

qua, có lạm dụng rượu bia, có ăn mặn, không có hoạt động thể lực liên quan với kiến thức về phòng chống tăng huyết áp. Tương tự như kết quả nghiên cứu của tác giả Thái Thanh Trúc [7].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đồng bào Chăm có thực hành chung đúng về phòng chống tăng huyết áp còn thấp. Để nâng cao tỷ lệ kiến thức đúng về phòng chống bệnh tăng huyết áp cho đồng bào Chăm cần chú trọng các biện pháp truyền thông giáo dục sức khỏe bằng ngôn ngữ Chăm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thanh Bình (2017)**, Thực trạng bệnh tăng huyết áp ở người Khmer tỉnh Trà Vinh và hiệu quả một số biện pháp can thiệp, Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, tr.70-115.
2. **Chu Thị Thu Hà (2014)**, "Nghiên cứu tỷ lệ hiểu biết đúng của người dân về bệnh tăng huyết áp". Tạp chí Y học thực hành, Số 1 (903), tr.9-11.
3. **Hoàng Đức Hạnh, Chu Thị Thu Hà (2015)**, "Kiến thức của người dân về các yếu tố nguy cơ của bệnh tăng huyết áp tại ba xã/phường Hà Nội năm 2013". Tạp chí Y học dự phòng, Tập 25, Số 6, tr.410-416.
4. **Đỗ Thái Hòa, Nguyễn Thị Thùy Dương, Dương**

- Thị Hồng, Phan Trọng Lân (2016)**, "Thực trạng kiến thức và một số yếu tố liên quan đến tình trạng tăng huyết áp ở nhóm tuổi trung niên (40-59) tại huyện Đông Sơn, tỉnh Thanh Hóa, năm 2013". Tạp chí Y học Dự phòng, Tập 26, Số 4, tr.30-38.
5. **Nguyễn Tuấn Khanh, Nguyễn Minh Đức, Tạ Văn Trâm (2012)**, "Kiến thức, thực hành về phòng ngừa, điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thành phố Mỹ Tho năm 2011". Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, Tập 16, Số 4, tr.230-235.
6. **Trần Văn Tân, Trương Quang Đạt (2015)**, "Kiến thức và thực hành về phòng chống tăng huyết áp của người dân ở các xã đảo của thành phố Quy Nhơn". Tạp chí Y học Dự phòng, Tập 25, Số 9, tr.128-133.
7. **Thái Thanh Trúc, Nguyễn Thị Mỹ Dung, Huỳnh Hồ Ngọc Quỳnh (2019)**, "Kiến thức, thái độ và thực hành về tăng huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp đến khám và điều trị tại bệnh viện quận 2, thành phố Hồ Chí Minh". Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 23 (5), tr.224-232.
8. **Nguyễn Lân Việt (2016)**, Kết quả mới nhất điều tra tăng huyết áp toàn quốc năm 2015 - 2016, Hội tim mạch học Việt Nam
9. **Chimberengwa I P.T., Naidoo M., et al. (2019)**, "Knowledge, attitudes and practices related to hypertension among residents of a disadvantaged rural community in southern Zimbabwe". PLoS One, 14 (6), pp.1-16.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA RỐI LOẠN LO ÂU LAN TOẢ

Đinh Việt Hùng¹, Nguyễn Duy Đông¹

STUDY ON CLINICAL CHARACTERISTIC OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER

Objective: Using the HAM-A scale to study the clinical characteristics of generalized anxiety disorder. **Subjects and research methods:** 62 inpatient with generalized anxiety disorder received treatment at the Department of Psychiatry, Military 103 Hospital. **Results:** Second relapse patients accounted for a high rate of 59.68% and 56.46% of patients did not exam right major. The most common onset symptoms of patients were palpitations (95.16%) and duration of illness was 15.38 ± 9.85 months. Most worry about illness (82.26%), duration of existence symptoms averaged 19.35 ± 11.26 minutes. In addition, the most common psychiatric symptoms were dizziness (83.87%) and HAM-A scores for severe were the highest with 53.22%. **Conclusion:** Clinical characteristics of generalized anxiety disorder is very diverse and plentiful

