

Năm 2016, tác giả Liang-jing Lu và cộng sự đã báo cáo nghiên cứu trên 18 bệnh nhân thoái hóa khớp gối 2 bên được điều trị bằng liệu pháp tế bào gốc mô mỡ tiêm 3 mũi: trước điều trị, sau 3 tuần và sau 48 tuần, cho thấy thể tích sụn khớp xương đùi, xương chày và xương bánh chè tăng ổn định trong toàn bộ thời gian theo dõi, có ý nghĩa thống kê ở thời điểm sau 6 tháng, 12 tháng và 18 tháng [8].

V. KẾT LUẬN

Liệu pháp điều trị thoái hóa khớp gối bằng huyết tương giàu tiểu cầu kết hợp với tế bào gốc trung mô từ mô mỡ tự thân là an toàn, tỷ lệ tai biến tại chỗ tiêm, tại chỗ lấy mỡ bụng thấp, không có nhiễm trùng tại chỗ, nhiễm trùng toàn thân và không có tác dụng phụ toàn thân nào được ghi nhận. Sau 12 tháng điều trị bề dày sụn khớp phát triển tăng lên có ý nghĩa giúp cải thiện có hiệu quả chức năng khớp gối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yancheng Song et al (2020)**, Mesenchymal stem cell in knee osteoarthritis treatment: A systematic review and meta-analysis, *Journal of Orthopaedic Translation* 24 (2020)121-130.
2. **Bùi Hải Bình (2016)**. Nghiên cứu điều trị bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân. Luận án tiến sĩ

Y học, Trường đại học Y Hà Nội.

3. **Fransen M, L. Bridgett, L. March et al (2011)**. The epidemiology of osteoarthritis in Asia. *Int J Rheum Dis*, 14 (2), 113-121.
4. **Khanh Hong-Thien Bui, Triet Dinh Duong, Nhan Thanh Nguyen et al (2014)**. Symptomatic knee osteoarthritis treatment using autologous adipose derived stem cells and platelet-rich plasma: a clinical study. *Biomedical Research and Therapy*, 1, 02-08.
5. **Thu Phạm Hoài Thu (2017)** " Nghiên cứu kết quả điều trị bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng liệu pháp tế bào gốc mô mỡ tự thân". Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Tiền Trần Việt và cộng sự (2015)**. Nghiên cứu ứng dụng tế bào gốc tự thân trong điều trị bệnh thoái hóa khớp. Đề tài độc lập cấp nhà nước, Học viện quân Y.
7. **Yong-Gon Koh, Seung-Bae Jo, Oh-Ryong Kwon et al (2012)**. Mesenchymal Stem Cell Injections Improve Symptoms of Knee Osteoarthritis. *The Journal of Arthroscopic and Related Surgery*, 29 (4), 748-755.
8. **Liang-jing Lu et al (2016)**. Treatment with human adipose- derived mesenchymal stem cells for knee osteoarthritis. NCT 021626693. The 18th Congress of Asia Pacific League of Association for Rheumatology (APLAR 2016). Shanghai, China.
9. **Centeno CJ, Schultz J, Cheever M. et al(2010)**. Safety and complications reporting on the re-implantation of culture-expanded mesenchymal stem cells using autologous platelet lysate technique. *Curr Stem cell Res Ther*, 5 (1), 81-93.

MÔ HÌNH HỌC TẬP HÀNH VI VÀ NHÂN CÁCH Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN CƠ THỂ HÓA

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

TÓM TẮT

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu mô tả mô hình học tập hành vi và đặc điểm nhân cách 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±12,7, có trình độ học vấn cấp 2, hầu hết đã kết hôn (88,9%). Có 20,4% người bệnh RLCTH báo cáo đã từng chứng kiến triệu chứng tương tự triệu chứng hiện tại của người bệnh trước khi khởi phát bệnh. Các thang Hs - nghi bệnh(88,9%), Sc - tâm thần phân liệt (63,0%) là các thang có tỉ lệ bệnh lý cao trên người bệnh RLCTH. Pt -

lo âu, ám ảnh (51,9%), D- trầm cảm (44,5%), Hy - rối loạn phân ly (40,7%) là các thang có tỉ lệ bệnh lý trung bình. Có 3 thang cho điểm số trung bình ở mức bệnh lý (Tscore >70 hoặc Tscore<30) là thang Hs - nghi bệnh (81,9 ± 10,4), Sc - tâm thần phân liệt (73,4 ± 12,3) và thang Pt - lo âu, ám ảnh (70,8 ± 8,6).

