

phối hợp trở lên

## V. KẾT LUẬN

Giá trị trung bình của các thành phần lipid máu ở nhóm THA cao hơn nhóm không THA. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở các chỉ số: TC, TG, LDL-C ( $p < 0,05$ ).

Ở nhóm THA, giá trị trung bình chung của các chỉ số lipid máu (TC, TG, LDL-C) cao hơn mức bình thường. Giá trị trung bình các thành phần lipid máu ở nam thấp hơn nữ.

Khả năng tăng TC ở nhóm THA cao hơn 1,5 lần ở nhóm không THA, Khả năng rối loạn TG ở nhóm THA cao hơn 1,6 lần ở nhóm không THA. Khả năng có rối loạn LDL-C ở nhóm THA cao hơn 2,8 lần ở nhóm không THA, các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với. Tỷ lệ rối loạn HDL-C ở nhóm THA chiếm tỉ lệ 14,0%, ở nhóm không THA là 18,4%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với ( $p > 0,05$ ).

Tỉ lệ RLLM ở 2 nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Khả năng có RLLM ở nhóm THA cao gấp 2,3 lần nhóm không THA (OR,95%CI: 2,3(1,4-3,8).

Trong nhóm THA, tỉ lệ bệnh nhân RLLM hai thành phần chiếm tỉ lệ cao nhất 39,0%. Có sự khác biệt về thành phần RLLM giữa 2 nhóm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Quang Bình, Phạm Trần Phương** (2016). "Đặc điểm và mối liên quan của rối loạn lipid máu

với tăng huyết áp ở người trung niên", Tạp chí Y học dự phòng. Tập XXVI, số 10 (183) 2016.

2. **Đỗ Thủy Ngọc** (2012). Tình trạng rối loạn lipid máu và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân tăng huyết áp tại khoa khám bệnh, bệnh viện Trung Ương Quân đội 108. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y khoa, Đại học y Hà Nội.
3. **Phan Hồng Phúc** (2008). "Rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp có tiểu đường và không có tiểu đường typ 2 kèm theo", Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học. Hội nghị khoa học công nghệ quân dân y Đồng bằng sông Cửu Long lần thứ VII. Tr 32-40.
4. **Bùi Văn Tân** (2010). Nghiên cứu sự biến đổi sức căng cơ tim ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát bằng siêu âm sức căng cơ tim. Luận án tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học Y - Dược lâm sàng 108.
5. **Nguyễn Thiện Tuấn** (2017). Khảo sát một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu trên bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang. Luận án Thạc sĩ y khoa, Trường Đại học Y dược Cần Thơ.
6. **Nguyễn Văn Tuấn, Hoàng Thị Cúc** (2021), "Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở người cao tuổi tăng huyết áp", Tạp chí Y học Việt Nam, tập 508/11, 119-128.
7. **Hoàng Thị Minh Thư** (2021). Nghiên cứu các chỉ số lipid và glucose máu trên bệnh nhân đột quỵ não cao tuổi tại bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An. Luận văn Thạc sĩ chuyên ngành Sinh học thực nghiệm, Trường Đại học Vinh.
8. **Nguyễn Thị Hồng Thủy** (2013). Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở người cao tuổi có tăng huyết áp và đề xuất một số giải pháp chủ động, thuận lợi trong điều trị rối loạn lipid máu ở nhóm bệnh này tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Yên. Tạp chí Y học Việt Nam, 2/12, 217-226.

## MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KÍCH ĐỘNG Ở NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT THỂ PARANOID ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI VIỆN SỨC KHOẺ TÂM THẦN QUỐC GIA

Nguyễn Xuân Trung<sup>1</sup>, Trần Thị Hà An<sup>2</sup>,  
Nguyễn Văn Tuấn<sup>1,2</sup>, Vũ Văn Hoài<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Kích động là một biểu hiện thường gặp ở người bệnh tâm thần phân liệt. Việc đánh giá sớm và chính xác tình trạng kích động tâm thần là cần thiết để đảm bảo các chuyên gia y tế can thiệp kịp thời giúp cải thiện tình trạng của người bệnh, bảo vệ nhân viên y tế và tạo điều kiện thuận lợi cho việc quản lý trong tương lai. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá

một số yếu tố liên quan đến kích động ở người bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 91 người bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid điều trị nội trú tại viện Sức khỏe Tâm thần, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2021 đến tháng 05/2022. **Kết quả:** 52,7% người bệnh tiếp tục học sau tốt nghiệp trung học phổ thông. người bệnh chưa kết hôn chiếm 59,3%. Tuổi khởi phát trung bình là  $25,56 \pm 8,34$ ; thấp nhất là 15 tuổi. Người bệnh trong tiền sử có hành vi gây gấn bạo lực có nguy cơ kích động cao gấp 26,54 lần, tiền sử lạm dụng chất tác động tâm thần có nguy cơ kích động gấp 3,67 lần. Người bệnh không tự nguyện nhập viện có nguy cơ kích động gấp 53,18 lần so với người bệnh tự nguyện nhập viện. Người bệnh có ảo thanh ra lệnh và ảo thanh xui khiến có nguy cơ

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Trung

Email: xuantrung271@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 11.10.2022

Ngày duyệt bài: 20.10.2022

kích động gấp 11,21 và 2,79 lần so với người bệnh không có loại ảo giác này. **Kết luận:** Không tìm thấy mối liên quan giữa sự xuất hiện kích động với các yếu tố tuổi, giới, sự tuân thủ thuốc, hoang tưởng bị theo dõi, bị hại. Có mối liên quan giữa sự xuất hiện kích động với tiền sử có hành vi gây hấn, bạo lực, tiền sử lạm dụng chất tác động tâm thần, hình thức nhập viện cưỡng bức, ảo thanh xui khiến, ảo thanh ra lệnh.

**Từ khoá:** tâm thần phân liệt thể paranoid, kích động.

## SUMMARY

### SOME FACTORS RELATED TO AGITATION IN IN-PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA AT THE NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH

**Background:** Agitation is a common manifestation in patients with schizophrenia. Early and accurate assessment of psychomotor agitation is essential to ensure prompt intervention by health professionals to improve the patient's condition, protect healthcare workers, and facilitate patient care. future management. **Objectives:** Evaluation of some factors related to agitation in in-patients with paranoid schizophrenia at the National Institute of Mental Health. **Subjects and research methods:** A cross-sectional descriptive study of 91 in-patients with paranoid schizophrenia who were treated at the National Institute of Mental Health, Bach Mai Hospital from August 2021 to May 2022. **Results:** 52.7% of patients continued to study after graduating from high school. unmarried patients accounted for 59.3%. The mean age of onset was  $25.56 \pm 8.34$ ; at least 15 years old. Patients with a history of violent aggression had a 26.54 times higher risk of agitation, and a history of psychoactive substance abuse had a 3.67 times higher risk of agitation. Patients who are not voluntarily admitted to the hospital are 53.18 times more likely to be agitated than patients who are voluntarily admitted to the hospital. Patients with commanding and inciting hallucinations were 11.21 and 2.79 times more likely to be agitated than patients without these hallucinations. **Conclusion:** No association was found between the occurrence of agitation with factors such as age, gender, drug adherence, delusions of being followed, and being harmed. There is an association between the presence of agitation with a history of aggressive behavior, violence, history of substance abuse, form of forced hospitalization, hallucinatory hallucinations, command hallucinations

**Keywords:** paranoid schizophrenia, agitation.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt (TTPL) là bệnh lý mạn tính, một trong những bệnh gây tàn tật và thiệt hại nặng nề nhất về kinh tế. Trong các thể lâm sàng của tâm thần phân liệt thì thể paranoid là thể bệnh hay gặp nhất, với đặc trưng là các triệu chứng dương tính như hoang tưởng và ảo giác chiếm ưu thế, các rối loạn về cảm xúc và hành vi chủ yếu do hoang tưởng và ảo giác chi phối.<sup>1</sup>