Keywords: Generalized anxiety disorder, HAM-A scale

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lo âu lan toả được đặc trưng bởi các lo lắng quá mức về một sự kiện hoặc các hoạt động, diễn ra hầu như hàng ngày trong suốt một thời gian ít nhất 6 tháng. Các triệu chứng của rối

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu lan toả bằng thang điểm HAM-A. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 62 bệnh nhân rối loạn lo âu lan toả được điều trị nội trú tại Khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103. **Kết quả:** bệnh nhân tái phát lần hai chiếm tỷ lệ cao 59,68% và có tới 56,46% bệnh nhân khám không đúng chuyên ngành. Các triệu chứng khởi phát thường gặp của bệnh nhân là triệu chứng hồi hộp (95,16%) và thời gian mang bệnh là 15,38 ± 9,85 tháng. Phần lớn chủ đề lo âu về bệnh tật (82,26%), thời gian tồn tại của triệu chứng trung bình 19,35 ± 11,26 phút. Ngoài ra triệu chứng tâm thần thường gặp nhất là triệu chứng chóng mặt (83,87%) và điểm HAM-A cho nặng chiếm tỉ lệ cao nhất với 53,22%. **Kết luận:** Lâm sàng rối loạn lo âu lan toả rất đa dạng và phong phú.

Từ khóa: Rối loạn lo âu lan toả, thang điểm HAM-A.

SUMMARY

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Việt Hùng

Email: bshunga6@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2021

Ngày duyệt bài: 30.3.2021

loạn lo âu lan toả đa dạng và phong phú bao gồm: các triệu chứng kích thích thần kinh thực vật, các triệu chứng vùng ngực, bụng, các triệu chứng liên quan đến trạng thái tâm thần và một số triệu chứng khác. Bệnh nhân không thể kiểm soát được các lo lắng này, giảm khả năng lao động, sinh hoạt và các chức năng quan trọng khác. Sự đa dạng, phong phú của các triệu chứng gây không ít khó khăn trong nhận biết và xác định chẩn đoán. Các nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng tỷ lệ bệnh nhân rối loạn lo âu lan toả rất khác nhau trong đó lo âu: 13,3%; 34,7% với các triệu chứng đau và 32,5% với các rối loạn giấc ngủ [1]. Do vậy, xác định chính xác đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu lan toả là cần thiết giúp chẩn đoán đúng và điều trị hiệu quả. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của rối loạn lo âu lan toả*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Sáu hai bệnh nhân được chẩn đoán là rối loạn lo âu lan toả (F41.1) theo ICD-10 (1992), được điều trị nội trú tại khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 4/2016 đến tháng 8/2020.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Tuổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

| Chỉ số thống kê Nhóm tuổi | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------|-----------------|--------------|
| < 20 tuổi | 5 | 8,06 |
| 21-30 tuổi | 14 | 22,58 |
| 31-40 tuổi | 22 | 35,49 |
| 41-50 tuổi | 11 | 17,74 |
| 51-60 tuổi | 8 | 12,9 |
| > 60 tuổi | 2 | 3,23 |
| Trung bình | 36,85 ± 11,35 | |

Bảng 3.1 cho thấy nhóm bệnh nhân từ 21-50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất: 75,81% và nhóm bệnh nhân có tỷ lệ thấp nhất là nhóm trên 65 tuổi: 3,23%. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 36,85±11,35. Nghiên cứu khảo sát sức khỏe Tâm thần ở Úc trên 10641 người của

Gonçalves D.C. (2011) cho kết quả tỉ lệ mắc rối loạn lo âu lan toả: 25-55 tuổi chiếm 36,15%. Cho dù thực hiện nghiên cứu trên cộng đồng khác nhau nhưng đều phản ánh tỉ lệ gặp rối loạn lo âu lan toả hay gặp ở nhóm tuổi 20-50 tuổi, đây là nhóm tuổi có nhiều thay đổi trong công việc, gia đình, kinh tế và là lứa tuổi cống hiến nhiều nhất cho xã hội [2].

