32(5):673-680.
8. **Kaushal RP, Vatal A, Pathak R.** Effect of etomidate and propofol induction on hemodynamic and endocrine response in patients undergoing coronary artery bypass grafting/mitral valve and aortic valve replacement surgery on cardiopulmonary bypass. Ann Card Anaesth. 2015;18(2):172-178.

## ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN PHÂN LIỆT CẢM XÚC LOẠI TRẦM CẢM TẠI VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN – BỆNH VIỆN BẠCH MAI

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

### TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu mô tả thực trạng điều trị rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm tại Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai. Đây là nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, thu thập số liệu trên 40 người bệnh phân

liệt cảm xúc tại Viện Sức khỏe Tâm thần, bệnh viện Bạch Mai. Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm thường gặp ở nữ giới (57,5%), có độ tuổi từ 26 - 40 (52,5%). Trong điều trị, thuốc an thần kinh được sử dụng nhiều nhất là risperidone (60,0%), với liều tối thiểu  $2,9 \pm 1,1$  mg/ngày và liều tối đa  $4,2 \pm 1,7$  mg/ngày. Sertraline là thuốc chống trầm cảm được sử dụng nhiều nhất (90,0%) với liều trung bình cao nhất là  $125 \pm 52,8$  mg/ngày. Thuốc bình thần Diazepam cũng được sử dụng thường xuyên (87,5%) với số ngày dùng trung bình là  $11,3 \pm 7,0$  ngày. Có 100% người bệnh được điều trị bằng các thuốc an thần kinh (ATK) kết hợp với một hoặc nhiều loại thuốc khác. Đa số là thuốc an thần kinh kết hợp với thuốc chống trầm cảm (CTC) và

<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: 1.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2022

Ngày duyệt bài: 28.4.2022

bình thần (BT) (70%). Phần lớn thời gian điều nội trú trong khoảng từ 2 - 4 tuần (60,0%).

**Từ khoá:** rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm; điều trị

## SUMMARY

### TREATMENT OF SCHIZOAFFECTIVE DISORDER, DEPRESSIVE TYPE IN NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH INSTITUTE – BACH MAI HOSPITAL

The aims to describe the status of treatment in schizoaffective disorder, depressive type in National Institute of Mental Health - Bach Mai Hospital. This is a cross-sectional descriptive study, included 40 patients were diagnosed with schizoaffective, depressive type in National Institute of Mental Health, Bach Mai hospital. Result show that the patients with schizoaffective disorder, depressive type were more common in women (57.5%), aged 26-40 (52.5%). The most common antipsychotics used for this disorder was risperidone (60.0%), with a minimum dose of  $2.9 \pm 1.1$  mg/day and a maximum dose of  $4.2 \pm 1.7$  mg/day. Sertraline was the most common used antidepressant (90.0%) with the highest mean dose of  $125 \pm 52.8$  mg/day. Diazepam was also used frequently (87.5%) with an average length of  $11.3 \pm 7.0$  days. 100% of patients were treated with antipsychotics combined with one or more psychotropic medications. Most were the combination between an antipsychotic an antidepressants and a tranquilizers (70%). Most of the inpatient stayed in hospital in a period of time that ranged from 2 to 4 weeks (60.0%).

**Keywords:** schizoaffective disorder, depressive type; treatment.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phân liệt cảm xúc (F25) (RLPLCX) 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> Liệu pháp hóa dược điều trị RLPLCX 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>3</sup> Có tới 93% người bệnh RLPLCX điều trị bằng thuốc chống loạn thần.<sup>4</sup> 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 RLPLCX và TTPL 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> Tollefson và cộng sự báo cáo từ một nghiên cứu đa trung tâm, mù đôi có đối chứng so sánh điều trị

RLPLCX bằng olanzapine và haloperidol và nhận thấy triệu chứng trầm cảm cải thiện đáng kể khi điều trị olanzapine.<sup>6</sup> Các tác giả đã chỉ ra thuốc chỉnh khí sắc: ví dụ như lithium, hoặc thuốc chống co giật (ví dụ valproate hay carbamazepine) có thể hữu ích với nhóm này. Một nghiên cứu so sánh lithium với carbamazepine tìm ra rằng carbamazepine ưu thế vượt trội cho RLPLCX loại trầm cảm, nhưng thấy không có sự khác biệt trong loại lưỡng cực. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, các thuốc được sử dụng rộng rãi đơn trị liệu, kết hợp với nhau, hoặc với một thuốc chống loạn thần. Nhằm tìm hiểu về tình hình điều trị RLPLCX loại trầm cảm tại Viện Sức khỏe Tâm thần chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Nghiên cứu điều trị rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm tại viện sức khỏe tâm thần – bệnh viện bạch mai*" với mục tiêu "Mô tả thực trạng điều trị rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm tại Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai".

