

- Heart J. 2015;36(20):1223-1230.
 8. **Garry BP, Bivens HE.** The Seldinger technique. J Cardiothorac Anesth. 1988;2(3):403.
 9. **Akyurekli Y, Taichman GC, Keon WJ.** Effectiveness of intra-aortic balloon

- counterpulsation on systolic unloading. Can J Surg J Can Chir. 1980;23(2):122-126.
 10. **Trần Duy Anh, Nguyễn Thị Quý.** Tổng quan về bóng đối xung nội động mạch chủ. Y học thực hành (835-836). 2012.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NGHIỆN RƯỢU MẠN TÍNH

Nguyễn Đình Khanh¹, Đinh Việt Hùng¹,
 Nguyễn Văn Linh¹, Huỳnh Ngọc Lăng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân nghiện rượu mạn tính. **Phương pháp nghiên cứu:** Phân tích về đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị trên 45 bệnh nhân nghiện rượu được điều trị tại Khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103. **Kết quả:** Thời gian nghiện rượu trung bình 14,81 ± 5,85 năm với lượng rượu uống trung bình 1024,45 ± 126,74 ml rượu và mức nghiện rượu nặng chiếm 68,89%. Các triệu chứng của nghiện rượu: ảo thị giác (84,44%), hoang tưởng ghen tuông (64,44%), cảm xúc hưng phấn: 57,78%. 100% bệnh nhân được điều trị bằng thuốc bình thần và vitamin B1 với 100% và 86,67% bệnh nhân tuyên giảm hoàn toàn sau 3 tuần điều trị. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính rất đa dạng và phong phú.

Từ khóa: Nghiện rượu mạn tính

SUMMARY

STUDY CLINICAL FEATURES AND TREATMENT OUTCOMES OF PATIENTS WITH CHRONIC ALCOHOL ABUSE

Objective: To examine clinical features and treatment outcomes of patients with chronic alcohol abuse. **Method:** Analyse clinical features and treatment outcomes of 45 patients with alcohol abuse who received inpatient treatment in the Psychiatric Department, 103 Military Medical Hospital. **Results:** The average duration of alcohol abuse was 14.81 ± 5.85 years, average amount of alcohol consumed was 1024.45 ± 126.74 ml and heavy alcoholism was 68.89%. The symptoms of alcohol abuse: visual illusion (84.44%), jealousy delusion (64.44%), emotional excitement (57.78%). 100% patients were treated by benzodiazepin and vitamin B1 and 86.67% of patients recovered completely after 3 weeks. **Conclusion:** Clinical features of patients with chronic alcohol abuse are varied and abundant.

Keywords: Chronic alcohol abuse.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiện rượu là một tệ nạn xã hội có từ lâu đời và rất phổ biến trên thế giới chiếm 8-10% dân số. Trên thế giới có khoảng có 237 triệu đàn ông và 46 triệu phụ nữ nghiện rượu và tỷ lệ nghiện rượu cao nhất ở khu vực Châu Âu (14,8%) và khu vực Châu Mỹ (11,5%). Hơn 3 triệu người đã chết do uống rượu, bia trong năm 2016, tương ứng cứ 20 người tử vong thì có 1 người tử vong vì tác hại của rượu, bia. Hơn 3/4 số tử vong này là nam giới. Sử dụng rượu, bia ở mức có hại đã gây ra hơn 5% gánh nặng bệnh tật trên toàn cầu.