Bảng 3.2. Đặc điểm về giới tính của bệnh nhân nghiên cứu

| Chỉ số thống kê Giới tính | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------|-----------------|--------------|
| Nam | 21 | 33,87 |
| Nữ | 41 | 66,13 |

Bảng 3.2. cho thấy rối loạn lo âu lan toả phổ biến ở nữ giới với 66,13% cao hơn nam giới với 33,87%. Tỷ lệ nữ giới gấp tỉ lệ nam giới xấp xỉ 2:1 lần. Tỷ lệ rối loạn lo âu lan toả gặp nhiều ở nữ bởi giới nữ trải qua các giai đoạn làm thay đổi đời sống của giới nữ như giai đoạn sinh đẻ, tiền mãn kinh và mãn kinh. Các giai đoạn này làm thay đổi nồng độ oxytocin, serotonin và prolactin là nguyên nhân làm tăng tỷ lệ rối loạn lo âu lan toả.

Bảng 3.3. Số lần phát bệnh ở bệnh nhân trầm cảm

| Chỉ số thống kê Số lần tái phát | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------------|-----------------|--------------|
| Một lần | 11 | 17,74 |
| Hai lần | 16 | 25,81 |
| Ba lần | 21 | 33,87 |
| Bốn lần | 7 | 11,29 |
| Năm lần | 5 | 8,06 |
| > Sáu lần | 2 | 3,23 |

Bảng 3.3 cho thấy, hầu hết là các bệnh nhân rối loạn lo âu lan toả tái phát lần hai và lần ba chiếm tỷ lệ cao 59,68% và điều trị lần đầu tiên với tỉ lệ 17,74%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Kroenke K. (2007) khi cho rằng bệnh nhân rối loạn lo âu lan toả tái phát lần hai và lần ba chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 46,23% [3].

Bảng 3.4. Phân bố chuyên khoa đã khám ở bệnh nhân nghiên cứu

| Chỉ số thống kê Chuyên khoa khám | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------------|-----------------|--------------|
| Đa khoa | 7 | 11,29 |
| Đông y | 4 | 6,45 |
| Hô hấp | 2 | 3,23 |
| Nội tiết | 4 | 6,45 |
| Tiểu hóa | 2 | 3,23 |
| Tim mạch | 16 | 25,81 |
| Tâm thần | 27 | 43,54 |

Kết quả bảng 3.4 cho thấy tới 56,46% bệnh nhân khám không đúng chuyên ngành và chỉ có 43,54% các bệnh nhân đến đúng chuyên khoa tâm thần. Trong các chuyên ngành không phù hợp thì khám tim mạch là nhiều nhất với 25,81%; chuyên khoa đa khoa với 11,29%. Điều này có thể được giải thích bởi rối loạn lo âu lan tỏa không những đặc trưng bởi tình trạng lo âu quá mức mà còn kèm theo nhiều triệu chứng cơ thể. Theo Montgomery O. (2012), chỉ có khoảng 13,3% bệnh nhân đi khám vì triệu chứng lo âu còn lại hầu hết bệnh nhân đi khám vì các triệu chứng cơ thể khác nhau. Thêm vào đó sự nhận thức không đầy đủ về các bệnh lý Tâm thần cũng làm cho bệnh nhân không lựa chọn chuyên khoa khám bệnh đầu tiên là chuyên khoa Tâm thần [4].

