

dịch mũi trong nhầy loãng với 49,2%, quá phát mủm mủm cả hai bên chiếm 50,8%. Viêm xoang độ II theo thang điểm Lund-Mackay chiếm 72,3%. Triệu chứng cơ năng và thực thể qua nội soi mũi cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Công Hoàng (2017)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và thực trạng một số bệnh Tai Mũi Họng trên bệnh nhân có dị hình hốc mũi qua thăm khám nội soi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên", Tạp chí Y học Việt Nam, 454(1), tr. 287-290.
2. **Đàm Thị Lan (2013)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm mũi xoang mạn tính người lớn không có polyp mũi theo EPOS 2012, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Dương Đình Lương (2017)**, Nghiên cứu đặc điểm dị hình phức hợp lỗ ngách trên bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Lê Xuân Nhân (2011)**, Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm hệ thống xoang trước có bất thường giải phẫu phức hợp lỗ ngách tại Bệnh viện Trung ương Huế, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y dược Huế.
5. **Nguyễn Thanh Phú (2015)**, Nghiên cứu sự liên quan giữa dị hình hốc mũi với viêm xoang có chỉ định phẫu thuật qua lâm sàng, nội soi và chụp cắt lớp vi tính, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y dược Huế.
6. **Trần Anh Thư (2017)**, "Nghiên cứu mối tương quan giữa hình ảnh nội soi và chụp cắt lớp vi tính mũi xoang bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính", Tạp chí Y học thực hành, 1044(6), tr. 66-69.
7. **Nguyễn Lưu Trình (2015)**, Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm mũi xoang mạn tính, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y dược Huế.
8. **Vandana Mendiratta (2015)**, "Sinonasal Anatomical Variants: CT and Endoscopy Study and Its Correlation with Extent of Disease", Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery, 68(3), pp. 352-358.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LO ÂU LAN TỎA

Đinh Việt Hùng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu hiệu quả điều trị ở bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 62 bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa được điều trị nội trú tại Khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103. **Kết quả:** thuốc bình thần được dùng 100% với liều trung bình $8,27 \pm 2,18$ mg/ngày. Hiệu quả điều trị được nâng cao với sự kết hợp của liệu pháp tâm lý: 24,19% bệnh nhân dung liệu pháp thư giãn. Ngày điều trị trung bình $13,72 \pm 2,61$ ngày với 27,4% bệnh nhân ra viện còn lo âu mức độ nhẹ và 3,22% bệnh nhân ra viện còn trầm cảm mức độ nhẹ. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu này đưa ra bằng chứng về hiệu quả điều trị của liệu pháp hód được kết hợp với liệu pháp tâm lý ở bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa.

Từ khóa: Rối loạn lo âu lan tỏa

SUMMARY

STUDY THERAPEUTIC EFFICACY IN GENERALIZED ANXIETY DISORDER

Objective: To evaluate treatment outcomes in generalized anxiety disorder. **Object and method:** 62 patients with generalized anxiety disorder who received inpatient treatment in the Psychiatric Department, 103 Military Medical Hospital. **Results:** Benzodiazepin was used 100% with average dose

8.27 ± 2.18 mg/day. Treatment effectiveness was enhanced with a combination of psychotherapy: 24.19% of patients used relaxation therapy. Average day treatment was 13.72 ± 2.61 days with 27.4% of patients discharged from hospital had mild anxiety and 3.22% of patients discharged from hospital had mild depression. **Conclusion:** The results of this study provide evidence for the therapeutic efficacy of pharmacotherapy in combination with psychotherapy in patients with generalized anxiety disorder.

Keywords: Generalized anxiety disorder

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lo âu lan tỏa (RLLALT) được đặc trưng bởi tình trạng lo âu quá mức không kiểm soát được, lan tỏa nhiều chủ đề, không khu trú bất cứ tình huống đặc biệt nào, thường kéo dài ít nhất 6 tháng. Các RLLALT gặp phổ biến trong lâm sàng tâm thần học, chiếm tỷ lệ 30% các trường hợp điều trị nội trú và chiếm khoảng 20% dân số thế giới mắc rối loạn này. Các triệu chứng của RLLALT đa dạng và phong phú bao gồm: biểu hiện căng thẳng, bồn chồn, khó ngủ, cùng các triệu chứng cơ thể như cảm giác tức ngực, khó thở, hồi hộp, nuốt nghẹn, đau bụng, buồn nôn... Bệnh nhân không thể kiểm soát được các lo lắng này, giảm khả năng lao động, sinh hoạt và các chức năng quan trọng khác. Đồng thời chi phí xã hội đối với rối loạn lo âu lan tỏa và các vấn đề cộng đồng kèm theo là rất đáng kể, tăng nhu cầu được trợ giúp ở các trung tâm y tế và

