

ĐẶC ĐIỂM VÀ TIẾN TRIỂN SUY GIẢM TRÍ NHỚ CỦA SUY GIẢM NHẬN THỨC NHẸ Ở BỆNH NHÂN LOẠN THẦN RƯỢU

NGUYỄN VĂN TUẤN - *Bệnh viện Tâm thần Hà Nội*
TRẦN HỮU BÌNH – *Viện Sức khỏe Tâm thần*

TÓM TẮT

Nghiên cứu suy giảm trí nhớ 66 bệnh nhân loạn thần do rượu, có suy giảm nhận thức nhẹ. Sử dụng phương pháp mô tả lâm sàng. Chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10, tiêu chuẩn phân loại mức độ nghiện rượu của DSM IV, test 5 từ đánh giá trí nhớ của Rey.

Một phương pháp thu thập, phân tích số liệu chính xác, thống nhất được thực hiện, đã cho thấy suy giảm trí nhớ gần chiếm tỷ lệ 95,5% bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu chỉ ra suy giảm trí nhớ gần liên quan chặt chẽ với thời gian nghiện rượu. Thời gian nghiện rượu càng dài, tỷ lệ suy giảm trí nhớ gần càng cao. Nghiên cứu cũng cho thấy suy giảm trí nhớ gần cải thiện rõ rệt, sau ngừng sử dụng rượu và điều trị, tỷ lệ cải thiện trí nhớ gần tăng lên theo thời gian ngừng sử dụng rượu và điều trị. Điểm test 5 từ phù hợp với kết quả lâm sàng.

RÉSUMÉ

Une étude décrit la clinique de la diminution de la mémoire chez les 66 psychoses alcooliques, qui présente l'état de la diminution cognitive légère. On utilise des critères diagnostiques de l'ICD 10, la classification de degré de dépendance alcoolique selon des critères DSM IV, l'Épreuve des cinq mots de Rey.

Une méthode rassemblée des informations exacte, unifiée qui a réalisé, a montré 95,5% patients diminutifs de la mémoire récente. Les résultats étudiés ont montré que la diminution de la mémoire récente lie étroit au temps d'alcoolisme. Le temps d'alcoolisme est autant plus longue que la diminution de la mémoire récente peut-être autant plus grave. Cette étude a montrée aussi que la diminution légère de la mémoire récente était adaptée après l'abstinence alcoolique et le traitement et selon le long du temps de l'abstinence alcoolique et le traitement. Les résultats étudiés des points du test "l'Épreuve des cinq mots de Rey" sont compatibles avec les résultats étudiés de la clinique.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiện rượu mạn tính là nguyên nhân gây nhiều rối loạn, bệnh lý tâm thần, suy giảm nhận thức (SGNT) là một trong những hậu quả do nghiện rượu mạn tính, mà mức độ nặng của nghiện rượu mạn tính là loạn thần do rượu.

Một trong những chức năng cơ bản của nhận thức là trí nhớ. Nghiện rượu mạn tính gây rối loạn và suy giảm trí nhớ, đây là một rối loạn cơ bản chức năng nhận thức do rượu gây lên, chiếm tỷ lệ cao trên 90% tùy theo nghiên cứu.

Suy giảm nhận thức do rượu có hai mức độ: suy giảm nhận thức nhẹ có thể hồi phục và sa sút trí tuệ

do rượu. Suy giảm trí nhớ do rượu cũng có những mức độ khác nhau, có thể hồi phục hoặc không hồi phục. Suy giảm trí nhớ trong SGNT nhẹ, theo nhiều tác giả có thể hồi phục sau ngừng sử dụng rượu và điều trị. Với đặc điểm chủ yếu suy giảm trí nhớ gần và có khả năng hồi phục.

Tuy nhiên trong lâm sàng, suy giảm trí nhớ do rượu, đặc biệt ở những bệnh nhân loạn thần do rượu, chưa được quan tâm nhiều, do những triệu chứng râm rộ của loạn thần che khuất.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đặc điểm và tiến triển suy giảm trí nhớ của suy giảm nhận thức nhẹ ở bệnh nhân loạn thần do rượu" để nhằm góp phần làm sáng tỏ vấn đề này, với mục tiêu:

