

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN NHẬN THỨC Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN PHÂN LIỆT CẢM XÚC

Nguyễn Thị Cẩm Tú^{1,2,✉}, Dương Minh Tâm^{1,3}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tâm thần Trung ương I

³Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn nhận thức (RLNT) ở người bệnh rối loạn phân liệt cảm xúc (RLPLCX) với mục tiêu: tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến rối loạn chức năng nhận thức ở người bệnh RLPLCX điều trị tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương I, bằng phương pháp mô tả cắt ngang. Kết quả: Trên 61 người bệnh RLPLCX (F25) nội trú, tỷ lệ người bệnh RLPLCX có rối loạn chức năng nhận thức chiếm 59,02%. Người bệnh có tuổi > 50 có nguy cơ RLNT cao hơn 10,56 lần người bệnh < 50 tuổi. Tỷ lệ nữ trong nghiên cứu ít hơn nam (31,1% và 68,9%), có nguy cơ RLNT cao hơn nam 10,3 lần. Người bệnh RLPLCX loại trầm cảm có nguy cơ RLNT cao hơn loại hưng cảm 5 lần. Người bệnh có trình độ văn hoá từ THCS trở xuống có nguy cơ RLNT cao gấp 5,56 lần những người có trình độ THPT trở lên. Chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa việc sử dụng thuốc chống loạn thần hay thuốc chỉnh khí sắc với RLNT ở các hình thái của RLPLCX.

Từ khoá: rối loạn nhận thức, rối loạn phân liệt cảm xúc.

Danh mục từ viết tắt: RLPLCX - rối loạn phân liệt cảm xúc, RLNT - rối loạn nhận thức.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phân liệt cảm xúc (F25) là những rối loạn từng giai đoạn, trong đó các triệu chứng cảm xúc lẫn phân liệt đều nổi bật trong cùng một giai đoạn của bệnh, thường là xảy ra đồng thời hoặc cách nhau khoảng vài ngày. Đã có rất nhiều cuộc tranh luận để xác định xem RLPLCX chỉ đơn giản là một dạng của tâm thần phân liệt hay một dạng rối loạn cảm xúc, hay đó là một rối loạn riêng biệt, hay nó là dạng tiếp diễn giữa hai nhóm rối loạn này.¹ Bên cạnh đó còn có các tranh luận liên quan đến các chức năng nhận thức thần kinh của rối loạn này. Các nghiên cứu trên thế giới so sánh RLPLCX với tâm thần phân liệt nhận thấy rằng có một

mẫu tương đồng về suy giảm nhận thức giữa hai nhóm này và biểu hiện tâm thần kinh của bệnh nhân RLPLCX và tâm thần phân liệt kém hơn các bệnh nhân rối loạn cảm xúc không có loạn thần.² Reichenberg và cộng sự năm 2009 nghiên cứu về nhóm bệnh nhân tâm thần phân liệt, RLPLCX, rối loạn cảm xúc lưỡng cực và rối loạn trầm cảm điển hình trên 8 lĩnh vực của chức năng nhận thức thấy sự suy giảm trong trí nhớ, chức năng điều hành, chú ý và tốc độ xử lý trên cả bốn nhóm bệnh nhân và bệnh nhân tâm thần phân liệt có mức độ suy giảm nhiều nhất sau đến RLPLCX và hai rối loạn còn lại.³ Chen và cộng sự khi so sánh chức năng nhận thức ở người bệnh RLPLCX so với nhóm chứng nhận thấy người bệnh RLPLCX loại lưỡng cực có trí nhớ làm việc kém hơn loại trầm cảm đồng thời việc điều trị bằng các thuốc chỉnh khí sắc liên quan với việc suy giảm chức năng điều hành ở người bệnh.⁴ Theo Studentkowski G. và cộng

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Cẩm Tú

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: thietmoclan16ynd@gmail.com