Theo thống kê, năm 2017, sản lượng bia tiêu thụ ở Việt Nam là 4,006 tỷ lít. Con số này đã gần đạt mục tiêu đạt 4,1 tỷ lít bia vào năm 2020, ước tính mỗi người dân Việt Nam uống gần 43 lít bia/năm. Mức tiêu thụ rượu, bia ở Việt Nam hiện xếp thứ hai các nước Đông - Nam Á, xếp thứ 10 châu Á và thứ 29 thế giới. Hiện nay, đã có một số công trình nghiên cứu về nghiện rượu. Để góp phần vào việc nghiên cứu, điều trị tấn công và điều trị củng cố bệnh nhân nghiện rượu mạn tính, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hiệu quả điều trị ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bốn lăm bệnh nhân được chẩn đoán là nghiện rượu mạn tính theo ICD-10 (1992), được điều trị nội trú tại Bộ môn-Khoa tâm thần, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y từ tháng 2/2021 đến tháng 3/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Bệnh nhân được phân tích đặc điểm nghiện rượu mạn tính qua bệnh án nghiên cứu và được đánh giá trong ngày đầu bệnh nhân vào viện. Việc đánh giá được tiến hành độc lập bởi ba bác sĩ chuyên khoa tâm thần khác nhau và thang AUDIT (alcohol use disorders identification test). Xác định mức độ sử dụng rượu bia dựa trên bộ công

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Việt Hùng

Email: bshunga6@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

cụ AUDIT (The Alcohol Disorders Identification Test - Bộ công cụ xác định rối loạn do sử dụng rượu). Điểm AUDIT 0 – 7 điểm: Không sử dụng rượu bia/Sử dụng ở mức không có hại. AUDIT 8 – 15 điểm: Sử dụng rượu bia mức có hại. AUDIT 16 – 19 điểm: Lạm dụng rượu bia. AUDIT 20 – 40 điểm: Nghiện rượu bia.

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

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 3.1. Đặc điểm nhóm tuổi ở bệnh nhân nghiện rượu

Chỉ số thống kê Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 30	4	8,89
31-39	6	13,33
40-49	13	28,89
50-59	17	37,78
> 60	5	11,11
Tuổi trung bình	48,26 ± 9,73	

Tuổi trung bình nhóm nghiện rượu là 48,26 ± 9,73 tuổi, trong đó nhóm tuổi 40 đến 60 chiếm tỷ lệ chủ yếu 66,67%. Điều này là phù hợp vì bệnh nhân chỉ được coi là nghiện rượu khi có thời gian uống rượu liên tục ít nhất 10 năm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Phạm Quang Lịch khi cho rằng đa số bệnh nhân nghiện rượu thuộc nhóm người trên 40 tuổi [1].

Bảng 3.2. Đặc điểm thời gian uống rượu ở bệnh nhân nghiện rượu

Chỉ số thống kê Thời gian	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 10	5	11,11
10-15	22	48,89
16-20	15	33,33
> 20	3	6,67
Thời gian trung bình	14,81 ± 5,85	

Thời gian nghiện rượu trung bình 14,81 ± 5,85 năm, trong đó nhóm nghiện rượu 10 - 15 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 48,89%. Như vậy là nhóm bệnh nhân nghiện rượu của chúng tôi mức độ nghiện rượu trầm trọng hơn các nghiên cứu trước đây, bởi nghiên cứu được thực hiện ở nhóm bệnh nhân nội trú, nên số lượng rượu và thời gian uống rượu dài hơn. Nguyễn Văn Tuấn (2014) cho rằng nhóm bệnh nhân có thời gian uống rượu nhóm < 5 năm thấp nhất 2,5% và thời gian nghiện rượu trung bình 14,78 ± 7,96 [2].

Bảng 3.3. Đặc điểm số lượng rượu uống ở

bệnh nhân nghiện rượu

Chỉ số thống kê Số lượng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 500	3	6,67
500-1000	21	46,68
1100-1500	16	35,56
> 1500	4	8,89
Số lượng trung bình	1024,45 ± 126,74	

Lượng rượu uống ở bệnh nhân nghiện rượu có mức độ dao động khác nhau, nhưng đa số bệnh nhân uống từ 350-1000ml rượu 40 độ cồn mỗi ngày. Nghiên cứu của chúng tôi thấy có 24 bệnh nhân với 53,35% uống trong phạm vi này và có tới 8,89% bệnh nhân uống với số lượng rượu trên 1500ml rượu 40 độ cồn. Lượng rượu uống trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 1024,45 ± 126,74ml rượu. Sự tương đồng giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả trên bắt nguồn từ việc lựa chọn bệnh nhân nghiện rượu. Chúng tôi loại trừ các bệnh nhân có tiền sử sảng rượu và các bệnh nhân lạm dụng rượu [3].