Kích động là một biểu hiện thường gặp ở người bệnh tâm thần phân liệt. Việc đánh giá sớm và chính xác tình trạng kích động tâm thần là cần thiết để đảm bảo các chuyên gia y tế can thiệp kịp thời giúp cải thiện tình trạng của người bệnh, bảo vệ nhân viên y tế và tạo điều kiện thuận lợi cho việc quản lý trong tương lai.<sup>2</sup> Hầu hết các nhà nghiên cứu cho rằng, trong đa số trường hợp, các hành vi kích động, bạo lực xảy ra mà không có dấu hiệu cảnh báo, một số khác cho rằng hành vi tấn công và các đợt bạo lực có thể liên quan đến các yếu tố nguy cơ cụ thể và trước đó là các dấu hiệu cảnh báo về hành vi như: tâm trạng thù địch, căng thẳng, khuôn mặt giận dữ, cảm giác bồn chồn, tăng âm lượng khi nói, đe dọa bằng lời nói, phá hoại đồ đạc...<sup>3</sup>

Trong những năm qua, trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về kích động ở người bệnh tâm thần phân liệt. Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu về kích động ở người bệnh tâm thần phân liệt nhưng chưa có một nghiên cứu nào đánh giá chi tiết về các yếu tố liên quan đến kích động ở người bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid tại Viện Sức khoẻ Tâm thần Quốc gia, do đó chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: "*Đánh giá một số yếu tố liên quan đến kích động ở người bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid điều trị nội trú tại Viện Sức khoẻ Tâm thần Quốc gia*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 91 người bệnh TTPL thể paranoid điều trị nội trú tại viện Sức khoẻ Tâm thần Quốc gia, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2021 đến tháng 05/2022.

**2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh điều trị nội trú đủ tiêu chuẩn chẩn đoán TTPL thể paranoid theo bảng phân loại hệ thống bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD 10) của Tổ chức Y tế thế giới. Người bệnh được chẩn đoán kích động trên lâm sàng theo định nghĩa: "Kích động là trạng thái mà người bệnh không thể giữ yên hoặc bình tĩnh, được đặc trưng bởi các đặc điểm bên trong gồm phản ứng quá mức, suy nghĩ dồn dập và căng thẳng về cảm xúc; các đặc điểm bên ngoài, chủ yếu là tăng động về vận động và lời nói, và suy giảm khả năng giao tiếp".

**2.3. Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh có các rối loạn ý thức hoặc suy giảm nhận thức nặng, có bệnh lý nặng kèm theo làm hạn chế khả năng giao tiếp; sử dụng chất trước khi khởi phát bệnh. Người bệnh hoặc người đại diện không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.4. Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp mô tả cắt ngang, cỡ mẫu thuận tiện. Số

liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

**2.5. Đạo đức nghiên cứu:** Số liệu được mã hoá nhằm giữ bí mật thông tin cho người bệnh. Đây là nghiên cứu mô tả không can thiệp chẩn đoán và điều trị, không ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh.

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

#### 3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu:

**Bảng 3.1: Phân bố về trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu**

| Trình độ học vấn                          | Số lượng | n  | %    |
|---|----------|----|------|
| Tiểu học                                  |          | 1  | 1,1  |
| Trung học cơ sở (THCS)                    |          | 19 | 20,9 |
| Trung học phổ thông (THPT)                |          | 23 | 25,3 |
| Đại học/ Cao đẳng/ Trung cấp/ Sau đại học |          | 48 | 52,7 |

Kết quả bảng 3.1 cho thấy 52,7% người bệnh tiếp tục học tập sau khi kết thúc chương trình THPT; 47,3% người bệnh có trình độ học vấn từ THPT trở xuống, trong đó: THPT chiếm 25,3%; THCS chiếm 20,9%; duy nhất 1 bệnh nhân (1,1%) có trình độ tiểu học. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu gần đây. So sánh với nghiên cứu của Đinh Việt Hùng (2020), tỉ lệ cho 4 nhóm học vấn trên lần lượt là 49,56%; 30,87%; 17,83% và 1,74%.<sup>4</sup>

