

6. **Phạm Thị Diệp, Nguyễn Đức Thành, Phạm Duy Tường.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến thừa cân, béo phì ở trẻ 6-11 tuổi tại các trường tiểu học ở thành phố Hải Dương năm 2018. Tạp chí Y học dự phòng. 2020;Tập 30(Số 8).
7. **Nguyễn Thị HY, Trần Quang T, Nguyễn Thị KA, Đặng Thị TH.** Thừa cân, béo phì và một số

yếu tố liên quan của học sinh lớp 5 tại Hà Nội. TCNCYH. 2021;146(10):113-121. doi:10.52852/tcncyh.v146i10.347

8. **Shimokawa S.** When does dietary knowledge matter to obesity and overweight prevention? Food Policy. 2013;38:35-46. doi:10.1016/j.foodpol.2012.09.001

KÍCH ĐỘNG TRONG RỐI LOẠN CẢM XÚC LƯỢNG CỰC HIỆN TẠI GIAI ĐOẠN HƯNG CẢM: NGHIÊN CỨU CẮT NGANG TẠI VIỆN SỨC KHOẺ TÂM THẦN QUỐC GIA

Nguyễn Thị Hoài Thương¹, Nguyễn Văn Tuấn^{1,2},
Lê Thị Thu Hà^{1,2}, Phạm Xuân Thắng¹.

TÓM TẮT

Kích động là một trạng thái phổ biến trong tâm thần học, bao gồm cả ở rối loạn cảm xúc lưỡng cực và cần được đánh giá đầy đủ và có biện pháp quản lý thích hợp. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu chùm ca bệnh trên 57 người bệnh được chẩn đoán rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn hưng cảm điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia- Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 10/2019 đến tháng 07/2020 với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng kích động và nhận xét tiến triển điều trị. Kết quả: tỷ lệ kích động gặp ở 68,4% người bệnh lúc vào viện, triệu chứng hay gặp nhất là nóng tính và căng thẳng, tương ứng 68,4% và 64,9% trường hợp; triệu chứng gây hấn, chửi bới và la hét ít gặp nhất (26,3%). Điểm trung bình ASS và OAS lúc vào viện tương ứng là $17,21 \pm 14,20$ và $1,86 \pm 2,67$ đều giảm có ý nghĩa thống kê sau điều trị. Kết luận: Tỷ lệ kích động trên người bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn hưng cảm là tương đối cao, chủ yếu biểu hiện ở mức độ nhẹ, cần phát hiện sớm để có thái độ xử trí phù hợp.

Từ khóa: kích động, rối loạn cảm xúc lưỡng cực

SUMMARY

AGITATION IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER CURRENT MANIC EPISODE: A CROSS STUDY AT NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH

Agitation is a frequent phenomenon in psychiatry, especially in bipolar disorder and should be fully accessed and appropriately managed. We did cross-sectional study on 57 inpatients who were diagnosed with bipolar disorder, current manic episode in

National Institute of Mental Health from October 2019 to July 2020. Objectives: describe clinical characteristics of agitation and comment on treatment progress. Results: agitation rate were 68.4% of patients at the time of admission, the most common symptoms were short tempered and tense, respectively 68.4% and 64.9% of cases; symptoms of aggression, cursing and yelling were least common (26.3%). The mean ASS and OAS scores at admission were 17.21 ± 14.197 and 1.86 ± 2.67 , respectively, with a statistically significant decrease after treatment. Conclusions: the rate of agitation in patients with bipolar disorder, current manic episode is rather high, mainly manifest in mild levels, we need early detection to have appropriate managements.

Keywords: agitation, bipolar disorder.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn cảm xúc lưỡng cực (RLCXLC) là một rối loạn cảm xúc được đặc trưng bởi các giai đoạn trầm cảm, hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ [1]. Tình trạng này ảnh hưởng đến 1- 4% dân số, tùy thuộc vào các tiêu chí được sử dụng, khởi phát thường ở tuổi thiếu niên hoặc trưởng thành sớm [2]. Các phân tích xác nhận gánh nặng toàn cầu cao của RLCXLC, với hơn 4,5 triệu người mới khởi phát và 45,5 triệu người sống sót vào năm 2017 [3].