Bảng 3.5. Đặc điểm các triệu chứng khởi phát của bệnh nhân

| Chỉ số thống kê TC khởi phát | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------------|-----------------|--------------|
| Hồi hộp | 59 | 95,16 |
| Bồn chồn | 53 | 85,48 |
| Ngủ kém | 43 | 69,35 |
| Căng thẳng | 27 | 43,54 |

Kết quả bảng 3.5 cho thấy các bệnh nhân thường có nhiều triệu chứng khởi phát. Các triệu chứng khởi phát thường gặp của bệnh nhân nghiên cứu là triệu chứng hồi hộp (95,16%) và bồn chồn (85,48%). Quá trình tăng hoạt động thần kinh thực vật, đặc biệt nồng độ serotonin giảm là nguyên nhân chính làm tăng hồi hộp và bồn chồn. Tiếp theo là các triệu chứng khởi phát khác thường gặp là ngủ kém (69,35%) và triệu chứng căng thẳng (43,54%). Sự phân bố các triệu chứng khởi phát đa dạng và không đồng đều cũng chính là kết quả nghiên cứu Trần Nguyễn Ngọc (2018) khi bệnh nhân đến khám với các triệu chứng cơ thể với triệu chứng cơ năng như hồi hộp và mất ngủ [5].

Bảng 3.6. Thời gian mang bệnh của bệnh nhân nghiên cứu

| Chỉ số thống kê Thời gian | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------|-----------------|--------------|
| < 12 tháng | 37 | 59,67 |
| 12-24 tháng | 16 | 25,81 |
| > 24 tháng | 9 | 14,52 |
| Trung bình | 15,38 ± 9,85 | |

Bảng 3.6 cho thấy thời điểm mang bệnh của bệnh nhân nghiên cứu dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (59,67%), tiếp đó là từ 12 tháng đến 24 tháng (25,81%) và trên 24 tháng chiếm tỷ lệ thấp nhất (14,52%). Thời gian mang bệnh ngắn nhất là 3 tháng và thời gian mang bệnh lâu nhất

là 51 tháng. Thời gian mang bệnh dần trải ở các tháng khác nhau do đặc điểm lâm sàng của rối loạn lo âu lan tỏa và sức khỏe tâm thần chưa được quan tâm đúng mức. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trần Nguyễn Ngọc (2018) khi thấy đa số bệnh nhân có thời gian mang bệnh là 20,04±20,84 tháng [5].

3.2.2. Đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu lan tỏa

Bảng 3.7. Chủ đề lo âu thường gặp ở bệnh nhân nghiên cứu

| Chỉ số thống kê Chủ đề lo âu | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------------|-----------------|--------------|
| Bệnh tật | 51 | 82,26 |
| Công việc | 46 | 74,19 |
| Gia đình | 41 | 66,13 |
| Kinh tế | 34 | 54,84 |
| Xã hội | 19 | 30,64 |

Các chủ đề lo âu của bệnh nhân là các chủ đề thường gặp trong cuộc sống hàng ngày, các chủ đề nhỏ nhặt, vụn vặt và luôn thay đổi theo hàng ngày và thay đổi theo từng tình huống. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các lo âu là chủ đề bệnh tật (82,26%), công việc (74,19%) và gia đình (66,13%). Ít gặp nhất là chủ đề về xã hội (30,64%). Tương tự với nghiên cứu của chúng tôi, một số nghiên cứu đã kiểm tra các chủ đề lo lắng ở bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa và cho biết các chủ đề lo âu thường gặp là gia đình, tài chính, công việc, bệnh tật và chủ đề nhỏ [6].

Bảng 3.8. Số chủ đề lo âu lan tỏa ở bệnh nhân nghiên cứu

| Chỉ số thống kê Số chủ đề lo âu | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------------|-----------------|--------------|
| Một chủ đề | 22 | 35,48 |
| Hai chủ đề | 45 | 72,58 |
| Ba chủ đề | 11 | 17,74 |
| Bốn chủ đề | 5 | 8,06 |

Kết quả nghiên cứu bảng 3.8 chỉ ra rằng có sự giao thoa và thay đổi chủ đề lo âu. Bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa thường lo lắng về nhiều chủ đề, ít khi khư trú vào một chủ đề nhất định. Thường gặp nhất là bệnh nhân có hai chủ đề lo âu (72,58%), tiếp đó đến một chủ đề lo âu và ba chủ đề lo âu (35,48% và 17,74%). Bệnh nhân có bốn chủ đề lo âu ít gặp nhất chiếm tỷ lệ 8,06%. Chủ đề lo âu từ hai chủ đề trở lên chiếm tỷ lệ lớn (98,38%) chính số chủ đề nhiều dẫn đến việc kiểm soát triệu chứng lâm sàng khó khăn cả bằng liệu pháp hóa dược cũng như liệu pháp tâm lý cho bác sĩ điều trị. Kết quả này tương đồng nghiên cứu của Crocq M.A. (2017) khi nhận định rằng số chủ đề của rối loạn lo âu

lan tỏa chủ yếu có từ hai chủ đề trở lên [6].

