

hoàn toàn chính xác kết quả của can thiệp tầng ĐM chậu. Sự ảnh hưởng huyết động học do tổn thương tầng dưới ĐM chậu tạo nên sự rối loạn dòng chảy tầng ĐM chậu, về lâu dài dẫn đến hẹp hoặc tắc nghẽn tầng ĐM chậu.

Hơn nữa, trong giai đoạn trung hạn, các yếu tố khác cũng góp phần làm kết quả trung hạn xấu đi như rối loạn mỡ máu, hút thuốc lá, đái tháo đường [9]. Trong nghiên cứu chúng tôi, bệnh nhân được kiểm tra siêu âm, đo ABI, có thể phối hợp chụp CTA khi tái khám mỗi tháng. Tất cả cũng nhằm đánh giá mức độ tái thông tầng ĐM chậu sau can thiệp cũng như tưới máu tầng dưới ĐM chậu kèm theo. Bên cạnh đó, bệnh nhân cũng được xét nghiệm máu, siêu âm tim, siêu âm mạch máu cảnh khi cần thiết để đánh giá các yếu tố nguy cơ và bệnh phối hợp của bệnh nhân. Toa thuốc chúng tôi luôn có thuốc điều trị tắc động mạch, thuốc kháng tiểu cầu, có thể kèm mỡ máu và thuốc chống loét dạ dày. Nếu có các bệnh lý về tim, về nội tiết hoặc các chuyên khoa khác chúng tôi luôn cho bệnh nhân đi khám chuyên khoa và dặn bệnh nhân uống thuốc phối hợp giữa các chuyên khoa chu đáo.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp đặt giá đỡ nội mạch đơn thuần đã thành công khi tái tưới máu chi dưới đạt kết quả cao, với tỷ lệ thành công về kỹ thuật và trung hạn chiếm lần lượt 96,6% và 90,1% mẫu nghiên cứu. Kết quả bước đầu đem lại khả quan về hướng can thiệp đơn thuần bằng phương pháp đặt giá đỡ nội mạch với những tổn thương chủ yếu là TASC II A,B.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Taylor M Spence, John W. York (2010), "Lower Extremity Arterial Disease: Decision Making and Medical Treatment", Rutherford's Vascular Surgery, 7 ed., 2, Chap 104, pp.1593 - 1612.
2. Nguyễn Lâm Việt, Phạm Việt Tuấn, Phạm Mạnh Hùng (2010), "Nghiên cứu mô hình bệnh tật ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện Tim mạch Việt nam trong thời gian 2003-2007". Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, số 52, tr. 11-17.
3. Rutherford RB, Baker JD, Ernst C, Johnston KW, Porter JM, Ahn S, Jones DN (1997), "Recommended standards for reports dealing with lower extremity ischemia: revised version". J Vasc Surg, 26, pp.517-538.
4. Hirsch AT C. M., Treat-Jacobson D, Regensteiner J, Creager M, Olin J, et al. (2001), "The PARTNERS program: A national survey of peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment", Vol 286(11), pp.1317-1324.
5. Jakobs TF W. B., Becker CR (2004), "MDCT-imaging of peripheral arterial disease", Semin Ultrasound CT MR 2004, Vol 25(2), pp.145-155.
6. Klein WM, van der Graaf Y, Seegers J, Spithoven JH, Buskens E, van Baal JG, Buth J, Moll FL, Overtom TT, van Sambeek MR, Mali WP (2006), "Dutch Iliac Stent Trial: long-term results in patients randomized for primary or selective stent placement", Radiology, 238: 734-744.
7. AbuRahma AF, Hayes JD, Flaherty SK, Peery W. (2007), "Primary iliac stenting versus transluminal angioplasty with selective stenting". J Vasc Surg. ;46(5):pp.965-970.
8. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, et al. (2007), "TASC II, Working Group. Inter-society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II)". Eur J Vasc Endovasc Surg; 33 Suppl 1: S1-75.
9. Kudo T, Chandra FA, Ahn SS (2005) "Long-term outcomes and predictors of iliac angioplasty with selective stenting", J Vasc Surg, 42(3): pp.466-75.