Ngày nhận: 18/08/2022

Ngày được chấp nhận: 06/09/2022

sự nghiên cứu về chức năng nhận thức trên bệnh nhân RLPLCX và rối loạn cảm xúc lưỡng cực ổn định, thấy rằng bệnh nhân RLPLCX suy giảm nhận thức nhiều hơn bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực trong các thử nghiệm trên lĩnh vực trí nhớ khai báo và sự chú ý; tuổi tác và thuốc là những yếu tố dự báo mạnh mẽ đến hiệu suất nhận thức của cả hai nhóm bệnh nhân.⁵ Hiện nay, ở Việt Nam đã có khá nhiều nghiên cứu về chức năng nhận thức ở người bệnh tâm thần điều trị nội trú nhưng chưa có nghiên cứu về chức năng nhận thức ở người bệnh RLPLCX. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *“Phân tích một số yếu tố liên quan đến rối loạn nhận thức ở người bệnh rối loạn phân liệt cảm xúc điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương I”*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu lựa chọn đối tượng tham gia là (i) người bệnh được chẩn đoán xác định phải đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán RLPLCX được các bác sĩ chuyên khoa tâm thần, tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương I chẩn đoán theo tiêu chuẩn ICD-10, (ii) đang điều trị nội trú và có sử dụng thuốc hướng thần. Loại ra khỏi nghiên cứu những người bệnh (i) có bệnh lý thực thể ảnh hưởng đến hoạt động chức năng não, tổn thương thực thể não kèm theo; (ii) nghiện chất hoặc lạm dụng chất; (iii) người bệnh không có khả năng hiểu, trả lời trong quá trình thu thập thông tin và thực hiện thang đo tâm lý, không tuân thủ quá trình nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế được sử dụng là nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Thời gian nghiên cứu

Tháng 7/2021 đến tháng 5/2022.

Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương I.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Chọn mẫu ngẫu nhiên theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot \frac{p \cdot (1-p)}{\Delta^2}$$

Trong đó:

n: là cỡ mẫu nghiên cứu.

p = 65% theo Reinchenberg năm 2009 là tỷ lệ rối loạn nhận thức ở người bệnh RLPLCX.³

α : là sai số loại I, ước tính trong nghiên cứu = 0,05 với độ tin cậy là 95%. Khi đó hệ số tin cậy $Z(1-\alpha/2) = 1,96$.

Δ : là độ chính xác mong muốn giữa mẫu và quần thể. Ước tính $\Delta = 0,15$.

Theo đó, cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là 39 bệnh nhân. Trên thực tế, chúng tôi lựa chọn được 61 người bệnh đúng theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Biến số nghiên cứu

Biến phụ thuộc: RLPLCX có hoặc không có rối loạn nhận thức. Với người bệnh RLPLCX có điểm số MoCA < 26 là có RLNT, $26 \leq$ điểm số MoCA ≤ 30 là không có RLNT.

Biến độc lập: tuổi, giới tính, trình độ học vấn, hình thái rối loạn PLCX, tiền sử gia đình.

Công cụ thu thập số liệu

Bệnh án nghiên cứu (được thiết kế riêng phù hợp với nghiên cứu).

Test tâm lý MoCA (Montreal of Cognitive Assesment) với điểm số tối đa là 30.

Xử lý số liệu

Nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, $p < 0,01$, $p < 0,05$ và khoảng 95% không chứa 1.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích cặn kẽ, cụ thể về mục đích, nội dung cũng

như những lợi ích và nguy cơ có thể xảy ra khi tham gia.

Các đối tượng tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút khỏi nghiên

cứu.

