

- Dấu ấn dòng lympho B: Các dấu ấn đặc trưng: cCD79a+ (86,4%), CD19+ (79,1%), CD20+ (59,1%), CD22+ (30,9%). Kiểu hình miễn dịch gặp nhiều nhất là CD10-CD19+CD20+CD22- chiếm 23,7%. Kiểu hình kháng nguyên không đồng bộ gặp nhiều nhất là TdT+CD20+ (40,0%).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trung Phấn (2003)**, "Leukemia cấp: Phân loại, chẩn đoán, điều trị", Bệnh lý tế bào nguồn tạo máu, Nhà xuất bản Y học, tr 243-255.
2. **Nguyễn Triệu Vân (2008)**, "Nghiên cứu giá trị một số dấu ấn biệt hóa tế bào máu trong chẩn đoán phân loại và tiên lượng bệnh lơ-xê-mi cấp người lớn tại Viện Huyết học-Truyền máu", Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Behm FG . (2006)**, "Immunophenotyping. Childhood Leukemias", 2<sup>nd</sup> edition; Cambridge University Press, pp150-209
4. **Thomas DA, Cortes J, Giles FJ et al (2002)**, "Rituximab and hyper-CVAD for adult Burkitt's (BL) or Burkitt's Like (BL) leukemia or lymphoma", Blood. 100:763a. Abstract.
5. **Cui W, Ma W, Lin Q. (2000)**, "CD45-gating for flow cytometric immunophenotyping of leukemia", Acta Academiae Medicinae Sinicae, 22(2), pp 199-203.
6. **Thomas DA, Cortes J, Giles FJ et al (2002)**, "Rituximab and hyper-CVAD for adult Burkitt's (BL) or Burkitt's Like (BL) leukemia or lymphoma", Blood. 100:763a. Abstract.
7. **Porwit-MacDonald A, Bjorklund E, Lucio P, van Lochem EG, Mazur J, Parreira A, van den Beemd MW, van Wering ER, Baars E, Gaipa G, Biondi A, Ciudad J, van Dongen JJ, San Miguel JF, Orfao A, (2000)**, "BIOMED-1 cocerted action report: Follow cytometric characterization of CD7+ cell subsets in normal bone marrow as a basis for the diagnosis and follow-up of T cell acute lymphoblastic leukemia (T-ALL)", Leukemia; 14 (5), pp.816-825.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRIỆU CHỨNG SINH HỌC CỦA TRẦM CẢM Ở NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ RỐI LOẠN HỖN HỢP LO ÂU VÀ TRẦM CẢM

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng các triệu chứng sinh học của trầm cảm ở người bệnh nội trú rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm. Mô tả điều trị nhóm người bệnh trên.

**Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 75 người bệnh điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Tâm thần Hà Nội thỏa mãn chẩn đoán rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm (F41.2) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10, từ tháng 11/2022 tháng đến 03/2023.

**Kết quả:** Triệu chứng sinh học của trầm cảm ở người bệnh rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm rất đa dạng, trong đó thường gặp nhất là chậm chạp tâm thần vận động (94,7%) và tỉnh giấc sớm (92,0%). Điều trị rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm chủ yếu là kết hợp thuốc chống trầm cảm, an thần

Phùng Ngọc Thương<sup>1\*</sup>, Trần Nguyễn Ngọc<sup>2,3</sup>

kinh và bình thần (68,0%). Đáp ứng điều trị của các triệu chứng cơ thể khác nhau: đa số thuyên giảm đáng kể, đặc biệt là triệu chứng giảm các phản ứng cảm xúc (85,7%) và sút cân >5% trọng lượng (83,3%). Giảm cảm giác ngon miệng và chậm chạp tâm thần vận động giảm ít sau điều trị.