THẤU HIỂU BẢN THÂN Ở NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT THỂ PARANOID

Trần Thị Thu Hà*, Nguyễn Văn Tuấn*, Nguyễn Hoàng Yến*,
Đoàn Thị Huệ*, Nguyễn Mạnh Hùng*

TÓM TẮT

Thấu hiểu bản thân là một trong những triệu chứng phổ biến của tâm thần phân liệt. Thấu hiểu bản thân là một khái niệm đa chiều phức tạp, gồm có khả năng nhận thức về bản chất của bệnh, các triệu chứng của bệnh, nguồn gốc của bệnh, sự cần thiết điều trị và

các hậu quả xã hội của chúng. Hiện nay ở Việt Nam chưa có nghiên cứu về vấn đề này, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu "đặc điểm lâm sàng thấu hiểu bản thân ở người bệnh tâm thần phân liệt thể Paranoid" với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng thấu hiểu bản thân ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể Paranoid". Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 69 người bệnh tâm thần phân liệt thể Paranoid điều trị nội trú tại Viện sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2020 - 4/2021. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu là nữ chiếm 52,2%, tuổi trung bình 31,81±11,877. Điểm thấu hiểu bản thân trên thang SAI-E là 13,25 ± 5,779, điểm ba thành phần thấu hiểu bản thân: thấu hiểu rối loạn tâm

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thu Hà

Email: Tran_thuha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 3.9.2021

Ngày duyệt bài: 10.9.2021

thần (SAI-EF1) $5,17 \pm 2,985$, thấu hiểu nguồn gốc triệu chứng tâm thần (SAI-EF2) là $7,38 \pm 3,710$, thấu hiểu nhu cầu điều trị (SAI-EF3) là $13,25 \pm 5,779$. Không ghi nhận mối tương quan giữa triệu chứng dương tính và thấu hiểu bản thân. Mối tương quan nghịch giữa điểm thấu hiểu bản thân thang SAI-E với triệu chứng âm tính, triệu chứng tâm bệnh học chung với $p < 0,05$.

SUMMARY

INSIGHT IN PARANOID SCHIZOPHRENIA

Insight is one of the most common phenomenon among patients with schizophrenia. Insight is a complex multidimensional concept that includes awareness of mental disorder, understanding of the social consequences of disorder, awareness of the need for treatment, awareness of specific signs and symptoms of disorder and the attribution of symptoms to disorder. There are many studies on insight in schizophrenia in the world, but there is no research on this issue in Vietnam. Therefore, we carried out a study on "clinical characteristics of insight among patients with paranoid schizophrenia" with the aim: "Describe clinical characteristics of insight among patients with Paranoid schizophrenia". Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study of 69 patients with Paranoid schizophrenia undergoing inpatient treatment at the Mental Health Institute, Bach Mai Hospital from August 2020 to April 2021. **Results:** Female subjects accounted for 52.2%, the average age was $31.81 \pm 11,877$. insight score on the SAI-E scale is 13.25 ± 5.779 , the three-component of insight score SAI-EF1 (awareness of mental disorder) 5.17 ± 2.985 , SAI-EF2 (the attribution of symptoms to disorder) is $7.38 \pm 3,710$, SAI-EF3 (awareness of the need for treatment) is 13.25 ± 5.779 . No correlation between insight and positive symptoms was recorded. Negative correlation between insight with negative symptoms, general psychopathological symptoms with $p < 0.05$.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt là một rối loạn tâm thần nghiêm trọng, khá phổ biến ở các nước trên thế giới với tỷ lệ khoảng 0,3-0,5% dân số. Thấu hiểu bản thân là một khái niệm có quan hệ mật thiết với các bệnh lý tâm thần và được công nhận là một khái niệm đa chiều phức tạp, gồm có khả năng nhận thức về bản chất của bệnh, các triệu chứng của bệnh, nguồn gốc của bệnh, sự cần thiết điều trị và các hậu quả xã hội của chúng¹. Theo Lincoln 2006, 30-50% bệnh nhân tâm thần phân liệt thiếu sự thấu hiểu bản thân, đồng nghĩa với việc họ không thể hiểu được bệnh lý của họ cũng như sự cần thiết điều trị². Thiếu sự thấu hiểu bản thân được tin rằng góp phần ảnh hưởng đến việc bất tuân trị, tăng nguy cơ tái phát, tăng khả năng nhập viện, suy giảm chức năng tâm thần Hiện nay chưa có nghiên cứu về thấu hiểu bản thân ở bệnh nhân tâm thần phân

liệt tại Việt Nam. Vì vậy, để góp phần làm rõ đặc điểm của thấu hiểu bản thân ở bệnh nhân tâm thần phân liệt tại Việt Nam, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu đề tài: "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng thấu hiểu bản thân ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể Paranoid*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu: 69 bệnh nhân được chẩn đoán là TTPL thể Paranoid theo bảng phân loại hệ thống bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD 10) của Tổ chức Y tế thế giới. Các bệnh nhân tâm thần phân liệt điều trị nội trú tại Viện sức khỏe Tâm thần, bệnh viện Bạch Mai

