

## RỐI LOẠN LƯỢNG CỰC VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐẾN PHÒNG KHÁM TÂM THẦN KINH, BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

*Đào Thị Thu Hương<sup>1</sup>, Trần Nguyễn Khánh Minh<sup>1</sup>,  
Nguyễn Đào Uyên Trang<sup>1</sup>, Thái Thanh Trúc<sup>1</sup>*

### TÓM TẮT:

*Đặt vấn đề:* Rối loạn lưỡng cực (RLLC) là một trong những rối loạn tâm thần phổ biến và ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống của người bệnh. Tuy nhiên, các nghiên cứu về RLLC tại Việt Nam và cụ thể là tại thành phố Hồ Chí Minh còn hạn chế.

*Mục tiêu:* Xác định tỉ lệ của RLLC trong rối loạn khí sắc (bao gồm RLLC I, II và RLTCY) và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đến phòng khám ngoại trú Tâm thần kinh của Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

*Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 152 bệnh nhân rối loạn khí sắc từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2021. Bệnh nhân tham gia trả lời các câu hỏi và tự đánh giá các triệu chứng thông qua bộ câu hỏi rối loạn khí sắc.

*Kết quả:* Có 152 người bệnh tham gia nghiên cứu, với 110 nữ và 42 nam, độ tuổi từ 18 đến 68 tuổi. Trong đó tỉ lệ của người bị RLLC là 36,8%. Tỉ số giới tính trong nhóm RLLC xấp xỉ 1:1. Thời gian trung vị để một bệnh nhân RLLC từ lúc khởi phát triệu chứng cho đến khi nhận được chẩn đoán RLLC là 27 tháng (khoảng tứ vị 12-72 tháng). Trong khi nhiều triệu chứng là khác nhau thì tần suất xuất hiện triệu chứng “ngủ ít hơn thường ngày và không để ý đến nó” và “suy nghĩ xuất hiện liên tục và không thể làm chậm lại” ở hai nhóm RLLC và RLTCY là như nhau ( $p=0,428$  và  $p=0,460$ )

*Kết luận:* Rối loạn lưỡng cực là bệnh lý tâm thần phổ biến, nhưng được chẩn đoán chậm trễ. Cần tiến hành nhiều nghiên cứu hơn về RLLC để tìm ra công cụ, giải

---

<sup>1</sup> Đại học Y Dược TP.HCM

Người phản hồi (Corresponding): Đào Thị Thu Hương (dtthuong1.nt18@ump.edu.vn)

Ngày nhận bài: 10/9/2021, ngày phản biện: 21/9/2021

Ngày bài báo được đăng: 30/12/2021

pháp để RLLC sớm được phát hiện.

*Từ khóa: rối loạn lưỡng cực, MDQ, rối loạn hưng trầm cảm, rối loạn khí sắc*

## **BIPOLAR DISORDER AND RELATED FACTORS IN PSYCHIATRIC OUTPATIENT CLINIC AT UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY CENTER AT HO CHI MINH CITY**

### **ABSTRACT**

*Background: Bipolar disorder (BP) is the most common mental disorder and affects patients' quality of life. However, studies on BP are limited in Vietnam, specially at Ho Chi Minh City where has been limited to date.*

*Objection: To determine the prevalence and correlates of BP at a psychiatry outpatient clinic, University of Medicine and Pharmacy Center, Ho Chi Minh city.*

*Method: A cross-sectional descriptive study was conducted in patients with mood disorder from January to June 2021. The patients completed a questionnaire which included self-report questions about their symptoms.*

*Results: One hundred and fifty two patients (110 women and 42 men, ages ranging from 18 to 68 years) took part in this study. The prevalence of BP was 36.8%. The sex ratio of bipolar group is about 1:1. The median time of patient from symptoms onset to confirmative diagnosis BP was 27 months (a lower quartile - a higher quartile: 12 – 72 months). While many symptoms were different in both groups, the frequency of symptoms “got much less sleep than usual and found you didn't really miss it” and “thoughts raced through your head or you couldn't slow your mind down” were similar in both groups ( $p=0.428$  and  $p=0.460$ ).*