**Từ khóa:** Triệu chứng sinh học của trầm cảm, rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm.

#### Clinical Characteristics of Biological Symptoms OF DEPRESSION in Patients with Mixed Anxiety and Depressive Disorder

#### ABSTRACT

**Objective:** To describe the clinical characteristics of biological symptoms of depression in inpatients with mixed anxiety and depressive disorder. To describe the treatment of this patient group.

**Method:** Cross-sectional description of 75 inpatients treated at the Mental Health Institute - Bach Mai Hospital and Hanoi Mental Hospital, meeting the diagnosis of mixed anxiety and depressive disorder (F41.2) according to ICD-10 diagnostic criteria, from November 2022 to March 2023.

1. Bệnh viện Tâm thần Hà Nội

2. Trường Đại học Y Hà Nội

3. Bệnh viện Bạch Mai

\*Chịu trách nhiệm chính: Phùng Ngọc Thương

Email: [thuong.phungngoc2004@gmail.com](mailto:thuong.phungngoc2004@gmail.com)

Ngày nhận bài: 29/08/2023

Ngày phản biện: 31/08/2023

Ngày duyệt bài: 06/09/2023

**Results:** The biological symptoms of depression in patients with mixed anxiety and depressive disorder are highly diverse, with the most common being psychomotor retardation (94.7%) and early morning awakening (92.0%). The treatment for mixed anxiety and depressive disorder primarily involves a combination of antidepressant, antipsychotic, and mood stabilizing medications (68.0%). Treatment response varies for different physical symptoms: most showed significant improvement, particularly in emotional blunting (85.7%) and weight loss exceeding 5% of body weight (83.3%). Reduced appetite and psychomotor retardation improved less after treatment.

**Key words:** *Biological symptoms of depression, mixed anxiety and depressive disorder.*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm rất thường gặp, đặc biệt trong chăm sóc sức khỏe ban đầu, đặc trưng bởi các triệu chứng của cả lo âu và trầm cảm đều có. Bên cạnh đó, tình trạng trầm cảm có thể dẫn đến các triệu chứng sinh học, tiêu biểu như: rối loạn giấc ngủ, chán ăn, sút cân, giảm hưng phấn tình dục [1], v.v. Việc phát hiện sớm và đánh giá mức độ các triệu chứng sinh học của trầm cảm có thể cho phép người bệnh tiếp cận sớm với phương pháp điều trị thích hợp, giúp người bệnh giảm bớt sự lo lắng, ngăn chặn tiến triển thành rối loạn tâm thần trầm trọng hơn và cuối cùng là giảm chi phí xã hội của tình trạng rất phổ biến này [2]. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài “Đặc điểm lâm sàng các triệu chứng sinh học của trầm cảm ở người bệnh nội trú rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm” với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng các triệu chứng sinh học của trầm cảm ở người bệnh nội trú rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm. Mô tả điều trị nhóm người bệnh trên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

#### Đối tượng nghiên cứu:

- 75 người bệnh điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Tâm thần Hà Nội thỏa mãn chẩn đoán rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm (F41.2) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10, từ tháng 11/2022 tháng đến 03/2023.

#### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả người bệnh được chẩn đoán RLHHLAVTC (mã bệnh F41.2) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10, phiên bản mô tả lâm sàng và hướng dẫn chẩn đoán, điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần và Bệnh viện Tâm thần Hà Nội trong thời gian nghiên cứu với số ngày nằm viện  $\geq 14$  ngày.

- Gia đình và bản thân người bệnh đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

#### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh đang mắc các bệnh lý nội/ ngoại khoa tình trạng nặng, bệnh lý ác tính.

- Người bệnh sa sút trí tuệ, tổn thương não, nghiện chất.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

#### Thiết kế nghiên cứu:

- Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tất cả các bệnh nhân đều được nghiên cứu theo một mẫu bệnh án thống nhất.

#### Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu được tính theo công thức “Ước tính một tỉ lệ trong quần thể”.

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu.

a: Mức ý nghĩa thống kê.