*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Việt Hùng

Email: bshunga6@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2022

Ngày duyệt bài: 10.5.2022

dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, có xu hướng lạm dụng chất, nghiện chất. Cho đến nay, hiệu quả điều trị RLLALT chưa được đánh giá một cách hệ thống và toàn diện. Với mong muốn làm rõ hiệu quả của biện pháp hóa dược trong điều trị RLLALT, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài "Nghiên cứu hiệu quả điều trị rối loạn lo âu lan tỏa".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Sáu hai bệnh nhân được chẩn đoán là rối loạn lo âu lan tỏa (F41.1) theo ICD-10 (1992), được điều trị nội trú tại khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 4/2016 đến tháng 8/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Sử dụng phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang, phân tích đánh giá từng trường hợp cụ thể. Hiệu quả điều trị được đánh giá độc lập bởi các bác sĩ chuyên ngành tâm thần.

2.3. Phân tích số liệu. Phân tích số liệu được tiến hành trên phần mềm phân tích số liệu SPSS 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê được xác định cho các kiểm định với mức $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm nhóm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số thống kê Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 20 tuổi	5	8,06
21-30 tuổi	14	22,58
31-40 tuổi	22	35,49
41-50 tuổi	11	17,74
51-60 tuổi	8	12,9
> 60 tuổi	2	3,23
Trung bình	36,85 ± 11,35	

Bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân RLLALT là 36,85 ± 11,35 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 21-50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất: 75,81% và nhóm trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất: 3,23%. Nghiên cứu của Gonçalves D.C. (2011) trên 10641 người cho kết quả tỉ lệ mắc rối loạn lo âu lan tỏa: 25-55 tuổi chiếm 36,15%. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của các tác giả trên thế giới: cho rằng tỉ lệ RLLALT hay gặp ở nhóm tuổi 20-50 tuổi, đây là nhóm tuổi có nhiều thay đổi trong công việc, gia đình, kinh tế và là lứa tuổi cống hiến nhiều nhất cho xã hội [1].

Bảng 3.2. Thời gian mang bệnh của bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số thống kê Thời gian	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 12 tháng	37	59,67
12-24 tháng	16	25,81
> 24 tháng	9	14,52
Trung bình	15,38 ± 9,85	

Bảng 3.2 cho thấy thời điểm mang bệnh của bệnh nhân nghiên cứu dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (59,67%), tiếp đó là từ 12 tháng đến 24 tháng (25,81%) và trên 24 tháng chiếm tỉ lệ thấp nhất (14,52%). Thời gian mang bệnh dàn trải ở các tháng khác nhau do đặc điểm lâm sàng của RLLALT chưa được quan tâm đúng mức, sự hiểu biết về cơ chế bệnh sinh và biểu hiện lâm sàng còn mơ hồ nên bệnh nhân thường đi khám ở các chuyên khoa khác. Nguyên nhân nữa là do yếu tố kỳ thị, sợ phải đến chuyên khoa tâm thần khám và do vấn đề kinh tế, công việc. Điều đó làm cho thời gian mang bệnh thường có dài từ khi xuất hiện triệu chứng cho đến khi đến được đúng chuyên khoa Tâm thần khám và điều trị. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trần Nguyễn Ngọc (2018) khi thấy đa số bệnh nhân có thời gian mang bệnh là 20,04±20,84 tháng [2].

Bảng 3.3. Thời gian tồn tại lo âu lan tỏa của bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số thống kê Thời gian tồn tại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
> 10 phút	14	22,58
10-20 phút	25	40,32
21-30 phút	17	27,42
> 30 phút	6	9,68
Trung bình	19,35 ± 11,26	

Nghiên cứu của chúng tôi thấy thời gian tồn tại của triệu chứng lo âu trung bình 19,35±11,26 phút. Trong đó thời gian tồn tại của triệu chứng lo âu từ 10-20 phút chiếm tỷ lệ cao nhất với 25 bệnh nhân chiếm 40,32% và thời gian tồn tại của triệu chứng lo âu trên 30 phút với 6 bệnh nhân chiếm 9,68%. Chính thời gian tồn tại của triệu chứng lo âu làm ảnh hưởng nặng nề về chất lượng cuộc sống và công việc của bệnh nhân. Tương tự nghiên cứu Gordon B.R. (2017) khi khẳng định thời gian tồn tại của lo âu lan tỏa trên 10 phút chiếm tỷ lệ cao nhất [3].

