

thang điểm VAS tại vùng cơ mặt là $4,33 \pm 2,08$; tại vùng khớp thái dương hàm là $7,0 \pm 2,0$; 100% bệnh nhân nào có tiếng kêu khớp; 100% bệnh nhân có đường há ngậm miệng không thẳng với biên độ há miệng tối đa trung bình là $13,33 \pm 2,89$.

Trong các trường hợp sai vị trí đĩa khớp ra trước không hồi phục, mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS tại vùng cơ mặt là $5,8 \pm 1,48$; tại vùng khớp thái dương hàm là $6,2 \pm 1,1$; không có bệnh nhân nào có tiếng kêu khớp tại thời điểm khám; 100% bệnh nhân có đường há ngậm miệng không thẳng với biên độ há miệng tối đa trung bình là $19 \pm 7,4$.

Như thế có thể thấy các dấu hiệu như đau, hạn chế há miệng không phải là triệu chứng đặc hiệu cho sai vị trí đĩa khớp ra trước, kể cả các trường hợp vị trí đĩa khớp bình thường ta vẫn có thể gặp các triệu chứng này, thậm chí các triệu chứng này còn biểu hiện rõ rệt hơn (mức độ đau lớn hơn, hạn chế há miệng hơn). Tuy nhiên, triệu chứng tiếng kêu khớp lại là đặc hiệu cho tổn thương sai vị trí đĩa khớp ra trước có hồi phục thì mà 100% bệnh nhân có sai vị trí đĩa khớp ra trước có hồi phục đều có tiếng kêu khớp ở cả hai thì, còn các trường hợp vị trí đĩa khớp bình thường hoặc sai vị trí đĩa khớp ra trước không hồi phục thì không xuất hiện tiếng kêu khớp. Như vậy, MRI chỉ phát hiện được các tổn thương của đĩa khớp, tuy nhiên, loạn năng TDH bao gồm các rối loạn ở cả hệ thống cơ và vùng khớp TDH, vì vậy, nếu chỉ sử dụng MRI để chẩn đoán loạn năng TDH là không thuyết phục và để bỏ sót tổn thương.

V. KẾT LUẬN

TMD gây ảnh hưởng lên bệnh nhân nữ nhiều

hơn là bệnh nhân nam.

Các triệu chứng lâm sàng có thể gặp của TMD là đau vùng cơ mặt hoặc vùng TMJ, hạn chế há miệng, tiếng kêu khớp bất thường và lệch đường há ngậm miệng...

Các hình ảnh có thể gặp trên MRI của TMD là sai lệch vị trí đĩa khớp ra trước, tràn dịch khớp, biến dạng đĩa khớp...

MRI chỉ phát hiện được các tổn thương của đĩa khớp, nếu chỉ sử dụng MRI để chẩn đoán loạn năng TDH là chưa thuyết phục và để bỏ sót tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Okeson J.P. (1996). Orofacial pain: Guidelines for assessment, diagnosis and management. *Chicago: Quintessence Publishing Co*, 113-184.
- De Leeuw R. (2008). American Academy of Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management, fourth ed. *Chicago: Quintessence Publishing*, 131-141.
- Dworkin S.F., Huggins K.H., Leresche L. et al. (1990). Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in case and controls. *J. Am. Dent. Association*, 120(3), 273-281.
- Kamisaka M., Yatani H., Kuboki T. et al (2000). Four year longitudinal course of TMD symptoms in an adult population and the estimation of risk factors in relation to symptoms. *J Orofac Pain*, 14(3), 224-232.
- Jake E, Robert JG (2000). Coping Profile Differences in the Biopsychosocial Functioning of Patients With TMD. *Psychosomatic Medicine*, 62, 69-75.
- R. Tallents, R. Katzberg, W. Murphy et al (1996). Magnetic resonance imaging findings in asymptomatic volunteers and symptomatic patients with temporomandibular disorders. *The Journal of prosthetic dentistry*, 75 (5), 529-533.
- Hoàng Thị Diên Thảo, Hoàng Thị Hùng (2000). Rối loạn thái dương hàm, *Tạp chí Y học Hồ Chí Minh*, 8(4), 23-30.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM THỰC TRẠNG ĐIỀU TRỊ TRẦM CẢM Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN CẢM XÚC LŨNG CỰC

