

# ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở 2 NHÓM BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP VÀ KHÔNG TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ VINH (2022)

Trần Tất Thắng<sup>1</sup>, Hoàng Thị Tâm<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định các đặc điểm rối loạn Lipid máu ở 2 nhóm bệnh nhân Tăng huyết áp (THA) và không THA. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, tiến cứu, có đối chứng trên 236 bệnh nhân được chẩn đoán xác định THA nguyên phát và 196 bệnh nhân không có chẩn đoán xác định mắc THA đến điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An từ ngày 01/01/2022 đến ngày 30/5/2022. **Kết quả:** Giá trị trung bình của các thành phần lipid máu ở nhóm THA cao hơn nhóm không THA. 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 và nhóm không THA không sự khác biệt. Tỷ lệ rối loạn lipid máu (RLLM) ở 2 nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. 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.

**Từ khóa:** Rối loạn Lipid máu, Tăng huyết áp.

## SUMMARY

### CHARACTERISTICS OF DYSLIPIDEMIA IN 2 GROUPS OF HYPERTENSIVE AND NON-HYPERTENSION PATIENTS OUTPATIENT IN VINH CITY GENERAL HOSPITAL (2022)

**Objectives:** Determine the characteristics of dyslipidemia in 2 groups of hypertensive and non-hypertensive patients. **Subjects and methods:** Description, prospective, controlled on 236 patients with confirmed diagnosis of primary hypertension and 196 patients with no confirmed diagnosis of hypertension who attended outpatient treatment at Vinh City General Hospital, Nghe An province. from January 1, 2022 to May 30, 2022. **Results:** The mean values of blood lipid components in the hypertensive group were higher than those in the non-hypertensive group. The mean values of blood lipid components in men were lower than in women. The ability to increase TC in the hypertensive group is 1.5 times

higher than in the non-hypertensive group, The possibility of TG disorder in the hypertensive group is 1.6 times higher than in the non-hypertensive group. The possibility of having an LDL-C disorder in the hypertensive group was 2.8 times higher than in the non-hypertensive group, these differences were statistically significant. There was no difference in the prevalence of HDL-C disorders in the hypertensive group and the non-hypertensive group. There was a statistically significant difference in the rate of RLLM in the 2 groups. The likelihood of having ED in the hypertensive group was 2.3 times higher than that of the non hypertensive group (OR,95%CI: 2.3(1.4-3.8). In the hypertensive group, the proportion of patients with bipolar disorder accounted for the proportion. the highest rate 39.0% There is a difference in the composition of RLLM between the 2 groups

**Keywords:** Dyslipidemia, Hypertension.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu (RLLM) là một trong những yếu tố nguy cơ góp phần vào quá trình hình thành và phát triển xơ vữa động mạch, là yếu tố nguy cơ chính của bệnh tim mạch. Tăng huyết áp (THA) là một vấn đề sức khỏe cộng đồng với 1,13 tỉ người mắc trên toàn cầu và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sớm với khoảng 10 triệu người năm 2015; trong đó có 4,9 triệu người do bệnh mạch vành và 3,5 triệu người do đột quỵ [2]. THA và RLLM là những yếu tố nguy cơ chính của bệnh tim mạch và chiếm hơn 80% số ca tử vong và tàn tật ở các nước có thu nhập trung bình và thấp [7] số lượng bệnh nhân THA đang điều trị hàng năm tại các bệnh viện trên địa bàn tỉnh là tương đối lớn. Bệnh viện Đa khoa (BVĐK) thành phố Vinh hàng năm điều trị ngoại trú cho nhiều bệnh nhân THA nguyên phát có RLLM, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu xác định các đặc điểm rối loạn Lipid máu ở 2 nhóm bệnh nhân THA và không THA điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa thành phố Vinh.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân được chẩn đoán xác định có THA nguyên phát và không THA đến khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An từ ngày 01/01/2022 đến ngày 30/5/2022.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt Nghệ An

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tất Thắng

Email: thangmatna@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022

Ngày duyệt bài: 27.10.2022

### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu, cỡ mẫu nghiên cứu.