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có các biến chứng mạn tính nặng hoặc các bệnh cơ thể nặng kèm theo làm hạn chế khả năng giao tiếp của người bệnh

Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang, Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính tỷ lệ trong một quần thể

Phân tích, xử lý số liệu: Các số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học và triệu chứng tâm thần phân liệt nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu xã hội

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình ($\bar{x} \pm SD$)		31,81± 11,877	
Giới	Nữ	36	52,2
	Nam	33	47,8
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	8	11,6
	THCS	19	27,5
	THPT	22	31,9
Nơi cư trú	Đại học và sau đại học	20	29,0
	Nông thôn, miền núi	50	65,2
	Thành phố	24	34,8
Tuổi khởi phát trung bình ($\bar{x} \pm SD$)		23,84 ± 8,879	
Thời gian mắc bệnh trung bình ($\bar{x} \pm SD$)		78,04 ± 86,123	

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $31,81 \pm 11,877$. Nghiên cứu có 52,2% bệnh nhân là nữ, 47,8% là nam giới. Về trình độ học vấn, trình độ tiểu học trở xuống chiếm tỉ lệ thấp nhất (11,6%), trung học phổ thông cao nhất 31,9%. Trong nghiên cứu có

34,8% bệnh nhân TTPL sống ở thành thị, 65,2% bệnh nhân sống tại nông thôn, miền núi. Nghiên cứu báo cáo tuổi khởi phát trung bình là 23,84 ± 8,879. Thời gian mắc bệnh trung bình là 78,04±86,123 tháng (khoảng 6,4 năm).

Bảng 2: Đặc điểm triệu chứng tâm thần phân liệt trên thang PANSS

Thang điểm		Trung bình ($\bar{x} \pm SD$)
PANSS-P	PANSS dương tính	21,77 ± 7,733
PANSS-N	PANSS âm tính	19,33 ± 8,721
PANSS-G	PANSS tâm bệnh học chung	38,58 ± 9,569

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm số 3 nhóm nhỏ của thang PANSS (PANSS dương tính, PANSS âm tính và PANSS tâm bệnh học chung) có điểm trung bình tương ứng là 21,77 ± 7,733; 19,33 ± 8,721; 38,58 ± 9,569

3.2. Đặc điểm thấu hiểu bản thân nhóm nghiên cứu

Bảng 3: Đặc điểm thấu hiểu bản thân trên thang SAI-E

Triệu chứng	$\bar{x} \pm SD$
Thấu hiểu về rối loạn tâm thần (SAI-EF1)	5,17 ± 2,985
Thấu hiểu về nguồn gốc rối loạn tâm thần (SAI-EF2)	7,38 ± 3,710
Thấu hiểu nhu cầu điều trị (SAI-EF3)	2,26 ± 1,763
Thấu hiểu bản thân chung (SAI-E)	13,25 ± 5,779

Nhận xét: nghiên cứu của chúng tôi báo cáo điểm trung bình thang SAI-E về ba khía cạnh của thấu hiểu bản thân: thấu hiểu về dấu hiệu và triệu chứng tâm thần là 5,17 ± 2,985, thấu hiểu về nguồn gốc rối loạn tâm thần là 7,38 ± 3,710, thấu hiểu nhu cầu điều trị 2,26 ± 1,763 và tổng điểm trung bình của thang SAI-E 13,25 ± 5,779

Bảng 4: Tương quan điểm trung bình thang SAI-E với triệu chứng dương tính, âm tính, tâm bệnh học chung trên thang PANSS

	Điểm số SAI-E Hệ số tương quan	p
PANSS P	-0,181	0,136
PANSS N	-0,238	0,049
PANSS G	-0,387	0,001