$Z_{(1-a/2)}^2$ : Hệ số tin cậy.

Khi a bằng 0,05 (độ tin cậy 95%) thì  $Z_{(1-a/2)}^2$  bằng 1,96<sup>2</sup>.

p = 0,709 là xác suất triệu chứng giảm hưng phấn tình dục ở bệnh nhân RLHHLAVTC trong nghiên cứu của La Đức Cường, 2010 [3].

d = 0,2 là mức độ chính xác tương đối.

Thay vào công thức ta được:  $n \approx 39$ . Thực tế cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi là 75 bệnh nhân.

#### Cách chọn mẫu:

- Chọn mẫu thuận tiện, tất cả người bệnh được chẩn đoán RLHHLAVTC điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần và Bệnh viện Tâm thần Hà Nội từ tháng 11/2022 đến tháng 03/2023 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, lấy mẫu đến khi đủ mẫu.

#### Kỹ thuật thu thập thông tin:

- Phỏng vấn người bệnh, thân nhân người bệnh.

- Khám bệnh; đánh giá triệu chứng bệnh cơ thể, triệu chứng rối loạn tâm thần tại hai thời điểm: ngay khi nhập viện và ngày điều trị thứ 14.

- Làm trắc nghiệm tâm lý: Mỗi người bệnh được làm thang đánh giá trầm cảm HDRS, thang đánh giá chất lượng giấc ngủ PSQI hai lần ở các thời điểm ngay khi nhập viện và ngày thứ 14.

Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS22.0.

### III. KẾT QUẢ

**Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=75):**

| Đặc điểm nhân khẩu<br>của nhóm đối tượng nghiên cứu |                      | n = 75 | Tỉ lệ (%) |
|-----------------------------------------------------|----------------------|--------|-----------|
| Giới                                                | Nam                  | 18     | 24,0      |
|                                                     | Nữ                   | 57     | 76,0      |
| Nhóm tuổi                                           | 0-29                 | 2      | 2,7       |
|                                                     | 30-44                | 13     | 17,3      |
|                                                     | 45-59                | 37     | 49,3      |
|                                                     | Từ 60 trở lên        | 23     | 30,7      |
| Thời gian bị bệnh                                   | < 6 tháng            | 22     | 29,3      |
|                                                     | 6-12 tháng           | 13     | 17,3      |
|                                                     | >12 tháng            | 40     | 53,3      |
| Lý do vào viện                                      | Triệu chứng sinh học | 51     | 68,0      |
|                                                     | Triệu chứng cảm xúc  | 15     | 20,0      |
|                                                     | Khác                 | 9      | 12,0      |
| Yếu tố sang chấn<br>gây khởi phát                   | Không có             | 15     | 20,0      |
|                                                     | Mâu thuẫn gia đình   | 14     | 18,7      |
|                                                     | Buồn vì bệnh tật     | 19     | 25,3      |
|                                                     | Khác                 | 27     | 36,0      |

Nghiên cứu tiến hành trên 75 người bệnh trong đó:

- Chủ yếu là nữ giới chiếm 76,0%, nam giới chiếm 24,0%. Tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 3/1.
- Nhóm tuổi từ 45-59 chiếm tỷ lệ cao nhất với 49,3%. Nhóm tuổi tỷ lệ thấp nhất là 0-29, chiếm 2,7%.
- Phần lớn người bệnh có thời gian bị bệnh > 12 tháng (53,3%). Nhóm đối tượng bị bệnh <6 tháng chiếm 29,3%. Thấp nhất là nhóm đối tượng bị bệnh từ 6-12 tháng chiếm 17,3%.
- Về lý do vào viện của người bệnh, nghiên cứu nhận thấy: Phần lớn người bệnh vào viện vì triệu chứng sinh học (68,0%). Có 20,0% vào viện vì các triệu chứng cảm xúc.
- Tỷ lệ người bệnh có yếu tố sang chấn gây khởi phát là 80,0%. Trong đó: Tỷ lệ cao nhất là buồn vì bệnh tật chiếm 25,3%. Tiếp theo là mâu thuẫn gia đình chiếm 18,7% đối tượng nghiên cứu.