Bảng 3.9. Thời gian tồn tại lo âu lan tỏa của bệnh nhân nghiên cứu

| Chỉ số thống kê Thời gian tồn tại | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------------------|-----------------|--------------|
| > 10 phút | 14 | 22,58 |
| 10-20 phút | 25 | 40,32 |
| 21-30 | 17 | 27,42 |
| > 30 phút | 6 | 9,68 |
| Trung bình | 19,35 ± 11,26 | |

Nghiên cứu của chúng tôi thấy thời gian tồn tại của triệu chứng lo âu trung bình 19,35±11,26 phút. Trong đó thời gian tồn tại của triệu chứng lo âu từ 10-20 phút chiếm tỷ lệ cao nhất với 25 bệnh nhân chiếm 40,32% và thời gian tồn tại của triệu chứng lo âu trên 30 phút với 6 bệnh nhân chiếm 9,68%. Chính thời gian tồn tại của triệu chứng lo âu làm ảnh hưởng nặng nề về chất lượng cuộc sống và công việc của bệnh nhân. Tương tự nghiên cứu Gordon B.R. (2017) khi khẳng định thời gian tồn tại của lo âu lan tỏa trên 10 phút chiếm tỷ lệ cao nhất [7].

Bảng 3.10. Đặc điểm triệu chứng cơ thể của bệnh nhân nghiên cứu

| Chỉ số thống kê Triệu chứng | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) | P |
|--------------------------------|-----------------|--------------|--------|
| Hồi hộp | 51 | 82,26 | < 0,05 |
| Vã mồ hôi | 43 | 69,35 | |
| Khó thở | 34 | 54,84 | |
| Đau ngực | 25 | 40,32 | |
| Cơn nóng bừng, buốt lạnh | 21 | 33,87 | |
| Buồn nôn, nôn | 16 | 25,81 | |

Bảng 3.10 cho thấy, tần suất xuất hiện triệu chứng hồi hộp và vã mồ hôi cao hơn triệu chứng khó thở và đau ngực (82,26% và 69,35% so với 54,84% và 40,32%). Điều này thể hiện rõ biểu hiện của sự rối loạn các chất dẫn truyền thần kinh và rối loạn hệ thần kinh thực vật. Hơn nữa rối loạn thần kinh thực vật gây co, giãn mạch máu bất thường làm xuất hiện triệu chứng khó thở và đau ngực. Nhóm triệu chứng cơ thể chính là nguyên nhân để bệnh nhân khám bệnh ở khoa Tim mạch và khoa Thần kinh trước khi đến chuyên khoa Tâm thần. Tác giả Trần Nguyễn Ngọc (2018) cũng cho kết quả tương tự với trên 60% bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa có triệu chứng khó thở và đau ngực [5].

Bảng 3.11. Đặc điểm triệu chứng tâm thần của bệnh nhân nghiên cứu

| Chỉ số thống kê Triệu chứng | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) | P |
|--------------------------------|-----------------|--------------|-------|
| Triệu chứng Chóng mặt | 52 | 83,87 | <0,05 |
| Sợ mất | 35 | 56,45 | |

| tâm thần | kiềm chế | | |
|------------------------|---------------------|----|-------|
| | Sợ bị chết | 27 | 43,55 |
| Triệu chứng căng thẳng | Khó tập trung | 51 | 82,26 |
| | Bồn chồn | 47 | 75,81 |
| | Căng thẳng tâm thần | 34 | 54,84 |
| | Cấu kính dai dẳng | 21 | 33,87 |