Kích động là một trạng thái thường xuất hiện thành giai đoạn, biểu hiện ở nhiều mức độ từ căng thẳng, bồn chồn cho đến gây hấn, bạo lực, thường gặp và cũng là một trong các tiêu chuẩn chẩn đoán RLCXLC giai đoạn hưng cảm [4]. Có 15% người bệnh RLCXLC có trung bình hai đợt kích động mỗi năm và xấp xỉ 65% các đợt đó được phân loại nhẹ đến trung bình [5]. Kích động nếu không được xử trí kịp thời có thể dẫn đến tình trạng gây hấn, bạo lực, người bệnh có hành vi nguy hiểm đối với bản thân và người xung quanh, thậm chí là giết người và tự sát. Đây là nguyên nhân lớn tạo ra gánh nặng cho

¹Đại học Y Hà Nội

²Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc Gia

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Hà

Email: lethuha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 1.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.7.2022

Ngày duyệt bài: 1.8.2022

quá trình chữa bệnh, cho người chăm sóc, nhân viên y tế và nguồn lực cộng đồng [6].

Đánh giá và điều trị kích động nói chung đã và đang được quan tâm nghiên cứu nhiều trên thế giới. Tuy nhiên hiện tại chưa có nhiều nghiên cứu kích động ở người bệnh RLCXLC bao gồm cả ở Việt Nam. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Kích động trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn hưng cảm: nghiên cứu cắt ngang tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc Gia" nhằm phục vụ thực hành chẩn đoán lâm sàng và điều trị hiệu quả hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. 57 người bệnh được chẩn đoán RLCXLC hiện tại giai đoạn hưng cảm điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc Gia- Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 10/2019 đến 07/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn: tất cả người bệnh nhập viện được chẩn đoán RLCXLC hiện tại giai đoạn hưng cảm theo ICD-10 có sự đồng ý tham gia nghiên cứu của cả người bệnh và người nhà.

Tiêu chuẩn loại trừ: không hợp tác hoàn thành bộ câu hỏi hoặc bỏ cuộc; bệnh cơ thể nặng, sa sút trí tuệ hoặc có các rối loạn khác dẫn đến không đủ khả năng trả lời hết bộ câu hỏi.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang với cỡ mẫu thuận tiện

Công cụ nghiên cứu: với công cụ nghiên cứu gồm: mẫu bệnh án nghiên cứu phù hợp với mục tiêu, thang điểm YMRS để đánh giá mức độ hưng cảm, thang điểm ASS để đánh giá mức độ kích động (bản dịch ASS được dịch từ Anh sang Việt và Việt sang Anh dưới sự giám sát và đánh giá độc lập bởi 2 bác sỹ có năng lực ngoại ngữ, các bất đồng về dịch thuật được thống nhất và quyết định bởi người hướng dẫn).

Quy trình lấy mẫu: Người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu sau khi thông báo về mục tiêu nghiên cứu và được sự chấp thuận từ người bệnh và người nhà. Nghiên cứu viên tiến hành lấy phỏng vấn thông tin nhân khẩu học, tiền sử bệnh, và phỏng vấn về triệu chứng kích động; khám đầy đủ các mặt về tâm thần và cơ thể, đánh giá tình trạng kích động bằng thang điểm OAS và ASS tại thời điểm lúc vào viện, sau 1 tuần và sau 2 tuần; thu thập thông tin điều trị từ hồ sơ bệnh án.

Phương pháp xử lý số liệu: nhập số liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 22, tiến hành phân tích thống kê mô tả, tính tần suất của các đặc

điểm biểu hiện, nhận xét tiến triển điều trị.

3. Đạo đức nghiên cứu. Đây nghiên cứu mô tả lâm sàng không có can thiệp nên không gây ảnh hưởng tới người tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ tiến hành khi có sự đồng ý của người bệnh và người nhà, mọi thông tin được giữ bí mật chỉ sử dụng mục đích phục vụ nghiên cứu khoa học. Nghiên cứu đã được đồng ý bởi Bộ môn Tâm thần- trường Đại học Y Hà Nội và cơ sở lấy số liệu là Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc Gia- Bệnh viện Bạch Mai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

