V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm HPV chung là 38,5%, phân bố ở nam: 29,4%, nữ là 48,7% với nhóm tuổi nhiễm HPV cao nhất là trên 40 tuổi, nhóm NCT chiếm tỷ lệ nhiễm cao hơn nhóm NCC (61,3% so với 50%). Các kiểu gen thường gặp nhiều nhất ở nhóm NCT là HPV 11, nhóm NCC lần lượt là: HPV 18, 16, 52 và 59. Đường lây truyền ở đối tượng QHTD khác giới là 39,4%, đồng giới là 33,3%. QHTD nữ khác giới chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là nhóm nam QHTD đồng giới và sau cùng là nhóm nam QHTD khác giới với tỷ lệ lần lượt là: 48,7; 33,3 và 27,9(%). Khảo sát này cho chúng ta thấy việc tầm soát, chẩn đoán sớm tất cả các đối tượng nhiễm HPV chính là chìa khóa giúp xác định, theo dõi và tiên lượng bệnh kịp thời, trước khi người bệnh chuyển vào giai đoạn tăng sinh, loạn sản hoặc ung thư đường sinh dục. Bộ kit Realtime- PCR giúp khuếch đại và xác định số lượng bản sao theo thời gian thực giúp chẩn đoán sớm, chính xác tình trạng nhiễm HPV của bệnh nhân nhằm theo dõi và tiên lượng bệnh kịp thời giúp ngăn chặn nguồn lây nhiễm bệnh trong cộng đồng, giảm thiểu người mắc và chết do HPV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Kiều Dung, Trần Thị Lợi (2005)** "Mối liên quan giữa nhiễm các loại HPV với tân sinh trong biểu mô cổ tử cung", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 9 (1),pp.130.
2. **Cao Minh Nga và cs (2011),** " Sự phân bố các genotype HPV (Human Papillomavirus) ở phụ nữ và các yếu tố liên quan", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 15 (1),pp.205-211.
3. **Cao Hữu Nghĩa (2016),** "Khảo sát tỷ lệ nhiễm Human Papilloma virus 6/11/16/18 ở bệnh nhân khám sàng lọc tại Viện Pasteur TP.HCM bằng kỹ thuật sinh học phân tử Realtime-PCR", Tạp chí Y học Thực hành (1005), pp 147 – 149.
4. **Hồ Quang Nhật và cs (2022),** "Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm HPV nguy cơ cao ở phụ nữ có tổn thương tiền ung thư cổ tử cung tại Bệnh viện Từ Dũ", Tạp chí Phụ sản; 20(1), pp.43-48
5. **Vũ Thị Nhung (2007),** "Liên quan giữa các tuýp HPV và các tổn thương tiền ung thư - ung thư cổ tử cung tại Bệnh viện Hùng Vương", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 11 (2),pp.93.
6. **Lê Quang Vịnh, Lê Trung Thọ (2012),** " Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm Human Pappillomavirus ở phụ nữ tỉnh Thái Nguyên, Huế và Cần Thơ", Tạp chí Phụ sản. 10(2), pp.130-136.
7. **Hyuna Sung, Jacques Ferlay, Rebecca L Siegel,** Mathieu Laversanne, Isabelle Soerjomataram, Ahmedin Jemal , Freddie Bray (2021), "Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", CA: a cancer journal for clinicians. 71 (3), pp.209-249.
8. **Lihong Chang, Puwa Ci, Jufang Shi, Kan Zhai, Xiaoli Feng,** Danny Colombara, Wei Wang, Youlin Qiao, Wen Chen , Yuping Wu (2013), "Distribution of genital wart human papillomavirus genotypes in China: A multi-center study", Journal of medical virology. 85 (10),pp.1765-1774.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN NHẬN THỨC Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN PHÂN LIỆT CẢM XÚC

Nguyễn Thị Cẩm Tú[1], Dương Minh Tâm[2,3]