### 2.3. Đạo đức nghiên cứu:

Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp vào phương pháp điều trị của bác sĩ.

Nghiên cứu được sự đồng ý của người bệnh và gia đình.

Nghiên cứu được tiến hành khi được sự đồng ý của lãnh đạo Viện Sức khỏe tâm thần, Bệnh viện Tâm thần Hà Nội.



Trong số 18 đối tượng nghiên cứu là nam giới, nhận thấy có 55,6% giảm hưng phấn tình dục; 22,2% có rối loạn cương dương, kết quả tương tự ở xuất tinh sớm.

**Bảng 5. Đặc điểm triệu chứng giảm chức năng tình dục ở nữ giới (n=57)**

| Triệu chứng             | n  | Tỉ lệ (%) |
|-------------------------|----|-----------|
| Giảm hưng phấn tình dục | 22 | 38,6      |
| Đau khi giao hợp        | 3  | 5,3       |
| Khó đạt đỉnh            | 4  | 7         |
| Tổng                    | 57 | 100       |

Trong số 57 đối tượng nghiên cứu là nữ giới, nhận thấy có 38,6% giảm hưng phấn tình dục; 5,3% đau khi giao hợp; 7,0% khó đạt đỉnh.

**Bảng 6. Đặc điểm các phương pháp điều trị của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=75)**

| Phương pháp điều trị                 |                                     | n  | Tỉ lệ (%) |
|--------------------------------------|-------------------------------------|----|-----------|
| Hóa dược                             | Chống trầm cảm (CTC) đơn trị liệu   | 0  | 0         |
|                                      | Chống trầm cảm + Bình thần (BT)     | 3  | 4,0       |
|                                      | Chống trầm cảm + An thần kinh (ATK) | 7  | 9,3       |
|                                      | CTC + ATK + BT                      | 65 | 86,7      |
| Hóa dược                             |                                     | 13 | 17,3      |
| Hóa dược + Liệu pháp thư giãn (LPTG) |                                     | 51 | 68,0      |
| Hóa dược + LPTG + TMs                |                                     | 11 | 14,7      |

Theo bảng 6, 100% người bệnh được điều trị kết hợp thuốc, trong đó:

- Chống trầm cảm + an thần kinh + bình thần có tỷ lệ cao nhất (86,7%)
- Chống trầm cảm + an thần kinh chiếm tỷ lệ 9,3%
- Chống trầm cảm + bình thần chiếm tỷ lệ 4,0%.

- Về kết hợp các phương pháp điều trị: 68,0% đối tượng được kết hợp điều trị hóa dược và liệu pháp thư giãn, chỉ điều trị hóa dược chiếm 17,3%; kết hợp cả hóa dược + LP thư giãn + Kích thích từ xuyên sọ (TMs) chiếm 14,7%.

**Bảng 7. Đặc điểm các thuốc được sử dụng (n=75)**

| Tên thuốc |               | n  | Tỉ lệ (%) | Liều điều trị<br>(mg/ngày) |        | Thời gian<br>X±SD<br>(ngày) |
|-----------|---------------|----|-----------|----------------------------|--------|-----------------------------|
|           |               |    |           | Tối thiểu                  | Tối đa |                             |
| TCA       | Amitriptyline | 8  | 10,7      | 25                         | 75     | 13,4±8,2                    |
|           | Sertraline    | 27 | 36,0      | 25                         | 200    | 16,6±8,6                    |
| SSRI      | Fluvoxamine   | 27 | 36,0      | 100                        | 300    | 16,7±8,6                    |
|           | Paroxetine    | 0  | 0,0       | 0                          | 0      | 0                           |
| SNRI      | Venlafaxine   | 8  | 10,7      | 75                         | 300    | 21,0±7,9                    |
| NaSSA     | Mirtazapine   | 16 | 21,3      | 15                         | 60     | 20,1±11,0                   |
| ATK       | Quetiapine    | 52 | 69,3      | 50                         | 800    | 16,2±7,1                    |
|           | Olanzapine    | 27 | 36,0      | 3,75                       | 30     | 15,4±10,0                   |
|           | Sulpirid      | 43 | 57,3      | 50                         | 200    | 16,1±9,7                    |
|           | Clozapine     | 1  | 1,3       | 25                         | 50     | 13,0±0                      |
| BT        | Diazepam      | 68 | 90,7      | 5                          | 20     | 10,2±7,9                    |