**Bảng 3.3: Tuổi khởi phát bệnh của đối tượng nghiên cứu**

| Tuổi khởi phát bệnh       | Số lượng | Nam (N=50)   |    | Nữ (N=41)    |      |
|---------------------------|----------|--------------|----|--------------|------|
|                           |          | n            | %  | n            | %    |
| Tuổi khởi phát bệnh       | ≤ 18     | 9            | 18 | 11           | 26,8 |
|                           | 19-30    | 28           | 58 | 20           | 48,8 |
|                           | 31-40    | 11           | 22 | 6            | 14,6 |
|                           | >40      | 2            | 4  | 4            | 9,8  |
|                           | Sớm nhất | 15           |    | 15           |      |
| Muộn nhất                 | 45       |              | 46 |              |      |
| Tuổi khởi phát trung bình |          | 25,64 ± 7,67 |    | 25,46 ± 9,19 |      |
|                           |          | 25,56 ± 8,34 |    |              |      |

Tuổi khởi phát trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 25,56 ± 8,34. Tuổi khởi phát hay gặp nhất ở cả hai giới là trong độ tuổi từ 19 đến 30 tuổi. Người bệnh có tuổi khởi phát trẻ nhất là 15 tuổi. Độ tuổi khởi phát của người bệnh TTPL ở các nghiên cứu khác cũng tương đương: Weifeng Mi 26,3 ± 9,6;<sup>6</sup> Nguyễn Quang Ngọc Linh 25,25 ± 6,71.<sup>7</sup> TTPL là bệnh tiến triển mạn tính, khởi phát càng sớm thì tiên lượng càng xấu.

#### 3.2. Một số yếu tố liên quan đến kích động ở người bệnh TTPL thể paranoid:

**Bảng 3.4: Liên quan giữa một số đặc điểm nhân khẩu học và kích động**

| Đặc điểm nhân khẩu học | Kích động | Có                  |       | Không |       |
|------------------------|-----------|---------------------|-------|-------|-------|
|                        |           | n                   | %     | n     | %     |
| Nhóm tuổi              | ≤ 40      | 49                  | 64,47 | 27    | 35,53 |
|                        | > 40      | 12                  | 80    | 3     | 20    |
| OR (95% KTC)           |           | 2,204 (0,572-8,498) |       |       |       |
| Giới                   | Nam       | 33                  | 66    | 17    | 34    |
|                        | Nữ        | 28                  | 68,29 | 13    | 31,71 |
| OR (95% KTC)           |           | 1,11 (0,46-2,676)   |       |       |       |

Giáo dục trong xã hội ngày càng được quan tâm và đầu tư, do đó tỉ lệ người dân có trình độ THPT và sau THPT là rất cao. Tuy nhiên còn nhiều người bệnh TTPL thể paranoid có trình độ từ THCS trở xuống, đây có thể là những người bệnh có sự khởi phát sớm, ảnh hưởng nhiều đến khả năng học tập, lĩnh hội kiến thức.

**Bảng 3.2: Tình trạng hôn nhân của đối tượng nghiên cứu**

| Tình trạng hôn nhân | Số lượng        | n  | %    |
|---------------------|-----------------|----|------|
| Độc thân            | Kết hôn         | 27 | 29,7 |
|                     | Chưa kết hôn    | 54 | 59,3 |
|                     | Ly thân/ ly hôn | 9  | 9,9  |
|                     | Góa             | 1  | 1,1  |

Về tình trạng hôn nhân của đối tượng nghiên cứu, người bệnh chưa kết hôn chiếm đến 59,3%; người bệnh đã kết hôn và hiện vẫn duy trì cuộc sống hôn nhân chiếm 29,7%; người bệnh kết hôn nhưng đã ly hôn/ ly thân chiếm 9,9%. Chỉ có duy nhất một người bệnh góa trong nghiên cứu. Kết quả trên tương đồng nghiên cứu của Bùi Phương Thảo.<sup>5</sup>