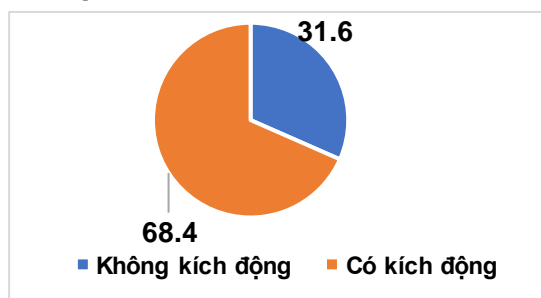
1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1 Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình		37,04 ± 13,74	
Giới	Nam	25	43,9
	Nữ	32	56,1
Học vấn	Không đi học	1	1,8
	Tiểu học	3	5,3
	Trung học cơ sở	9	15,8
	Trung học phổ thông	21	36,8
	Trung cấp/ Cao đẳng/ Đại học	23	40,3
Chẩn đoán giai đoạn hiện tại	Hưng cảm nhẹ	1	1,8
	Hưng cảm không có loạn thần	26	45,6
	Hưng cảm có loạn thần	30	52,6

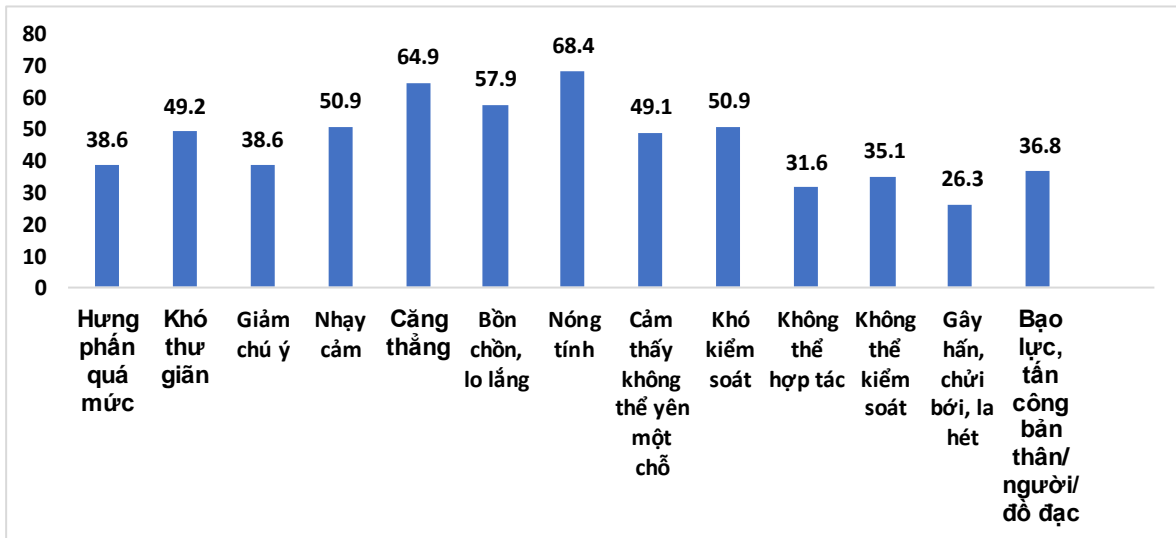
Nhận xét: Trong 57 người bệnh nghiên cứu tỷ lệ của nữ là 56,1%. Độ tuổi trung bình 37,04 ± 13,74. Trình độ học vấn chủ yếu là Trung cấp/ Cao đẳng/ Đại học, (40,3%). Tỷ lệ hưng cảm có triệu chứng loạn thần vào viện là cao nhất (52,6%),

2. Đặc điểm triệu chứng kích động lúc vào viện



Biểu đồ 3.1 Tỷ lệ kích động của nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh báo cáo có tình trạng kích động khi nhập viện là 68,4%.



Biểu đồ 3.2 Đặc điểm triệu chứng kích động lúc vào viện

Nhận xét: Tỷ lệ gặp triệu chứng nóng tính và căng thẳng là cao nhất (tương ứng 68,4% và 64,9%). Tỷ lệ của triệu chứng gây hấn, chửi bới la hét và không thể hợp tác là thấp nhất (tương ứng 26,3%, 35,1%).

3. Đặc điểm triệu chứng kích động và gây hấn theo thang điểm OAS và ASS.