Về đặc điểm điều trị các thuốc chống trầm cảm:

+ Thuốc chống trầm cảm được dùng nhiều nhất là sertraline 36,0% liều 25-200mg/ ngày và fluvoxamine 36,0% liều 100-300mg/ ngày; thời gian trung bình điều trị là 16 ngày.

+ Tiếp đến mirtazapine, venlafaxine, amitriptyline với tỉ lệ lần lượt là 21,3%; 10,7%; 10,7%. Nhìn chung các thuốc chống trầm cảm trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian điều trị trung bình khoảng 2 tuần.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm thuốc an thần kinh được sử dụng như sau:

+ Quetiapine được sử dụng nhiều nhất (69,3%) với liều 50-800 mg, thời gian điều trị trung bình 16 ngày.

+ Được sử dụng nhiều thứ hai là sulpirid chiếm 57,3%, tiếp đến là olanzapin (36,0%). Ít được sử dụng nhất là clozapine (1,3%).

- Nhóm bình thần (Diazepam) được sử dụng ở 90,7% đối tượng, liều 5-20 mg, trung bình 10 ngày.

**Bảng 8. Đáp ứng sau 14 ngày điều trị của các triệu chứng sinh học**

| Triệu chứng sinh học                                          | Trước điều trị | Đáp ứng sau 14 ngày điều trị |           |         |           |           |           |
|---------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------|-----------|---------|-----------|-----------|-----------|
|                                                               |                | Thuyên giảm ít               |           | Đáng kể |           | Hoàn toàn |           |
|                                                               |                | n                            | Tỉ lệ (%) | n       | Tỉ lệ (%) | n         | Tỉ lệ (%) |
| Mất quan tâm hoặc thích thú với các hoạt động gây hứng thú cũ | 12             | 5                            | 41,7      | 6       | 50,0      | 1         | 8,3       |
| Giảm các phản ứng cảm xúc                                     | 7              | 1                            | 14,3      | 6       | 85,7      | 0         | 0,0       |
| Tỉnh giấc sớm                                                 | 69             | 26                           | 37,7      | 35      | 50,7      | 8         | 11,6      |
| Triệu chứng nặng lên vào buổi sáng                            | 31             | 9                            | 29,0      | 19      | 61,3      | 3         | 9,7       |
| Chậm chạp tâm thần vận động hoặc kích động                    | 71             | 33                           | 46,5      | 20      | 28,2      | 18        | 25,3      |
| Giảm cảm giác ngon miệng                                      | 57             | 29                           | 50,9      | 22      | 38,6      | 6         | 10,5      |
| Sút cân ít nhất 5% trọng lượng                                | 18             | 3                            | 16,7      | 15      | 83,3      | 0         | 0,0       |
| Giảm hưng phấn tình dục                                       | 32             | 18                           | 56,2      | 10      | 31,2      | 4         | 12,6      |

Sau 14 ngày điều trị, các triệu chứng sinh học thuyên giảm đáng kể nhất bao gồm: Giảm các phản ứng cảm xúc (85,7%), sút cân >5% trọng lượng (83,3%), triệu chứng nặng lên vào buổi sáng (61,3%), tỉnh giấc sớm (50,7%), mất quan tâm hoặc thích thú với các hoạt động gây hứng thú cũ (50,0%). Các triệu chứng ít thuyên giảm nhất bao gồm: Giảm hưng phấn tình dục (56,2%), giảm cảm giác ngon miệng (50,9%), chậm chạp tâm thần vận động (46,5%).