- Nghiên cứu cắt ngang có đối chứng: Trong nghiên cứu của chúng tôi chia làm hai nhóm đối tượng gồm:

- Nhóm đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định THA nguyên phát đang điều trị tại BVĐK thành phố Vinh. Thay vào công thức có 236 bệnh nhân làm đối tượng nghiên cứu.

- Nhóm đối chứng/so sánh: Các bệnh nhân không có bệnh lý THA (kể cả nguyên phát và thứ phát). Thay vào công thức có 196 bệnh nhân làm đối tượng nghiên cứu.

### 2.2.2. Chỉ số nghiên cứu và tiêu chí

### đánh giá

- Nhóm bệnh nhân THA: Bệnh nhân được chẩn đoán THA nguyên phát đang điều trị tại BVĐK TP Vinh theo Phân hội THA Việt Nam năm 2018.

- Nhóm không THA: Bệnh nhân không có chẩn đoán xác định mắc THA từ bất kỳ nguyên nhân gì (không bị THA nguyên phát, thứ phát).

**Bảng 1. Tiêu chí chẩn đoán rối loạn lipid máu của Bộ Y tế[7]**

| Thông số              | Nồng độ                 |
|-----------------------|-------------------------|
| Cholesterol toàn phần | >5,2 mmol/L (200mg/dL)  |
| Triglycerid           | >1,7 mmol/L (150mg/dL)  |
| HDL-C                 | <1,03 mmol/L (40mg/dL)  |
| LDL-C                 | >2,58 mmol/L (100mg/dL) |

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### 3.1. Đặc điểm chỉ số sinh hóa về lipid máu

**Bảng 2. Giá trị trung bình của các chỉ số lipid máu**

| Nhóm Thành phần | Nhóm THA   |           |              | Nhóm không THA |           |              | p     |
|-----------------|------------|-----------|--------------|----------------|-----------|--------------|-------|
|                 | Nam (x±SD) | Nữ (x±SD) | Chung (x±SD) | Nam (x±SD)     | Nữ (x±SD) | Chung (x±SD) |       |
| TC              | 5,1±1,0    | 5,5±1,2   | 5,3±1,1      | 4,8±1,1        | 5,1±1,3   | 5,0±1,2      | 0,002 |
| TG              | 1,8±1,2    | 1,9±1,0   | 1,9±1,1      | 1,8±1,1        | 1,5±0,9   | 1,6±1,0      | 0,01  |
| HDL-C           | 1,3±0,3    | 1,4±0,3   | 1,4±0,3      | 1,2±0,3        | 1,4±0,3   | 1,3±0,3      | 0,11  |
| LDL-C           | 2,9±0,8    | 3,4±0,8   | 3,2±0,8      | 2,8±0,8        | 3,0±0,9   | 2,9±0,9      | <0,05 |

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.

### 3.2. Tỷ lệ rối loạn các thành phần lipid máu

**Bảng 3. Tỷ lệ rối loạn các thành phần lipid máu**

| Rối loạn lipid máu |       | Nhóm THA (n=236) |      | Nhóm không THA (n=196) |      | OR (CI 95%)   | p     |
|--------------------|-------|------------------|------|------------------------|------|---------------|-------|
|                    |       | n                | %    | n                      | %    |               |       |
| Tăng TC            | Có    | 115              | 48,7 | 75                     | 37,8 | 1,5 (1,0-2,3) | 0,03  |
|                    | Không | 121              | 51,3 | 121                    | 62,2 |               |       |
| Tăng TG            | Có    | 103              | 43,6 | 63                     | 32,1 | 1,6 (1,1-2,4) | 0,01  |
|                    | Không | 133              | 56,4 | 133                    | 67,9 |               |       |
| Tăng LDL-C         | Có    | 185              | 78,2 | 110                    | 56,1 | 2,8 (1,9-4,3) | <0,05 |
|                    | Không | 51               | 21,8 | 86                     | 43,9 |               |       |
| Giảm HDL-C         | Có    | 33               | 14,0 | 36                     | 18,4 | 0,7 (0,4-1,2) | 0,22  |
|                    | Không | 203              | 86,0 | 160                    | 81,6 |               |       |

