

## ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN CHÚ Ý, TRÍ NHỚ VÀ NHẬN THỨC Ở BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT THỂ PARANOID

Đinh Việt Hùng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tìm hiểu đặc điểm rối loạn chú ý, trí nhớ và nhận thức ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid. **Phương pháp nghiên cứu:** Phân tích về rối loạn chú ý, trí nhớ và nhận thức ở 82 bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid được điều trị tại Khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103. **Kết quả nghiên cứu:** Rối loạn chú ý thể hiện rõ là di chuyển chú ý (63,41%) và rối loạn tập trung chú ý (40,24%). Còn rối loạn trí nhớ thì trí nhớ bằng hình ảnh và trí nhớ xa là gặp nhiều nhất lần lượt là 48,78% và 46,34%. Chức năng điều hành của bệnh nhân rối loạn rõ rệt ở tư duy trừu tượng (82,93%), giải quyết công việc (68,29%). Tái hòa nhập cộng đồng ở bệnh nhân cũng được thể hiện ở các khía cạnh bị rối loạn nhận thức với trung bình khía cạnh bị rối loạn là  $7,71 \pm 3,27$ . **Kết luận:** Rối loạn chú ý, trí nhớ và nhận thức ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid rất đa dạng và phong phú. Đây chính là nguyên nhân chính của mất dần khả năng lao động ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid.

**Từ khóa:** Rối loạn chú ý, trí nhớ, tư duy, tâm thần phân liệt thể paranoid

### SUMMARY

#### STUDY CHARACTERISTICS OF ATTENTION DISORDERS, MEMORY DISORDERS AND COGNITIVE DISORDERS IN PARANOID SCHIZOPHRENIA PATIENTS

**Objective:** To study characteristics of attention disorders, memory disorders and cognitive disorders in paranoid schizophrenia patients. **Methods:** Analysing attention disorders, memory disorders and cognitive disorders in 82 paranoid schizophrenia patients who were treated in Psychiatry Department, 103 Military Hospital. **Results:** The highlights in attention disorders in paranoid schizophrenia patients are moving attention disorder (63.41%) and focus attention disorder (40.24%). In memory disorders, visual memory and distant memory disorder are the most popular, accounted for 48.78% and 46.34% in sequence. The patient's executive function is markedly disturbed in abstract thinking (82.93%), problem solving (68.29%) Community reintegration in patients was also shown in aspects of cognitive dysfunction with a mean of  $7.71 \pm 3.27$  aspects of disorder. **Conclusion:** Attention, memory and cognitive disturbances in patients with paranoid schizophrenia are diverse and varied. This is the main cause of gradual loss of work capacity in patients with paranoid

schizophrenia.

**Keywords:** Attention disorder, memory disorder, thought disorder, paranoid schizophrenia

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt (TTPL) là một nhóm bệnh loạn thần nặng, với đặc trưng là các triệu chứng loạn thần như hoang tưởng, ảo giác, căng trương lực, hành vi thanh xuân và ngôn ngữ thanh xuân. Các triệu chứng của TTPL rất đa dạng, phong phú và luôn thay đổi theo thời gian, trong đó TTPL thể paranoid là hay gặp nhất. Trên thế giới có hàng chục triệu người bị TTPL, chiếm khoảng 1% dân số thế giới và hàng năm tăng thêm 0,15% dân số. Tỷ lệ mắc bệnh này ở Việt Nam là 0,3-0,8% và hàng năm tăng thêm 0,1-0,15% dân số. Các triệu chứng của bệnh rất đa dạng và phong phú, nhưng tác động của bệnh là rất nghiêm trọng và kéo dài. Bệnh thường bắt đầu ở độ tuổi 20-30 và sẽ kéo dài suốt đời. Các bệnh nhân này sẽ mất dần khả năng lao động, sinh hoạt và trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội. Nguyên nhân chính của vấn đề này là do sự suy giảm nhận thức, chú ý và trí nhớ ở bệnh nhân. Những năm gần đây các nghiên cứu chủ yếu tập chung vào cơ chế bệnh sinh và triệu chứng lâm sàng điển hình của TTPL thể paranoid chứ chưa chú trọng đến vấn đề nhận thức, trí nhớ và chú ý ở bệnh nhân. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đặc điểm rối loạn chú ý, trí nhớ và nhận thức ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu gồm 82 bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chẩn đoán TTPL thể paranoid theo ICD-10 điều trị nội trú tại Khoa Tâm thần-Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 8/2020 đến tháng 4/2021.