Lê Thị Thu Hà*, Nguyễn Kim Việt*,
Trần Hữu Bình*, Nguyễn Thành Long*, Phạm Xuân Thắng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm thực trạng điều trị trầm cảm ở người bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực. **Đối tượng:** 71 bệnh nhân được chẩn đoán xác định rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện giai đoạn trầm cảm theo

tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần từ tháng 1/2011 đến 12/2017. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Trong khoảng thời gian nghiên cứu trên, chúng tôi thu được 1 số kết quả sau: các bệnh nhân được điều trị phác đồ đa hóa trị chiếm > 90%. Thuốc chính kê sắc được chỉ định ở 67,6% bệnh nhân, phổ biến nhất là valproat. Thuốc an thần kinh và chống trầm cảm được sử dụng phổ biến ở hơn 75% bệnh nhân; an thần kinh thường được chỉ định là quetiapin và olanzapin, các thuốc an thần kinh thế hệ mới sử dụng dài ngày hơn so với an thần kinh thế hệ cũ (halopendol); sertraline và mirtazapin là

*Trường đại học Y Hà Nội

Chiêu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Hà

Email: lethuha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.11.2017

Ngày phản biên khoa học: 23.12.2017

Ngày duyệt bài: 30.12.2017

các thuốc chống trầm cảm được sử dụng nhiều nhất.

Kết luận: Điều trị trầm cảm trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực đa dạng về cách lựa chọn phác đồ cũng như loại thuốc, sự đa dạng này phù hợp với thực tế bệnh nhân và hướng dẫn điều trị.

Từ khóa: điều trị, trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực.

SUMMARY

STUDY OF SOME FEATURES OF TREATING DEPRESSION OF BIPOLAR DISORDER IN REALITY

Objective: Describe some features of treating depression of bipolar disorder in reality. **Participants:** 71 patients were diagnosed bipolar disorder current depressive episode by ICD-10 criteria, treated at National Institute of Mental Health from 1/2011 to 12/2017. **Method:** Cross-sectional descriptive study. **Result:** In this period, some results were obtained: > 90% patients were treated by combined drugs therapy. Mood stabilizer was indicated in 67,6% patients, the most prominent one was valproat. Antipsychotics and antidepressants were used in more than 75% patients, quetiapin and olanzapin were more common, the second-generation antipsychotics were used longer in duration than the first-generation (haloperidol), the most common antidepressants were sertraline and mirtazapin. **Conclusion:** Treatment of depression in bipolar disorder is varied of not only treatment regimen but also types of drugs, this variety is appropriate with patients and current guidelines.

Keyword: treatment, depression, bipolar disorder.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là trạng thái bệnh lý phổ biến trong lĩnh vực tâm thần học, đặc trưng bởi sự ức chế toàn bộ các mặt hoạt động tâm thần. Trầm cảm phổ biến ở các rối loạn cảm xúc nội sinh, đặc biệt trầm cảm trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực (RLXLC) chiếm một tỷ lệ lớn trong số đó.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3. 1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. 1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm | | n | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------------|----------------------|---------------|-----------|
| Giới tính | Nam | 28 | 39,4 |
| | Nữ | 43 | 60,6 |
| Tuổi | Tuổi trung bình | 42,34 ± 13,90 | |
| Nơi cư trú | Thành thị | 31 | 43,7 |
| | Nông thôn | 40 | 56,3 |
| Tình trạng hôn nhân | Chưa kết hôn | 16 | 22,5 |
| | Đang kết hôn | 53 | 74,6 |
| | Ly dị/Ly thân | 1 | 1,4 |
| | Góa | 1 | 1,4 |
| Hoàn cảnh sống | Sống cùng gia đình | 70 | 98,6 |
| | Sống một mình | 1 | 1,4 |
| Thể bệnh trầm cảm theo ICD - 10 | Nhẹ hoặc vừa | 33 | 46,5 |
| | Nặng không loạn thần | 21 | 29,6 |
| | Nặng có loạn thần | 17 | 23,9 |