3.2. Đặc điểm hiệu quả điều trị của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.4. Đặc điểm nhóm thuốc điều trị của bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số thống kê Thuốc điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thần	62	100
Chống trầm cảm	43	69,35
An thần	22	35,48

Có rất nhiều nghiên cứu về điều trị rối loạn lo âu lan tỏa được tiến hành trong nhiều năm qua. Các nhà nghiên cứu nhận thấy có nhiều loại thuốc tác dụng tốt trong rối loạn lo âu lan tỏa, trong đó lựa chọn hàng đầu là các thuốc bình thần, thuốc an thần và thuốc chống trầm cảm. Việc lựa chọn thuốc trong điều trị lo âu lan tỏa căn cứ trên hiệu quả điều trị, thời gian thuyên giảm triệu chứng và tác dụng phụ của thuốc. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm thuốc bình thần được dùng nhiều với 62 bệnh nhân chiếm 100%, tiếp đó là nhóm thuốc chống trầm cảm với 69,35% (43 bệnh nhân), rồi đến nhóm thuốc an thần với 35,48% (22 bệnh nhân). Kết quả này cũng tương đồng nghiên cứu của Bandelow B. (2020) khi các loại thuốc hoạt động trên GABA, glutamate có tác dụng hiệu quả nhất, tiếp đó là nhóm thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc và chất ức chế tái hấp thu serotonin-norepinephrine [4].

Bảng 3.5. *Liều lượng thuốc sử dụng của bệnh nhân nghiên cứu*

Chỉ số thống kê Thuốc điều trị	Số lượng (n)	Liều trung bình (mg/ngày)
Bình thần	62	8,27 ± 2,18
Chống trầm cảm	43	100,36 ± 26,23
An thần	22	12,58 ± 3,61

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 100% bệnh nhân được dùng thuốc bình thần với 8,27 ± 2,18 mg/ngày; 69,35% bệnh nhân dùng chống trầm cảm với 100,36 ± 26,23mg/ngày và 35,48% bệnh nhân dùng thuốc an thần với 12,58 ± 3,61 mg/ngày. Điều này dựa trên tác dụng sinh học của các nhóm thuốc như thuốc bình thần sau 15-60 phút, nên liều lượng thuốc bình thần được tối ưu hóa ngay ở liều thấp, còn nhóm thuốc chống trầm cảm có thời gian bán hủy dài (12-30 giờ), nhiều tác dụng không mong muốn nên liều điều trị tăng từ từ để cho thuốc kịp thích ứng và dung nạp vì thế liều điều trị đa số dùng ở liều tối đa. Đối với thuốc an thần thì nghiên cứu của Hershenberg R. (2014) đã khẳng định thuốc an thần tác dụng ở hệ serotonergic và dopaminergic nên liều lượng duy trì từ 10-15 mg/ngày [5].

Bảng 3.6. *Đặc điểm các loại thuốc sử dụng của bệnh nhân nghiên cứu*

Chỉ số thống kê Thuốc điều trị	Số lượng (n)	Liều trung bình (mg/ngày)
Diazepam 10mg	62	8,27 ± 2,18
Zoloman 100mg	31	112,25±24,78
Amitriptylin 25mg	12	87,58 ± 19,86
Olanzapine 10mg	22	12,58 ± 3,61

Bảng 3.6 cho thấy diazepam là thuốc được lựa chọn, được dùng với liều 8,27 ± 2,18 mg/ngày, các đợt điều trị ngắn từ 1 đến 4 ngày. Chính các ưu điểm lâm sàng chính của benzodiazepin là an lực với thủ cảm thể nhanh nên hiệu quả điều trị cao, tác dụng nhanh và độc tính thấp. Bên cạnh đó thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc được lựa chọn 112,25 ± 24,78 mg/ngày bên cạnh thuốc chống trầm cảm ba vòng 87,58 ± 19,86 mg/ngày. Sự khác biệt về 2 nhóm thuốc chống trầm cảm là do hiệu quả điều trị và tác dụng phụ của thuốc. Như thuốc amitriptyline có tác dụng phụ: cảm giác khô miệng, táo bón, rối loạn thị giác, tiểu khó, rối loạn nhận thức, hạ huyết áp tư thế đứng gây chóng mặt, buồn nôn, có nhiều độc tính trên tim mạch do ức chế hệ acetylcholin, noradrenalin và adrenalin, gây buồn ngủ, tăng cân. Chính điều này làm cho liều thuốc chống trầm cảm ba vòng thấp hơn liều thuốc của thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc. Kết quả nghiên cứu của này phù hợp với nhân định của Ströhle A. (2018) khi chỉ ra liều thuốc chống trầm cảm thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc là 50-150 mg/ngày [6].