Bảng 3.11 cho thấy đa số bệnh nhân có triệu chứng chóng mặt chiếm tỉ lệ 65,2%; triệu chứng này nguyên nhân do rối loạn nhịp thở dẫn đến rối loạn nồng độ CO₂ và O₂ trong máu. Trong đó bệnh nhân nữ thường biểu hiện chóng mặt nhiều hơn bệnh nhân nam. Triệu chứng tâm thần còn thể hiện ở sợ mất kiểm chế và sợ bị chết với tỷ lệ 56,45% và 43,55%. Ngoài ra triệu chứng khó tập trung (82,26%) và triệu chứng bồn chồn (75,81%) là 2 biểu hiện hay gặp trong nhóm triệu chứng căng thẳng. Chính hai nhóm triệu chứng tâm thần và triệu chứng căng thẳng làm cho biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân đa dạng và trầm trọng hơn [5].

Bảng 3.12. Đặc điểm mức độ lo âu theo HAM-A

| Chỉ số thống kê Mức độ | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) | P |
|---------------------------|-----------------|--------------|-------|
| Lo âu lan tỏa mức độ nhẹ | 13 | 20,97 | <0,05 |
| Lo âu lan tỏa mức độ vừa | 16 | 25,81 | |
| Lo âu lan tỏa mức độ nặng | 33 | 53,22 | |

Theo HAM-A, mức độ nặng chiếm tỉ lệ cao 53,22%. Tiếp đến là mức độ vừa với tỉ lệ 25,81%. Ít gặp nhất là mức độ nhẹ với 20,97%. Kết quả này phản ánh một thực tế hầu bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa đến khám và điều trị khi tình trạng bệnh ở mức độ nặng (do vấn đề kinh tế, công việc khiến bệnh nhân không đủ điều kiện). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Srivastava S. (2020) khi thấy ở bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa thì tỷ lệ bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa mức độ nặng với thang điểm HAM-A chiếm tỷ lệ cao nhất [8].

IV. KẾT LUẬN

Bệnh nhân từ 21-50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất: 75,81% và phổ biến ở nữ giới với 66,13%. Hầu hết các bệnh nhân tái phát lần hai chiếm tỷ lệ cao 59,68% và có tới 56,46% bệnh nhân khám không đúng chuyên ngành. Các triệu chứng khởi phát thường gặp của bệnh nhân là triệu chứng hồi hộp (95,16%) và thời gian mang bệnh là 15,38 ± 9,85 tháng.

Phần lớn chủ đề lo âu về bệnh tật (82,26%),

có hai chủ đề lo âu đồng thời (72,58%) và thời gian tồn tại của triệu chứng trung bình $19,35 \pm 11,26$ phút. Tần suất xuất hiện triệu chứng hồi hộp (82,26%); chóng mặt (65,2%). Ngoài ra triệu chứng tâm thần thường gặp nhất là triệu chứng chóng mặt (83,87%) và điểm HAM-A cho nặng chiếm tỉ lệ cao nhất với 53,22%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Strawn J.R., Geraciotti L., Rajdev N. et al. (2018)**, "Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder in adults and pediatric patients: An evidence-based treatment review", *Expert Opin Pharmacother*; 19(10): 1057-1070.
2. **Gonçalves D.C., Pachana N.A. and Byrne G.J. (2011)**, Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder among older adults in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being", *Psychological Medicine*; 32, 649-659.
3. **Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B. et al. (2007)**, "Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection",

Annals of Internal Medicine; 146, 317-325.