Bảng 3.4. Đặc điểm mức độ nghiện rượu theo thang AUDIT ở bệnh nhân nghiện rượu

Chỉ số thống kê Mức độ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vừa	14	31,11
Nặng	31	68,89

Theo thang điểm AUDIT thì bệnh nhân nghiện rượu mức độ nặng chiếm tỷ lệ chủ yếu trong nhóm nghiện rượu, với tỷ lệ 68,89% và bệnh nhân nghiện rượu mức độ vừa chiếm tỷ lệ 31,11%. Bệnh nhân của chúng tôi sử dụng lượng rượu nhiều nhiều năm, khi nhập viện trong điều kiện có các bệnh nội khoa, ngoại khoa kèm theo làm cho quá trình bệnh lý nặng nề hơn. Điểm AUDIT từ 30-35 với 14 bệnh nhân, còn điểm AUDIT từ 36-40 với 31 bệnh nhân. Cao Tiến Đức (2016) tổng hợp một số nghiên cứu cho thấy trong nhóm các bệnh nhân sử dụng rượu thường xuyên, nghiện rượu mức độ nặng chiếm 27%, mức độ vừa 12% [4].

Bảng 3.5. Đặc điểm rối thần kinh thực vật ở bệnh nhân nghiện rượu

Chỉ số thống kê Mức độ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mất ngủ	43	95,56
Mạch nhanh	37	82,22
Huyết áp tăng	37	82,22
Run tay	35	81,39
Buồn nôn và nôn	29	64,44
Vã mồ hôi	26	57,78
Lo âu	16	35,56

Bệnh nhân nghiện rượu mạn tính khi nhập

viện có nhiều triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật, trong đó mất ngủ chiếm tỷ lệ cao nhất với 95,56%; tiếp đó là các triệu chứng mạch nhanh và huyết áp tăng cùng với tỷ lệ 82,22%; thấp nhất là triệu chứng lo âu (35,56%). Các triệu chứng này rất phổ biến, đa dạng và thuyên giảm nhanh chóng theo thời gian điều trị. Chính các triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật này làm cho biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân trầm trọng hơn, khiến quá trình điều trị khó khăn hơn. Ngoài ra các triệu chứng này góp phần làm cho bệnh nhân xuất hiện hội chứng cai rượu cũng như sảng rượu cấp. Tần suất các triệu chứng nghiện rượu tương đồng với nhận định của Bùi Quang Huy (2019) khi nhận thấy rằng run tay và rối loạn thần kinh thực vật là các triệu chứng hay gặp nhất trong nghiện rượu [3].

Bảng 3.6. Đặc điểm rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân nghiện rượu

Chỉ số thống kê	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ		
Mất ngủ đầu giấc	8	18,61
Mất ngủ giữa giấc	9	20,93
Mất ngủ cuối giấc	22	51,16
Ác mộng	4	9,30

Mất ngủ khá phổ biến trong thời gian đầu điều trị, số người mất ngủ lên đến 95,56%; trong đó mất ngủ cuối giấc chiếm tỷ lệ cao nhất (51,16%), tiếp theo là mất ngủ giữa giấc (20,93%) và cuối cùng là mất ngủ đầu giấc (18,61%). Có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân nghiện rượu (9,3%) có ác mộng trong giấc ngủ. Các rối loạn giấc ngủ ảnh hưởng tới chất lượng các triệu chứng như lo âu, rối loạn thần kinh thực vật, run tay... Kết quả nghiên cứu này phù hợp với tác giả Bùi Quang Huy (2019) khi nhận thấy bệnh nhân nghiện rượu rất khó vào giấc ngủ, ngủ không sâu giấc và đầy ác mộng [3].