**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. Các triệu chứng lâm sàng được đánh giá trong ngày đầu bệnh nhân vào viện, việc đánh giá được tiến hành độc lập bởi hai 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

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103-Học viện Quân y  
 Chịu trách nhiệm chính: Đinh Việt Hùng  
 Email: bshunga6@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 10.5.2021  
 Ngày phản biện khoa học: 25.6.2021  
 Ngày duyệt bài: 12.7.2021

định cho các kiểm định với mức  $p < 0,05$ .

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

#### 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

**Bảng 3.1.** Phân bố về tuổi ở bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số thống kê Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 20 tuổi	9	10,98
21-40	47	57,32
41-60	21	25,60
≥ 61 tuổi	5	6,10
Tuổi trung bình	33,15 ± 11,28	

Kết quả trên Bảng 3.1 cho thấy nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 21-30 tuổi, đồng thời cũng cho thấy số lượng các đối tượng tập trung nhiều ở độ tuổi 20-40 và tuổi trung bình của bệnh nhân: 33,15 ± 11,28. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Văn Mạnh (2008) cho rằng nhóm tuổi bệnh nhân 20-39 chiếm tỷ lệ cao nhất 69,45%; tuổi khởi phát của bệnh nhân 19-25 đầy đều là lứa tuổi lao động nên ảnh hưởng lớn chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Ngoài ra ở bệnh nhân đi kèm với các triệu chứng loạn thần còn có các tổn thương các cơ quan trong cơ thể, đặc biệt là hiện tượng teo não dẫn đến tuổi thọ của bệnh nhân không cao đó là lý do bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ không đáng kể như kết quả hiện nay của chúng tôi cũng như các nghiên cứu trước ghi nhận [1].

**Bảng 3.2.** Phân bố về giới ở bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số thống kê Giới tính	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	49	59,76
Nữ	33	40,24

Về đặc điểm phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính trên Bảng 3.2 cho thấy có 49 bệnh nhân nam chiếm 59,76% trong khi đó chỉ có 33 bệnh nhân nữ chiếm 40,24%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,48/1. Sự ảnh hưởng của giới tính trong bệnh TTPL có thể liên quan đến một số đặc điểm của bệnh, như là tuổi khởi phát của nữ thường muộn hơn so với nam giới. Các triệu chứng âm tính xuất hiện ở nam giới trầm trọng hơn và sớm hơn so với nữ giới. Tỷ lệ mất chức năng trong nhận thức và lao động ở nam giới là cao hơn so với nữ giới, ngoài ra nghiên cứu thực hiện tại khoa tâm thần quân đội nơi bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ cao. Như vậy, kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Bùi Quang Huy (2016) là tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm tới 2/3 số bệnh nhân [2].

**Bảng 3.3.** Đặc điểm tiền sử gia đình ở bệnh

nhân nghiên cứu

Chỉ số thống kê Tiền sử gia đình	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bị bệnh tâm thần	12	14,63
Không bị bệnh tâm thần	70	85,37

Bảng 3.3. cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có người cùng huyết thống 3 đời mắc bệnh tâm thần là khá cao với 14,63%. Kết quả của chúng tôi càng góp phần khẳng định vai trò quan trọng của yếu tố di truyền trong bệnh nguyên của bệnh TTPL. Theo Nguyễn Thanh Bình (2010) cho thấy những người họ hàng mức độ 1 của bệnh nhân TTPL có nguy cơ bị bệnh TTPL cao hơn gấp khoảng 20 lần so với người bình thường [3].