*Conclusions: This study demonstrates that BD is a popular mental disorder, but is often under-diagnosed. It is necessary to conduct more studies to find out appropriate instruments, solutions to early detect BD.*

*Keywords: bipolar disorder, mood disorder, manic-depressive disorder, MDQ.*

### **1. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Rối loạn lưỡng cực (RLLC) là một bệnh lý tâm thần được đặc trưng bởi các giai đoạn hưng cảm, hưng cảm nhẹ và trầm cảm chủ yếu [1]. Với tỉ lệ hiện mắc suốt đời là từ 1- 4,1% [2], RLLC trở thành

một trong những rối loạn tâm thần phổ biến và là gánh nặng lớn về chăm sóc y tế [3]. Tại Việt Nam các dữ liệu về rối loạn này vẫn còn là ẩn số vì chưa được nghiên cứu nhiều.

Trong số các rối loạn khí sắc,

RLLC I thường khởi phát sớm nhất với độ tuổi trung bình là 18 tuổi, sau đó là RLLC II vào khoảng giữa độ tuổi 20, và muộn hơn nữa là rối loạn trầm cảm chủ yếu (RLTCCY) [1]. Bệnh thường diễn tiến mạn tính với nhiều giai đoạn bệnh tái phát, trung bình là chín giai đoạn. Càng lớn tuổi, thời gian không có triệu chứng bệnh càng bị rút ngắn. Ở người bệnh RLLC I, các giai đoạn trầm cảm chủ yếu thường là biểu hiện khởi phát đầu tiên, chiếm 75% ở nữ và 67% ở nam. Một số nghiên cứu cho thấy có khoảng 5-10% các bệnh nhân bị RLTCCY có một giai đoạn hưng cảm sau 6-10 năm có giai đoạn trầm cảm đầu tiên [4]. Trung bình mất 8-10 năm từ lúc khởi phát triệu chứng đầu tiên cho đến lúc chính thức được chẩn đoán RLLC [5].

Rối loạn lưỡng cực liên quan nhiều tới các bệnh lý y khoa và rối loạn tâm thần khác. Đặc biệt là nguy cơ tự sát cao gấp 15-20 lần so với dân số chung và ý tưởng tự làm đau bản thân được khai báo ở 79% bệnh nhân [6]. Có khoảng 1/3 số bệnh nhân RLLC I có các triệu chứng mạn tính và gây suy giảm chức năng xã hội, nhiều nhất là chức năng nghề nghiệp, khiến cho người bệnh có tình trạng kinh tế xã hội thấp mặc dù có cùng trình độ văn hóa so với dân số chung [1]. Theo nghiên cứu gánh nặng bệnh tật thế giới, RLLC nằm trong 20 nguyên nhân hàng đầu trên thế giới gây mất nhiều năm sống do khiếm khuyết chức năng [7]. Ảnh hưởng này còn

nhiều hơn ở các bệnh nhân trẻ, là nguyên nhân đứng thứ 6 gây mất năm sống theo mức độ bệnh tật.

Tuy nhiên, ở Việt Nam hiện nay, có rất ít các tài liệu nghiên cứu tìm hiểu về các đặc điểm của người mắc rối loạn khí sắc, đặc biệt là RLLC. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu xác định tỉ lệ RLLC trong nhóm rối loạn khí sắc (bao gồm RLLC I, II và RLTCCY). Đồng thời khảo sát đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan của RLLC, trong đó so sánh các triệu chứng có thể nhầm lẫn giữa các RLLC và RLTCCY.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện ở Bệnh nhân đủ từ 18 tuổi trở lên, đến khám tại phòng khám Tâm thần kinh của Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ tháng 01 đến hết tháng 06 năm 2021. Bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn vào bao gồm đủ từ 18 tuổi trở lên, nói và hiểu được tiếng Việt, được chẩn đoán RLLC I hoặc II hoặc RLTCCY lần đầu hoặc tái phát và đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được loại ra khi có các tiêu chuẩn loại trừ như ở trong trạng thái kích động, cấp cứu nội khoa, cấp cứu tâm thần, các rối loạn khí sắc nặng có loạn thần chưa đáp ứng điều trị, các rối loạn khí sắc do bệnh nội khoa

(ví dụ như cường giáp, suy giáp, hội chứng Cushing) hoặc do chất, thuốc (ví dụ như corticoid; ma túy đá, rượu).