Bảng 3.7. Phân bố các loại ảo giác ở bệnh nhân nghiện rượu

Chỉ số thống kê	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Loại ảo giác		
Ảo thanh	21	46,67
Ảo thị giác	38	84,44
Ảo xúc giác	28	62,22

Triệu chứng loạn thần ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính hay xuất hiện nhất là giai đoạn có hội chứng cai rượu. Ảo giác là triệu chứng điển hình của loạn thần, các ảo giác xuất hiện đầy đủ ở năm giác quan (Thính giác, xúc giác, vị giác, thị giác và khứu giác). Trong đó ảo thị giác chiếm tỷ lệ cao nhất (84,44%), tiếp đó ảo xúc giác (62,22%) và cuối cùng là ảo thanh (46,67%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù

hợp với một số tác giả trong nước như Nguyễn Văn Tuấn (2014) thấy ảo thị và ảo thanh cùng chiếm 72,5%; còn ảo xúc giác chiếm tỷ lệ 50% ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính [2].

Bảng 3.8. Đặc điểm hoang tưởng ở bệnh nhân nghiện rượu

Chỉ số thống kê	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Loại ảo giác		
Hoang tưởng bị hại	21	46,67
Hoang tưởng bị theo dõi	24	53,33
Hoang tưởng kỳ quái	8	17,78
Hoang tưởng ghen tuông	29	64,44

Rối loạn hình thức tư duy đã được thể hiện rõ ràng ở bệnh nhân nghiện rượu nhưng rối loạn nội dung tư duy đã phản ánh đúng thực tế lâm sàng của bệnh nhân nghiện rượu. Điều này thể hiện qua các hoang tưởng: hoang tưởng ghen tuông (64,44%), hoang tưởng bị theo dõi (53,33%); hoang tưởng bị hại (46,67%) và hoang tưởng kỳ quái (17,78%). Các hoang tưởng này phát triển trên nền nhân cách bệnh nhân đã bị thoái hóa do rượu, đầu tiên là hoang tưởng ghen tuông, hoang tưởng này lúc đầu xuất hiện mơ hồ, không bền vững về sau các hoang tưởng này bền vững, cố định trên bệnh nhân, bệnh nhân có các rối loạn hành vi song hành cùng hoang tưởng ghen tuông như theo dõi, rình rập vợ mình... Cùng với đó là các hoang tưởng không hệ thống như hoang tưởng bị theo dõi, hoang tưởng bị hại... Các hoang tưởng này đều chi phối cảm xúc và hành vi của bệnh nhân, bệnh nhân thường có những hành vi kích động và tự sát kèm theo. Kết quả này phù hợp với Jung Y.C. (2014), tác giả cho rằng hoang tưởng chỉ gặp ở 40,2% bệnh nhân nghiện rượu, thường gặp là hoang tưởng ghen tuông và hoang tưởng bị hại [5].

Bảng 3.9. Đặc điểm rối loạn cảm xúc ở bệnh nhân nghiện rượu

Chỉ số thống kê	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	p
Cảm xúc			
Trầm cảm - Lo âu	19	42,22	<0,05
Hưng cảm	26	57,78	

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy bệnh nhân có cảm xúc hưng phấn chiếm tỷ lệ cao 57,78%, trầm cảm lo âu chiếm tỷ lệ thấp hơn với 42,22%. Các triệu chứng cảm xúc là triệu chứng nổi bật dễ nhận thấy ở bệnh nhân nghiện rượu, đối với các triệu chứng hưng cảm được giải thích bởi sự giảm sút thụ cảm thể 3-noradrenergic (3 methoxy 4 hydroxy phenyl glycol) trong dịch não tủy của bệnh nhân. Còn các triệu chứng trầm cảm lo âu là hậu quả sự thay đổi chất dẫn truyền thần kinh monoamin (serotonin), đặc biệt là sự giảm sút 5HT-5 hydroxy tryptamin và 5-hydroxy