Từ khóa: rối loạn cơ thể hóa; nhân cách

SUMMARY

BEHAVIOR LEARNING PATTERNS AND PERSONALITY CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SOMATIZATION DISORDER

We conducted a study with the goal of describing behavior learning patterns and personality characteristics of patients with somatization disorder. The study used cross-sectional descriptive method and included 54 patients who came for examination and treatment in National Institute of Mental Health - Bach Mai hospital. Results show that the patients with somatization disorder were mainly female, with the average age was 49.1±12.7, and most of them were married (88.9%), had the education level of secondary school, 20.4% patients reported about experience the

¹Đại học Y Hà Nội

²Viện Sức Khỏe Tâm Thần - Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Dương Minh Tâm

Email: duongminhtam@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

symptoms similar to their current symptoms before the onset of the disorder. In MMPI, Hs - suspected disease (88.9%), Sc - schizophrenia (63.0%) were the scales had high rates of pathology in patients with somatization disorder. Pt - anxiety, phobia (51.9%), D-depression (44.5%), Hy - dissociative disorder (40.7%) had the average pathological rates. There were 3 scales had the mean score at the pathological level (Tscore >70 or Tscore <30): Hs - suspected disease (81.9 ± 10.4); Sc - schizophrenia (73.4 ± 12); and Pt scale - anxiety, obsession (70.8 ± 8.6).

Keywords: somatization disorder; personality

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.^{1,2} 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. Căng thẳng tâm lý kéo dài từ thời thơ ấu tiềm ẩn dưới các khó chịu về thể chất cho thấy người bệnh có thể có các vấn đề trong gia đình như không được chăm sóc chu đáo, bị bỏ rơi, bị lạm dụng... Mô hình học tập hành vi cho rằng rối loạn cơ thể hoá đã được mô tả là những nhận thức hoặc phong cách nhận thức bất thường học được. Do đó, những trải nghiệm thời thơ ấu có thể đóng vai trò như những yếu tố cảm nhiễm của quá trình cơ thể hoá.³ Các triệu chứng của trẻ em thường là bản sao của các triệu chứng xảy ra ở các thành viên khác của gia đình.⁴ Mặt khác, người bệnh cơ thể hoá học được rằng có sự bù đắp cho bệnh tật của họ và bệnh tật thể chất được xã hội chấp nhận dễ dàng hơn là các rối loạn tâm lý.⁵ Một số đặc điểm nhân cách, chẳng hạn như tâm lý bất ổn, dễ xúc động, khó thích ứng... đã được chứng minh là có liên quan đến khả năng cao xuất hiện các triệu chứng cơ thể.⁶ Những người bệnh RLCTH thường có rối loạn nhân cách, đặc biệt là các loại rối loạn nhân cách nhóm B.⁷ Những nét nhân cách lệ thuộc - thụ động (passive - dependent), kịch tính (histrionic) và cảm tính - xâm hại (sensitive - aggressive) gặp ở người bệnh RLCTH cao gấp hai lần ở người bệnh lo âu và trầm cảm. Tỷ lệ mắc RLCTH ở người bệnh rối loạn nhân cách ranh giới cũng thấy tương đối cao. Yếu tố nhân cách còn liên quan tới bệnh sinh RLCTH theo cách thức khác như trong khái niệm "mù đọc cảm xúc" (alexithymia), thuật ngữ này dựa trên quan niệm phân tâm rằng người bệnh cơ thể hoá vì không thể diễn tả cảm xúc thành lời.⁸ Với mong muốn

tìm hiểu mô hình hành vi và đặc điểm nhân cách ở người bệnh rối loạn cơ thể hoá, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu là "Mô tả mô hình học tập hành vi và đặc điểm nhân cách 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, cách thức người bệnh RLCTH biết đến triệu chứng, đặc điểm nhân cách theo thang MMPI.