1. Mô tả lâm sàng suy giảm trí nhớ của suy giảm nhận thức nhẹ ở bệnh nhân loạn thần do rượu.
2. Nhận xét tiến triển suy giảm trí nhớ của suy giảm nhận thức nhẹ ở bệnh nhân loạn thần do rượu, sau ngừng rượu và điều trị.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 66 bệnh nhân được chẩn đoán loạn thần do rượu theo tiêu chuẩn ICD.10, điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Hà Nội từ tháng 03 năm 2010 đến tháng 02 năm 2011, đủ tiêu chuẩn chẩn đoán suy giảm nhận thức nhẹ.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng suy giảm trí nhớ của suy giảm nhận thức nhẹ ở bệnh nhân loạn thần do rượu.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân được chẩn đoán loạn thần do rượu theo tiêu chuẩn phân loại quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi phiên bản dùng cho nghiên cứu (ICD.10). Đủ tiêu chuẩn chẩn đoán SGNT nhẹ.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân chậm phát triển tâm thần và bệnh nhân có tiền sử bệnh thực thể não không do rượu. Bệnh nhân có các rối loạn tâm thần nặng không do rượu (Tâm thần phân liệt, rối loạn cảm xúc...). Các bệnh nhân có tật chứng về trí nhớ, trước nghiện rượu. Bệnh nhân nghiện ma túy. Bệnh nhân có bệnh nội tiết, bệnh cơ thể nặng không do rượu. Bệnh nhân trên 60 tuổi.

- Phương pháp thu thập thông tin:

+ Công cụ nghiên cứu: Bệnh án nghiên cứu chuyên biệt dùng để nghiên cứu rối loạn trí nhớ. Bộ câu hỏi dành cho bệnh nhân, bộ câu hỏi dành cho thân nhân bệnh nhân. Các thang và trắc nghiệm đánh giá chức năng nhận thức và trí nhớ: thang M.M.S.E, test 5 từ. Tiêu chuẩn chẩn đoán loạn thần do rượu theo ICD.10 [5]. Tiêu chuẩn chẩn đoán mất

trí do rượu theo ICD.10. Tiêu chuẩn chẩn đoán mức độ nghiện rượu theo DSM. IV.

+ Kỹ thuật thu thập thông tin: Hỏi bệnh bệnh nhân và thân nhân bệnh nhân. Khám lâm sàng. Làm trắc nghiệm đánh giá chức năng nhận thức và trí nhớ. Theo từng giai đoạn nghiện rượu.

- Các chỉ số, biến số nghiên cứu: Các chỉ số độc lập (tuổi, nghề nghiệp, học vấn...). Thời gian nghiện rượu, mức độ nghiện rượu. Chỉ số về các triệu chứng loạn tâm thần do rượu. Chỉ số về triệu chứng suy giảm nhận thức, trí nhớ theo từng giai đoạn. Chỉ số trắc nghiệm tâm lý đánh giá trí nhớ theo từng giai đoạn.

- Xử lý số liệu: Cách ghi chép mẫu biểu, phân tích và xử lý số liệu theo một qui trình và phương pháp thống nhất. Số liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê y học, số liệu được xử lý bằng phần mềm Epi Info 6.04, thuật toán χ^2 và t-Student được sử dụng.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nghiên cứu: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu $41,2 \pm 5,4$. Học vấn THCS và PTTH chiếm chủ yếu (51,5%; 31,8%). Lao động chân tay, lao động nặng là chủ yếu: 89,4%. Thời gian nghiện rượu trung bình $12,2 \pm 6,3$ năm, thấp nhất 3 năm, cao nhất 16 năm. Mức độ nghiện rượu nặng 57,8%, vừa 42,2%, không có nghiện rượu mức độ nhẹ trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

2. Đặc điểm lâm sàng

2.1. Đặc điểm về loạn thần

Loạn thần do rượu hoang tưởng chiếm ưu thế có tỷ lệ cao nhất: 68,2% và loạn thần do rượu ảo giác chiếm ưu thế 25,8%, loạn thần do rượu chủ yếu đa dạng chiếm tỷ lệ thấp nhất 1,5%.

2.2. Đặc điểm suy giảm trí nhớ

Suy giảm trí nhớ gần chiếm 95,5% các bệnh nhân nghiên cứu. Suy giảm trí nhớ tức thì có 4 bệnh nhân chiếm 4,5%. Suy giảm trí nhớ gần, trí nhớ tức thì không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo tuổi.