#### 3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

**Bảng 3.4.** Số loại hoang tưởng xuất hiện đồng thời ở bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số thống kê Hoang tưởng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không có hoang tưởng	9	10,98
Có một loại hoang tưởng	19	23,17
Có hai loại hoang tưởng	43	52,44
Có trên ba loại hoang tưởng	11	13,41

Kết quả trên Bảng 3.4 về số lượng hoang tưởng xuất hiện đồng thời ở bệnh nhân TTPL cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đồng thời có hai loại hoang tưởng chiếm tỷ lệ nhiều nhất (52,44%) và không có hoang tưởng chiếm tỷ lệ thấp (10,98%). Chính sự xuất hiện đồng thời nhiều loại hoang tưởng cùng một lúc trên bệnh nhân làm cho biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân rất phức tạp. Điều đặc biệt là các hoang tưởng này chi phối hành vi của bệnh nhân mạnh mẽ, đây chính là nguyên nhân gây ra các hành vi nguy hiểm của bệnh nhân TTPL trên lâm sàng. Điều này là phù hợp với bằng chứng nghiên cứu trước đây cho rằng hoang tưởng đóng vai trò nhất định trong hành vi bạo lực trên bệnh nhân TTPL [4].

**Bảng 3.5.** Tần suất xuất hiện các loại hoang tưởng ở bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số thống kê Hoang tưởng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hoang tưởng liên hệ	27	32,93
Hoang tưởng bị hại	51	62,19
Hoang tưởng bị chi phối	40	48,78
Hoang tưởng kỳ quái	11	13,41
Hoang tưởng phát minh	6	7,32

Bảng 3.5 thể hiện kết quả về tần suất xuất hiện các loại hoang tưởng trên bệnh nhân TTPL cho thấy hoang tưởng bị hại xuất hiện với tỷ lệ nhiều nhất (62,19%), tiếp đến là hoang tưởng bị chi phối (48,78%), ít hơn là hoang tưởng liên hệ

(32,93%). Các hoang tưởng xuất hiện với tỷ lệ nhỏ là hoang tưởng kỳ quái (13,41%), hoang tưởng phát minh (7,32%). Hoang tưởng là những triệu chứng rõ ràng nhất về rối loạn nội dung tư duy. Nội dung hoang tưởng có thể rất phong phú từ bị hại, liên hệ, tchi phối, kỳ quái... Trong đó hoang tưởng bị hại là phổ biến trên lâm sàng: biểu hiện ở niềm tin của bệnh nhân, luôn cho rằng có người hoặc một thế lực luôn tìm cách hại mình và gia đình mình. Hoang tưởng bị chi phối là tiêu chuẩn đặc trưng cho chẩn đoán bệnh TTPL thể paranoid. Bệnh nhân cho rằng mình bị các thế lực như ma quỷ, người âm... điều khiển hành vi và cảm xúc của họ, bắt họ phải làm nhiều việc mà họ không cưỡng lại được... Một số khác cho rằng mình bị người khác dùng máy móc phát tia sóng, dùng Tivi, điện thoại di động... tạo nên cho họ nhiều cảm giác khác lạ, khó chịu hoặc chi phối suy nghĩ, hoạt động của họ, làm mất đi sự độc lập trong suy nghĩ và hành động của người bệnh. Còn hoang tưởng liên hệ cũng mang những nội dung liên quan đến các sự việc xảy ra xung quanh người bệnh và thường được họ suy diễn theo chiều hướng tiêu cực, ảnh hưởng xấu đến bản thân bệnh nhân. Nghiên cứu chúng tôi tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2010) về hoang tưởng bị theo dõi là 34,74% và hoang tưởng liên hệ 31,58% [3].