• **Bảng kiểm kê nhân cách nhiều pha MMPI** (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Bảng kiểm kê nhân cách nhiều pha MMPI được xuất bản lần đầu tiên thông qua Đại học Minnesota vào năm 1942 và phiên bản thứ hai (MMPI-2) được xuất bản vào năm 1989. Đây là bài kiểm tra tâm lý được sử dụng rộng rãi nhất để đo lường tâm lý người trưởng thành trên thế giới. MMPI-2 được sử dụng trong các cơ sở sức khỏe tâm thần, y tế và việc làm⁹.

Mỗi phiên bản có số câu hỏi khác nhau. Với mỗi câu hỏi, người bệnh lựa chọn một trong hai đáp án đã cho sẵn là đúng hoặc không đúng. Kết quả các câu trả lời được qui ra điểm thô ban đầu

sau đó được chuyển thành điểm chuẩn T (điểm chuẩn T trung bình là 50 với độ lệch chuẩn là 10). Như vậy, điểm trong giới hạn bình thường là 40 – 60; từ 30 – 39 và 61 – 70 là trạng thái ranh giới; T > 70 hoặc T < 30 được xem như là có biểu hiện bệnh lý.⁹ Toàn bộ kết quả của trắc nghiệm được biểu thị trên thiết đồ nhân cách gồm 10 thang lâm sàng và 3 thang hiệu lực. Các thang lâm sàng được ký hiệu theo số và chữ cái.

Mười thang lâm sàng là:

1. Hs – Nghi bệnh (Hypochondriasis)
2. D – Trầm cảm (Depression)
3. Hy – Rối loạn phân ly (Hysteria)
4. Pd – Lệch lạc nhân cách (Personality deviation)
5. Mf – Giới tính (Masculinity – femininity)
6. Pa – Paranoia
7. Pt – Lo âu, suy nhược (Psychasthenia)
8. Sc – Tâm thần phân liệt (Schizophrenia)
9. Ma – Hưng cảm nhẹ (Hypomania)
10. Si – Hướng nội xã hội (Social introversion)

Ba thang hiệu lực là:

1. L (Lie): kiểm tra sự thành thật của các đối tượng.
2. F (Fix): kiểm tra giá trị ứng nghiệm của toàn bộ test.
3. K (Key): để hiệu chỉnh một số thang lâm sàng, đánh giá thái độ đối tượng đối với test.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng bản viết hóa của Bảng kiểm kê nhân cách nhiều pha MMPI đang được sử dụng tại Viện sức khỏe Tâm thần gồm 368 câu hỏi

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.

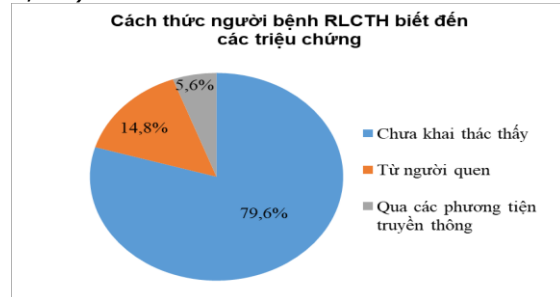
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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%).



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về cách thức người bệnh RLCTH biết đến các triệu chứng (N=54)

Có 20,4% người bệnh RLCTH báo cáo đã từng chứng kiến triệu chứng tương tự triệu chứng hiện tại của người bệnh trước khi khởi phát bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc chứng kiến các triệu chứng qua người quen là phổ biến nhất (n=8, 14,8%). Người quen trong nghiên cứu được ghi nhận bao gồm bố mẹ, vợ/ chồng hoặc hàng xóm,... Các phương tiện truyền thông như TV, báo đài, Internet cũng cung cấp kênh thông tin về triệu chứng cho 5,6% người bệnh (n=3) trước khi khởi phát bệnh.