indol acetique acide. Nội dung trầm cảm lo âu của bệnh nhân thường là lo lắng về sinh hoạt hằng ngày, thói quen cuộc sống như hiệu quả công việc, hạnh phúc gia đình và sức khỏe của bản thân. Triệu chứng hưng cảm được thể hiện qua khí sắc tăng, nói nhiều nội dung không phù hợp, bùng nổ cảm xúc, tăng hoạt động và giảm nhu cầu ngủ cũng như tự cao quá về bản thân. Kết quả này phù hợp nghiên cứu của Cao Tiến Đức (2016) lo âu chiếm tỷ lệ cao ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính. Lo âu vừa là hậu quả, vừa là nguyên nhân thúc đẩy việc sử dụng rượu của bệnh nhân [4].

Bảng 3.10. Sự kết hợp các loại ảo giác ở nhóm nghiên cứu

Chỉ số thống kê		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh cơ thể			
Nội khoa	Viêm gan, xơ gan	16	35,56
	Bệnh về hệ tiêu hóa	6	13,33
	Bệnh tim mạch	5	11,11
	Bệnh phổi	5	11,11
	Bệnh truyền nhiễm	3	6,67
Ngoại khoa	Chấn thương sọ não	3	6,67
	Đa chấn thương	4	8,89

Kết quả nghiên cứu phản ánh rằng có 3 bệnh nhân tình nguyện bỏ rượu, 7 bệnh nhân bị bệnh ngoại khoa và 35 bệnh nhân mắc bệnh nội khoa. Trong đó bệnh nhân bị viêm gan, xơ gan chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đó là bệnh nhân có các bệnh về hệ tiêu hóa (13,33%), các bệnh nhân mắc bệnh tim mạch và bệnh về phổi đều có cùng tỷ lệ (11,11%). Các bệnh cơ thể là điều kiện quan trọng nhất để bệnh nhân nghiện rượu vào điều trị nội trú, bên cạnh đó các bệnh cơ thể là yếu tố tiên lượng điều trị và hậu quả hội chứng cai rượu. Các triệu chứng cơ thể góp phần nâng cao nhận thức của bệnh nhân cũng như người thân của họ, bởi chính các triệu chứng này mới thấy tác hại của việc uống nhiều rượu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Bùi Quang Huy (2019) thấy có 13,8% xơ gan, 29,46% loét dạ dày tá tràng ở bệnh nhân nghiện rượu. Điều này bước đầu kết luận các bệnh cơ thể (nhất là bệnh nội khoa) là một trong những hậu quả hay gặp ở bệnh nhân nghiện rượu [3].

Bảng 3.11. Các thuốc chủ lực dùng trong quá trình điều trị

Chỉ số thống kê	Số lượng	Liều điều trị	Thời gian
Thuốc			
Seduxen	45	12,25 ± 3,48	11,52 ± 5,62
Vitamin B1	45	250,94	21,49 ±

		±78,69	9,63
--	--	--------	------

Bảng 3.11 đã thể hiện rõ vai trò chủ lực của thuốc bình thần và vitamin B1 trong hiệu quả điều trị với 100% bệnh nhân. Đa phần bệnh nhân nghiện rượu nhập viện đều ở giai đoạn 3 của nghiện rượu, lúc này khả năng dung nạp rượu của bệnh nhân giảm đi, nếu không dùng thuốc điều trị sớm thì hội chứng cai và sàng rượu cấp xuất hiện dài hơn, tiên lượng nặng hơn. Trong nghiện rượu ở giai đoạn 3 bệnh nhân xuất hiện hội chứng "tim ngày nghỉ" do ượng cồn trong máu tăng rất nhanh kích thích cơ thể sản xuất ra adrenaline và noradrenaline. Nồng độ hai chất này tăng cao gây co mạch, tăng huyết áp, kích thích tim đập nhanh, tăng tiêu thụ oxy của tế bào cơ tim và do đó có thể dẫn đến loạn nhịp tim. Vì vậy khi dùng vitamin B1 sẽ giúp bệnh nhân không xuất hiện hội chứng này, ngoài ra bệnh nhân nghiện rượu đa số viêm đa ổ thần kinh quá trình dùng vitamin B1 sẽ bù đắp quá trình thiếu vitamin B1. Còn dùng seduxen giúp bệnh nhân không xuất hiện hội chứng cai vì seduxen tác động vào hệ GABA.