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Bệnh nhân được bác sĩ tâm thần chẩn đoán có rối loạn khí sắc theo tiêu chuẩn DSM-5, thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu đồng thời không có bất kỳ yếu tố nào của tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân sau đó được hỏi các thông tin cá nhân và tự hoàn thành các câu hỏi trong bộ câu hỏi rối loạn khí sắc tại thời điểm nhận vào nghiên cứu.

Công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu tính tỉ lệ RLLC trong nhóm rối loạn khí sắc:

$$n \geq \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \alpha(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: số bệnh nhân bị rối loạn khí sắc;  $\alpha=0,05$ ; p: tần suất lưu hành của RLLC trong nhóm rối loạn khí sắc, dao động trong khoảng từ 0,42 – 0,56 [8], chọn  $p=0,45$ , d: sai số ước tính, chọn  $d=0,08$ . Từ đó tính được  $n \geq 149$ . Vậy nghiên cứu

cần có ít nhất 149 người bệnh tham gia.

## 2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Các thông tin sau khi được thu thập được nhập vào phần mềm quản lý dữ liệu Epidata và xuất số liệu qua phần mềm Stata 14.2 để phân tích. Dùng tỉ lệ của các đặc điểm để tóm tắt dữ liệu. Kiểm định Chi bình phương và hồi quy logistic được dùng để so sánh các đặc điểm của hai nhóm rối loạn, với  $p < 0,05$  được xem là mức có ý nghĩa thống kê.

## 2.4. Y đức

Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. HCM, số 783/HĐĐĐ-ĐHYD.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 152 người bệnh đạt chuẩn tham gia nghiên cứu. Trong đó số bệnh nhân được chẩn đoán RLLC là 56 bệnh nhân và RLTCY là 96 người bệnh. Các đặc điểm của nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân tham gia nghiên cứu, N=152

Đặc điểm	N (%)
Giới tính	
Nữ	110 (72,4)
Nam	42 (27,6)
Tuổi hiện tại	
18-34	75 (49,3)
35-59	62 (40,8)
$\geq 60$	15 (9,9)

**CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC**

Đặc điểm	N (%)
<b>Trình độ học vấn</b>	
Cấp 1	20 (13,2)
Cấp 2	30 (19,7)
Cấp 3	32 (21,1)
Cao đẳng, đại học, sau đại học	70 (46,0)
<b>Tình trạng hôn nhân</b>	
Chưa bao giờ kết hôn	60 (39,5)
Ly hôn/ly thân	11 (7,2)
Kết hôn/sống chung	73 (48,0)
Vợ/chồng đã mất	8 (5,3)
<b>Nghề nghiệp</b>	
Thất nghiệp	18 (11,8)
Làm việc toàn thời gian	81 (53,3)
Làm việc bán thời gian	17 (11,2)
Nghỉ hưu	14 (9,2)
Khác (Học sinh, sinh viên)	22 (14,5)
<b>Thu nhập trung bình mỗi tháng (đồng) (N=146)</b>	
< 5 triệu	46 (31,5)
5 triệu – 9 triệu	42 (28,8)
≥10 triệu	58 (39,7)
<b>Chẩn đoán hiện tại</b>	
RLLC	56 (36,8)
RLTCCY	96 (63,2)
<b>Thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc chẩn đoán hiện tại (tháng) (N=138)</b>	
< 3	28 (20,3)
3-11	32 (23,2)
12-23	28 (20,3)
≥24	50 (36,2)
<b>Thời gian từ lúc chẩn đoán RLTCCY đến lúc chẩn đoán RLLC (tháng) (N=23)</b>	
< 3	4 (17,4)
3-11	3 (13,0)
12-23	7 (30,4)
≥24	9 (39,1)