Bảng 3.2. Đặc điểm diễn đồ nhân cách theo MMPI ở đối tượng nghiên cứu (N=27)

		Số lượng BN	%
Hs - nghi bệnh	Bình thường	3	11,1
	Ranh giới	0	0
	Bệnh lý	24	88,9
	Điểm TB	81,9 ± 10,4	
D - trầm cảm	Bình thường	11	40,7
	Ranh giới	4	14,8
	Bệnh lý	12	44,5
	Điểm TB	67,6 ± 11,9	
Hy - rối loạn phân ly	Bình thường	12	44,5
	Ranh giới	4	14,8
	Bệnh lý	11	40,7
	Điểm TB	66 ± 14,5	
Pd - Nhân cách bệnh	Bình thường	13	48,2
	Ranh giới	7	25,9
	Bệnh lý	7	25,9
	Điểm TB	63,6 ± 11,9	
Mf - Giới tính	Bình thường	25	92,6
	Ranh giới	2	7,4
	Bệnh lý	0	0,0
	Điểm TB	53,1 ± 6,9	
Pa - Ý tưởng bị hại	Bình thường	18	66,7
	Ranh giới	5	18,5
	Bệnh lý	4	14,8
	Điểm TB	61,3 ± 8,0	
Pt - lo âu, ám ảnh	Bình thường	6	22,2
	Ranh giới	7	25,9
	Bệnh lý	14	51,9
	Điểm TB	70,8 ± 8,6	
Sc - Tâm thần phân liệt	Bình thường	8	29,6
	Ranh giới	2	7,4
	Bệnh lý	17	63,0
	Điểm TB	73,4 ± 12,3	
Ma - Hưng cảm nhẹ	Bình thường	24	88,9
	Ranh giới	3	11,1
	Bệnh lý	0	0
	Điểm TB	53,0 ± 7,4	
Si - Nhân cách nội tâm	Bình thường	19	70,4
	Ranh giới	6	22,2
	Bệnh lý	2	7,4
	Điểm TB	59,7 ± 7,1	

Các thang Hs - nghi bệnh (88,9%), Sc - tâm thần phân liệt (63,0%) là các thang có tỉ lệ bệnh lý cao trên người bệnh RLCTH. Pt - lo âu, ám ảnh (51,9%), D - trầm cảm (44,5%), Hy - rối loạn phân ly (40,7%) là các thang có tỉ lệ bệnh lý trung bình. Pd - nhân cách bệnh (25,9%), Pa - ý tưởng bị hại (14,8%), Si - nhân cách nội tâm (7,4%) có tỉ lệ bệnh lý thấp. Mf - giới tính (0,0%), Ma - hưng cảm nhẹ (0,0%) là các thang không có người bệnh cho giá trị bệnh lý.

Về kết quả điểm số trung bình, có 3 thang cho điểm số trung bình ở mức bệnh lý (Tscore

>70 hoặc Tscore < 30) là thang Hs - nghi bệnh (81,9 ± 10,4), Sc - tâm thần phân liệt (73,4 ± 12,3) và thang Pt - lo âu, ám ảnh (70,8 ± 8,6).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả 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%. Tỉ 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. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 49,1 ± 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 ± 12,7 và 44,7 ± 13,9. 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 ≤ 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. 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, tỉ 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 tỉ lệ kết hôn cao hơn dân số chung.