Bảng 3.2 Đặc điểm triệu chứng kích động theo thang điểm ASS lúc vào viện (n= 39)

Đặc điểm	n	%
Hành vi không lời	33	84,6
Hành vi có lời	38	97,4
Hành vi vận động có mục đích	25	64,1
Hành vi vận động không có mục đích	36	92,3
Hành vi với người khác	37	94,9
Điểm trung bình	17,21 ± 14,20	

Nhận xét: Trong 39 người bệnh kích động thì nhóm triệu chứng hành vi vận động có mục đích chiếm tỷ lệ thấp nhất là 64,1%, còn các nhóm khác có mức độ phổ biến tương đối cao, trên 84%. Điểm trung bình thang ASS là 17,21 ± 14,20.

Bảng 3.3 Đặc điểm triệu chứng gây hấn theo thang điểm OAS lúc vào viện (n=27)

Đặc điểm	n	%
Gây hấn lời nói	26	96,3
Tấn công bản thân	7	25,9
Đập phá đồ đạc	15	55,6
Tấn công người khác	12	44,4
Điểm trung bình	1,86 ± 2,67	

Nhận xét: Trong 27 người bệnh có triệu chứng gây hấn, phổ biến nhất hình thức gây hấn

bằng lời nói, chiếm 96,3%. Các hình thức khác chiếm tỷ lệ ít hơn, trong đó ít nhất là tấn công bản thân (25,9%).

4. Đặc điểm thuyên giảm sau điều trị của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.4 Thay đổi của thang bình thang điểm OAS và ASS sau điều trị

Điểm thang OAS	Trung bình	
OAS vào viện	1,86 ± 2,69	p < 0,01*
OAS sau 1 tuần	0,14 ± 0,52	
OAS sau 2 tuần	0,02 ± 0,13	p < 0,05**
Điểm thang ASS	Trung bình	
ASS vào viện	17,21±14,197	p < 0,01***
ASS sau 1 tuần	4,6 ± 6,053	
ASS sau 2 tuần	1,18 ± 2,733	p < 0,01****

*, **, ***, ****: Sử dụng test kiểm định phi tham số Wilcoxon để so sánh hai trung bình giữa các biến phân phối không chuẩn

Nhận xét: Điểm của thang OAS và ASS đều giảm sau 1 tuần và 2 tuần điều trị, mức giảm có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi đã thực hiện khảo sát về các yếu tố nhân khẩu học gồm tuổi, giới, trình độ học vấn của nhóm đối tượng nghiên cứu. Trong 57 người bệnh nghiên cứu tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 1,28/1. Độ tuổi trung bình là 37,04 ± 13,74, trình độ học vấn chủ yếu là Trung cấp/ Cao đẳng/ Đại học. Số người bệnh nhập viện với chẩn đoán RLCXLC giai đoạn hưng cảm có triệu chứng loạn thần là nhiều nhất (30/57 người bệnh, 52,6%).

Tỷ lệ kích động lúc vào viện thu được là 68,4%. Các nghiên cứu khác nhau cũng thu được tỉ lệ thay đổi tùy theo giai đoạn nhập viện của RLCXLC. Trên người bệnh giai đoạn trầm cảm, tỉ lệ kích động gặp 19,5% ở nghiên cứu của Maj R và cộng sự [7]. Tỉ lệ kích động gặp ở 29% trường hợp RLCXLC I [8]. Serretti và cộng sự báo cáo tỉ lệ kích động là 87,9% ở lưỡng cực I và 52,4% ở lưỡng cực II [9]. Dữ liệu cho thấy tình trạng phổ biến của triệu chứng kích động từ đó có thể nhận thấy được sự cần thiết luôn phải xem xét và quản lý kích động trên các người bệnh RLCXLC.