Số bệnh nhân nữ nhiều gấp 2,5 lần so với số bệnh nhân nam. Độ tuổi chiếm nhiều nhất là từ 18-34 tuổi (49,3%), chỉ có khoảng 10% bệnh nhân là người cao tuổi. Gần một nửa người bệnh có học vấn cao, từ cao đẳng, đại học trở lên (46%) và phần lớn người bệnh có việc làm toàn thời gian (53,3%). So với người bệnh bị RLLC, số bệnh nhân được chẩn đoán RLTCY nhiều gấp 1,7 lần. Thời gian trung vị để

người bệnh từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc đi khám và có chẩn đoán hiện tại là 12 tháng (khoảng tứ vị: 3-36 tháng). Trong số bệnh nhân rối loạn lưỡng cực, gần một nửa bệnh nhân (47%) ban đầu được chẩn đoán RLTCY sau đó được chẩn đoán lại là RLLC, chủ yếu là trên 1 năm (69,5%) 2 tuần là thời gian ngắn nhất và 16 năm là thời gian dài nhất cho sự thay đổi này.

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân RLLC và RLTCY (N=152)

Đặc điểm	RLLC N (%)	RLTCY N (%)	p
<b>Giới tính</b>			0,005
Nữ	33 (58,9)	77 (80,2)	
Nam	23 (41,1)	19 (19,8)	
Tuổi trung vị (khoảng tứ vị)	27 (22,5 - 37,0)	41,5 (28,0 - 52,5)	<0,001
<b>Trình độ học vấn</b>			0,020
Cấp 1	3 (5,4)	17 (17,7)	
Cấp 2	7 (12,5)	23 (24,0)	
Cấp 3	13 (23,1)	19 (19,8)	
Cao đẳng, đại học, sau đại học	33 (59,0)	37 (38,5)	
<b>Tình trạng hôn nhân</b>			0,003
Chưa bao giờ kết hôn	32 (57,1)	28 (29,2)	
Ly hôn/ly thân	5 (8,9)	6 (6,3)	
Kết hôn/sống chung	17 (30,4)	56 (58,3)	
Vợ/chồng đã mất	2 (3,6)	6 (6,2)	
<b>Nghề nghiệp</b>			0,023
Thất nghiệp	7 (12,5)	11 (11,5)	
Làm việc toàn thời gian	31 (55,4)	50 (52,1)	
Làm việc bán thời gian	4 (7,1)	13 (13,5)	
Nghỉ hưu	1 (1,8)	13 (13,5)	
Khác (Học sinh, sinh viên)	13 (23,2)	9 (9,4)	

**CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC**

Đặc điểm	RLLC N (%)	RLTCCY N (%)	p
Thu nhập trung bình mỗi tháng (đồng) (N=149)			0,220
< 5 triệu	16 (29,1)	30 (31,9)	
5 triệu – 9 triệu	20 (36,4)	22 (23,4)	
≥10 triệu	19 (34,5)	42 (44,7)	
Thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc chẩn đoán hiện tại (tháng) (N=138)			0,001
Trung vị (khoảng tứ vị)	27 (12-72)	7,5 (3-22)	

Ngoại trừ thu nhập trung bình mỗi tháng của cả hai nhóm là giống nhau thì các đặc điểm khác bao gồm giới tính, tuổi, trình độ văn hóa, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp và thời gian để có chẩn đoán hiện tại ở hai nhóm là khác nhau có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). So với RLLC có tỉ số nam:nữ gần bằng nhau, số nữ của RLTCCY gấp 4 lần so với nam. Có sự khác biệt đáng kể về tuổi trung vị ở 2 nhóm trong đó nhóm RLTCCY có tuổi trung vị cao hơn cao hơn so với RLLC (41,5 với 27,0,  $p < 0,001$ ). Về khía cạnh trình độ học vấn, người bệnh RLLC có trình độ văn hóa cao hơn so với