## 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:** Tháng 10 năm 2016 đến tháng 2 năm 2017.

**2.2.2. Đối tượng nghiên cứu.** Lựa chọn vào nghiên cứu những đối tượng là (i) người bệnh có chẩn đoán xác định rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 (F25.1) và được điều trị tại Viện sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai (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 người bệnh (i) có bệnh lý thực thể ảnh hưởng đến hoạt động chức năng não, tổn thương thực thể não kèm theo; (ii) nghiện chất hoặc lạm dụng chất; (iii) người bệnh không có khả năng hiểu, trả lời trong quá trình thu thập thông tin, không tuân thủ quá trình 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 phân liệt cảm xúc loại trầm cảm theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 (F25.1) và được điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần – bệnh viện Bạch Mai. Kết thúc nghiên cứu chúng tôi thu nhận được 40 người bệnh đúng theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

**2.4. Biên số nghiên cứu.** Tuổi, giới, thuốc điều trị (thuốc an thần kinh, thuốc chống trầm cảm, thuốc khác) và thời gian điều trị nội trú.

**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 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.

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. Phân bố về nhóm tuổi của nhóm nghiên cứu**

Tuổi	n	%
≤ 25	12	30,0
26-40	23	57,5

**Bảng 3.2. Sử dụng thuốc điều trị rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm**

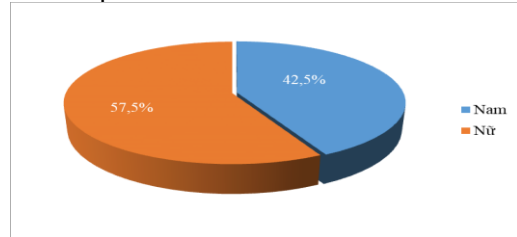
Thuốc	n	%	Liều tối thiểu (mg/ngày)	Liều tối đa (mg/ngày)	Ngày dùng
<b>Thuốc an thần kinh</b>					
Haloperidol	23	57,5	9,13 ± 3,9	15,0 ± 5,8	5,0 ± 3,3
Risperidone	24	<b>60,0</b>	2,9 ± 1,1	4,2 ± 1,7	15,1 ± 8,6
Olanzapine	11	27,5	15,0 ± 5,0	19,6 ± 7,9	14,1 ± 5,4
Quetiapine	18	45,0	248,6 ± 186,0	393,1 ±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

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

≥ 40	5	12,5
<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
Trung bình	30,3±8,2	

Nhóm người bệnh 26 - 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 52,5%, nhóm người bệnh trẻ ≤ 25 tuổi chiếm 32,5%, nhóm từ 40 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất. 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.



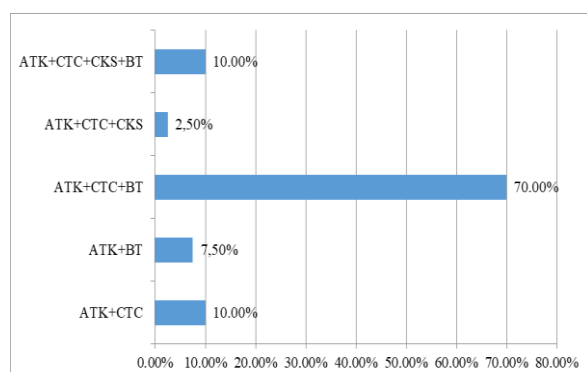
**Biểu đồ 3.1. Phân bố về giới tính của đối tượng nghiên cứu**

Tỷ lệ người bệnh nữ (57,5%) cao hơn tỷ lệ người bệnh nam (42,5%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05)

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 chính 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.** Tỷ lệ kết hợp thuốc trong điều trị ở nhóm nghiên cứu

100% người bệnh được điều trị bằng các thuốc an thần kinh (ATK) 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 (CTC) và bình thần (BT) (chiếm 70%). 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 (CKS) và bình thần.

**Bảng 3.3.** Thời gian điều trị nội trú của nhóm nghiên cứu

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>

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  $20,6 \pm 9,3$  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>7</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>8,9</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:  $\leq 25$  tuổi, 26-40 tuổi và  $\geq 40$  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  $\geq 40$  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.<sup>9</sup>

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%. Ndetei 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>9</sup> Đối với thuốc an thần kinh, 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 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 thấp 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>6</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.<sup>10</sup> 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.<sup>11</sup> 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.<sup>5</sup> 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. Đối với thuốc chống trầm cảm, 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±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. Đối với các thuốc khác, 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 (chiếm