Bảng 1: Suy giảm trí nhớ theo thời gian nghiện rượu

TG NR Triệu chứng	< 5 năm (n = 8)		5 – 10 năm (n = 14)		> 10 năm (n = 44)		P (X ²)
	n	%	n	%	n	%	
Suy giảm trí nhớ gần	6	75	13	92,9	44	100	< 0,01
Suy giảm trí nhớ tức thì	0	0	1	7,1	2	4,8	> 0,05

Suy giảm trí nhớ gần có sự khác biệt giữa các nhóm theo thời gian nghiện rượu, với $P < 0,01$. Suy giảm trí nhớ gần chiếm tỷ lệ cao ở nhóm có thời gian nghiện rượu dài. Suy giảm trí nhớ tức thì không có sự khác biệt, có ý nghĩa thống kê, theo thời gian nghiện rượu. (bảng 1)

Bảng 2: Suy giảm trí nhớ theo mức độ nghiện rượu

TG NR Triệu chứng	NR vừa (n = 28)		NR nặng (n = 38)		P (X ²)
	n	%	N	%	
Suy giảm trí nhớ gần	26	92,9	37	97,4	> 0,05
Suy giảm trí nhớ tức thì	1	3,6	2	5,3	> 0,05

Suy giảm trí nhớ gần, suy giảm trí nhớ tức thì, không có sự khác biệt, có ý nghĩa thống kê, theo mức độ nghiện rượu. (bảng 2)

Bảng 3: Tiến triển suy giảm trí nhớ theo thời gian điều trị

Thời gian Triệu chứng	T 0 (n = 66)		T 1 (n = 66)		T 2 (n = 66)		T 3 (n = 66)		P (X ²)
	n	%	N	%	n	%	n	%	
SGTN gần	63	95,5	33	50	11	16,7	5	7,6	< 0,01
SGTN tức thì	3	4,5	3	4,5	1	1,5	1	1,5	> 0,05

T0: Đánh giá thời gian sau khi hết hội chứng cai rượu (10 ngày). T1: 1 tháng sau điều trị. T2: 3 tháng sau điều trị. T3: 6 tháng sau điều trị.

Suy giảm trí nhớ gần cải thiện rõ rệt sau khi dừng sử dụng rượu và điều trị, với tỷ lệ suy giảm trí nhớ giảm dần theo thời gian, có ý nghĩa thống kê, với $P < 0,01$. Và có tỷ lệ thấp nhất ở giai đoạn T3 (6 tháng) là 7,6%. (bảng 3)

Bảng 4: Điểm trung bình test 5 từ theo thời gian điều trị

Thời gian	T0	T1	T2	T3	P (t)
Điểm TB test 5 từ	$6,8 \pm 0,72$	$7,2 \pm 0,81$	$7,8 \pm 0,62$	$8,6 \pm 0,61$	< 0,05

T0: Đánh giá thời gian sau khi hết hội chứng cai rượu (10 ngày). T1: 1 tháng sau điều trị. T2: 3 tháng sau điều trị. T3: 6 tháng sau điều trị.

Điểm test 5 từ đánh giá trí nhớ cho ta thấy điểm số trung bình ở giai đoạn T0 cho thấy có suy giảm trí nhớ rõ rệt ở nhóm nghiên cứu, với điểm trung bình $6,8 \pm 0,72$. Điểm cải thiện rõ theo từng giai đoạn điều trị. Và đạt cao ở giai đoạn T3, điểm trung bình giai đoạn T3 cho thấy không có biểu hiện suy giảm trí nhớ. (bảng 4)

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của nghiên cứu

- Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $41,2 \pm 5,4$ tuổi, kết quả này cho thấy đây là tuổi đang còn lao động, chính vì vậy hậu quả về xã hội rất nhiều.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của Lý Trần Tình (2006) nghiên cứu trầm cảm ở bệnh nhân loạn thần do rượu tuổi trung bình là $43 \pm 7,4$ tuổi [4]; của Phạm Quang Lịch (2003) là $42, 52 \pm 7,53$ tuổi [2].

- Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm có học vấn THCS và PTTH chiếm tỷ lệ cao trong nhóm nghiên cứu (51,5%; 31,8%), có thể do trình độ nhận thức, do môi trường sinh hoạt, lao động là nhân tố thúc đẩy sử dụng rượu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của một số tác giả trong nước như: Nguyễn Mạnh Hùng (2003) THCS 45%, THPT 40% [1].

- Nghề nghiệp lao động chân tay và lao động nặng chiếm chủ yếu trong nhóm nghiên cứu với tỷ lệ 89,4 %. Kết quả này phù hợp với tác giả Nguyễn Mạnh Hùng (2003) là 80%; Lương Thị Phương Liên (2001) lao động chân tay là 67,5% ở bệnh nhân loạn thần do rượu. [1], [3].