nhóm RLTCCY ( $p = 0,020$ ). Nghề nghiệp của hai nhóm rối loạn cũng có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê  $p = 0,023$ , trong đó tỉ lệ người nghỉ hưu ở RLTCCY nhiều hơn so với RLLC (13,5% so với 1,8%). Ngược lại tỉ lệ học sinh, sinh viên ở RLTCCY ít hơn hẳn so với RLLC (9,4% và 23,2%). Thời gian từ lúc khởi phát các triệu chứng cho đến lúc nhận được chẩn đoán ghi nhận tại thời điểm làm nghiên cứu ở hai nhóm có sự chênh lệch, trong đó nhóm RLLC cần nhiều thời gian hơn để bệnh nhân có chẩn đoán đúng so với bệnh nhân RLTCCY (7,5 với 27 tháng).

*Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng các triệu chứng hưng cảm, hưng cảm nhẹ ở nhóm bệnh nhân RLLC và RLTCCY (N=152)*

Đặc điểm lâm sàng	RLLC N (%)	RLTCCY N (%)	p
Cảm thấy rất tốt và hưng phấn khác với thường ngày	45 (80,4)	28 (29,2)	0,001
Bực bội, cáu gắt, dễ cãi nhau, đánh nhau	41 (73,2)	54 (56,2)	0,037
Tự tin hơn rất nhiều so với thường ngày	35 (62,5)	38 (39,4)	0,006

Ngủ ít hơn thường ngày và không để ý đến mất ngủ	38 (67,9)	59 (61,5)	0,428
Nói nhiều hoặc nói nhanh hơn	41 (73,2)	25 (26,0)	<0,001
Suy nghĩ xuất hiện liên tục và không làm chậm lại được	46 (82,1)	74 (77,1)	0,460
Đễ bị phân tâm, gặp khó khăn khi tập trung hoặc duy trì chú ý	49 (87,5)	65 (67,7)	0,007
Nhiều năng lượng hơn so với thường ngày	36 (64,3)	25 (26,0)	<0,001
Năng động và làm nhiều việc hơn bình thường	38 (67,9)	21 (21,9)	<0,001
Kết nối xã hội hoặc hướng ngoại nhiều hơn	24 (42,9)	10 (10,4)	<0,001
Hứng thú tình dục nhiều hơn	22 (39,3)	12 (12,5)	<0,001
Làm những thứ rủi ro, quá lớn, ngu ngốc	29 (51,8)	31,6 (21,9)	<0,001
Xài nhiều tiền khiến cho bản thân hoặc gia đình gặp rắc rối	23 (41,1)	8 (8,3)	<0,001

Tất cả các triệu chứng hưng cảm trình bày ở Bảng 3 đều có thể gặp ở nhóm bệnh nhân RLTCY. Tuy nhiên, hai triệu chứng “ngủ ít hơn thường ngày và không để ý đến mất ngủ” và “suy nghĩ xuất hiện liên tục và không làm chậm lại được”, tần suất xuất hiện là như nhau giữa hai nhóm RLLC và RLTCY ( $p=0,428$  và  $p=0,460$ ).

#### 4. BÀN LUẬN

Trong rối loạn khí sắc, tỉ lệ người bệnh RLLC chiếm 36,8%. Có nhiều nghiên cứu cũng cho kết quả tương tự. Ví dụ nghiên cứu của Twiss.J và cộng sự năm 2008, cứ 127 bệnh nhân rối loạn khí sắc thì có 42% bệnh nhân bị RLLC [9]. Tại một nghiên cứu khác của tác giả Gervasoni.N và cộng sự được thực hiện vào năm 2009,

tỉ lệ bệnh nhân bị RLLC là 30% trong tổng số 146 người tham gia [10]. Tuy nhiên ở một nghiên cứu khác của Robert M.A. Hirschfeld và cộng sự vào năm 2000, tỉ lệ của RLLC cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, 56% [11]. Giải thích cho sự khác biệt này là do chúng tôi chỉ lấy người bệnh có chẩn đoán là RLLC I hoặc RLLC II. Trong khi đó, nghiên cứu của Hirschfeld, ngoài hai đối tượng trên, nhóm bệnh nhân có RLLC không biệt định cũng được đưa vào nghiên cứu, dẫn đến tỉ lệ rối loạn phổ lưỡng cực cao hơn trong rối loạn khí sắc.