Nhiều nghiên cứu khác cũng chỉ ra tỉ lệ người bệnh chưa kết hôn cao, vì người bệnh TTPL thường khởi phát ở lứa tuổi trẻ trong giai đoạn lập gia đình, nhân cách của người bệnh bị biến đổi nhiều dẫn đến kì dị, khó hoà nhập với cuộc sống và có xu hướng xa lánh mọi người.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sự xuất hiện kích động giữa các nhóm tuổi, giữa hai giới. Kết quả này phù hợp nghiên cứu của Weifeng Mi và cộng sự.<sup>6</sup> Nghiên cứu của Ayara công bố tỉ lệ kích động gây hấn ở người bệnh TTPL nam là 30,08 % so với 19,71% ở nữ giới, có mối liên quan giữa giới tính nam với sự

xuất hiện của kích động với OR là 2.61 (95% KTC 1.21, 5.61).<sup>8</sup>

Trong quá trình đánh giá và quản lý kích động, yếu tố giới tính cần được xem xét bởi lẽ các hành vi kích động, gây hấn, bạo lực thường nguy hiểm hơn ở nam giới. Nam giới thường có sức mạnh thể chất lớn hơn nên các biện pháp cưỡng chế thể chất sẽ gặp khó khăn hơn.

**Bảng 3.5: Liên quan giữa một số yếu tố tiền sử với kích động**

| Yếu tố tiền sử                          |       | Kích động |       | Có                 |       | Không |       |
|---|-------|-----------|-------|--------------------|-------|-------|-------|
|   |       | Có        | Không | n                  | %     | n     | %     |
| Tiền sử có hành vi gây hấn, bạo lực     | Có    |           |       | 49                 | 92,45 | 4     | 7,55  |
|   | Không |           |       | 12                 | 31,58 | 26    | 68,42 |
| OR (95% KTC)                            |       |           |       | 26,54 (7,78-90,57) |       |       |       |
| Tiền sử lạm dụng chất tác động tâm thần | Có    |           |       | 22                 | 84,62 | 4     | 15,38 |
|   | Không |           |       | 39                 | 60    | 26    | 40    |
| OR (95% KTC)                            |       |           |       | 3,67 (1,13-11,88)  |       |       |       |

Chúng tôi thu được kết quả có sự tương quan thuận giữa tiền sử có hành vi gây hấn, bạo lực với tỉ lệ kích động của nhóm ĐTNC với OR 26,54 (95% CI 7,78-90,57). Kết quả trên phù hợp với nhiều nghiên cứu đã được công bố, người bệnh có tiền sử hung hăng, gây hấn trước đây sẽ có nguy cơ gây hấn trong đợt bệnh này cao hơn. Trong trường hợp có biểu hiện gây hấn, bác sĩ tâm thần và điều dưỡng nên xem xét cả tình trạng gây hấn của người bệnh khi nhập viện và tiền sử gây hấn của họ. Tiền sử lạm dụng chất tác động tâm thần làm tăng nguy cơ kích

động với OR=3,67 (95% KTC: 1,13-11,88).

Sử dụng chất gây nghiện làm tăng sự bồn chồn và nguy cơ kích động, gây hấn của người bệnh TTPL. Lý do có thể là việc sử dụng các chất này đã ảnh hưởng đến việc tuân thủ thuốc và làm trầm trọng thêm các triệu chứng kích động. Liên quan đến việc sử dụng chất kích thích, những người bệnh đã uống rượu trước khi gây hấn được phát hiện có khả năng hung hăng gấp hơn hai lần so với những người bệnh không có tiền sử sử dụng rượu (OR = 2,40, 95% KTC: 1,02; 5,66).<sup>8</sup>