Nghiên cứu của chúng tôi báo cáo một kết quả khiêm tốn số người bệnh đã biết đến các triệu chứng RLCTH trước khi khởi phát bệnh. Trong nghiên cứu, có 11 người bệnh (chiếm 20,4% số người bệnh) biết đến các triệu chứng qua ít nhất một kênh như từ người quen xung quanh hay thông qua các phương tiện truyền thông Internet, ti vi, báo chí, (biểu đồ 3.1). Kết quả này là thấp hơn mong đợi khi các lý thuyết cổ điển về RLCTH và rối loạn phân ly đều nhấn mạnh đến mô hình học tập triệu chứng, học tập hành vi trong quá trình hình thành bệnh. Lý giải cho kết quả này, chúng tôi nhận thấy trong quá trình hỏi bệnh và thu thập số liệu, người bệnh

thường né tránh việc thừa nhận bản thân đã từng quan sát thấy các triệu chứng này trong quá khứ. Các người bệnh thường nhấn mạnh quá mức vào việc mình chưa từng biết đến các triệu chứng tương tự trước đây hoặc chỉ biết đến do quá trình tự tìm hiểu khi đã khởi phát bệnh. Ở một khía cạnh khác, tỉ lệ thấp các người bệnh báo cáo đã biết đến triệu chứng trước khi khởi phát bệnh cũng khiến chúng ta đặt ra câu hỏi: lý thuyết Freud và các mô hình học tập hành vi liệu đã đủ chưa để giải thích cho sự hình thành bệnh. Y học hiện đại đã chứng minh (dù chưa hoàn toàn đầy đủ), RLCTH cũng có những cơ sở di truyền - hóa sinh - giải phẫu - sinh lý khiến người bệnh này dễ mắc RLCTH hơn một người bệnh khác. Đã đến lúc chúng ta có cái nhìn toàn diện và công bằng hơn về người bệnh RLCTH, tránh nhìn nhận các người bệnh này đơn thuần như những người bệnh hay than phiền và có phần "giả bệnh".

Bảng 3.2 cho thấy thang nghi bệnh Hs có giá trị trung bình cao nhất trong các thang là $81,9 \pm 10$ và cũng cho số người bệnh báo cáo kết quả bệnh lý cao nhất là 24 người bệnh chiếm 88,9% số người bệnh thực hiện trắc nghiệm tâm lý MMPI. Tiếp đến là thang tâm thần phân liệt Sc với giá trị trung bình $73,4 \pm 12,3$ và 63,0 số người bệnh báo cáo kết quả bệnh lý. Thang lo âu, ám ảnh Pt cho giá trị trung bình ($70,8 \pm 8,6$) trên ngưỡng bệnh lý 70. Thang trầm cảm D báo cáo tỉ lệ bệnh lý là 44,5 và thang rối loạn phân ly Hy có tỉ lệ bệnh lý 40,7.

Kết quả chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Sook Park (1991), Trần Thị Hà An (2006) và Nguyễn Minh Quyết (2017) khi báo cáo thang nghi bệnh Hs là thang có giá trị trung bình T score và tỉ lệ bệnh lý cao nhất khi người bệnh thực hiện trắc nghiệm tâm lý MMPI.

Đặc biệt, nghiên cứu của Nguyễn Minh Quyết cũng được tiến hành tại Viện sức khỏe tâm thần báo cáo kết quả gần tương tự nghiên cứu của chúng tôi khi các thang có giá trị T score trung bình cao tiếp theo sau thứ tự là thang tâm thần phân liệt Sc, thang lo âu ám ảnh Pt, thang rối loạn phân ly Hy và thang trầm cảm D. Kết quả nghiên cứu của Sook Park cũng báo cáo các thang rối loạn phân ly Hy, tâm thần phân liệt Sc, ý tưởng bị hại Pa và lo âu ám ảnh Pt có giá trị cao hơn hẳn các thang khác.

Lý giải cho những kết quả này, George Garyfallos và cộng sự cho rằng 63% người bệnh rối loạn dạng cơ thể có rối loạn nhân cách, chủ yếu là các nét nhân cách kịch tính, lệ thuộc và các rối loạn nhân cách nhóm B. Kaplan và

Sadock cũng thấy người bệnh RLCTH hay phối hợp rối loạn nhân cách kịch tính và rối loạn nhân cách chống đối xã hội, và tỷ lệ các rối loạn nhân cách trên lâm sàng thực tế còn cao hơn kết quả trên trắc nghiệm tâm lý MMPI do người bệnh thực hiện.