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy không có mối tương quan giữa điểm thấu hiểu bản thân chung SAI-E với triệu chứng dương tính, nhưng có mối tương quan nghịch với triệu chứng âm tính ($r = -0,238$) và triệu chứng tâm bệnh học chung ($r = -0,387$) với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân khẩu học và triệu chứng tâm thần phân liệt nhóm nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 31,81 ± 11,877, Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Kim về thấu hiểu bản thân ở bệnh nhân tâm thần phân liệt: 35.0 ± 8.2³. Tỷ lệ nữ /nam là 1,09/1. 31,9% có trình độ trung học phổ thông chiếm tỷ lệ cao nhất. 65,2% bệnh nhân sống tại nông thôn, miền núi. Tuổi khởi phát bệnh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 23,83±8,879, tương đồng với Mintz: 23,9± 5,4⁴. Thời gian mắc bệnh trung bình là 78,04±86,123 tháng (khoảng 6,4 năm).

Điểm trung bình thang PANSS dương tính là 21,77 ± 7,733 và thang PANSS âm tính là 19,33 ± 8,721, thang PANSS tâm bệnh học chung là 38,58 ± 9,569. Kết quả này tương ứng với các nghiên cứu trước đây: Tariku nghiên cứu 445 người bệnh tâm thần phân liệt có điểm trung bình thang PANSS dương tính là 22,67 ± 6,12, điểm trung bình thang PANSS âm tính là 22,36 ± 3,69, thang tâm bệnh học chung là 27,42 ± 10,45⁵.

4.2. Đặc điểm thấu hiểu bản thân nhóm nghiên cứu.

Đặc điểm thấu hiểu bản thân trên thang SAI-E. Trong nghiên cứu điểm trung bình thang SAI-E là 13,25 ± 5,779, ba khía cạnh của thấu hiểu bản thân: thấu hiểu về triệu chứng tâm thần 5,17 ± 2,985, thấu hiểu về nguồn gốc rối loạn tâm thần 7,38 ± 3,710, thấu hiểu nhu cầu điều trị 2,26 ± 1,763. Lisette van der Meer có điểm trung bình SAI-E là 13,0 ± 5,7, ba khía cạnh thấu hiểu bản thân tương ứng là 8,2 ± 3,5; 3,3, ± 2,0 và 1,5 ± 1,5⁶.

Mối liên quan giữa thấu hiểu bản thân SAI-E với triệu chứng tâm thần phân liệt trên thang PANSS. Nghiên cứu không chỉ ra mối tương quan giữa thấu hiểu bản thân trên thang SAI-E với triệu chứng dương tính theo thang PANSS với $p = 0,136$. Kết quả của chúng tôi khác biệt so với một số nghiên cứu khác: Mintz tiến hành nghiên cứu gộp 22 nghiên cứu với 1616 người bệnh tâm thần phân liệt cho thấy mối tương quan nghịch: triệu chứng dương tính càng tăng thì thấu hiểu bản thân càng giảm với $p < 0,001$ ⁴. Sự khác biệt này có thể giải thích liên quan đến quá trình chọn mẫu, lựa chọn công cụ nghiên cứu, mức độ nghiêm trọng của triệu chứng khác nhau.

Chúng tôi ghi nhận mối tương quan nghịch giữa các triệu chứng âm tính của tâm thần phân liệt theo thang PANSS với sự thấu hiểu bản thân qua thang SAI- E với $r = -0,238$, $p < 0,05$. Điều

này nghĩa là các triệu chứng âm tính càng nhiều, mức độ càng nặng thì sự thấu hiểu bản thân càng ít và kém. Ngay từ năm 1998, tác giả Cuesta và các cộng sự nghiên cứu cũng cho thấy kết quả tương tự như của chúng tôi.

Nghiên cứu nhận thấy có mối liên quan nghịch giữa sự thấu hiểu bản thân trên thang SAI-E và mức độ nặng của các triệu chứng tâm bệnh học chung PANSS G ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với đa số các nghiên cứu trên thế giới, như tác giả Pierre và CS năm 2013 đã nghiên cứu trên 531 bệnh nhân thấy rằng sự thấu hiểu và triệu chứng tâm bệnh học có liên quan mật thiết với nhau với $p < 0,01$. Ông đề xuất suy giảm khả năng thấu hiểu được xem như một giá trị tiên đoán cho các kết quả và đáp ứng điều trị kém ở bệnh nhân tâm thần phân liệt, bởi vì kém thấu hiểu bản thân ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và làm tăng nguy cơ tái phát và tái nhập viện⁷.