Bảng 3.12. Các thuốc an thần được dùng trong quá trình điều trị

Chỉ số thống kê	Số lượng	Liều trung bình	Thời gian
An thần			
Haloperidol	3	5,12 ± 1,27	21,71 ± 8,23
Clozapin	2	100,61 ± 34,57	19,32 ± 7,37
Olanzapin	15	10,47 ± 3,91	14,68 ± 5,85
Quetiapin	6	200,77 ± 58,63	18,47 ± 6,78
Risperdal	2	4,28 ± 0,87	20,35 ± 6,84

Trong quá trình điều trị có năm loại thuốc an thần được dùng, trong đó an thần cũ (haloperidol) chiếm 10,71% và bốn loại an thần mới gồm clozapin (7,14%), olanzapin (53,57%), quetiapin (21,43%) và risperidol (7,14%). Thuốc an thần chính hay được dùng là olanzapin và quetiapin; ngoài ra có sự phối hợp giữa olanzapin và risperidol (14,39%), giữa olanzapin và haloperidol (17,86%). Chỉ định điều trị này phù hợp với các tác giả khi nhận định các nhóm thuốc an thần có tác dụng làm thuyên giảm các triệu chứng nghiện rượu đặc biệt là triệu chứng loạn thần (hoang tưởng, ảo giác). Liều điều trị của nhóm thuốc dao động từ thấp risperidol 4,28 ± 0,87mg/ngày đến quetiapin 200,77 ± 58,63mg/ngày. Kết quả này tương đồng kết quả

của Kaplan H.I. (2005) cho thấy liều haloperidol dùng trong giai đoạn đầu là 5 – 20 mg/ngày, liều Risperdal từ 2 – 4 mg/ngày, liều này tương ứng với liều chuẩn trung bình của các [7].

Bảng 3.13. Các thuốc khác được dùng trong quá trình điều trị

Chỉ số thống kê Thuốc khác	Số lượng	Liều trung bình	Thời gian
Encorate	5	400,54 ± 59,34	8,11 ± 2,53
Sertil	19	100,37 ± 45,72	16,67 ± 6,89
Piracetam	41	1600,78 ± 435,51	21,94 ± 7,66

Hiệu quả điều trị bệnh nhân nghiện rượu còn có vai trò của các nhóm thuốc tăng dẫn truyền thần kinh, thuốc chỉnh khí sắc và thuốc chống trầm cảm. Đối với nhóm thuốc chống trầm cảm bệnh nhân được ưu tiên điều trị bằng thuốc chống trầm cảm SSRI (sertil 42,22%), nhóm thuốc này giúp tế bào thần kinh bù đắp nồng độ thiếu serotonin ở khe xinap. Thuốc chỉnh khí sắc (encorate 11,11%) giúp cải thiện khí sắc cho bệnh nhân, thuốc tăng dẫn truyền thần kinh (piracetam 91,11%) giúp bổ xung các acid amin giúp làm chậm quá trình teo não ở bệnh nhân. Theo nghiên cứu của Zafar N.A. (2008) điều trị các triệu chứng nghiện rượu bằng Valproate, kết quả đạt được 73,68% bệnh nhân hết triệu chứng trong vòng 10 - 21 ngày [8].