**Bảng 3.6.** Số loại ảo thanh xuất hiện đồng thời ở bệnh nhân nghiên cứu

Chi số thống kê	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Ảo thanh</b>		
Không có ảo thanh	5	6,10
Có một loại ảo thanh	29	35,37
Có hai loại ảo thanh	37	45,12
Có trên ba loại ảo thanh	11	13,41

Kết quả trên Bảng 3.6 về số lượng ảo giác xuất hiện đồng thời trên bệnh nhân TTPL thể paranoid cho thấy phần lớn bệnh nhân có xuất hiện hai loại ảo giác (475,12%) và một loại ảo giác (35,37%). Tương đồng như các loại hoang tưởng thì các loại ảo giác không xuất hiện đơn độc mà luôn song hành với hoang tưởng, chi phối hành vi của bệnh nhân. Trong đó đa số ảo thanh là ảo thanh giả (điều này phản ánh bệnh nhân có thời gian mắc bệnh lâu, điều trị không hiệu quả), ảo thanh thật chiếm tỷ lệ ít hơn (bệnh nhân mới mắc bệnh). Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2010) cho thấy tỷ lệ ảo thanh giả (71,05%), ảo thanh thật (17,11%) và khó xác định 11,84% [3].

**Bảng 3.7.** Tần suất xuất hiện các loại ảo thanh ở bệnh nhân nghiên cứu

Chi số thống kê	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Ảo thanh</b>		
Ảo thanh bình phẩm	56	68,29
Ảo thanh xui khiến	27	32,93
Ảo thanh đàm thoại	16	19,51
Ảo thanh ra lệnh	9	10,98

Trong các loại ảo thanh gặp trong bệnh TTPL thể paranoid, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ảo thanh bình phẩm chiếm tỷ lệ lớn nhất (68,29%), tiếp đến là ảo thanh xui khiến (32,93%) và ảo thanh đàm thoại (19,51%) và ít nhất là ảo thanh ra lệnh (10,98%). Nội dung của ảo thanh rất đa dạng và phức tạp, như ảo thanh bình phẩm: là tiếng nói chê bai bệnh nhân, bình luận về bệnh nhân, còn thanh xui khiến, ra lệnh: là tiếng nói xui khiến hoặc ra lệnh cho bệnh nhân phải làm một việc gì đó. Chính vì thế mà bệnh nhân không thể cưỡng lại các mệnh lệnh của ảo thanh đưa ra. Họ có thể có những hành vi rất nguy hiểm như đập phá, đánh người, đốt nhà, giết người do làm theo lệnh của ảo thanh. Kết quả này cao hơn với nghiên cứu của Phạm Văn Mạnh (2008) cho thấy bệnh nhân có ảo thanh chiếm tỷ lệ cao nhất 77,78%, bệnh nhân có ảo thị chiếm 11,11% và chỉ có 1 bệnh nhân có ảo xúc giác chiếm tỷ lệ 0,92% [1].

**3.3. Đặc điểm rối loạn nhận thức, trí nhớ và chú ý của bệnh nhân nghiên cứu**

**Bảng 3.8.** Đặc điểm rối loạn chú ý ở bệnh nhân nghiên cứu

Chi số thống kê	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Chú ý</b>		
Tập trung chú ý	33	40,24
Di chuyển chú ý	52	63,41
Duy trì sự chú ý	42	51,22

Rối loạn chú ý thể hiện rõ trên ba phương diện, đó là: di chuyển chú ý, duy trì sự chú ý và tập trung sự chú ý. Trong đó rối loạn về di chuyển chú ý gặp nhiều nhất với 52 bệnh nhân chiếm 63,41%. Rối loạn này thể hiện bằng khó khăn trong tiếp nhận, lưu giữ thông tin mới, đáp ứng chậm với các thay đổi kích thích từ trạng thái này sang trạng thái khác, từ hiện tượng này sang hiện tượng khác. Rối loạn duy trì sự chú ý là rối loạn hay gặp tiếp theo với 42 bệnh nhân chiếm 51,22%; bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi, chán trường để duy trì sự chú ý của mình vào câu chuyện của người đối thoại, hay là sự vật hiện tượng trong cuộc sống hàng ngày, dẫn đến chất lượng công việc không cao. Có tới 40,24% bệnh nhân rối loạn tập trung chú ý: khó khăn tập trung vào một sự vật hiện tượng, không quan tâm tới sự biến đổi ở môi trường xung quanh, bệnh nhân phân tán bởi các tác động