Bảng 3.7. *Các liệu pháp điều trị kết hợp của bệnh nhân nghiên cứu*

Chỉ số thống kê Liệu pháp điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thư giãn	15	24,19
Hiểu biết về bệnh	52	83,87

Ngoài liệu pháp hóa dược trong việc điều trị RLLALT thì liệu pháp trị liệu tâm lý cũng được dùng kết hợp. Hiệu quả của liệu pháp tâm lý thể hiện ở liệu pháp thư giãn 15 bệnh nhân chiếm 24,19%; liệu pháp giải thích cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân với 52 bệnh nhân chiếm 83,87%. Kết quả này cho thấy hiệu quả cao của việc kết hợp của 2 liệu pháp hóa dược và liệu pháp tâm lý. Như vậy tâm lý trị liệu có vai trò rất lớn làm thay đổi tiến triển của bệnh, nhất là những bệnh nhân có sang chấn tâm lý kèm theo hoặc những bệnh nhân có rối loạn nhân cách. Các liệu pháp trị liệu tâm lý làm thay đổi nhận thức của bệnh nhân về bệnh của họ, thay đổi cách nhìn nhận theo hướng tích cực, giúp cho bệnh nhân có khả năng đối phó với khó khăn khi biểu hiện triệu chứng. Liệu pháp tâm lý cũng giúp cho bệnh nhân hiểu biết thêm các triệu chứng của bệnh, đặc biệt là cơ chế bệnh sinh, điều này làm cho quá trình điều trị củng cố được tuân thủ nghiêm ngặt. Điều này phù hợp với nghiên cứu Newman M.G. (2000) khi thấy hiệu quả điều trị hóa dược được nâng cao với sự kết

hợp của các liệu pháp trị liệu tâm lý [7].

Bảng 3.8. Thời gian điều trị trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số thống kê	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian điều trị < 10 ngày	5	8,06
10-15 ngày	43	69,36
15-20 ngày	12	19,35
> 20 ngày	2	3,23
Ngày điều trị trung bình	13,72 ± 2,61	

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khẳng định hiệu quả điều trị bệnh nhân RLLALT bằng các biện pháp hóa dược và liệu pháp tâm lý thể hiện qua thời gian điều trị. Ngày điều trị trung bình 13,72±2,61 ngày, trong đó có 43 bệnh nhân (69,36%) có thời gian điều trị 10-15 ngày, 12 bệnh nhân (19,35%) có thời gian điều trị 15-20 ngày. Điều này chứng tỏ tác dụng tốt của việc kết hợp các liệu pháp điều trị trong đó thuốc bình thần là nhóm thuốc hàng đầu. Đa số bệnh nhân được dùng thuốc bình thần đường nên thời gian để cải thiện được các triệu chứng là tương đối nhanh. Ngoài ra có sự hỗ trợ của các liệu pháp tâm lý nên hiệu quả điều trị cao. Có tỷ lệ nhỏ bệnh nhân có thời gian điều trị lâu trên 20 ngày (3,23%) do thời gian mang bệnh lâu, sự hiểu biết về bệnh còn hạn chế. Kết quả này phù

hợp với nghiên cứu của Dahl A.A. (2005) sau 12 tuần điều trị có tới 59,3% bệnh nhân giảm các triệu chứng lo âu, mất ngủ, mệt mỏi và 53,6% bệnh nhân giảm các triệu chứng mạch nhanh, huyết áp cao, vã mồ hôi, hồi hộp và đau đầu [8].