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, nữ giới có 43 người, chiếm tỷ lệ 60,6%, nam giới có 28 người

Tối ưu hoá điều trị trầm cảm lưỡng cực, hóa dược chiếm vai trò quan trọng. Có nhiều bằng chứng khác nhau về lựa chọn cũng như lưu ý điều trị thuốc trong giai đoạn cấp và duy trì, đặc biệt khi phối hợp đa dạng các nhóm thuốc như chẹn kênh calci (CKS), an thần kinh (ATK), chống trầm cảm (CTC) [3].

Trên thế giới, các nghiên cứu, các hướng dẫn điều trị trầm cảm lưỡng cực ngày càng được cập nhật và hoàn thiện. Cho tới nay, tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá về thực trạng điều trị trầm cảm lưỡng cực, do đó chúng tôi thực hiện đề tài "Nhận xét một số đặc điểm thực trạng điều trị trầm cảm ở người bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực" nhằm làm rõ vấn đề này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu:

71 bệnh nhân được chẩn đoán xác định RLXLC hiện giai đoạn trầm cảm theo tiêu chuẩn chẩn đoán ICD-10 điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần từ tháng 1/2011 đến 11/2017, với:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân được chẩn đoán xác định RLXLC hiện giai đoạn trầm cảm theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu, các bệnh nhân có bệnh lý nội ngoại khoa tình trạng nặng; các bệnh lý não thực, bệnh lý ác tính, tình trạng cấp cứu..., các bệnh lý cản trở khả năng giao tiếp, đọc hiểu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu thuận tiện.

Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu thu thập được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS25.

(39,4%), tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 1,5/1. Độ tuổi trung bình của nhóm là $42,34 \pm 13,90$ (tuổi). Tỷ lệ sống ở thành thị (43,7%) và nông thôn (56,3) gần tương đương nhau. Nhóm người đang kết hôn chiếm tỷ lệ cao nhất 74,6%, đa phần những người bệnh sống cùng với gia đình (98,6%). Tỷ lệ bệnh mức độ nặng chiếm 53,5%.

3. 2. Đặc điểm sử dụng thuốc

Bảng 3. 2. 1. Đặc điểm sử dụng phối hợp thuốc

| Đặc điểm | n | Tỷ lệ (%) |
|-----------------|-----------|------------|
| Đơn trị CTC | 2 | 2,8 |
| Đơn trị ATK | 5 | 7,0 |
| CKS + ATK | 7 | 9,9 |
| CKS + CTC | 8 | 11,2 |
| ATK + CTC | 16 | 22,5 |
| CKS + ATK + CTC | 33 | 46,5 |
| Tổng | 71 | 100 |

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân được điều trị phức đồ đa hóa trị với 3 loại thuốc chiếm đa số 46,5%, chỉ có 7 bệnh nhân đơn trị chiếm 9,8% (2 bệnh nhân đơn trị CTC và 5 bệnh nhân đơn trị bằng ATK). Thuốc ATK và CTC được sử dụng phổ biến ở hơn 75%. Thuốc CKS được chỉ định ở 67,6%.

Bảng 3.2.2. Đặc điểm sử dụng thuốc chính khí sắc

| Đặc điểm | Tần suất (%) | Liều tối thiểu (mg/ngày) | | Liều tối đa (mg/ngày) | | Thời gian sử dụng (ngày) |
|--------------|--------------|--------------------------|-------------|-----------------------|-------------|--------------------------|
| | | Liều trung bình | Khoảng liều | Liều trung bình | Khoảng liều | |
| Valproat | 62 | $727,2 \pm 251,8$ | 500-1000 | $852,2 \pm 296,9$ | 500-1500 | $20,4 \pm 10,7$ |
| Lamotrigin | 11,3 | $59,4 \pm 26,5$ | 25-100 | $106,3 \pm 56,3$ | 50-200 | $20,7 \pm 8,4$ |
| Oxcarbazepin | 1,4 | 600 | 600 | 600 | 600 | 10 |