bên ngoài. Nhiều bệnh nhân khó khăn trong thực hiện các nghiệm pháp 100-7, có lúc bệnh nhân còn không thay đổi thái độ khi bác sĩ đưa ra yêu cầu của nghiệm pháp. Kết quả trên phù hợp với nghiên cứu Fisekovic S. (2012) khi nhận định bệnh nhân tâm thần phân liệt có sự rối loạn chú ý ở phương diện tập trung chú ý và duy trì sự chú ý trên test nhận biết ký hiệu trong thang nhận thức MoCa với độ đặc hiệu là 66,7% [5].

**Bảng 3.9.** Đặc điểm rối loạn trí nhớ ở bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số thống kê Trí nhớ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Trí nhớ gần	25	30,49
Trí nhớ xa	38	46,34
Trí nhớ bằng lời nói	21	25,61
Trí nhớ bằng hình ảnh	40	48,78
Trí nhớ tức thì	27	32,93%
Trí nhớ có tri hoãn	13	15,83

Trong các rối loạn trí nhớ thì trí nhớ bằng hình ảnh và trí nhớ xa là gặp nhiều nhất lần lượt là 48,78% và 46,34% rối loạn ít gặp nhất là trí nhớ trì hoãn 15,83%. Ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid thì khả năng tư duy giảm khá rõ ràng dẫn đến việc tái hiện lại bằng hình ảnh khá khó khăn, trở ngại lớn nhất là nhớ lại các sự vật, hiện tượng, kỷ niệm thời gian cách hiện tại từ 10 trở ra. Bệnh nhân cần rất nhiều thời gian để sâu chuỗi sự kiện và gắn kết lại để tạo ra một sự vật, hiện tượng, kỷ niệm có thật trong quá khứ mà bệnh nhân đã trải qua, đối diện. Trong đó trí nhớ bằng hình ảnh là trở ngại lớn nhất đối với bệnh nhân, họ không có khả năng tư duy, tái hiện lại được bằng hình ảnh, nếu tái hiện được thì là hình ảnh khiếm khuyết không đủ để phản ánh được nội dung của sự vật, hiện tượng trong quá khứ. Trí nhớ tức thì cũng bị rối loạn với 27 bệnh nhân chiếm 32,93%. Theo nghiên cứu của Berna F. (2017) nội dung trí nhớ của bệnh nhân tâm thần phân liệt ít cụ thể, ít dung lượng so với người khỏe mạnh. Bệnh nhân cũng gặp khó khăn trong đánh giá chính xác khoảng thời gian trong quá khứ của sự vật hiện tượng. Kết quả này theo tác giả là do mối liên hệ yếu giữa bệnh nhân và nội dung câu chuyện, bệnh nhân mất khả năng rút ra ý nghĩa, bài học của câu chuyện dẫn đến khó tái hiện ở thời điểm hiện tại [6].

**Bảng 3.10.** Đặc điểm rối loạn chức năng điều hành ở bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số thống kê Chức năng điều hành	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kỹ năng tính toán	39	47,56
Lên kế hoạch	45	54,89

Giải quyết công việc	56	68,29
Tư duy trừu tượng	68	82,93

Kết quả Bảng 3.3 cho thấy chức năng điều hành của bệnh nhân rối loạn rõ rệt, trong đó tư duy trừu tượng (82,93%), giải quyết công việc (68,29%), lên kế hoạch (54,89%) và kỹ năng tính toán (47,56%). Rối loạn chức năng điều hành ở bệnh nhân tâm thần phân liệt bởi sự chi phối của các triệu chứng loạn thần như hoang tưởng bị hại, hoang tưởng liên hệ, hoang tưởng bị chi phối, hoang tưởng kỳ quái và các ảo thanh bình phẩm, ảo thanh đàm thoại, ảo thanh ra lệnh. Chính những rối loạn này làm cho chất lượng cuộc sống, cũng như hiệu quả công việc giảm sút đáng kể. Theo Mak M. (2019) khi nghiên cứu 62 bệnh nhân tâm thần phân liệt so với 33 người khỏe mạnh tác giả thấy chức năng điều hành giảm sút (test đường mòn, bài kiểm tra màu, bài kiểm tra phân loại thể..) so với người khỏe mạnh [7].