Bảng 3.9. Ngày điều trị trung bình với bệnh nhân có trầm cảm phối hợp

Chỉ số thống kê	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh phối hợp Không có trầm cảm	21	33,87
Trầm cảm	41	66,13

Cơ chế bệnh sinh của RLLALT chủ yếu là do yếu tố sinh học quyết định: đó là sự mất điều hòa serotonin, norepinephrine, GABA và noradrenalin. Trong đó vai trò của serotonin là quan trọng nhất, bởi chi phối nhiều chức năng của não nhất như: ngủ, nhận thức, hoạt động vận động, điều hòa thân nhiệt, cảm xúc, thụ cảm đau, cảm giác thèm ăn, hành vi tình dục. Chính vì vậy mà bệnh nhân RLLALT thường có các triệu chứng trầm cảm đi kèm vì cùng cơ chế thiếu serotonin ở khe xinap. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 41 bệnh nhân có triệu chứng trầm cảm (66,13%) và chỉ có 21 bệnh nhân không có triệu chứng trầm cảm (33,87%). Vì vậy quá trình điều trị bệnh nhân thường kéo dài và nhóm thuốc phối hợp là nhóm thuốc chống rầm cảm SSRI.

Bảng 3.10. Hiệu quả điều trị lo âu lan tỏa của bệnh nhân nghiên cứu

Thời điểm	Mức độ	Nhẹ		Vừa		Nặng	
		n	%	n	%	n	%
Lúc vào		13	20,97	16	25,81	33	53,22
Lúc ra		17	27,4	5	8,07	2	3,22

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng: Lúc vào viện có 20,97% bệnh nhân lo âu mức độ nhẹ; 25,81% bệnh nhân lo âu mức độ vừa; 53,22% lo âu mức độ nặng. Lúc ra viện có 27,4% bệnh nhân lo âu mức độ nhẹ, 8,07% bệnh nhân lo âu mức độ vừa và có 3,22% bệnh nhân lo âu mức độ nặng. Như vậy hiệu quả của thuốc bình thần kết hợp với thuốc chống trầm cảm đã phát huy được tác dụng. Đồng thời phản ánh 1 thực tế rằng phần lớn bệnh nhân RLLALT đến khám và điều trị khi tình trạng bệnh ở mức độ nặng (do

vấn đề kinh tế, công việc khiến bệnh nhân không đủ điều kiện, do sự thiếu hiểu biết về bệnh). Trong số 24 bệnh nhân khi ra viện vẫn còn triệu chứng lo âu (38,71%) thì đa số bệnh nhân là RLLALT mức độ nhẹ chỉ còn một và hai triệu chứng (70,83%), có 2 bệnh nhân là RLLALT mức độ nặng (8,33%) là do bệnh nhân và gia đình bệnh nhân không hợp tác điều trị, có nhiều bệnh lý cơ thể kết hợp và thời gian mang bệnh lâu (trên 5 năm).

Bảng 3.11. Hiệu quả điều trị trầm cảm của bệnh nhân nghiên cứu

Thời điểm	Mức độ	Nhẹ		Vừa		Nặng	
		n	%	n	%	n	%
Lúc vào		29	46,77	9	14,52	3	4,84
Lúc ra		2	3,22	0	0	0	0

Kết quả bảng 3.11 cho thấy có 41 trường hợp bệnh nhân có kết hợp trầm cảm với tỉ lệ 66,13%. Trong đó tỉ lệ trầm cảm mức độ nhẹ có 29 bệnh nhân (46,77%), 9 bệnh nhân mức độ vừa (14,52%) và 3 bệnh nhân mức độ nặng (4,84%).

Chính triệu chứng trầm cảm kết hợp với triệu chứng của RLLALT làm cho hiệu quả điều trị bị hạn chế. Sau gần 3 tuần điều trị thì chỉ còn 2 bệnh nhân còn triệu chứng trầm cảm mức độ nhẹ (3,22%). Hiệu quả điều trị chứng minh liệu

pháp tối ưu của liệu pháp hóa dược trong điều trị giai đoạn cấp tính của bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu Craske M.G. (2017) thì có tới 66% bệnh nhân có rối loạn trầm cảm đi cùng. Ngoài ra tác giả còn tìm thấy sự hiện diện của các triệu chứng rối loạn tâm thần khác như rối loạn hoảng sợ, ám ảnh sợ xã hội và rối loạn lo âu khác. Bên cạnh đó có một số ít bệnh nhân dùng các chất để điều trị bệnh như rượu, bóng cười, ma túy đá thậm chí có bệnh nhân còn dùng heroin. Chính điều này làm cho triệu chứng của bệnh rất đa dạng và phong phú [1].