Ở bệnh nhân bị RLLC, giới tính được phân bố tương đối đồng đều, xấp xỉ 1:1. Kết quả này tương đồng với nhiều y văn thế giới, như trong DSM 5, tỉ số



nam:nữ là 1,1:1 [1]. Trong một nghiên cứu khác điều tra dịch tễ cấp quốc gia về rượu và các tình trạng liên quan vào năm 2017, cũng cho thấy không có sự khác biệt về giới tính ở RLLC. Ngược lại, tỉ số nam:nữ trong RLTCY có sự khác biệt rõ với số lượng nữ nhiều gấp 4 lần nam ( $p<0,05$ ). Nhiều tài liệu khác cho thấy trong RLTCY nữ nhiều hơn nam từ 1,5-3 lần [5]. Sự tăng tỉ lệ trầm cảm ở nữ nhiều hơn so với nam được cho là có liên quan tới sự thay đổi hóc-môn sinh dục [12]. Sự gia tăng trầm cảm sau khi mang thai và quanh lúc mãn kinh cho thấy nồng độ hóc-môn bị dao động là một trong những yếu tố khởi phát trầm cảm. Trong khi đó nam giới, ngoài độ tuổi dậy thì, nồng độ hóc-môn sinh dục gần như là hằng định, không có sự biến động lớn như nữ.

Nhiều người bệnh RLLC mất hơn 2 năm trước khi được điều trị phù hợp. Thời gian này dài hơn ở một số nghiên cứu khác. Ví dụ, trong nghiên cứu của J.D Lish và cộng sự năm 1994 có hơn một nửa các bệnh nhân RLLC cần nhiều hơn 5 năm để bắt đầu tìm kiếm điều trị từ lúc khởi phát triệu chứng đầu tiên [13]. Sự khác biệt này có thể do cộng đồng hiện tại được tiếp cận nhiều hơn với các thông tin sức khỏe cũng như chú ý nhiều hơn về sức khỏe tâm thần. Tuy nhiên, khoảng thời gian không điều trị này ở bệnh nhân RLLC vẫn cao hơn so với RLTCY ( $p<0,001$ ). Điều này có thể do có từ 57 - 75% người bệnh bị RLLC có

giai đoạn khởi phát bệnh đầu tiên là giai đoạn trầm cảm, khiến người bệnh chưa được chẩn đoán đúng [4]. Một số khác không nghĩ rằng giai đoạn hưng cảm nhẹ là bất thường nên không khai báo với bác sĩ; một số khác có thể do bác sĩ bỏ qua và không hỏi kỹ bệnh nhân. Điều này cho thấy cần nỗ lực hơn nữa về giáo dục sức khỏe tâm thần, đồng thời cải thiện chất lượng bác sĩ tâm thần.

Kết quả cũng cho thấy tất cả các đặc điểm của giai đoạn hưng cảm đều có thể gặp ở bệnh nhân bị RLTCY. Tuy nhiên, họ chỉ trải nghiệm một vài các triệu chứng trong số đó, và chưa bao giờ đủ để hình thành giai đoạn hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ. Thực tế cho thấy, trong DSM 5 có phân loại cụ thể cho nhóm bệnh nhân có trầm cảm và có ít nhất 3 triệu chứng hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ là giai đoạn trầm cảm hỗn hợp và vẫn xếp là RLTCY nếu đủ tiêu chuẩn [1]. Trong số mười ba triệu chứng nêu trên đáng chú ý nhất là triệu chứng “ngủ ít hơn thường ngày và không để ý đến nó” và “suy nghĩ xuất hiện liên tục và không thể làm chậm lại”.