**Bảng 3.11.** Đặc điểm rối loạn nhận thức ở bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số thống kê Nhận thức	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 3 khía cạnh	9	10,98
4-6 khía cạnh	17	20,73
7-9 khía cạnh	32	39,02
≥ 10 khía cạnh	24	29,27
Trung bình	7,71 ± 3,27	

Tái hòa nhập cộng đồng ở bệnh nhân tâm thần phân liệt cũng được thể hiện rõ ở các khía cạnh bị rối loạn nhận thức. Nghiên cứu của chúng tôi có 32 bệnh nhân bị rối loạn 7-9 khía cạnh nhận thức (39,02%), tiếp đó có 24 bệnh nhân bị rối loạn ≥ 10 khía cạnh chiếm (29,27%), rối loạn ≤ 3 khía cạnh nhận thức có 9 bệnh nhân (10,98%) và số khía cạnh trung bình ở bệnh nhân tâm thần phân liệt là 7,71 ± 3,27. Kết quả này tương đồng nghiên cứu của Bora E. (2016) nhận thấy rằng suy giảm nhận thức có ở cả bệnh nhân tâm thần phân liệt, cũng như rối loạn cảm xúc. Trong 2 năm đầu của quá trình bệnh lý thì sự suy giảm nhận thức giữa 2 mặt bệnh không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, nhưng thời gian bị bệnh càng lâu thì sự suy giảm nhận thức ở bệnh nhân tâm thần phân liệt càng rõ. Đây là hậu quả của các triệu chứng âm tính của bệnh tâm thần phân liệt như cảm xúc cùn mòn, mất ý chí, vệ sinh cá nhân bẩn, đi lang thang [8].

#### IV. KẾT LUẬN

Bệnh nhân có hai loại hoang tưởng chiếm tỷ lệ nhiều nhất (52,44%) và tần xuất hoang tưởng bị hại xuất hiện với tỷ lệ nhiều nhất (62,19%),

tiếp đến là hoang tưởng bị chi phối (48,78%). Cũng như hoang tưởng thì bệnh nhân có hai loại ảo giác chiếm 475,12% và ảo thanh bình phẩm chiếm tỷ lệ lớn nhất (68,29%), tiếp đến là ảo thanh xui khiến (32,93%) và ảo thanh đàm thoại (19,51%), ngoài ra đa số là ảo thanh giả.

Rối loạn chú ý thể hiện rõ là di chuyển chú ý (63,41%) và rối loạn tập trung chú ý (40,24%). Còn rối loạn trí nhớ thì trí nhớ bằng hình ảnh và trí nhớ xa là gặp nhiều nhất lần lượt là 48,78% và 46,34%. Chức năng điều hành của bệnh nhân rối loạn rõ rệt ở tư duy trừu tượng (82,93%), giải quyết công việc (68,29%). Tái hòa nhập cộng đồng ở bệnh nhân cũng được thể hiện ở các khía cạnh bị rối loạn nhận thức với trung bình khía cạnh bị rối loạn là  $7,71 \pm 3,27$ .

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Văn Mạnh (2008)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid và kết quả điều trị bằng Chlorpromazine, Haloperidol", Luận văn tiến sỹ y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
2. **Bùi Quang Huy, Đinh Việt Hùng, Phùng Thanh**

**Hải (2016)**, "Tâm thần phân liệt", Tâm thần phân liệt nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị, NXB Y học, Hà Nội, 7-118.