TÓM TẮT

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn chức năng nhận thức ở người bệnh rối loạn phân liệt cảm xúc (RLPLCX) điều trị nội trú tại bệnh viện Tâm thần trung ương I bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang 61 bệnh nhân điều trị nội trú với chẩn đoán RLPLCX (F25) theo ICD-10**. Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu 38±12,1; Tỉ lệ nam 68,9 % và nữ là 31,1%. Tỉ lệ rối loạn nhận thức: 59,02%; tỷ lệ rối loạn trí nhớ là 63,9%; rối loạn chú ý là 44,3% và rối loạn chức năng điều hành là 62,3%. Trong rối loạn chức năng chú ý, tỷ lệ rối loạn di chuyển chú ý là cao nhất với 86,1%, sau đó đến duy trì chú ý 52,8% và 41,7% người bệnh có giảm tập trung chú ý. Chức năng trí nhớ với nhớ lại có trì hoãn rối loạn với 83,3%, rối loạn trí nhớ hình ảnh là 72,2%, trí tức thì là 66,7%, trí nhớ lời nói là 50%.Với chức năng điều hành, tốc độ tâm thần vận động suy giảm lên đến 83,3%, sau đó đến khả năng lên kế hoạch 80,6% và khả năng kiến tạo thị giác 75%, sắp xếp công việc 69,4%; khả năng giải quyết vấn đề, sự lưu loát lần lượt chiếm 63,9 % và 61,1%; khả năng tính toán và ngôn ngữ đều ở khoảng 58,3% và tư duy trừu tượng có 38,9% rối loạn.

Từ khoá: Rối loạn phân liệt cảm xúc, rối loạn nhận thức, đặc điểm lâm sàng.

[1]*Bệnh viện Tâm thần TW1*
[2]*Viện sức khoẻ tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai*
[3]*Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Cẩm Tú
Email: thietmoclan16ynd@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.8.2022
Ngày phản biện khoa học: 26.9.2022
Ngày duyệt bài: 12.10.2022

SUMMARY

CLINICAL DESCRIPTION OF COGNITIVE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH

SCHIZOAFFECTIVE DISORDER

We performed a study with the objective of clinical description of cognitive dysfunction in patients with schizoaffective disorder (SAD) inpatient treated at the Central Psychiatric Hospital I by descriptive cross-sectional study of 61 inpatients with ICD-10 diagnosis of SAD (F25). The results showed that: The average age of the study group was 38±12.1; The rate of male is 68.9% and female is 31.1%. Percentage of cognitive disorders: 59.02%; the rate of memory disorder is 63.9%; attention disorder was 44.3% and executive dysfunction was 62.3%. In attention dysfunction, the rate of alternating attention disorder is the highest with 86.1%, followed by 52.8% sustained attention and 41.7% patients with reduced focus attention. Memory function with delayed recall is disordered with 83.3%, visual memory disorder is 72.2%, immediate memory is 66.7%, verbal memory is 50%. Regarding to executive function, psychomotor speed decreased up to 83.3%, then planning ability 80.6% and visual construction ability 75%, organizing work 69.4%; problem-solving ability, fluency accounted for 63.9% and 61.1% respectively; Computational ability and language are at about 58.3% and abstract thinking has 38.9% disorder.

***Key words**:* Schizoaffective disorder (SAD), cognitive dysfunction, clinical features.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đã có rất nhiều cuộc tranh luận để xác định xem rối loạn phân liệt cảm xúc (RLPLCX) chỉ đơn giản là một dạng của tâm thần phân liệt hay một dạng rối loạn cảm xúc, hay đó là một rối loạn riêng biệt, hay nó là dạng tiếp diễn giữa hai nhóm rối loạn này.[1] Một yếu tố khác gây ra sự tranh luận về mối liên quan giữa RLPLCX với hai dạng chính của rối loạn loạn thần này là chức năng tâm thần kinh hay chức năng nhận thức. Torrent và cộng sự nhận thấy có sự suy giảm đáng kể trong trí nhớ và việc học ngôn ngữ và chức năng điều hành ở bệnh nhân RLPLCX.[2] Hơn nữa, rối loạn nhận thức liên quan đến các chức năng nghề nghiệp và xã hội bị suy giảm, là nguyên nhân quan trọng ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống, năng suất lao động, cũng là một trong những lý do dẫn đến tái nhập viện điều trị, tuy nhiên lại hay bị che lấp bởi các triệu chứng khác như hoang tưởng, ảo giác hay những hành vi nguy hiểm. Bởi vậy, chúng tôi chọn triển khai đề tài với mục tiêu:

Mô tả lâm sàng rối loạn nhận thức ở người bệnh rối loạn phân liệt cảm xúc điều trị nội trú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Thời gian, đối tượng và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Thời gian nghiên cứu. Từ tháng 7/2021 đến tháng 4/2022.

2.2.2. Đối tượng nghiên cứu. Lựa chọn vào nghiên cứu người bệnh chẩn đoán xác định rối loạn phân liệt cảm xúc (F25) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 được điều trị nội trú tại bệnh viện Tâm thần trung ương 1.

Loại ra khỏi nghiên cứu những trường hợp (i) có tổn thương não: chấn thương sọ não, viêm não, tai biến mạch máu não; (ii) có biểu hiện của lạm dụng rượu, ma túy và các chất gây nghiện khác; (iii) không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2.3. Địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện Tâm thần Trung ương I

2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu. Chọn mẫu ngẫu nhiên theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)}\frac{p.(1-p)}{\Delta^2}$$

Trong đó: n: là cỡ mẫu nghiên cứu.

p = 67% theo Reinchenberg năm 2009.[3]

α: là sai số loại I, ước tính trong nghiên cứu = 0,05 với độ tin cậy là 95%. Khi đó hệ số tin cậy Z(1- a/2)= 1,96.

Δ: là độ chính xác mong muốn giữa mẫu và quần thể. Ước tính Δ = 0,13.

2.4. Biến số nghiên cứu. Tuổi, giới tính, trình độ học vấn, tiền sử gia đình, chẩn đoán hình thái RLPLCX, rối loạn các chức năng nhận thức.

2.5. Công cụ thu thập số liệu. Bệnh án nghiên cứu (được thiết kế riêng phù hợp với nghiên cứu). Test MoCA (Montreal of Cognitive Assessment)

2.6. Phân tích số liệu. Nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Đối tượng và người thân tham gia nghiên cứu được giải thích cặn kẽ, cụ thể về mục đích. Đây là nghiên cứu mô tả không can thiệp vào quá trình điều trị. Các đối tượng tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút khỏi nghiên cứu. Mọi thông tin của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Tuổi trung bình: 38±12,1

3.1.2. Phân bố theo giới: Trong 61 bệnh nhân nghiên cứu có 42 bệnh nhân nam, chiếm 68,9%; 19 bệnh nhân nữ chiếm 31,1%

3.1.3. Tỷ lệ hình thái RLPLCX

Bảng 1. Hình thái RLPLCX

Hình thái	n	Tỷ lệ %
F25.0	27	44.3
F25.1	25	24.6

F25.2	19	31.1
Tổng	**61**	**100**

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ bệnh nhân có RLPLCX loại hưng cảm chiếm tỉ lệ cao nhất (44,3%); loại trầm cảm là 24,6% và loại hỗn hợp là 31,1%.

3.1.4. Đặc điểm sử dụng thuốc ở nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm sử dụng thuốc

Loại thuốc	n	Tỷ lệ %
ATK cổ điển	15	24.6
ATK mới	59	96.7
Phối hợp ATK	13	21.3
Chỉnh khí sắc	51	83.6
Chống trầm cảm	11	18
Bình thần	33	54.1
Tổng	**61**	**100**

Tỷ lệ sử dụng an thần kinh mới chiếm tỉ lệ cao 96,7 %, chỉ có 21,3 % kết hợp an thần kinh cổ điển với an thần kinh mới. Việc sử dụng thuốc chỉnh khí sắc cũng chiếm tỉ lệ khá cao 83,6% và thuốc bình thần chiếm 54,1%.