V. KẾT LUẬN

Thấu hiểu bản thân là triệu chứng thường gặp trong bệnh cảnh tâm thần phân liệt thể Paranoid. Điểm số chung trên thang đánh giá thấu hiểu bản thân SAI-E là $13,25 \pm 5,779$. Thấu hiểu bản thân không có mối liên quan với triệu chứng dương tính, tuy nhiên có mối liên quan

ngược với triệu chứng âm tính và tâm bệnh học chung trên thang PANSS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anthony S. David, Xavier F. Amador.** Insight and Psychosis. second. Oxford University Press; 1998.
2. **Lincoln TM, Lullmann E, Rief W.** Correlates and Long-Term Consequences of Poor Insight in Patients With Schizophrenia. A Systematic Review. Schizophrenia Bulletin. 2006;33(6):1324-1342. doi:10.1093/schbul/sbm002
3. **Kim C-H, Jayathilake K, Meltzer HY.** Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. Schizophrenia Research. 2003;60(1):71-80. doi:10.1016/S0920-9964(02)00310-9
4. **Mintz AR, Dobson KS, Romney DM.** Insight in schizophrenia: a meta-analysis. Schizophrenia Research. 2003;61(1):75-88. doi:10.1016/S0920-9964(02)00316-X
5. **Tariku M, Demilew D, Fanta T, Mekonnen M, Abebaw Angaw D.** Insight and Associated Factors among Patients with Schizophrenia in Mental Specialized Hospital, Ethiopia, 2018. Psychiatry J. 2019;2019:2453862. doi:10.1155/2019/2453862
6. **van der Meer L, de Vos AE, Stiekema APM, et al.** Insight in Schizophrenia: Involvement of Self-Reflection Networks? Schizophrenia Bulletin. 2013;39(6):1288-1295. doi:10.1093/schbul/sbs122
7. **Michel P, Baumstarck K, Auquier P, et al.** Psychometric properties of the abbreviated version of the Scale to Assess Unawareness in Mental Disorder in schizophrenia. BMC Psychiatry. 2013;13(1):229. doi:10.1186/1471-244X-13-229

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM HÌNH THỂ LỖ HOÀNG ĐIỂM CHẤN THƯƠNG VỚI KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ

Nguyễn Minh Thi¹, Thẩm Trương Khánh Vân², Nguyễn Thái Đạt²

TÓM TẮT

Lỗ hoàng điểm sau chấn thương đụng dập nhãn cầu là một bệnh lý nặng gây tổn hại thị giác trầm trọng. Phẫu thuật cắt dịch kính, bóc màng ngăn trong và bơm khí nở nội nhãn mang lại kết quả khả quan làm đóng lỗ hoàng điểm và cải thiện thị lực. Mục tiêu nghiên cứu nhằm đánh giá một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị. Chúng tôi tiến hành phẫu thuật cho 61 mắt lỗ hoàng điểm do chấn thương. Kết quả có 57,4% các mắt có thị lực tăng từ 2 dòng trở lên, lỗ hoàng điểm đóng trong 80,3 % các mắt ở thời điểm 12 tháng sau mổ. Nang bờ lỗ hoàng điểm liên quan đến mức cải thiện thị lực sau mổ tốt hơn. Những lỗ

hoàng điểm không có dịch dưới bờ lỗ cho khả năng đóng lỗ hoàng điểm tốt hơn. Kích thước đỉnh lỗ hoàng điểm nhỏ có liên quan đến khả năng đóng lỗ hoàng điểm tít 1.

Từ khóa: Lỗ hoàng điểm, chấn thương đụng dập nhãn cầu

SUMMARY

RESEARCH ON THE RELATIONSHIP BETWEEN THE CHARACTERISTICS OF TRAUMATIC MACULAR HOLE AND SURGICAL RESULTS

Traumatic macular hole is a serious disease that causes visual damage. Vitrectomy, internal limiting membrane peeling and intraocular air tamponade have good results in hole closure and visual acuity improvement. The purpose of the study is to evaluate factors related to treatment outcomes. We performed surgery for 61 eyes with traumatic macular hole. As a result, 57.4% of eyes have visual acuity increased by 2 lines or more, macular hole closed in 80.3% of eyes at 12 months after surgery. Macular hole cysts are associated with better postoperative visual acuity.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Thi

Email: Nguyenminhthi.vnio@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2021

Ngày duyệt bài: 14.9.2021