- Thời gian trung bình nghiện rượu trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là $12,2 \pm 6,3$ năm, kết quả này cho thấy thời gian trung bình gây hậu quả về tâm thần của các đối tượng nghiện rượu mạn tính khoảng trên dưới 10 năm, kết quả này phù hợp với đa số y văn thế giới và tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu trong nước như: Lý Trần Tinh (2006) thời gian trung bình nghiện rượu là $12,9 \pm 6,8$ năm [4].

- Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức độ nghiện rượu nặng 57,8%, vừa 42,2%. Tỷ lệ nghiện rượu nặng thấp hơn một số nghiên cứu trong nước như: Nguyễn Văn Tuấn (2006) nghiện rượu mức độ nặng 77,3%, Lý Trần Tinh (2006) nghiện rượu mức độ nặng là 72,9 % [4]. Kết quả này có thể do cách chọn mẫu của chúng tôi gồm các đối tượng suy giảm nhận thức nhẹ, nên mức độ nghiện rượu không trầm trọng bằng các đối tượng trong nghiên cứu khác.

2. Đặc điểm lâm sàng

2.1. Đặc điểm về loạn thần

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: loạn thần do rượu chiếm ưu thế chiếm tỷ lệ cao 68,2%, loạn thần do rượu ảo giác chiếm ưu thế chiếm ưu thế chiếm 25,8%. Kết quả này cho thấy tỷ lệ loạn thần ảo giác chiếm ưu thế phù hợp với tác giả Lý Trần Tinh (2006) với loạn thần do rượu ảo giác chiếm ưu thế là 22,92 % [4].

2.2. Đặc điểm suy giảm trí nhớ

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy suy giảm trí nhớ gần chiếm tỷ lệ 95,5%, suy giảm trí nhớ tức thì tỷ lệ thấp 4,5%. Kết quả này phù hợp với một số tác giả, như: Nguyễn Văn Tuấn (2006), suy giảm trí nhớ gần chiếm tỷ lệ 92% ở các bệnh nhân loạn thần do rượu. Kết quả này cũng phù hợp với một số tác giả và y văn trên thế giới, suy giảm trí nhớ ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính chủ yếu là suy giảm trí nhớ gần, suy giảm trí nhớ gần là triệu chứng cơ bản của suy giảm nhận thức nhẹ, Guy Darcourt (1998), Jean de Recondo (2002), S. Pariel-Madjlessi (2000). Và các y văn cũng nêu, trí nhớ tức thì ít bị ảnh hưởng ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính. [7], [8], [10].

Kết quả nghiên cứu ở bảng 1 cũng cho thấy tỷ lệ suy giảm trí nhớ gần có sự khác biệt, có ý nghĩa thống kê theo thời gian nghiện rượu, thời gian nghiện rượu càng dài, tỷ lệ suy giảm trí nhớ gần càng cao:

thời gian nghiện rượu dưới 5 năm suy giảm trí nhớ gần chiếm tỷ lệ 75%, thời gian nghiện rượu trên 10 năm tỷ lệ suy giảm trí nhớ gần là 100% đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số tác giả: P. Daniker (1990), J.M. Vanelle, T. Gallarda, N. Debisse, J.P. Olié, H.Lôo (1995), các tác giả cho rằng suy giảm trí nhớ liên quan chặt chẽ với thời gian nghiện rượu. [9].

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3 cho thấy suy giảm trí nhớ gần được cải thiện rõ rệt sau khi ngừng sử dụng rượu và điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,01$. Tỷ lệ suy giảm trí nhớ gần chỉ chiếm 7,6% ở giai đoạn 6 tháng ngừng sử dụng rượu và điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số tác giả, như Jean De Recondo (2002), D. Leujeune (1998), các tác giả cho rằng suy giảm nhận thức nhẹ nói chung, suy giảm trí nhớ gần nói riêng, có thể hồi phục rõ rệt sau ngừng sử dụng và điều trị. [6], [8].

Kết quả nghiên cứu ở bảng 4 cho chúng ta thấy, điểm trung bình test 5 từ ở giai đoạn T0 (sau 10 ngày hết hội chứng cai rượu) thấp dưới 8 điểm, biểu hiện suy giảm trí nhớ. Kết quả ở bảng này cũng cho thấy điểm trung bình của test 5 từ tăng dần theo thời gian ngừng sử dụng rượu và điều trị, đạt $8,6 \pm 0,61$ điểm (lớn hơn 8 điểm) ở thời điểm T3 sau 6 tháng ngừng sử dụng rượu và điều trị, điều này chứng tỏ trí nhớ hồi phục. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. Kết quả trên test 5 từ đánh giá trí nhớ, phù hợp với kết quả trên lâm sàng.

KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu 66 bệnh nhân loạn thần do rượu, có suy giảm nhận thức mức độ nhẹ, điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Hà Nội từ tháng 3 năm 2010 đến tháng 2 năm 2011, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Suy giảm trí nhớ gần chiếm tỷ lệ cao trong suy giảm nhận thức nhẹ do rượu, với tỷ lệ 95,5%; suy giảm trí nhớ tức thì có tỷ lệ rất thấp 4,5%; không có suy giảm trí nhớ xa ở những bệnh nhân loạn thần do rượu có suy giảm nhận thức mức độ nhẹ.

Suy giảm trí nhớ gần ở bệnh nhân suy giảm nhận thức nhẹ do rượu, liên quan chặt chẽ với thời gian nghiện rượu, thời gian nghiện rượu càng dài, suy giảm trí nhớ gần chiếm tỷ lệ càng cao. Suy giảm trí nhớ tức thì không có sự khác biệt giữa các nhóm theo thời gian nghiện rượu.

2. Suy giảm trí nhớ gần được cải thiện rõ rệt sau khi ngừng sử dụng rượu và điều trị. Tỷ lệ suy giảm trí nhớ gần giảm theo thời gian ngừng sử dụng rượu và điều trị, tỷ lệ suy giảm trí nhớ gần nhỏ nhất ở thời điểm sau 6 tháng ngừng sử dụng rượu và điều trị, chỉ còn chiếm tỷ lệ 7,6%.

Test 5 từ đánh giá suy giảm trí nhớ phù hợp với lâm sàng. Điểm trung bình nhỏ hơn 8 điểm ở giai đoạn T0 (sau 10 ngày điều trị). Điểm trung bình test 5 từ cải thiện và tăng dần theo thời gian ngừng sử dụng rượu và điều trị, đạt trên 8 điểm ở giai đoạn sau 6 tháng ngừng sử dụng rượu và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn mạnh Hùng (1997), “Đặc điểm lâm sàng của loạn thần do rượu với hoang tưởng do rượu và ảo giác chiếm ưu thế”, Nội san số đặc biệt 2003 - Bệnh viện Tâm thần Trung ương I – Bộ y tế, Tr. 33 – 37.
2. Phạm Quang Lịch (2003), “Đặc điểm rối loạn trí nhớ, chú ý ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính - Luận Văn thạc sỹ y khoa, Tr. 36 – 58.
3. Lương Thị Phương Liên (2001), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân loạn thần do rượu tại bệnh viện đa khoa Thái Nguyên – Luận văn thạc sỹ y khoa, Tr. 34 – 43.
4. Lý Trần Tình (2006), “Đặc điểm lâm sàng rối loạn cảm xúc ở bệnh nhân loạn thần do rượu, luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp 2 – Đại Học Y Hà Nội. Tr. 32 – 36.
5. Tổ chức Y tế thế giới (1992), “Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần”, Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi, Geneva, tài liệu dịch: Trần Di Ái; Trần Bình An; Lã Thị Bưởi; Nguyễn Khánh Hợi; Nguyễn Viết Thiêm; Nguyễn Việt dịch, Tr. 6-19, 28, 34- 51.
6. D. Leujeune (1998), “Les Conséquences Somatiques De l'Alcoolisme” , Alcoolisme - Edition LOUVAIN MED 117, P.125 – 132.
7. Guy Darcourt; M. Myquel; D. Pringuey; T.Braccini; P. Bonhomme (1998), “Acoolisme: intoxication aigue et chronique. syndrome de sevrage, complications psychiatriques, neurologiques aigues et chroniques imputables à l'alcool”, Internat, P. 130- 145.
8. Jean De Recondo (2002), “Les Fonctions Cognitives” Semilogie du systeme nerveux, – Édition Médecine-Sciences Flammarion, P. 174 – 192.
9. J.M. Vanelle ; T.Gallarda ; N. Debisse ; J.P. Olié ; H. Lôo (1995), “De la notion de Démence alcoolique et de ses Rapports avec une atteinte frontale : à Propos d'une observation personnelle”, Comptes rendus du Congres de psychiatrie et neurologie, Tome IV – Saint-Mallo – France, P 174 – 177.
10. S. Pariel-Madjlessi (2000), “Demences et Alcool”, Actualite en 2000, <http://www.agevillag>, P. 19 – 20.