**Bảng 3.6: Liên quan giữa một số đặc điểm bệnh lý của đối tượng nghiên cứu với kích động**

| Đặc điểm quá trình bệnh lý |                 | Kích động       |           | Có                   |      | Không |      |
|----------------------------|-----------------|-----------------|-----------|----------------------|------|-------|------|
|                            |                 | Không tự nguyện | Tự nguyện | n                    | %    | n     | %    |
| Hình thức nhập viện        | Không tự nguyện |                 |           | 45                   | 95,7 | 2     | 4,3  |
|                            | Tự nguyện       |                 |           | 11                   | 29,7 | 26    | 70,3 |
| OR (95% KTC)               |                 |                 |           | 53,18 (10,93-258,74) |      |       |      |
| Tuân thủ thuốc             | Không           |                 |           | 52                   | 65   | 28    | 35   |
|                            | Có              |                 |           | 9                    | 81,8 | 2     | 18,2 |
| OR (95% KTC)               |                 |                 |           | 0,41 (0,08-2,04)     |      |       |      |

Tỉ lệ kích động ở nhóm người bệnh nhập viện tự nguyện là 29,7% so với không tự nguyện là 95,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với 95% KTC 10,93-258,74. Tỉ lệ kích động ở nhóm người bệnh tuân thủ thuốc và không tuân thủ thuốc không có sự khác biệt.

**Bảng 3.7: Liên quan giữa hoang tưởng, ảo giác với kích động**

| Hoang tưởng, ảo giác    |       | Kích động |       | Có               |      | Không |      |
|-------------------------|-------|-----------|-------|------------------|------|-------|------|
|                         |       | Có        | Không | n                | %    | n     | %    |
| Hoang tưởng bị hại      | Có    |           |       | 35               | 61,4 | 22    | 38,6 |
|                         | Không |           |       | 26               | 76,5 | 8     | 23,5 |
| OR (95% KTC)            |       |           |       | 0,49 (0,19-1,27) |      |       |      |
| Hoang tưởng bị theo dõi | Có    |           |       | 24               | 64,9 | 13    | 35,1 |
|                         | Không |           |       | 37               | 68,5 | 17    | 31,5 |
| OR (95% KTC)            |       |           |       | 0,85 (0,35-2,06) |      |       |      |
| Ảo thanh xui khiến      | Có    |           |       | 28               | 80   | 7     | 20   |
|                         | Không |           |       | 33               | 58,9 | 23    | 41,1 |
| OR (95% KTC)            |       |           |       | 2,79 (1,04-7,46) |      |       |      |

|                  |       |                    |      |    |      |
|------------------|-------|--------------------|------|----|------|
| Ảo thanh ra lệnh | Có    | 17                 | 94,4 | 1  | 5,6  |
|                  | Không | 44                 | 60,3 | 29 | 39,7 |
| OR (95% KTC)     |       | 11,21 (1,41-88,84) |      |    |      |

Nghiên cứu của chúng tôi đã tìm thấy mối liên quan giữa ảo thanh xui khiến và ảo thanh ra lệnh với sự xuất hiện của kích động ở nhóm ĐTNC. Người bệnh có ảo thanh ra lệnh và ảo thanh xui khiến có nguy cơ kích động lần lượt gấp 11,21 và 2,79 so với người bệnh không có loại ảo giác này. Chúng tôi không tìm thấy mối liên quan nào giữa các loại hoang tưởng và ảo giác khác với nguy cơ kích động ở người bệnh trong nghiên cứu. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Ayara (2015).<sup>8</sup> Nguyên nhân có thể do sự kích động xảy ra để phản ứng với trải nghiệm loạn thần, đặc biệt là hoang tưởng và ảo giác.

#### IV. KẾT LUẬN

47,3% người bệnh có trình độ học vấn từ THPT trở xuống. 59,3% người bệnh chưa kết hôn.

Tuổi khởi phát trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là  $25,56 \pm 8,34$ . Tuổi khởi phát hay gặp nhất ở cả hai giới là trong độ tuổi từ 19 đến 30 tuổi.