Rối loạn giấc ngủ là một trong những triệu chứng chính của rối loạn khí sắc[1]. Nếu giảm nhu cầu ngủ là triệu chứng đặc trưng trong giai đoạn hưng cảm thì mất ngủ hoặc ngủ nhiều lại là đặc điểm của các bệnh nhân khi bị trầm cảm. Giảm nhu cầu ngủ được mô tả là trạng thái người bệnh giảm số lượng thời gian ngủ trong

một ngày, nhưng vẫn cảm thấy khỏe, nhiều năng lượng vào sáng hôm sau. Ngược lại, mất ngủ dù cũng giảm thời gian ngủ hoặc chất lượng giấc ngủ nhưng nó khiến cho người bệnh cảm thấy mệt mỏi, và buồn ngủ cả ngày hôm sau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tần suất xuất hiện triệu chứng “ngủ ít hơn thường ngày và không để ý đến nó”, tức là giảm nhu cầu ngủ, là tương đương nhau ở cả hai nhóm RLLC và RLTCY. Điều này không phù hợp với một số nghiên cứu có cùng khảo sát về triệu chứng rối loạn giấc ngủ ở hai nhóm RLLC và RLTCY [14]. Có thể trong quá trình trả lời câu hỏi, nhiều bệnh nhân trầm cảm chưa chú ý hoặc không hiểu ý cụm từ “không để ý đến nó” và cho rằng đó chính là trải nghiệm mất ngủ của mình. Do đó chúng tôi đề nghị, các bác sĩ lâm sàng khi hỏi về triệu chứng rối loạn giấc ngủ trong hưng cảm, cần mô tả rõ triệu chứng để bệnh nhân tránh bị nhầm lẫn.

Tương tự với triệu chứng “suy nghĩ liên tục và không thể làm chậm lại”, tần suất là như nhau ở cả hai nhóm RLLC và RLTCY. Không giống với nghiên cứu của chúng tôi, các kết quả nghiên cứu của Sato J; Serretti A và Waleprakhon P đều cho thấy sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân [14]. Lý giải điều này chúng tôi cho rằng có sự gia tăng hoạt động tâm thần ở bệnh nhân trầm cảm. Một nghiên cứu báo cáo tỉ lệ bệnh nhân RLTCY có suy nghĩ

liên tục là 56,4% [15]. Và đây cũng là một trong những yếu tố dự báo độc lập của một giai đoạn trầm cảm là của RLLC thay vì là RLTCY [25]. Vì vậy, chúng tôi đề nghị, khi bệnh nhân trầm cảm có triệu chứng suy nghĩ liên tục, cần điều tra và theo dõi kĩ hơn về các giai đoạn hưng cảm, hưng cảm nhẹ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn tồn tại các điểm hạn chế. Thứ nhất, mẫu nghiên cứu được thực hiện tại một địa điểm nên chưa thể đại diện tốt cho nhóm dân số rối loạn khí sắc. Thứ hai các đặc điểm dịch tễ học thu thập trên các bệnh nhân chưa được đầy đủ cho toàn bộ, vì một số lí do như bệnh nhân không thể nhớ chính xác thời gian mình mắc bệnh hoặc không biết mình đã từng được chẩn đoán bệnh gì. Tiếp theo, do tình hình dịch bệnh covid-19 khiến cho quá trình lấy mẫu bị gián đoạn, cỡ mẫu chưa được lớn. Và cuối cùng, các bệnh nhân trầm cảm có triệu chứng hưng cảm (nhẹ) nhưng chưa đủ để tạo thành một giai đoạn hưng cảm (nhẹ), chúng tôi không có đủ điều kiện để theo dõi họ vì nghiên cứu được thiết kế là mô tả cắt ngang, không phải là đoàn hệ. Tuy nhiên, chúng tôi có trao đổi với bác sĩ điều trị và ghi chú lại thông tin bệnh nhân đó. Ở lần tái khám tiếp theo, bệnh nhân sẽ được bác sĩ điều trị đánh giá kĩ lưỡng hơn về giai đoạn hưng cảm, hưng cảm nhẹ. Ngoài ra, trong thời gian thực hiện nghiên cứu, nếu bệnh nhân được thay đổi chẩn đoán, chúng

tôi sẽ cập nhật và lấy theo chẩn đoán mới nhất của người bệnh.