Nhận xét: Phần lớn các bệnh nhân được điều trị với valproat (62% bệnh nhân, với liều trung bình tối thiểu là 727,2mg/ngày, liều trung bình tối đa là 852,2mg/ngày). Có 11,3% bệnh nhân được điều trị bằng lamotrigin, số bệnh nhân được sử dụng oxcarbazepin chiếm rất thấp 1,4%.

Bảng 3.2.3 Đặc điểm sử dụng thuốc an thần kinh

| Đặc điểm | Tần suất (%) | Tối thiểu (mg/ngày) | | Tối đa (mg/ngày) | | Thời gian sử dụng (ngày) |
|-------------|--------------|---------------------|-------------|-------------------|-------------|--------------------------|
| | | Liều trung bình | Khoảng liều | Liều trung bình | Khoảng liều | |
| Haloperidol | 31 | $7,6 \pm 3,8$ | 2,5-15 | $10,3 \pm 5,0$ | 2,5-20 | $2,9 \pm 2,0$ |
| Risperidon | 9,9 | $1,9 \pm 0,7$ | 1-3 | $2,7 \pm 1,4$ | 1-5 | $10,6 \pm 4,4$ |
| Olanzapin | 29,6 | $9,4 \pm 4,6$ | 5-20 | $13,6 \pm 6,5$ | 5-30 | $14 \pm 8,8$ |
| Quetiapin | 57,7 | $199,4 \pm 135,4$ | 25-600 | $304,9 \pm 204,0$ | 50-900 | $18,7 \pm 10,1$ |

Nhận xét: An thần kinh được chỉ định nhiều nhất là quetiapin, tần suất dùng haloperidol và olanzapin tương đương nhau. Về thời gian trung bình sử dụng, các ATK thế hệ mới có thời gian sử dụng hơn 10 ngày, haloperidol chỉ được sử dụng ngắn ngày.

Bảng 3.2.4. Đặc điểm sử dụng thuốc chống trầm cảm

| Đặc điểm | Tần suất (%) | Tối thiểu (mg/ngày) | | Tối đa (mg/ngày) | | Thời gian sử dụng (ngày) |
|--------------|--------------|---------------------|-------------|------------------|-------------|--------------------------|
| | | Liều trung bình | Khoảng liều | Liều trung bình | Khoảng liều | |
| Amitriptylin | 4,2 | $41,7 \pm 14,4$ | 25-50 | 75 ± 25 | 50-100 | $21,7 \pm 7,1$ |
| Sertralín | 36,6 | $78,8 \pm 28,9$ | 50-150 | $119,2 \pm 42,6$ | 50-200 | $19,3 \pm 10,8$ |
| Fluvoxamin | 2,8 | $150 \pm 70,7$ | 100-200 | $150 \pm 70,7$ | 100-200 | $27 \pm 11,3$ |
| Paroxetin | 12,7 | $42,2 \pm 15,6$ | 20-60 | $51,1 \pm 20,3$ | 20-80 | $25,5 \pm 17,3$ |
| Mirtazapin | 36,6 | $27,7 \pm 5,5$ | 15-60 | $35,8 \pm 12,1$ | 15-60 | $12,7 \pm 7,2$ |