Số lượng người bệnh có kích động là 39/57, chiếm 68,7%. Bằng đánh giá và phỏng vấn lâm sàng chúng tôi thu được triệu chứng nóng tính và căng thẳng là phổ biến nhất trong nhóm người bệnh có kích động, các triệu chứng gây hấn là ít gặp nhất. Các người bệnh này được tiếp tục đánh giá thang ASS thì các nhóm triệu chứng kích động đều phổ biến. Số lượng người bệnh có gây hấn trên thang điểm OAS là 27/57, trong các hình thức gây hấn thì chủ yếu là gây hấn bằng lời nói. Theo báo cáo kích động của người bệnh ở một số nước châu Âu của Jenna Roberts, Alfredo Canales và cộng sự (2018), các triệu chứng phổ biến nhất là cảm thấy khó chịu (64%), bồn chồn (63%) hoặc lo lắng (63%) đều là cảm giác chủ quan bên trong của người bệnh. Bạo lực và hung hăng là những triệu chứng ít phổ biến nhất được ghi nhận [10]. Con số này làm nổi bật tầm quan trọng của các triệu chứng khó nhận thấy bằng quan sát ở nhiều người bệnh. Vì vậy, các bác sỹ lâm sàng cần hiểu và tránh có thái độ xem nhẹ các vấn đề kích động tiềm ẩn để tình trạng này được giải quyết kịp thời trước khi leo thang thành gây hấn và bạo lực, là mức độ gây thiệt hại cho bản thân người bệnh và người xung quanh.

Các triệu chứng kích động giảm rõ rệt theo quá trình điều trị, mức giảm đều có ý nghĩa thống kê sau 1 và 2 tuần ($p < 0,05$). Kích động có tính chất tiến triển theo giai đoạn và được quản lý bởi các liệu pháp dược lý một cách hiệu quả. Các thuốc sử dụng để điều trị giai đoạn hưng cảm cấp đều có tác dụng với kích động, việc thuyên giảm kích động cũng có thể liên quan đến thuyên giảm bệnh.

V. KẾT LUẬN

Trạng thái kích động ở người bệnh RLCXLC hiện tại giai đoạn hưng cảm chủ yếu biểu hiện bởi các triệu chứng căng thẳng bên trong khó

nhận thấy bằng quan sát. Các biểu hiện gây hấn và bạo lực ít gặp hơn. Kích động và gây hấn giảm dần sau thời gian điều trị bệnh.

LỜI CẢM ƠN. Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn đến Bộ môn Tâm thần Trường Đại học Y Hà Nội cùng lãnh đạo và cán bộ nhân viên Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc Gia, Bệnh viện Bạch Mai đã cho phép và giúp đỡ chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu.

Chúng tôi xin cam đoan nghiên cứu này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp nhận của cơ sở nơi nghiên cứu.

XUNG ĐỘT LỢI ÍCH: Tác giả không có xung đột với bên nào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phillips M.L. và Kupfer D.J. (2013).** Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. *Lancet*, **381(9878)**, 1663–1671.
2. **Merikangas K.R., Akiskal H.S., Angst J., et al (2007).** Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, **64(5)**, 543–552.
3. **He H., Hu C., Ren Z., et al (2020).** Trends in the incidence and DALYs of bipolar disorder at global, regional, and national levels: Results from the global burden of Disease Study 2017. *Journal of Psychiatric Research*, **125**, 96–105.
4. **American Psychiatric Association (2013),** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Publishing, Washington DC.
5. **Blanthorn-Hazell S., Gracia A., Roberts J., et al (2018).** A survey of caregiver burden in those providing informal care for patients with schizophrenia or bipolar disorder with agitation: results from a European study. *Ann Gen Psychiatry*, **17**, 8–8.
6. **Sachs GS (2006).** A Review of Agitation in Mental Illness: Burden of Illness and Underlying Pathology. *J Clin Psychiatry*, **67(10)**, 5–12.
7. **Maj, M., Pirozzi, R., Magliano, L., et al (2003).** Agitated depression in bipolar I disorder: prevalence, phenomenology, and outcome. *The American journal of psychiatry*, **160(12)**, 2134–2140.
8. **Spitzer R.L., Endicott J., Robins E. (1978).** Research Diagnostic Criteria: Rationale and Reliability. *Archives of General Psychiatry*, **35(6)**, 773–782.
9. **Serretti, A., & Olgiati, P. (2005).** Profiles of “manic” symptoms in bipolar I, bipolar II and major depressive disorders. *Journal of affective disorders*, **84(2-3)**, 159–166.
10. **Roberts J., Gracia Canales A., Blanthorn-Hazell S., et al (2018).** Characterizing the experience of agitation in patients with bipolar disorder and schizophrenia. *BMC Psychiatry*, **18(1)**, 104–104.