## 5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân lưỡng cực tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh có nhiều đặc điểm tương đồng với dân số lưỡng cực trên thế giới. Bệnh khởi phát sớm, nhưng thường cần nhiều năm mới có chẩn đoán phù hợp. Cần chú ý khi hỏi các triệu chứng về rối loạn giấc ngủ và suy nghĩ nhịp nhanh ở bệnh nhân trầm cảm. Trong tương lai, chúng tôi hi vọng có nhiều nghiên cứu hơn để đánh giá các công cụ, giải pháp, sớm phát hiện rối loạn tâm thần này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A.A.P. Association (2013) Bipolar and Related Disorders. IN: 5th (Ed.) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5<sup>th</sup>ed 5th ed., Washington, DC, p.123-154.
2. A. Shabani, M. Mirzaei Khoshalani, S. Mahdavi, M. Ahmadzad-Asl (2019) "Screening bipolar disorders in a general hospital: Psychometric findings for the Persian version of mood disorder questionnaire and bipolar spectrum diagnostic scale". Med J Islam Repub Iran, 33, 48.
3. L. Steardo, Jr., M. Luciano, G. Sampogna, F. Zinno, P. Saviano, F. Staltari, et al. (2020) "Efficacy of the interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) in patients with bipolar disorder: results from a real-world, controlled trial". Ann Gen Psychiatry, 19, 15.
4. B.J. Sadock, V.A. Sadock, P. Ruiz (2015) Mood Disorder. Kaplan & Sadock' Synopsis of Psychiatr 11<sup>th</sup>. Wolters Kluwer, p347-386.
5. Y. Feng, Y.T. Xiang, W. Huang, G. Wang, L. Feng, T.F. Tian, et al. (2016) "The 33-item Hypomania Checklist (HCL-33): A new self-completed screening instrument for bipolar disorder". J Affect Disord, 190, 214-220.
6. A. Sasdelli, L. Lia, C.C. Luciano, C. Nespeca, D. Berardi, M. Menchetti (2013) "Screening for Bipolar Disorder Symptoms in Depressed Primary Care Attenders: Comparison between Mood Disorder Questionnaire and Hypomania Checklist (HCL-32)". Psychiatry J, 2013, 548349.
7. A.J. Ferrari, E. Stockings, J.P. Khoo, H.E. Erskine, L. Degenhardt, T. Vos, et al. (2016) "The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2013". Bipolar Disord, 18 (5), 440-50.
8. U. Ouali, L. Jouini, Y. Zgueb, R. Jomli, A. Omrani, F. Nacef, et al. (2020) "The Factor Structure of the Mood Disorder Questionnaire in Tunisian Patients". Clin Pract Epidemiol Ment Health, 16 (Suppl-1), 82-92.
9. J. Twiss, S. Jones, I. Anderson (2008) "Validation of the Mood Disorder Questionnaire for screening for bipolar disorder in a UK sample". J Affect Disord, 110 (1-2), 180-4.
10. N. Gervasoni, B. Weber Rouget, M. Miguez, V. Dubuis, V. Bizzini, M. Gex-Fabry, et al. (2009) "Performance of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) according to bipolar subtype and symptom severity". Eur Psychiatry, 24 (5), 341-4.
11. R.M. Hirschfeld, J.B. Williams,

- R.L. Spitzer, J.R. Calabrese, L. Flynn, P.E. Keck, Jr., et al. (2000) "Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire". *Am J Psychiatry*, 157 (11), 1873-5.
12. P.R. Albert (2015) "Why is depression more prevalent in women?". *J Psychiatry Neurosci*, 40 (4), 219-21.
13. J.D. Lish, S. Dime-Meenan, P.C. Whybrow, R.A. Price, R.M. Hirschfeld (1994) "The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members". *J Affect Disord*, 31 (4), 281-94.
14. P. Waleeprakhon, P. Ittasakul, M. Lotrakul, P. Wisajun, S. Jullagate, T.A. Ketter (2014) "Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire Thai version". *Neuropsychiatr Dis Treat*, 10, 1497-502.
15. F. Benazzi (2005) "Unipolar depression with racing thoughts: a bipolar spectrum disorder?". *Psychiatry Clin Neurosci*, 59 (5), 570-5.