3.2. Đặc điểm RLNT ở người bệnh RLPLCX

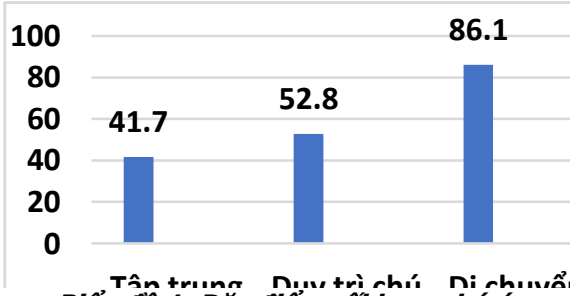
3.2.1. Tỷ lệ rối loạn nhận thức theo thang điểm MoCA

Bảng 3. Tỷ lệ rối loạn nhận thức

Điểm số MoCA	n	Tỷ lệ %
MoCA < 26	36	59.02
MoCA ≥26	25	40.99
Trung bình	23,64±4,56	
Tổng	**61**	**100**

Điểm số MoCA trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 23,64±4,56. Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn nhận thức là 59,02% (36 bệnh nhân).

3.2.3.Rối loạn chú ý



Biểu đồ 1. Đặc điểm rối loạn chú ý

Tỉ lệ bệnh nhân có rối loạn tập trung chú ý là 41,7%, duy trì chú ý là 52,8%, di chuyển chú ý 86,1%.

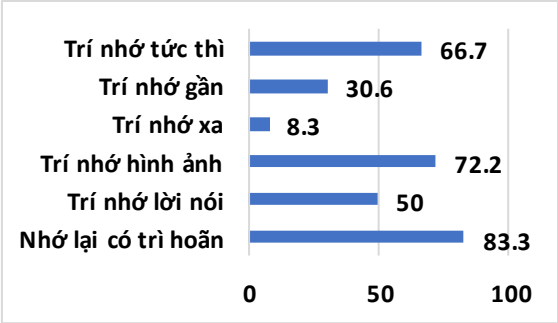
3.2.2. RLNT theo hình thái RLPLCX

Bảng 4. Rối loạn nhận thức theo hình thái RLPLCX

Hình thái RLPLCX	Có RLNT 36 BN	Không RLNT 25 BN
	n (%)	**n (%)**
F25.0	12 (32,4)	15 (62,5)
F25.1	12 (35,2)	2 (8,3)
F25.2	12 (32,4)	7 (29,2)

Đặc điểm rối loạn nhận thức theo MoCA, ở các thể bệnh lâm sàng tỉ lệ có rối loạn gần như tương đương nhau.

3.2.4. Rối loạn trí nhớ



Biểu đồ 2. Đặc điểm rối loạn trí nhớ

3.2.5. Rối loạn chức năng điều hành

Biểu đồ 3. Đặc điểm rối loạn chức năng điều hành

Biểu hiện chậm chạp tâm thần vận động chiếm tỷ lệ cao nhất 83,3% và khả năng lên kế hoạch là 80,6%. Rối loạn khả năng kiến tạo thị giác là 75%. Khả năng giải quyết vấn đề và sắp xếp công việc lần lượt là 63,9% và 69,4%. Rối loạn ngôn ngữ 58,3%, sự lưu loát là 61,1%. Khả năng tính toán 58,3% và rối loạn ít nhất là tư duy trừu tượng với 38,9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình thu được của nhóm đối tượng nghiên cứu là 38 ± 12.1, trong đó cao nhất là 66, thấp nhất là 19 tuổi. Độ tuổi này tương đồng với nghiên cứu của Torrent C và cộng sự năm 2007 với độ tuổi trung bình của

nhóm nghiên cứu là 37.0 ± 10.4.[2] Kết quả nghiên cứu cũng phù hợp với nghiên cứu của Gooding D.C năm 2002 với độ tuổi trung bình của các bệnh nhân RLPLCX là 39.7 ± 8.8[4]