87,5%) với thời gian điều trị trung bình khoảng 11,3 ± 7,0. Thuốc bình thần thường được dùng ngăn ngừa 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 chẹn khí sắc, Vai trò của các thuốc chẹn 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 chẹn 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 chẹn 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. Đối với thời gian điều trị nội trú, 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 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

Sau khi nghiên cứu 40 người bệnh chúng tôi nhận thấy người bệnh rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm thường gặp ở nữ giới (57,5%), có độ tuổi từ 26 - 40 (52,5%). Trong các thuốc an thần kinh, risperidone được sử dụng nhiều nhất (60,0%), liều tối thiểu 2,9 ± 1,1mg/ngày và liều tối đa 4,2±1,7mg/ngày. 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. Thuốc bình thần Diazepam cũng được sử dụng thường xuyên (87,5%) với số ngày dùng trung bình là  $11,3 \pm 7,0$  ngày. Có 100% người bệnh được điều trị bằng các thuốc an thần kinh (ATK) kết hợp với một hoặc nhiều loại thuốc khác. Đa số là thuốc an thần kinh kết hợp với thuốc chống trầm cảm (CTC) và bình thần (BT) (70%). Phần lớn thời gian điều trị nội trú trong khoảng từ 2 - 4 tuần (60,0%).

**Lời cảm ơn.** Tôi xin chân thành cảm ơn 40 người bệnh rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm, 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. **Lerner V, Libov I, Kotler M, Strous RD.** Combination of "atypical" antipsychotic medication in the management of treatment-resistant schizophrenia and schizoaffective disorder. Prog

- Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2004;28 (1):89-98. doi:10.1016/j.pnpbp.2003.09.024
4. **Cascade E, Kalali AH, Buckley P.** Treatment of Schizoaffective Disorder. Psychiatry Edgmont. 2009;6(3):15-17.
  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. **Tollefson GD, Sanger TM, Lu Y, Thieme ME.** Depressive signs and symptoms in schizophrenia: a prospective blinded trial of olanzapine and haloperidol. Arch Gen Psychiatry. 1998;55(3):250-258. doi:10.1001/archpsyc.55.3.250
  7. **Association AP.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5. 5th edition. American Psychiatric Publishing; 2013.
  8. **Benabarre A, Vieta E, Colom F, Martínez-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
  9. **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

## HIỆU QUẢ CAN THIỆP CẢI THIỆN KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH CỦA BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 5 TUỔI VỀ PHÒNG CHỐNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG TẠI HUYỆN ĐẠI TỪ TỈNH THÁI NGUYÊN NĂM 2018

Bùi Duy Hưng<sup>1</sup>, Nguyễn Công Trình<sup>2</sup>, Nguyễn Minh Tuấn<sup>1</sup>,  
Hạc Văn Vinh<sup>3</sup>, Lê Hải Yến<sup>1</sup>, Phan Thanh Ngọc<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả can thiệp cải thiện kiến thức, thái độ và thực hành của bà mẹ có con dưới 5 tuổi về phòng chống bệnh tay chân miệng tại 4 xã thuộc huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp, thiết kế so sánh trước sau và có đối chứng. Chọn chủ đích 4 xã có số lượng mắc bệnh TCM cao trong 5 năm trong đó 2 xã ở gần trung tâm huyện (Bình Thuận và Bàn Ngoại) và 2 xã ở xa trung tâm huyện (Hoàng Nông và Khôi Kỳ). Mỗi xã chọn 250 bà mẹ có con dưới 5 tuổi theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn.

**Kết quả:** Hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ, thực hành của bà mẹ có con dưới 5 tuổi lần lượt là 29,3%; 22,3% và 18,8%. **Kết luận:** Kiến thức - Thái độ - Thực hành của bà mẹ có con dưới 5 tuổi về phòng chống bệnh tay chân miệng đã có cải thiện sau khi can thiệp. Do vậy, cần tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng chống bệnh tay chân miệng cho người dân đặc biệt là các bà mẹ có con dưới 5 tuổi.

**Từ khóa:** Bà mẹ có con dưới 5 tuổi; Phòng chống; Bệnh tay chân miệng, Thái Nguyên

### SUMMARY

**EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONS TO IMPROVE KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES OF MOTHERS WITH CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD ON HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE IN DAI TU DISTRICT, THAI NGUYEN PROVINCE 2018**

**Objective:** The objective of this study was to evaluate the effectiveness of interventions to improve knowledge, attitudes and practices of mothers with

<sup>1</sup>Trường Cao Đẳng Y Tế Thái Nguyên

<sup>2</sup>CTCP Bệnh viện Quốc tế Công Vinh, Hiệp Hòa, Bắc Giang

<sup>3</sup>Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Duy Hưng

Email: buiduyhungyhcd@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 26.4.2022