Nhận xét: Phần lớn các bệnh nhân được sử dụng thuốc CTC sertralín và mirtazapin (36,6%). Hai loại CTC này được sử dụng trong thời gian ngắn nhất, với sertralín trung bình 19,3 ngày, mirtazapin trung bình 12,7 ngày. Các thuốc CTC khác với tỉ lệ lần lượt là fluvoxamin (2,8%), amitriptylin (4,2%) và paroxetin (12,7%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: trong số 71 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ nữ/nam khoảng 1,5/1. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu tổng quan của Adriana (2010) khi đánh giá về yếu tố giới tính RLCXLC, nữ giới có nguy cơ cao bị RLCX

hưng phần nhẹ, chu kỳ nhanh và các giai đoạn hỗn hợp [2]. Độ tuổi trung bình của nhóm là $42,34 \pm 13,90$ (tuổi), đây là độ tuổi nhóm người trưởng thành, phù hợp với kết quả tỷ lệ đang kết hôn chiếm cao nhất 74,6% và đa phần những người bệnh sống cùng với gia đình (98,6%). Tỷ lệ sống ở thành thị và nông thôn gần tương đương nhau, yếu tố địa dư không ảnh hưởng tới bản chất rối loạn bệnh. Đáng chú ý là, tỷ lệ bệnh nhân nặng chiếm 53,5% (29,6% không có loạn thần và 23,9% có loạn thần trong tổng số bệnh nhân), mức độ nhẹ và vừa chiếm 46,5%. Có thể thấy, nhóm đối tượng RLCXLC giai đoạn trầm cảm khi điều trị nội trú thường ở mức độ nặng.

4.2. Đặc điểm sử dụng thuốc:

4.2.1. Đặc điểm phối hợp thuốc: Đa số (>90%) bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được sử dụng phác đồ đa trị liệu, chỉ có 9,8% tương đương 7 bệnh nhân được điều trị đơn trị, trong đó đơn trị CTC là 2 bệnh nhân, đơn trị ATK quetiapin có 5 bệnh nhân. Đồng thuận các hướng dẫn điều trị ưu tiên đơn trị bằng thuốc CKS hoặc thuốc ATK có tác dụng chính kích sắc (quetiapin) [4]. Tuy nhiên thực tế nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đa phần ở mức độ nặng, có triệu chứng loạn thần, kèm theo áp lực ra viện ở bệnh nhân nội trú kèm theo cần có thời gian chờ tác dụng của thuốc CKS, nên việc điều trị phối hợp là phù hợp với thực trạng để bệnh nhân sớm thuyên giảm triệu chứng, sau đó có chiến lược giảm liều phù hợp. Kết quả này của chúng tôi tương tự như kết quả của một số tác giả trong nước như Vũ Văn Dân (2012) [1].

4.2.2. Đặc điểm sử dụng thuốc chính kích sắc: Phần lớn các bệnh nhân được điều trị với valproat (62%, liều trung bình tối thiểu là 727,2 mg/ngày, liều trung bình tối đa 852,2 mg/ngày). Kết quả nghiên cứu phù hợp với hội đồng lý tâm thần Anh 2016, valproat là chỉ định trong điều trị đơn trị cũng như trong điều trị phối hợp ở RLCXLC [4]. Tuy nhiên, lamotrigin cũng được đồng thuận ưu tiên mức độ hàng đầu, nhưng chỉ có 8 bệnh nhân được điều trị bằng lamotrigin với khoảng liều 50-200mg. Nguyên nhân là do tâm lý e ngại tác dụng không mong muốn như dị ứng của lamotrigin.

4.2.3. Đặc điểm sử dụng thuốc an thần kinh: ATK được chỉ định phổ biến nhất là quetiapin. Kết quả này phù hợp với nhiều hướng dẫn điều trị hiện nay, quetiapin vừa có vai trò như thuốc chống loạn thần đồng thời có vai trò như thuốc CKS, là lựa chọn hàng đầu trong điều trị đơn trị cũng như điều trị phối hợp với các thuốc khác trong điều trị RLCXLC. Theo Stahl và

cộng sự, liều trung bình điều trị RLCXLC có hiệu quả của Quetiapin là 300 mg/ngày [7]. Bên cạnh đó, olanzapin cũng được sử dụng với tỷ lệ cao 29,6%. Theo hội tâm thần học sinh học thế giới (2013), việc phối hợp sử dụng olanzapin liều thấp với thuốc CTC fluoxetine có hiệu quả CKS, giảm các triệu chứng loạn thần đồng thời không gây hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các thuốc ATK thế hệ mới có thời gian sử dụng hơn 10 ngày, trong khi haloperidol chỉ được sử dụng ngắn ngày ($2,9 \pm 2,0$). Điều này là phù hợp bởi ATK thế hệ mới có ít tác dụng ngoại tháp và đều nằm trong các lựa chọn hàng đầu và hàng thứ hai.