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%). Có 20,4% người bệnh RLCTH báo cáo đã từng chứng kiến triệu chứng tương tự triệu chứng hiện tại của người bệnh trước khi khởi phát bệnh. Các thang Hs - nghi bệnh (88,9%), Sc - tâm thần phân liệt (63,0%) là các thang có tỉ lệ bệnh lý cao trên người bệnh RLCTH. Pt - lo âu, ám ảnh (51,9%), D - trầm cảm (44,5%), Hy - rối loạn phân ly (40,7%) là các thang có tỉ lệ bệnh lý trung bình. Có 3 thang cho điểm số trung bình ở mức bệnh lý (Tscore >70 hoặc Tscore <30) là thang Hs - nghi bệnh ($81,9 \pm 10,4$), Sc - tâm thần phân liệt ($73,4 \pm 12,3$) và thang Pt - lo âu, ám ảnh ($70,8 \pm 8,6$).

Khuyến nghị. Người bệnh Rối loạn cơ thể hóa thường than phiền nhiều về các triệu chứng cơ thể. 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. **Kellner R.** Functional somatic symptoms and hypochondriasis. A survey of empirical studies. *Arch Gen Psychiatry.* 1985;42(8):821-833. doi:10.1001/archpsyc.1985.01790310089012
4. **Robinson RJ.** The Child and His Symptoms. A Comprehensive Approach. *Arch Dis Child.* 1978; 53(7): 608.
5. **Weddington WW.** The Somatizing Disorders: Illness as a Way of Life. *JAMA.* 1984;251(11): 1482-1483. doi:10.1001/jama.1984.03340350070037
6. **Pennebaker JW.** The Psychology of Physical Symptoms. Springer New York; 1982. doi:10.1007/978-1-4613-8196-9

7. **North CS.** The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations. *Behav Sci.* 2015;5(4):496-517. doi:10.3390/bs5040496
8. **Rofé Y, Rofé Y.** Conversion Disorder: A Review Through the Prism of the Rational-Choice Theory

of Neurosis. *Eur J Psychol.* 2013;9(4):832-868. doi:10.5964/ejop.v9i4.621

9. **Floyd AE, Gupta V.** Minnesota Multiphasic Personality Inventory. In: *StatPearls.* StatPearls Publishing; 2020. Accessed November 5, 2020. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557525/>

KẾT QUẢ GẦN CẮT GAN DO UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Trần Mạnh Hùng¹, Trần Quế Sơn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả một số đặc điểm lâm sàng và kết quả gần cắt gan do ung thư biểu mô tế bào gan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, cỡ mẫu thuận tiện các trường hợp ung thư biểu mô tế bào gan chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh. Bệnh nhân được mổ mở cắt gan tại Bệnh viện Bạch Mai từ 4/2016 – 4/2019. **Kết quả:** 67 bệnh nhân được phẫu thuật. Tuổi trung bình là 56,3 (30 – 76) tuổi. Nam/nữ = 6,4/1. Triệu chứng đau hạ sườn phải, ăn kém và gầy sút cân lần lượt là 83,6%, 41,8% và 17,9%. Nồng độ AFP huyết thanh trung bình là 635,1 (2,09 – 3968) ng/mL. Nhóm BN có nồng độ AFP < 20, 20 – 400, 401 – 1000, và > 1000 ng/mL lần lượt là 47,8%, 23,9%, 22,3%, và 6%. Kích thước trung bình u trên CLVT và bệnh phẩm lần lượt là 5,4 (2,7 – 8) và 5,3 (2,5 – 8,5) cm. U ở giai đoạn I, II, và III là 17,9%, 62,7%, và 19,4%. Cắt gan nhỏ chiếm 85,1%. Kiểm soát cuống gan chọn lọc, và Pringer lần lượt là 55,2% và 44,8%. Cắt nhu mô gan bằng Ligasure, Kelly + Ligasure, và Kelly lần lượt là 67,2%, 22,4%, và 10,4%. Có 8/67 BN phải truyền máu, chiếm tỷ lệ 11,9%. Lượng máu truyền trung bình là 542,9 mL (250 – 700). Thời gian mổ trung bình là 132,1 phút (90 – 195). Biến chứng sau mổ 17,9%, trong đó tràn dịch màng phổi, suy gan, rò mật lần lượt là 13,4%, 1,5%, và 0%. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 12,8 (6-38) ngày. **Kết luận:** Ung thư biểu mô tế bào gan diễn biến âm thầm, triệu chứng không đặc hiệu. Bệnh nhân có chức năng gan tốt. Chụp cắt lớp vi tính cho thấy u thường trên 5 cm, có dấu hiệu điển hình của HCC. Cắt gan là phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn, biến chứng còn cao nhưng phần lớn là mức độ nhẹ.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, u gan, cắt gan, cắt lớp vi tính, biến chứng.