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 75 người bệnh trong đó nữ giới chiếm 76,0%, nam giới chiếm 24,0%. Tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 3/1. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Walters và CS (2011) trong nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu trên 250 đối tượng trưởng thành ở London cho thấy tỷ lệ mắc RLHHLAVTC ở nữ là 71%, nam là 29% [4]. Nhìn chung, phụ nữ dễ mắc các rối loạn tâm thần nói chung và RLHHLAVTC nói riêng hơn so với nam giới vì nhiều lý do. Nữ giới chịu ảnh hưởng nhiều nhất từ những thay đổi tâm lý và sinh lý cơ thể, đặc biệt các hormone nội tiết, thời kỳ mang thai, sinh đẻ, dễ dẫn tới các thay đổi về cảm xúc. Hơn nữa, phụ nữ bị ảnh hưởng nhiều từ các

vấn đề tình cảm, gia đình, xã hội. Do vậy tỷ lệ mắc RLHHLAVTC ở nữ cao hơn nam giới.

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy nhóm tuổi từ 45-59 chiếm tỷ lệ cao nhất với 49,3%, nhóm tuổi tỷ lệ thấp nhất là 0-29, chiếm 2,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Walters và CS (2011) cho thấy tuổi mắc trung bình là 46 trong đó 95% đối tượng thuộc nhóm từ 44-48 tuổi [4]. Có thể lý giải vì đây là giai đoạn trưởng thành có nhiều khó khăn và chuyển biến trong cuộc đời mỗi người, chịu nhiều áp lực về công việc, gia đình, con cái, kèm theo nhiều thay



đổi về tâm lý và sinh lý làm giảm sút sự thích nghi và chịu đựng với stress như ly hôn, bệnh lý cơ thể.

Tỷ lệ người bệnh có yếu tố gây stress trong nghiên cứu của chúng tôi là 80,0%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu trên người bệnh nữ 45-59 tuổi RLHHLAVTC của Vũ Thị Lan (2015): trong 45 đối tượng nghiên cứu, có 33 người bệnh có sang chấn tâm lý [5]. Một người bệnh có thể có một hoặc nhiều stress tại cùng một thời điểm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: tỷ lệ cao nhất là buồn vì bệnh tật chiếm 25,3% đối tượng; tiếp theo là mâu thuẫn gia đình chiếm 18,7% đối tượng nghiên cứu. Điều này có thể lý giải bởi nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trong bối cảnh đại dịch Covid-19 đã ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe của nhân dân không chỉ thể chất mà còn về tinh thần.

Về triệu chứng sinh học của trầm cảm theo ICD-10, 94,7% đối tượng có chậm chạp tâm thần vận động. Triệu chứng phổ biến thường gặp là tỉnh giấc sớm 92,0%, giảm cảm giác ngon miệng 76,0%; giảm hưng phấn tình dục 42,7%; triệu chứng nặng lên vào buổi sáng 41,3%; sút cân >5% trọng lượng 24,0%; Các triệu chứng ít gặp nhất gồm mất quan tâm hoặc thích thú với các hoạt động gây hứng thú cũ 16,0%; giảm các phản ứng cảm xúc 9,3%. Kết quả của chúng tôi ngược lại với nghiên cứu trên 82 người bệnh trầm cảm điều trị nội trú của Đỗ Tuyết Mai (2017): 100% đối tượng nghiên cứu mất quan tâm hoặc thích thú với các hoạt động gây hứng thú cũ và giảm các phản ứng cảm xúc. Tỷ lệ thấp nhất là tỉnh giấc sớm trên 2 giờ so với ngày thường (28,0%) [6]. Điều này có thể do rối loạn hỗn hợp lo âu trầm cảm là rối loạn liên quan stress, mức độ triệu chứng chủ yếu là nhẹ và vừa, tỷ lệ các triệu chứng rối loạn cảm xúc sẽ ít hơn so với rối loạn trầm cảm điển hình.