Không tìm thấy mối liên quan giữa sự xuất hiện kích động với các yếu tố tuổi, giới, sự tuân thủ thuốc, hoang tưởng bị theo dõi, bị hại. Có mối liên quan giữa sự xuất hiện kích động với tiền sử có hành vi gây hấn, bạo lực, tiền sử lạm dụng chất tác động tâm thần, hình thức nhập viện cưỡng bức, ảo thanh xui khiến, ảo thanh ra lệnh.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Cao Tiên Đức.** Tâm thần phân liệt, Giáo trình bệnh học Tâm thần, NXB Quân đội nhân dân, 2016, 234-273.
- Pompili M, Ducci G, Galluzzo A, Rosso G, Palumbo C, De Berardis D.** The Management of Psychomotor Agitation Associated with Schizophrenia or Bipolar Disorder: A Brief Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(8):4368. doi:10.3390/ijerph18084368.
- Zeller SL, Rhoades RW.** Systematic reviews of assessment measures and pharmacologic treatments for agitation. *Clin Ther.* 2010;32(3):403-425. doi:10.1016/j.clinthera.2010.03.006.
- Đình Việt Hùng.** "Đặc điểm rối loạn chú ý, trí nhớ và nhận thức ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid", tạp chí y học Việt Nam, tập 504 – tháng 7 - số 2 - 2021, 16-20.
- Bùi Phương Thảo.** "Nghiên cứu biến đổi nồng độ Dopamin huyết tương ở bệnh nhân tâm thần phân liệt điều trị bằng thuốc an thần kinh và sốc điện", Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Quân y, 2021.
- Mi W, Zhang S, Liu Q, et al.** "Prevalence and risk factors of agitation in newly hospitalized schizophrenia patients in China: An observational survey". *Psychiatry Res.* 2017;253:401-406. doi:10.1016/j.psychres.2017.02.065.
- Nguyễn Quang Ngọc Linh.** "Đặc điểm lâm sàng rối loạn hành vi ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid", Luận văn thạc sĩ y học, Đại học y Hà Nội, 2018.
- Araya T, Ebemelek E, Getachew R.** "Prevalence and Associated Factors of Aggressive Behavior among Patients with Schizophrenia at Ayder Comprehensive Specialized Hospital, Ethiopia". *BioMed Res Int.* 2020;2020:7571939. doi:10.1155/2020/7571939.

## ẢNH HƯỞNG CỦA PH, NHIỆT ĐỘ, BƯỚC SÓNG ÁNH SÁNG LÊN GÓC QUAY CỰC RIÊNG CỦA GLUCOSE VÀ SUCROSE

Nguyễn Đức Thiện<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Ánh<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

Góc quay cực riêng của chất hoạt quang đặc trưng cho khả năng làm quay mặt phẳng phân cực của ánh sáng truyền qua nó. Bộ thí nghiệm phân cực cơ P1000 được cải tiến sử dụng hệ đèn LED với bốn màu cơ bản với ống phân cực dài 1 dm và có gắn đầu đo nhiệt độ để khảo sát góc quay cực riêng của glucose và sucrose. Kết quả cho thấy glucose và sucrose là hai

chất hoạt quang phổ biến có góc quay cực riêng thay đổi theo giá trị pH, nhiệt độ của dung dịch khảo sát. Giá trị góc quay cực riêng của glucose và sucrose phụ thuộc rất lớn vào bước sóng của ánh sáng phân cực truyền qua. Góc quay cực riêng của glucose khi đo với ánh sáng đỏ 632 nm, ánh sáng xanh lam 456,67nm có giá trị lần lượt là 70,01 và 43,5 độ. Góc quay cực riêng của sucrose khi đo với ánh sáng đỏ 632nm, ánh sáng lam 456,67nm có giá trị lần lượt là 90,67 và 59,33 độ. Kết quả phân tích định lượng nồng độ glucose trong dung dịch phòng thí nghiệm và thương mại cho thấy khả năng ứng dụng với các bước sóng khác nhau.

**Từ khóa:** nhiệt độ, pH, bước sóng, góc quay cực riêng, glucose, sucrose.

<sup>1</sup>Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thiện

Email: thiennnd@hup.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.10.2022

Ngày duyệt bài: 21.10.2022