Khả năng tăng TC ở nhóm THA (tỷ lệ 48,7%) cao hơn 1,5 lần ở nhóm không THA (tỷ lệ là 37,8%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ( $p < 0,05$ ). Khả năng rối loạn TG ở nhóm THA (tỷ lệ 43,6%) cao hơn 1,6 lần ở nhóm không THA (tỷ lệ 32,1%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ( $p < 0,05$ ). Khả năng có rối loạn LDL-C ở nhóm THA (tỷ lệ 78,2%) cao hơn 2,8 lần ở nhóm không THA (tỷ lệ 56,1%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ rối loạn HDL-C ở nhóm THA chiếm tỷ lệ 14,0%, ở nhóm không THA là 18,4%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với ( $p > 0,05$ ).

### 3.3. Tỷ lệ rối loạn lipid máu

**Bảng 4. Tỷ lệ rối loạn lipid máu**

| Rối loạn lipid máu | Nhóm THA |      | Nhóm không THA |      | OR (95%CI) | p |
|--------------------|----------|------|----------------|------|------------|---|
|                    | n        | %    | n              | %    |            |   |
| Có                 | 205      | 86,9 | 145            | 74,0 | 2,3        |   |

|             |            |              |            |              |           |       |
|-------------|------------|--------------|------------|--------------|-----------|-------|
| Không       | 31         | 13,1         | 51         | 26,0         | (1,4-3,8) | <0,05 |
| <b>Tổng</b> | <b>236</b> | <b>100,0</b> | <b>196</b> | <b>100,0</b> |           |       |

Tỉ lệ RLLM ở nhóm bệnh nhân THA là 86,9%, nhóm không THA là 74,0%. 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)).

### 3.4. Đặc điểm rối loạn các thành phần lipid máu

**Bảng 5. Số thành phần lipid máu rối loạn ở bệnh nhân THA**

| Rối loạn lipid máu | Nhóm THA   |              | Nhóm không THA |              | p     |
|--------------------|------------|--------------|----------------|--------------|-------|
|                    | n          | %            | n              | %            |       |
| 1 thành phần       | 53         | 25,9         | 48             | 24,5         | 0,003 |
| 2 thành phần       | 80         | 39,0         | 60             | 30,6         |       |
| 3 thành phần       | 65         | 31,7         | 32             | 16,3         |       |
| 4 thành phần       | 7          | 3,4          | 5              | 2,6          |       |
| <b>Tổng</b>        | <b>205</b> | <b>100,0</b> | <b>145</b>     | <b>100,0</b> |       |

Trong nhóm THA, tỉ lệ bệnh nhân RLLM hai thành phần chiếm tỉ lệ cao nhất 39,0%. RLLM từ ba thành phần trở lên chiếm tỉ lệ 35,1%. Trong nhóm không THA, tỉ lệ bệnh nhân có RLLM 2 thành phần chiếm cao nhất (30,6%), rối loạn 1 thành phần có 24,5%. Có sự khác biệt về thành phần RLLM giữa 2 nhóm.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chỉ số sinh hóa về lipid máu.** Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giá trị trung bình của các chỉ số: TC, HDL-C, LDL-C ở nữ cao nam. Kết quả này tương tự trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Thủy cũng cho thấy giá trị trung bình của các thành phần lipid máu ở nam (TC: 5,08, TG: 1,94, LDL-C: 2,78, HDL-C: 1,45) thấp hơn ở nữ (TC: 5,5; TG: 2,26; LDL-C: 3,09; HDL-C: 1,55) [8].