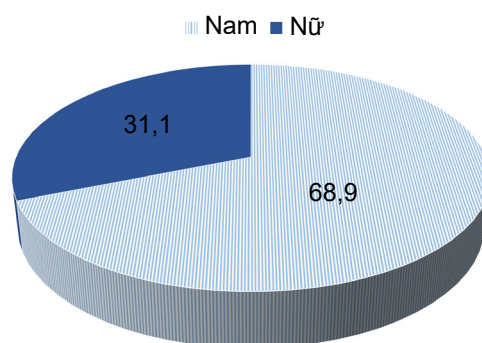
Mọi thông tin của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm tuổi của nhóm nghiên cứu (n = 61)

Tuổi	n	%
Tuổi ≤ 25	5	8,2
25 < tuổi ≤ 35	28	45,9
35 < tuổi ≤ 45	15	24,6
45 < tuổi ≤ 55	3	4,9
Tuổi > 55	10	16,4
Tuổi TB	38 ± 12,12	100

Phân bố tuổi chủ yếu ở nhóm tuổi 26 - 35 tuổi (45,9%) và 36 - 45 tuổi (24,6%). Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 38 ± 12,1, với bệnh nhân ít tuổi nhất là 19 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 66 tuổi.



Biểu đồ 1. Phân bố giới tính của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ người bệnh nam cao hơn người bệnh nữ, lần lượt là 68,9% và 31,1% ($p < 0,05$).

Bảng 2. Các hình thái RLPLCX theo giới tính

Thể bệnh	Nam - 42 BN n (%)	Nữ - 19 BN n (%)	Chung - 61 BN n (%)
F25.0	19 (45,2)	8 (42,1)	27 (44,3)
F25.1	5 (11,9)	10 (52,6)	15 (24,6)
F25.2	18 (42,9)	1 (5,3)	19 (31,1)
Tổng số	42 (100)	19 (100)	61 (100)

Về các hình thái rối loạn phân liệt cảm xúc theo giới tính, trong nhóm bệnh nhân nam giới, RLPLCX loại hưng cảm chiếm tỉ lệ cao nhất

(45,2%), trong khi đó ở nhóm bệnh nhân nữ giới RLPLCX loại trầm cảm chiếm đa số (52,6%).

Bảng 3. Đặc điểm rối loạn nhận thức theo thang điểm MoCA

Điểm số MoCA	n	%
MoCA < 26	36	59,02
MoCA ≥ 26	25	40,98
Trung bình	23,64 ± 4,56	
Tổng	61	100

Điểm trung bình MoCA 23,64 ± 4,56, với tỉ lệ người bệnh có rối loạn nhận thức là 59,02%.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến người bệnh RLPLCX có rối loạn nhận thức

Biến số	Có RLNT		Không RLNT		p	OR (95%CI)	
	n	%	n	%			
Tuổi	> 50 tuổi	11	91,7	1	8,3	< 0,05	10,56 (1,26 - 88,18)
	≤ 50 tuổi	25	51	24	49		
Giới tính	Nữ	17	89,5	2	10,5	< 0,01	10,289 (2,11 - 50,26)
	Nam	19	45,2	23	54,8		
Trình độ văn hoá	≤ THCS	17	85,0	3	15,0	< 0,01	6,561 (1,66 - 25,88)
	≥ THPT	19	46,3	22	53,7		
Hình thái RLPLCX	F25.0	12	44,4	15	55,6	< 0,05	0,2 (0,046 - 0,875)
	F25.1	12	80,0	3	20,0		
	F25.2	12	63,2	7	36,8		
Tiền sử gia đình	Có bệnh lý tâm thần	8	50	8	50	> 0,05	
	Không có bệnh lý tâm thần	28	62,2	17	37,8		

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 38 ± 12,12, phù hợp với nghiên cứu của Torrent C và cộng sự trên 34 bệnh nhân RLPLCX, với độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 37,0 ± 10,4.⁶ Về giới tính, tỷ lệ bệnh nhân nam gấp 2,21 lần bệnh nhân

nữ, khác biệt so với nghiên cứu của Chen năm 2016, có tới 68,9% bệnh nhân là nữ.⁴ Về hình thái RLPLCX, trong nhóm bệnh nhân nam giới, RLPLCX loại hưng cảm chiếm tỉ lệ cao nhất (45,2%), trong khi đó ở nhóm bệnh nhân nữ giới RLPLCX loại trầm cảm chiếm đa số (52,6%).