Bảng 3.14. Diễn biến của các triệu chứng ở bệnh nhân điều trị

Chỉ số thống kê Thuốc khác	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	p
Giảm hoàn toàn	39	86,67	< 0,05
Giảm một phần	6	13,33	

Sau 3 tuần điều trị thì các triệu chứng nghiện rượu thuyên giảm hoàn toàn chiếm 86,67% và chỉ có 13,33% là thuyên giảm một phần. Cùng với sự xuất hiện của các loại thuốc chủ lực như sedduxen, vitamin B1 kết hợp với các thuốc an thần như haloperidol, clozapine, risperidol, olanzapine và seroquel, đồng thời với tác dụng của các thuốc tăng dẫn truyền thần kinh, thuốc chống trầm cảm và thuốc chỉnh khí sắc. Nên hiệu quả điều trị được nâng cao, sau 3 tuần điều trị thì triệu chứng nghiện rượu thuyên giảm hoàn toàn chiếm phần lớn. Số ít bệnh nhân thuyên giảm chậm bởi có nhiều bệnh cơ thể kết hợp và thời gian uống rượu lâu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Zafar N.A. (2008) các thuốc bình thần, seduxen, vitamin B1 và các thuốc khác đã phát huy tác dụng trên

bệnh nhân nghiện rượu, mặc dù liều lượng thấp và thời gian điều trị ngắn. Có một số nhỏ bệnh nhân thuyên giảm chậm bởi vì bệnh nhân nghiện rượu mức độ nặng, nên triệu chứng nghiện rượu tồn tại lâu hơn [8].

V. KẾT LUẬN

Thời gian nghiện rượu trung bình 14,81 ± 5,85 năm, trong đó bệnh nhân uống rượu 10 - 15 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 48,89% với lượng rượu uống trung bình 1024,45 ± 126,74 ml rượu và mức độ nghiện rượu nặng 68,89%.

Các triệu chứng của nghiện rượu rất rầm rộ và phong phú rối loạn thần kinh thực vật chiếm tỷ lệ cao nhất với 95,56%; tiếp đó là các triệu chứng ảo thị giác (84,44%), hoang tưởng ghen tuông (64,44%), hoang tưởng bị theo dõi (53,33%). Bên cạnh đó các triệu chứng cảm xúc cũng có tần suất cao cảm xúc hưng phấn: 57,78%, trầm cảm lo âu chiếm 42,22%.

Nhóm thuốc chủ lực dùng trong điều trị là thuốc bình thần và vitamin B1 với 100%. Ngoài ra các nhóm thuốc an thần như olanzapin (53,57%); quetiapin (21,43%); các thuốc chống trầm cảm sertil 42,22%, thuốc chỉnh khí sắc 11,11%) và thuốc tăng dẫn truyền thần kinh piracetam 91,11% được dùng phối hợp trong điều trị. Sau 3 tuần điều trị thì các triệu chứng nghiện rượu thuyên giảm hoàn toàn chiếm 86,67% và chỉ có 13,33% là thuyên giảm một phần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Quang Lịch (2003), "Đặc điểm rối loạn trí nhớ, chú ý ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính", Luận văn thạc sỹ Y học, Học viện Quân y
2. Nguyễn Văn Tuấn (2014), "Nghiên cứu lâm sàng và hiệu quả điều trị suy giảm nhận thức ở bệnh nhân loạn thần do rượu", Luận văn tiến sỹ Y học, Đại học y Hà Nội.
3. Bùi Quang Huy, Nguyễn Mạnh Hùng và Lê Văn Quân (2019), Điều trị nghiện rượu, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
4. Cao Tiên Đức và Trần Văn Trường (2016). Các rối loạn tâm thần, hành vi và tổn thương cơ thể do nghiện rượu, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
5. Jung Y.C. and Namkoong K. (2014), "Alcohol: intoxication and poisoning - diagnosis and treatment", Handb Clin Neurol; 125: 115-121.
6. Wang S.C., Chen Y.C., Chen S.J., et al. (2020), "Alcohol Addiction, Gut Microbiota, and Alcoholism Treatment: A Review", Int J Mol Sci; 21(17): 6413.
7. Kaplan H.I. and Sadock B.J. (2005), "Alcohol - Related disorders", Concise Textbook of Clinical Psychiatry, Second edition: 80-92.
8. Zafar N.A. and Nadir A.A. (2008), "Valproate Treatment of Acute Alcohol Hallucinosi: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study", Alcohol Alcohol; 43(4): 456-459.