Cỡ mẫu nghiên cứu có 42/61 là nam giới, chiếm 68.9%, còn lại nữ giới chiếm 31.1%. Tỉ lệ này phù hợp với nghiên cứu của Amann B và cộng sự, năm 20 với tỉ lệ bệnh nhân nữ/nam là 9/17.[5] Mặc dù vậy, nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt về giới so với các nghiên cứu về chức năng nhận thức trên các đối tượng bệnh nhân khác. Nghiên cứu về đặc điểm rối loạn nhận thức trên bệnh nhân trầm cảm của Nguyễn Thị Hoa (2016) tỉ lệ bệnh nhân nam chiếm 30,2%, bệnh nhân nữ chiếm tỉ lệ 69,8%, điều này phù hợp với dịch tễ học trầm cảm hay gặp ở bệnh nhân nữ nhiều hơn bệnh nhân nam.[6]

Về hình thái của RLPLCX, gặp nhiều nhất là RLPLCX loại hưng cảm, chiếm 44,3%, sau đó đến thể hỗn hợp 31,1% và thể trầm cảm chiếm 24,6%. Các nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới thường chỉ phân chia theo hai hình thái RLPLCX theo DSM V là RLPLCX loại lưỡng cực và loại trầm cảm. Theo tác giả Chen và cộng sự năm 2016, tỷ lệ hình thái RLPLCX loại lưỡng cực là 84,4% còn loại trầm cảm là 15,6%, khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi.[7]

Việc sử dụng thuốc ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được điều trị bằng các thuốc an thần kinh, trong đó 96,7% bệnh nhân được dùng an thần kinh mới và 24,6% dùng an thần kinh điển hình; việc phối hợp an thần kinh điển hình với an thần kinh mới chỉ có ở 21,3% bệnh nhân. Các thuốc an thần kinh không điển hình ngoài việc gây ít tác dụng phụ ngoại tháp hơn còn có tác dụng điều trị trong trầm cảm, chỉnh khí sắc và triệu chứng âm tính. Cùng với tác dụng điều trị các triệu chứng loạn thần, các thuốc chống loạn thần không điển hình còn có hiệu quả tích cực trên các triệu chứng cảm xúc, một số nghiên cứu gợi ý rằng những thuốc này có hiệu quả hơn các thuốc chống loạn thần điển hình trong điều trị RLPLCX.[8]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân được sử dụng thuốc chỉnh khí sắc chiếm 83,6%. Vai trò của các thuốc chỉnh khí sắc thường được nhấn mạnh trong RLPLCX loại hưng cảm hoặc loại hỗn hợp. Tuy nhiên trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, trầm cảm có thể kèm theo cáu gắt, giận dữ, cảm xúc không ổn định và các thuốc chỉnh khí sắc sẽ đóng vai trò tốt trong trường hợp này. Nghiên cứu của Gooding D.C có 91% bệnh nhân RLPLCX và 100% bệnh nhân TTPL sử dụng thuốc chống loạn thần, ở những bệnh nhân này, mức sử dụng an thần kinh không điển hình là như nhau với $\chi 2=0.86$ và bệnh nhân RLPLCX điều trị bằng các thuốc chỉnh khí sắc nhiều hơn so với bệnh nhân TTPL, $\chi 2= 18,05$, $p<0,001$.[4]

4.2. Đặc điểm rối loạn nhận thức ở người bệnh RLPLCX. Tỷ lệ rối loạn nhận thức theo thang điểm MoCA là 59,01% với điểm số MoCA trung bình là 23,64±4,56. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hoa trên 53 bệnh nhân trầm cảm tái diễn với tỷ lệ bệnh nhân rối loạn nhận thức chiếm 60,4% và điểm trung bình MoCA là 22,11±5,42[6]. Nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu về tỷ lệ rối loạn nhận thức ở người bệnh loạn thần cảm xúc của Reichenberg.[3]

Trong số bệnh nhân rối loạn nhận thức 86,1% có sự suy giảm di chuyển chú ý; 52,8% bệnh nhân có suy giảm duy trì chú ý và 41,7% bệnh nhân suy giảm tập trung chú ý. Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của Đào Thị Thanh Mai về chức năng nhận thức ở người cao tuổi, rối loạn sự chú ý cho thấy có 83,7% bệnh nhân có giảm tập trung chú ý; 65% bệnh nhân có giảm duy trì chú ý; và 86% bệnh nhân có giảm sự di chuyển chú ý.[9] Các chức năng chú ý bị suy giảm nhiều hơn nhiều do tuổi tác được liên kết với một sự giảm dần các chức năng nhận thức.