Điểm số MoCA trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $23,64 \pm 4,56$, với 59,02% bệnh nhân có rối loạn nhận thức, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoa về chức năng nhận thức ở bệnh nhân trầm cảm tái diễn.⁷ Có mối liên quan giữa tuổi và rối loạn nhận thức. Qua nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng những bệnh nhân trên 50 tuổi có nguy cơ rối loạn nhận thức cao hơn bệnh nhân dưới 50 tuổi là 10,56 lần, KTC (1,26 - 88,18), $p < 0,05$. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoa thấy rằng nữ giới mắc trầm cảm tái diễn có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về rối loạn một số chức năng nhận thức giữa hai nhóm tuổi < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi: duy trì chú ý, di chuyển chú ý, trí nhớ hình, trí nhớ lời nói, khả năng kiến tạo thị giác, khả năng tính toán, ngôn ngữ, sự lưu loát ($p < 0,05$). Trong khi đó, trong nhóm bệnh nhân nam trầm cảm, có sự khác biệt về tỉ lệ rối loạn các chức năng nhận thức trên giữa hai nhóm tuổi < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).⁷ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và rối loạn nhận thức. Bệnh nhân nữ giới có nguy cơ rối loạn nhận thức cao hơn nam giới 10,289 lần, KTC (2,11 - 50,26), $p < 0,01$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Khare và cộng sự năm 2022 trên 150 bệnh nhân tâm thần với 92% bệnh nhân tâm thần phân liệt cho kết quả chức năng nhận thức tốt hơn ở bệnh nhân trẻ tuổi hơn, thời gian bị bệnh ngắn hơn, trình độ học vấn cao hơn và là nam giới.⁸ Từ bảng 4 chúng tôi nhận thấy 50% trong số những người bệnh có gia đình có bệnh lý tâm thần có rối loạn nhận thức. Nhân tố gia đình cũng đóng vai trò làm thúc đẩy phát sinh và phát triển rối loạn nhận thức. Nghiên cứu khác của Tsuang (1991) lại thấy trong gia đình có người bị bệnh TTPL và rối loạn cảm xúc thường là nhân tố thuận lợi làm phát sinh RLPLCX.⁹ Tuy nhiên, trong nghiên cứu của

chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa tiền sử gia đình có bệnh lý tâm thần với rối loạn nhận thức.

Có mối liên quan giữa thể bệnh RLPLCX loại hưng cảm với RLPLCX loại trầm cảm, $p < 0,05$. Ở những bệnh nhân RLPLCX loại trầm cảm có nguy cơ rối loạn nhận thức cao gấp 5 lần bệnh nhân RLPLCX loại hưng cảm, OR = 0,2 (95%CI: 0,046 - 0,875). Tuy nhiên, ở các cặp so sánh khác chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu của Chen và cộng sự lại thấy rằng bệnh nhân RLPLCX loại lưỡng cực có chức năng trí nhớ làm việc kém hơn người bệnh RLPLCX loại trầm cảm.⁴ Bệnh nhân RLPLCX loại lưỡng cực được dùng đơn độc an thần kinh không điển hình hoặc phối hợp an thần kinh không điển hình với chích khí sắc trong khi loại trầm cảm, người bệnh được sử dụng kết hợp an thần kinh không điển hình với thuốc chống trầm cảm. Valproic acid có thể làm suy giảm trí nhớ làm việc không gian, có lẽ do giảm tăng trưởng của mô thần kinh của hồi hải mã.¹⁰ Điều này lí giải việc dùng phối hợp an thần kinh và chích khí sắc ở những bệnh nhân RLPLCX loại lưỡng cực làm suy giảm chức năng điều hành nhiều hơn RLPLCX loại trầm cảm.