Bảng 3.12. Tác dụng phụ các nhóm thuốc điều trị của bệnh nhân nghiên cứu

Chi số thống kê Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mệt mỏi	25	40,32
Khô miệng	19	30,64
Hồi hộp	14	22,58
Run	5	8,06
Hạ huyết áp	2	3,22

Dưới tác dụng chính của thuốc điều trị, nhóm thuốc điều trị RLLALT cũng có một vài tác dụng phụ như "khô miệng", "hồi hộp", "hạ huyết áp và "run" ở bệnh nhân dùng thuốc đặc biệt là bệnh nhân dùng nhóm thuốc chống trầm cảm ba vòng. Hiệu quả điều trị đã được khẳng định với sự kết hợp giữa các nhóm thuốc chống trầm cảm ba vòng, thuốc ức chế chọn lọc SSRI, nhóm thuốc an thần và nhóm thuốc bình thần. Trong đó triệu chứng hay gặp nhất là mệt mỏi (40,32%), tiếp đó là triệu chứng khô miệng (30,64%) và triệu chứng hồi hộp (22,58%) số ít bệnh nhân hạ huyết áp và run (8,06%; 5,22%). Các tác dụng này do các nhóm thuốc tác dụng lên cả hệ thống norepinephrine, serotonin, acetylcholin, histamine, epinephrine, dopamine và muscarin. Tác dụng phụ này sẽ giảm về cường độ, thời gian khi được kết hợp với nhóm thuốc bình thần, nhất là nhóm thuốc bình thần được dùng đường tiêm.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm chung ở bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa

Tuổi trung bình của bệnh nhân RLLALT là $36,85 \pm 11,35$ tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 21-50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất: 75,81% và nhóm trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất: 3,23%.

Thời điểm mang bệnh của bệnh nhân nghiên cứu dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất

(59,67%), tiếp đó là từ 12 tháng đến 24 tháng (25,81%) và trên 24 tháng chiếm tỉ lệ thấp nhất (14,52%).

Thời gian tồn tại của triệu chứng lo âu trung bình $19,35 \pm 11,26$ phút. Trong đó thời gian tồn tại của triệu chứng lo âu từ 10-20 phút chiếm tỷ lệ cao nhất với 25 bệnh nhân chiếm 40,32% và thời gian tồn tại của triệu chứng lo âu trên 30 phút với 6 bệnh nhân chiếm 9,68%.

2. Kết quả điều trị bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa

Nhóm thuốc bình thần được dùng nhiều nhất 100% với liều dùng $8,27 \pm 2,18$ mg/ngày, tiếp đó là nhóm thuốc chống trầm cảm với 69,35% với liều dùng $100,36 \pm 26,23$ mg/ngày.

Liệu pháp trị liệu tâm lý cũng được dùng kết hợp: liệu pháp thư giãn chiếm 24,19% và liệu pháp giải thích cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân chiếm 83,87%.

Ngày điều trị trung bình $13,72 \pm 2,61$ ngày, trong đó 69,36% bệnh nhân có thời gian điều trị 10-15 ngày. Tác dụng phụ hay gặp nhất là mệt mỏi (40,32%), tiếp đó là triệu chứng khô miệng (30,64%) và triệu chứng hồi hộp (22,58%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Craske M.G., Stein M.B., Eley T.C. et al. (2017), "Anxiety disorders", Nat Rev Dis Primers; 3: 17024.
2. Trần Nguyễn Ngọc (2018), "Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn lo âu lan tỏa bằng liệu pháp thư giãn-luyện tập", Luận án tiến sĩ; Đại học y Hà Nội.
3. Gordon B.R., McDowell C.P., Lyons M. et al. (2017), "The effects of resistance exercise training on anxiety: A meta-analysis and meta-regression analysis of randomized controlled trials", Sports Med; 47(12): 2521-2532.
4. Bandelow B. (2020), "Current and Novel Psychopharmacological Drugs for Anxiety Disorders", Adv Exp Med Biol; 1191: 347-365.
5. Hershenberg R., Gros D.F. and Brawman-Mintzer O. (2014), "Role of atypical antipsychotics in the treatment of generalized anxiety disorder", CNS Drugs; 28(6): 519-533.
6. Ströhle A., Gensichen J. and Domschke K. (2018), "The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders", Dtsch Arztebl Int; 155(37): 611-620.
7. Newman M.G. (2000), "Recommendations for a cost-offset model of psychotherapy allocation using generalized anxiety disorder as an example" J Consult Clin Psychol; 68(4): 549-555.
8. Dahl A.A., Ravindran A., Allgulander C., et al. (2005), "Sertraline in generalized anxiety disorder: efficacy in treating the psychic and somatic anxiety factors", Acta Psychiatr Scand; 111(6): 429-435.