Đặc điểm rối loạn trí nhớ được khảo sát trên các lĩnh vực: rối loạn trí nhớ tức thì 66,7%, rối loạn trí nhớ gần 30,6%, rối loạn trí nhớ xa 8,3%, rối loạn trí nhớ hình ảnh 72,2% , rối loạn trí nhớ lời nói 50%, và nhớ lại có trì hoãn chiếm tỉ lệ cao nhất 83,3%. Nghiên cứu của Đào Thị Thanh Mai cho thấy một tỉ lệ cao của sự suy giảm trí nhớ gần (81,4%); trí nhớ lời nói (79,1%); trí nhớ hình ảnh (44,8%); và tỉ lệ thấp có suy giảm trí nhớ xa (13,9%).[9] Những điều này khác với nghiên cứu của chúng tôi vì đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi và có bệnh lý trầm cảm.

Đối với chức năng điều hành, bệnh nhân RLPLCX có suy giảm nhận thức biểu hiện rối loạn khả năng kiến tạo thị giác là 75%, rối loạn ngôn ngữ 58,3% và sự lưu loát chiếm 61,1%, khả năng tính toán 58,3% và tư duy trừu tượng chiếm 38,9%, 63,9% rối loạn khả năng giải quyết vấn đề, khả năng lên kế hoạch 80,6%, khả năng sắp xếp công việc 69,4%. Chức năng điều hành là một thuật ngữ miêu tả nhóm các chức năng nhận thức nhằm kiểm soát, điều hòa các hành vi có mục đích của con người. Theo Torrent C và cộng sự, bệnh nhân RLPLCX chỉ ra sự suy giảm nhiều hơn so với bệnh nhân RLCXLC ở các mẫu nhận thức bao gồm trí nhớ ngôn ngữ, chức

năng điều hành và các thang đo trí nhớ.[2] Còn theo tác giả Chen và cộng sự năm 2016, trong tất cả các chức năng nhận thức, sự chú ý và tốc độ xử lý có giá trị phân biệt cao nhất để phân biệt giữa bệnh nhân RLPLCX và người khoẻ mạnh bình thường.[7]

V. KẾT LUẬN

Người bệnh RLPLCX có tuổi trung bình 38±12,1, tỷ bệnh nhân nam trong nghiên cứu nhiều gấp 2,21 lần so với bệnh nhân nữ (68,9% và 31,1%). Tỷ lệ rối loạn nhận thức ở nhóm đối tượng nghiên cứu chiếm 59,02%. Người bệnh có rối loạn chức năng trí nhớ nhiều nhất với 63,9%. Trong chức năng chú ý, rối loạn di chuyển chú ý chiếm tỉ lệ cao nhất với 86,1%. Chức năng trí nhớ có nhớ lại có trì hoãn rối loạn 83,3% và chức năng điều hành có tốc độ tâm thần vận động suy giảm nhiều nhất tới 83,3%.