Trong nghiên cứu của chúng tôi: 68,0% đối tượng được kết hợp điều trị hóa dược và liệu pháp thư giãn, chỉ điều trị hóa dược chiếm 17,3%; kết hợp cả hóa dược + LP thư giãn + KT từ xuyên sọ chiếm 14,7%. Kết quả này đối lập với nghiên cứu của Vũ Thị Lan (2015): chỉ có 4,4% người bệnh được sử dụng liệu pháp thư giãn kết hợp hóa trị liệu, 95,6% số người bệnh còn lại chỉ được điều trị hóa dược và động viên, giải thích từ bác sĩ [5]. Từ đó cho thấy hiện nay can thiệp tâm lý và các phương pháp không dùng thuốc ngày càng quan trọng và đang được chú trọng phát triển, từ đó người bệnh được hưởng lợi nhiều hơn khi nằm viện.

Về điều trị hóa dược: 100% người bệnh được điều trị kết hợp thuốc, trong đó phối hợp giữa thuốc chống trầm cảm, bình thần, an thần kinh chiếm tỉ lệ lớn nhất 86,7%. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Lan (2015): 93,3% người bệnh được phối hợp thuốc, trong đó phối hợp cả 3 nhóm thuốc trên là 71,1% [5]. Điều này có thể lý giải trong cơ chế sinh hóa não của rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm có sự tham gia của nhiều chất dẫn truyền thần kinh song có 3 amin sinh học đóng vai trò quan trọng: GABA, serotonin, noreadrenalin. Đây cũng là cơ sở để có thể phối hợp hóa dược trong điều trị.

Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị hóa dược hiệu quả đối với rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm. Tuy nhiên, cần có thời gian trên 2 tuần để các thuốc bắt đầu phát huy tác dụng và từ 4 đến 6 tuần để đạt được hiệu quả tối ưu. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tất cả các triệu chứng sinh học của trầm cảm có thuyên giảm sau 14 ngày điều trị. Mất quan tâm thích thú, giảm phản ứng cảm xúc, tỉnh giấc sớm và trầm cảm nặng hơn vào buổi sáng có tỷ lệ thuyên giảm từ đáng kể đến hoàn toàn cao nhất. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Tuyết Mai (2017) [6]. Trên thực tế nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên người bệnh có thời gian nằm viện ngắn, khi các triệu chứng bắt đầu thuyên giảm thì người bệnh cảm thấy dễ chịu hơn và xin ra viện tiếp tục điều trị ngoại trú. Do vậy có thể có một số triệu chứng cơ thể còn chưa thuyên giảm hoàn toàn và nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế trong việc đánh giá sự đáp ứng điều trị của các triệu chứng cơ thể về lâu dài.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 75 người bệnh rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Tâm thần Hà Nội, chúng tôi rút ra kết luận sau:

- Triệu chứng sinh học của trầm cảm ở người bệnh rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm rất đa dạng, trong đó thường gặp nhất là chậm chạp tâm thần vận động và tỉnh giấc sớm.

- Điều trị rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm chủ yếu là kết hợp thuốc chống trầm cảm, an thần kinh và bình thần. Đáp ứng điều trị của các triệu chứng cơ thể khác nhau: đa số thuyên giảm đáng kể, đặc biệt là triệu chứng giảm các phản ứng cảm xúc và sút cân >5% trọng lượng. Giảm cảm giác ngon miệng và chậm chạp tâm thần vận động giảm ít sau điều trị.