SUMMARY

SHORT-TERM OUTCOMES OF HEPATECTOMY FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT BACH MAI HOSPITAL

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hùng

Email: tranmanhhungngoaim@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2022

Ngày duyệt bài: 25.4.2022

Objectives: The research aimed to evaluate some of the clinical characteristics and short-term outcomes associated with hepatectomy for hepatocellular carcinoma (HCC). **Methods:** We conducted a retrospective study with a sample size of HCC confirmed by pathology. From April 2016 to April 2019, the patient underwent open hepatectomy at Bach Mai Hospital. **Results:** The study enrolled a total of 67 patients. The mean age was 56.3 years (30–76). The male/female ratio was equal to 6.4/1. Clinical symptoms of pain in the right upper quadrant, lack of appetite, and weight loss were prevalent in 83.6 %, 41.8%, and 17.9% of participants. The mean concentration of AFP in serum was 635.1 (2.09 - 3968) ng/mL. Patients with AFP levels of less than 20, 20 - 400, 401 - 1000, and >1000 ng/mL were 47.8 %, 23.9%, 22.3%, and 6%, respectively. The average tumor size on the CT scan and specimen was 5.4 (2.7 – 8) and 5.3 (2.5 – 8.5 cm, respectively). Tumors in stages I, II, and III accounted for 17.9%, 62.7%, and 19.4%. 85.1% of all were minor liver resections. Selective hepatic pedicle control and Pringer maneuver were 55.2% and 44.8%, respectively. Hepatic parenchymal resection with Ligasure, Kelly + Ligasure, and Kelly was 67.2%, 22.4%, and 10.4%, respectively. Eight patients required blood transfusions, accounting for 11.9 %. The mean blood transfusion was 542.9 mL (250 – 700). The average operative time was 132.1 minutes (90 - 195). Complications after surgery were 17.9%, of which pleural effusion, liver failure, and biliary leak were 13.4%, 1.5%, and 0%, respectively. After surgery, the average hospital stay was 12.8 (6-38) days. **Conclusion:** Clinical symptoms are not specific. The patient was indicated for surgery with good liver function. Computed tomography revealed that the tumor was massive, with typical HCC characteristics. Liver resection is an effective and safe treatment.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, liver tumor, liver resection, computed tomography, complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBG) là một bệnh ác tính phổ biến ở Việt Nam và trên thế giới, chiếm 80% bệnh lý ác tính ở gan một vấn đề lớn đối với sức khỏe toàn cầu. Việt Nam nằm trong vùng có tỷ lệ mắc UTBG cao nhất liên quan đến nhiễm virus viêm gan B,C. Năm 2012, theo GLOBOCAN tại Việt Nam khoảng 22.0000 người mới mắc và 21.000 người tử vong/năm. Năm