3. **Nguyễn Thanh Bình (2010)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả nồng độ Dopamin huyết thanh ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid", Luận văn tiến sỹ y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
4. **Đinh Việt Hùng (2020)**, "Nghiên cứu đặc điểm điện não đồ và một số đa hình trên gen COMT, ZNF804A ở bệnh nhân tâm thần phân liệt", Luận văn tiến sỹ y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
5. **Fisekovic S., Memic A. and Pasalic A. (2012)**, "Correlation between moca and mmse for the assessment of cognition in schizophrenia", Acta Inform Med; 20(3): 186-189.
6. **Berna F., Potheegadoo J., Allé M.C. et al. (2017)**, "Autobiographical memory and self-disorders in schizophrenia", Encephale; 43(1): 47-54.
7. **Mak M., Tyburski E., Starkowska A., et al. (2019)**, "The efficacy of computer-based cognitive training for executive dysfunction in schizophrenia", Psychiatry Res; 279: 62-70.
8. **Bora E. (2016)**, "Differences in cognitive impairment between schizophrenia and bipolar disorder: Considering the role of heterogeneity", Psychiatry Clin Neurosci; 70(10): 424-433.

## ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI ĐƠN VỊ UNG THƯ GAN MẬT VÀ GHÉP GAN - KHOA NGOẠI GAN MẬT TỤY BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

Trần Quang Tú<sup>1</sup>, Trần Công Duy Long<sup>2</sup>, Đỗ Thị Hồng Tươi<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) đang là loại ung thư dẫn đầu cả về tỷ lệ mới mắc và tử vong tại Việt Nam hiện nay. **Mục tiêu:** Xác định đặc điểm bệnh lý và kết quả xét nghiệm trên bệnh nhân HCC. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả cắt ngang tiến cứu, ghi nhận các đặc điểm bệnh lý và xét nghiệm của 220 bệnh nhân HCC nhập viện điều trị tại Đơn vị Ung thư gan mật và ghép gan, Khoa Ngoại Gan – Mật – Tụy, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Bệnh nhân nam chiếm đa số, tỷ lệ mắc HCC tăng theo độ tuổi với 39,4% bệnh nhân nam ở độ tuổi 61-70 và 44,0% bệnh nhân nữ trên 70 tuổi. Đa phần bệnh được phát hiện ở giai đoạn A-B, trong đó nữ có xu hướng phát hiện bệnh sớm hơn (56,0% giai đoạn A) so với nam (51,2% giai đoạn B). Các yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ

cao là viêm gan (87,7%) (chủ yếu là viêm gan B chiếm 65,5%) và uống rượu (69,5%). Kích thước u hay gặp là 3-5 cm (46,4%), khối u thường xuất hiện bên gan phải (55,5%). Giá trị trung bình các xét nghiệm về tổn thương gan (GOT, GPT, GGT) và các chỉ dấu ung thư gan (AFP, % AFP-L3, PIVKA-II) đều cao hơn so với ngưỡng bình thường. Tuy nhiên vẫn có một tỷ lệ nhất định các bệnh nhân mắc HCC nhưng chỉ dấu ung thư gan bình thường. **Kết luận:** Có sự phân hóa bệnh nhân HCC theo giới tính, độ tuổi và giai đoạn bệnh. Viêm gan và rượu là hai yếu tố nguy cơ chính của HCC. Các xét nghiệm phản ánh tình trạng có tổn thương gan và một số chức năng của gan bị ảnh hưởng, tuy nhiên vẫn có một số bệnh nhân HCC nhưng chỉ dấu ung thư gan bình thường.

**Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào gan, HCC, đặc điểm, viêm gan, AFP, PIVKA-II.

### SUMMARY

**CHARACTERISTICS OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA PATIENTS AT THE UNIT OF HEPATOBILIARY CANCER AND LIVER TRANSPLANT – HBP SURGERY DEPARTMENT IN THE UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY**

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Hồng Tươi

Email: hongtuoit@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 29.6.2021

Ngày duyệt bài: 13.7.2021