4.2.4. Đặc điểm sử dụng thuốc chống trầm cảm: Trong nghiên cứu của chúng tôi, thuốc CTC được sử dụng nhiều nhất là sertraline và mirtazapin (36,6%) nhưng trong thời gian trung bình ngắn. Các nghiên cứu gần đây cho thấy các thuốc tái hấp thu chọn lọc serotonin (SSRIs) có thể dung nạp tốt nhất, đáp ứng nhanh nhất và ít liên quan đến nguy cơ gây hưng cảm hoặc làm nhanh chu kỳ so với CTC ba vòng. Nghiên cứu của Agosti và cộng sự (2007) nhận thấy dùng thuốc CTC đơn thuần vẫn an toàn và hiệu quả với giai đoạn trầm cảm trong RLCXLC II [2].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 71 bệnh nhân được chẩn đoán xác định rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện giai đoạn trầm cảm theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần từ tháng 1/2011 đến 11/2017 chúng tôi có nhận xét sau: thực trạng, điều trị trầm cảm ở bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực đa dạng về nhiều phác đồ và đặc điểm sử dụng các nhóm thuốc chính kích sắc, an thần kinh, chống trầm cảm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Văn Dân (2012), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị trầm cảm trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực*, Luận án chuyên khoa cấp II. Trường đại học Y dược Huế, Huế.
2. Agosti V. and Stewart J. W. (2007). Efficacy and safety of antidepressant monotherapy in the treatment of bipolar-II depression. *Int Clin Psychopharmacol*, 22 (5), 309-311.
3. Crismon M. L., Argo T. R., Bendele B. S. D., et al. (2007). Texas medication algorithm project procedural manual. *Bipolar Disord Algorithms Tex Dep State Health Serv*.
4. Goodwin G. M., Haddad P. M., Ferrier I. N., et al. (2016). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol Oxf Engl*, 30 (6), 495-553.

5. Grunze H., Vieta E., Goodwin G. M., et al. (2013). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2012 on the long-term treatment of bipolar disorder. *World J Biol Psychiatry*, 14 (3), 154-219.
6. Salloum I. M., Cornelius J. R., Daley D. C., et

al. (2005). Efficacy of valproate maintenance in patients with bipolar disorder and alcoholism: a double-blind placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, 62 (1), 37-45.