**4.2. Tỉ lệ rối loạn các thành phần lipid máu.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trong nhóm bệnh nhân THA có khác so với của tác giả Trương Thị Thu Hương: tăng TC là 67,9%, tăng TG là 83,7%, giảm HDL-C là 24% (cao hơn kết quả của chúng tôi), tăng LDL-C là 54,3%, (thấp hơn kết quả của chúng tôi) [14]. Trong khi đó, nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Thủy về các chỉ số cho kết quả: Tăng TC là 53,4% cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tăng TG là 33,1%, Tăng LDL-C là 39,4, giảm HDL-C là 4,9% thấp hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi [8]. Tác giả Hoàng Thị Minh Thư nghiên cứu năm 2021 cho kết quả thay đổi thành phần lipid chủ yếu là giảm HDL-C (45,7%) và tăng LDL-C (44,7%), ít hơn là việc tăng TC với 38,3%, thấp nhất là tăng TG với 18,1% [7]. Nghiên cứu của Trần Quang Bình và cộng sự năm 2016. Kết quả cho thấy RLLM thường gặp ở người THA (83,3%) và tỉ lệ mắc tăng theo tuổi [1].

**4.3. Tỉ lệ rối loạn lipid máu.** Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ có RLLM ở bệnh

nhân THA là 86,9%, kết quả này tương đương nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn năm 2021 trên 150 bệnh nhân THA cho tỉ lệ RLLM là 88,0% [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Thiện Tuấn năm 2017 cho tỉ lệ RLLM là 81,3%, thấp hơn kết quả của chúng tôi do tác giả loại trừ bệnh ĐTĐ, đây là một bệnh góp phần làm gia tăng tỉ lệ RLLM [5]. Tác giả Hoàng Thị Minh Thư (2021) nghiên cứu trên 188 bệnh nhân cao tuổi đột quỵ não cho thấy tỉ lệ RLLM là 68,6% [7].

Nghiên cứu của Trần Quang Bình (2016) tập trung xác định đặc điểm, mối liên quan giữa RLLM và bệnh THA ở người tuổi trung niên. Kết quả cho thấy RLLM thường gặp ở người THA (83,3%) và tỉ lệ mắc tăng theo tuổi. RLLM là yếu tố nguy cơ của THA ( $\beta = 0,359$ ,  $p = 0,014$ ) [1].

RLLM hay thường được quan tâm là vấn đề "mỡ máu cao" có mối liên quan mật thiết với THA. RLLM làm tăng lắng đọng mảng xơ vữa và gây chít hẹp thành mạch, từ đó gây THA.

**4.4. Đặc điểm rối loạn các thành phần lipid máu.** Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân RLLM hai thành phần chiếm đa số (39,0%). Tương tự, nghiên cứu của Đỗ Thúy Ngọc năm 2012 trên 115 bệnh nhân ở Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108 cũng cho tỉ lệ rối loạn lipid 2 thành phần cao nhất (48,69%), từ 3 thành phần trở lên là 26,08%, rối loạn ở 1 thành phần là thấp nhất với 22,60% [2], tương tự kết quả nghiên cứu của Bùi Văn Tân năm 2010 thấy: tăng 1 thành phần là 18,17%, 2 thành phần là 44,13%, trên 2 thành phần là 29,21% [4]. Nghiên cứu của Phan Hồng Phúc năm 2007 tại Bệnh viện Quân Y 108 cho thấy nhóm bệnh nhân THA kèm ĐTĐ bị rối loạn 2 và 3 thành phần chiếm tỉ lệ 80%; mặt khác ở nhóm THA không kèm ĐTĐ cũng cho kết quả rối loạn 2 thành phần có tỉ lệ cao nhất (44,5%) [3]. Từ các kết quả nghiên cứu trên cho thấy đa số các trường hợp RLLM sẽ xảy ra chủ yếu từ 2 thành phần

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