4. **Montgomery O., Follen M. and Urdaneta-Hartmann S. (2012)**, "The 2010 annual sex and gender research forum at Drexel University and Drexel University College of Medicine: An Institute for Women's Health and Leadership Initiative. Introduction", *Gend Med*; 9(1 Suppl): 1-6.
5. **Trần Nguyễn Ngọc (2018)**, "Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn lo âu lan tỏa bằng liệu pháp thư giãn-luyện tập", Luận án tiến sĩ; Đại học y Hà Nội.
6. **Crocq M.A. (2017)**, "The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category", *Dialogues Clin Neurosci*; 19(2): 107-116.
7. **Gordon B.R., McDowell C.P., Lyons M. et al. (2017)**, "The effects of resistance exercise training on anxiety: A meta-analysis and meta-regression analysis of randomized controlled trials", *Sports Med*; 47(12): 2521-2532.
8. **Srivastava S., Menon V., Kayal S. et al. (2020)**, "Level of anxiety and depression and its clinical and sociodemographic determinants among the parents of children with cancer undergoing chemotherapy", *J Neurosci Rural Pract*; 11(4): 530-537.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG SINH NON Ở THAI PHỤ CÓ ĐỘ DÀI CỔ TỬ CUNG NGẮN BẰNG PROGESTERONE ĐƯỜNG ÂM ĐẠO

Vũ Bá Quyết*, Nguyễn Xuân Hợi*, Phan Thị Thu Nga*, Nguyễn Thị Huyền Linh*, Hoàng Phương Ly*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị dự phòng sinh non ở thai phụ có cổ tử cung (CTC) ngắn bằng Progesterone đường âm đạo. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp không đối chứng. 65 thai phụ tuần thai từ 19 tuần – 23 tuần 6 ngày đến khám thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương được siêu âm đường âm đạo xác định có độ dài cổ tử cung ≤ 25 mm và phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Các thai phụ được điều trị dự phòng bằng đặt 1 viên Utrogestan âm đạo vào buổi tối liên tục từ khi thu nhận đến khi thai hết 36 tuần. **Kết quả nghiên cứu:** tỷ lệ đẻ non <28 tuần chiếm 6,1%; dưới 34 tuần 12,3%, dưới 35 tuần 16,9% và dưới 37 tuần 33,8%. Số thai phụ không đẻ non (≥ 37 tuần) là: 66,2%. Tình trạng trẻ sau sinh: 12,3% trẻ tử vong, 87,7% trẻ sống khỏe mạnh; 81,5% trẻ có cân nặng ≥ 2.500 gram và 18,5% trẻ có cân nặng < 2.500 gram. **Kết luận:** Điều trị dự phòng progesterone cho phụ nữ mang thai có CTC ngắn có hiệu quả giảm tỷ lệ sinh non.

Từ khóa: đẻ non, độ dài cổ tử cung, Progesterone.

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFICACY OF PROPHYLACTIC TREATMENT OF PRETERM BIRTH IN PREGNANT WOMEN WITH A SHORT CERVIX WITH VAGINAL PROGESTERONE

Objective: To evaluate the efficacy of prophylactic treatment of preterm birth in pregnant women with a short cervix with vaginal progesterone. **Subjects and research methods:** A non-controlled intervention study involved 65 pregnancies at 19 - 23 weeks and 6 days gestation at the National Hospital Obstetrics and Gynecology are determined by vaginal ultrasound to have a length of the cervix ≤ 25 mm and met the inclusive and exclusive criteria. Pregnant women received prophylactic treatment with 1 tablet vaginal Utrogestan in the evening continuously from enrollment to the end of the 36-week pregnancy. **Research results:** the rate of preterm birth <28 weeks accounted for 6.1%; less than 34 weeks 12.3%, less than 35 weeks 16.9% and under 37 weeks 33.8%. The number of pregnant women who did not give birth prematurely (≥ 37 weeks) was: 66.2%. Postpartum status: 12.3% of children die, 87.7% of children live healthy; 81.5% of children were $\geq 2,500$ grams and 18.5% were <2,500 grams. **Conclusion:** Progesterone prophylaxis for pregnant women with a short cervix is effective in reducing the rate of preterm birth.

Keywords: preterm birth, cervical length, Progesterone.

*Bệnh viện Phụ Sản Trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Bá Quyết
Email: Quyetsvb2000@yahoo.com
Ngày nhận bài: 25.01.2021
Ngày phản biện khoa học: 22.3.2021
Ngày duyệt bài: 30.3.2021