7. Stahl S. M. (2013). *Mood Disorders. Stahl's Essential Psychopharmacology*. 4, Cambridge University Press, 237-283.

TÌM HIỂU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN THIẾU MÁU ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Văn Bằng¹, Nguyễn Thanh Xuân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân thiếu máu điều trị tại Bệnh viện Quân y 103. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** 66 bệnh nhân được chẩn đoán xác định thiếu máu năm điều trị tại Bệnh viện Quân y 103. Bệnh nhân được hỏi để phát hiện các triệu chứng cơ năng: ù tai, hoa mắt, chóng mặt, ngất, đau đầu, giảm trí nhớ, mất ngủ hoặc ngủ gà, thay đổi tình tình hay cáu gắt, tê tay chân, giảm sức lao động trí óc và chân tay, hồi hộp đánh trống ngực, khó thở, đau vùng trước tim, chán ăn, đầy bụng, đau bụng, đại tiện lỏng hoặc táo bón. Bệnh nhân được khám để phát hiện các triệu chứng khách quan: da xanh xao, niêm mạc nhợt nhạt có thể kèm theo vàng da niêm mạc hoặc xám da niêm mạc; màu sắc lưỡi, gai lưỡi; tóc (rụng, dễ gãy), móng tay móng chân mất độ bóng, bờ đục dễ gãy; tím mạch; tím cổ tổng thời tâm thu không, mạch nhanh. **Kết quả:** tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn nữ (54,55%), độ tuổi > 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (46,6%), tỷ lệ thiếu máu trước đó (18,2%), có dùng thuốc trước đó (15,2%). Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân thiếu máu: giảm sức lao động trí óc chân tay (81,8%); hoa mắt, chóng mặt (71,2%); chán ăn (66,7%); mất ngủ hoặc ngủ gà (65,2%). Triệu chứng thực thể: da xanh xao, niêm mạc nhợt nhạt (86,4%); gai lưỡi giảm hoặc mất (65,2%); tóc rụng dễ gãy (60,6%); mạch nhanh (39,4%). **Kết luận:** tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn nữ (54,55%), độ tuổi > 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (46,6%), tỷ lệ thiếu máu trước đó (18,2%), có dùng thuốc trước đó (15,2%). Bệnh nhân giảm sức lao động trí óc chân tay chiếm tỷ lệ cao nhất (81,8%); hoa mắt, chóng mặt (71,2%); chán ăn (66,7%); mất ngủ hoặc ngủ gà (65,2%). Triệu chứng thực thể: da xanh xao, niêm mạc nhợt nhạt (86,4%); gai lưỡi giảm hoặc mất (65,2%); tóc rụng dễ gãy (60,6%); mạch nhanh (39,4%).

Từ khóa: thiếu máu; hoa mắt, chóng mặt; da xanh niêm mạc nhợt.

SUMMARY

Bệnh viện Quân y 103

¹Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Bằng

Email: bangnvbs@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 11.12.2017

Ngày duyệt bài: 25.12.2017

TO STUDY A NUMBER OF CLINICAL FEATURES OF ANAEMIC PATIENTS THAT TREATED IN HOSPITAL 103

Objects: to study a number of clinical features of anaemic patients that treated in hospital 103.

Subjects and methods: 66 patients diagnosed anaemia and treated in hospital 103. Patients answered questions to find functional symptoms: tinnitus, dizziness, faint, headache, memory loss, insomnia or drowsiness, mood swings or irritability, numbness in hands and feet, reduction of mental and physical strength, nervous, palpitations, short of breath, severe feelings or even painful in the chest, anorexia, abdominal pain, indigestion, constipation or diarrhea. Patients have examined to detect physical symptoms: pale skin, pale mucosa may be have pale skin with yellow or dark pale skin, colour of tongue, pale tongue, cuticles tongue, hair is loose and brittle, finger and toes nails loss of gloss, cracking; fast pulse, the subluxation of the heart can be heard. **Results:** the rate of men patients is higher than women patients (54.55%), age > 60 has highest percentage (46.6%). The rate of the previous anaemia patients (18.2%), have using previous drugs (15.2%). Functional symptoms of patients: reduction of mental and physical strength (81.8%), tinnitus, dizziness (71.2%), anorexia (66.7%), insomnia or drowsiness (65.2%). Physical symptoms: pale skin, pale mucosa (86.4%), losing cuticles tongue (65.2%), hair is loose and brittle (60.6%), fast pulse (39.4%). **Conclusion:** the rate of men patients is higher than women patients (54.55%), age > 60 has highest percentage (46.6%). The rate of the previous anaemia patients (18.2%), have using previous drugs (15.2%). Patients have reduction of mental and physical strength (81.8%), tinnitus, dizziness (71.2%), anorexia (66.7%), insomnia or drowsiness (65.2%). Physical symptoms: pale skin, pale mucosa (86.4%), losing cuticles tongue (65.2%), hair is loose and brittle (60.6%), fast pulse (39.4%).

Key words: anaemia, dizziness, pale skin, pale mucosa.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu là hiện tượng giảm số lượng hồng cầu, giảm huyết sắc tố và hematocrit trong một đơn vị thể tích máu dẫn đến thiếu oxy cung cấp cho các mô tế bào trong cơ thể. Trong 3 chỉ số trên thì sự giảm huyết sắc tố là quan trọng nhất.