Lời cảm ơn. Chúng tôi xin chân thành cảm ơn những người bệnh và gia đình tham gia vào nghiên cứu, cảm ơn Bệnh viện Tâm tâm thần trung ương I đã tạo điều kiện cho việc thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Benabarre A, Vieta E, Colom F,** Martínez-Arán A, Reinares M, Gastó C. Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: epidemiologic, clinical and prognostic differences. Eur Psychiatry. 2001;16(3):167-172. doi:10.1016/S0924-9338 (01)00559-4
2. **Torrent C, Martínez-Arán A, Amann B, et al.** Cognitive impairment in schizoaffective disorder: a comparison with non-psychotic bipolar and healthy subjects. Acta Psychiatr Scand. 2007;116(6):453-460. doi:10.1111/j.1600-0447.2007.01072.x
3. **Reichenberg A, Harvey PD, Bowie CR, et a**l. Neuropsychological Function and Dysfunction in Schizophrenia and Psychotic Affective Disorders. Schizophr Bull. 2009;35(5):1022-1029. doi:10.1093/schbul/sbn044
4. **Gooding DC, Tallent KA.** Spatial working memory performance in patients with schizoaffective psychosis versus schizophrenia: a tale of two disorders? Schizophr Res. 2002; 53 (3):209-218. doi:10.1016/S0920-9964(01)00258-4
5. **Amann B, Gomar J, Ortiz-Gil J, et al.** Executive dysfunction and memory impairment in schizoaffective disorder: A comparison with bipolar disorder, schizophrenia and healthy controls. Psychol Med. 2012;42:1-9. doi:10.1017/S0033291712000104
6. **Nguyễn Thị Hoa.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn nhận thức trên bệnh nhân trầm cảm tái diễn điều trị nội trú tại Viện Sức khoẻ tâm thần. Luận văn bác sĩ nội trú. Đại học Y Hà Nội; 2016.
7. **Wang LJ.** Obvious impairment of attention and processing speed in patients with schizoaffective disorder. Neuropsychiatry. 2016;6:314-320. doi:10.4172/Neuropsychiatry.1000155
8. **Levinson DF, Umapathy C, Musthaq M.** Treatment of schizoaffective disorder and schizophrenia with mood symptoms. Am J Psychiatry. 1999;156(8):1138-1148. doi:10.1176/ajp.156.8.1138
9. **Đào Thị Thanh Mai.** Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng Nhận Thức Trong Rối Loạn Trầm Cảm ở Người Cao Tuổi. Luận văn bác sĩ chuyên khoa II. Đại học Y Hà Nội; 2013.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC KHỚP GỐI VỚI MẢNH GHÉP NỬA TRƯỚC GÂN CƠ MÁC DÀI TỰ THÂN KỸ THUẬT TẤT CẢ BÊN TRONG

Phạm Quang Vinh[1], Đỗ Quang Sang[2], Nguyễn Phương Nam[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổn thương dây chằng chéo trước là một trong những chấn thương dây chằng khớp gối hay gặp nhất. Phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối theo kỹ thuật tất cả bên trong là phương pháp có nhiều ưu điểm để phục hồi đặc tính giải phẫu, cơ học và chức năng của dây chằng chéo trước khớp gối. **Mục tiêu**: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng nửa trước gân cơ mác dài theo kỹ thuật tất cả bên trong. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thực hiện nghiên cứu tiến cứu trên 31 bệnh nhân đứt hoàn toàn dây chằng chéo trước đơn thuần có hoặc không có tổn thương sụn chêm kèm theo được phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước bằng mảnh ghép nửa trước gân cơ mác dài tự thân theo kỹ thuật tất cả bên trong. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 31 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 29,26 ± 6,21 tuổi, thấp nhất 19 tuổi, cao nhất 40 tuổi, tỉ lệ nam : nữ = 30 (96,8%) : 1 (3,2%), thời gian theo dõi sau phẫu thuật trung bình là 9,25 ± 2,25 tháng. Chiều dài trung bình mảnh ghép là 60 ± 1,03mm. Đường kính mảnh ghép (chập 4) trung bình ở mâm chày 7,85 ± 0,57mm, lồi cầu đùi là 7,90 ± 0,63mm. Nghiệm pháp Lachman trước phẫu thuật: 9,7% độ 2, 90,3% độ 3, sau phẫu thuật 12,9% độ 1 và 87,1% âm tính, không

[1]Đại học Y Dược TPHCM
[2]Bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Thủ Đức
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Nam
Email: phuongnamdhyd06@gmail.com
Ngày nhận bài: 30.8.2022
Ngày phản biện khoa học: 30.9.2022
Ngày duyệt bài: 12.10.2022