Tuy nhiên, nghiên cứu của Lynham AJ. và cộng sự năm 2018 tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi khi so sánh chức năng nhận thức giữa 558 bệnh nhân tâm thần phân liệt, 112 bệnh nhân RLPLCX loại trầm cảm, 76 bệnh nhân RLPLCX loại lưỡng cực, 78 bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực và 103 tình nguyện viên khỏe mạnh cho kết quả chức năng nhận thức suy giảm tăng dần theo thứ tự rối loạn cảm xúc lưỡng cực đến RLPLCX loại lưỡng cực, đến tâm thần phân liệt và RLPLCX loại trầm cảm.¹¹

Nghiên cứu của Chen năm 2016 tìm thấy mối tương quan giữa việc sử dụng thuốc chích

khí sắc và rối loạn chức năng nhận thức. Cụ thể, bệnh nhân được điều trị bằng thuốc chỉnh khí sắc có chức năng điều hành kém hơn các bệnh nhân còn lại ảnh hưởng của thuốc chỉnh khí sắc lên chức năng nhận thức có ý nghĩa thống kê với $p = 0,046$, và ảnh hưởng của từng loại chỉnh khí sắc cụ thể (lithium, valproic acid hay cacbamazepin) còn chưa xác định. Nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy mối tương quan giữa việc sử dụng thuốc an thần kinh hay thuốc chỉnh khí sắc với rối loạn chức năng nhận thức do thiết kế nghiên cứu còn bộc lộ nhiều hạn chế.

V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu 61 bệnh nhân RLPLCX, chúng tôi nhận thấy có 59,02% người bệnh có rối loạn chức năng nhận thức. Rối loạn nhận thức ở người bệnh có liên quan đến giới tính, độ tuổi, trình độ văn hoá, hình thái RLPLCX. Cụ thể, người bệnh RLPLCX có tuổi > 50 tuổi có nguy cơ rối loạn nhận thức cao hơn 10,56 lần người bệnh RLPLCX < 50 tuổi. Nữ giới có chẩn đoán RLPLCX trong nghiên cứu ít hơn nam giới (31,1% và 68,9%) và có nguy cơ rối loạn nhận thức cao hơn nam giới 10,3 lần. Người bệnh mắc RLPLCX loại trầm cảm có nguy cơ rối loạn nhận thức cao hơn loại hưng cảm 5 lần. Những trường hợp RLPLCX có trình độ văn hoá từ THCS trở xuống có nguy cơ rối loạn nhận thức cao hơn gấp 5,56 lần những người có trình độ từ THPT trở lên. Trong những bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc các bệnh lý tâm thần, 50% bệnh nhân có rối loạn chức năng nhận thức. Chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa việc sử dụng thuốc chống loạn thần hay thuốc chỉnh khí sắc với rối loạn nhận thức ở các hình thái của RLPLCX.

Lời cảm ơn

Tôi xin chân thành cảm ơn 61 người bệnh RLPLCX, Bệnh viện Tâm thần Trung ương I đã

tạo điều kiện cho việc thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Benabarre A, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Reinares M, Gastó C. Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: Epidemiologic, clinical and prognostic differences. *Eur Psychiatry*. 2001;16(3):167-172.
2. Townsend LA, Malla AK, Norman RMG. Cognitive functioning in stabilized first-episode psychosis patients. *Psychiatry Res*. 2001;104(2):119-131.
3. Reichenberg A, Harvey PD, Bowie CR, et al. Neuropsychological Function and Dysfunction in Schizophrenia and Psychotic Affective Disorders. *Schizophr Bull*. 2009;35(5):1022-1029.
4. Wang LJ. Obvious impairment of attention and processing speed in patients with schizoaffective disorder. *Neuropsychiatry*. 2016;6:314-320.
5. Studentkowski G, Scheele D, Calabrese P, et al. Cognitive impairment in patients with a schizoaffective disorder: A comparison with bipolar patients in euthymia. *Eur J Med Res*. 2010;15(2):70-78.
6. Torrent C, Martínez-Arán A, Amann B, et al. Cognitive impairment in schizoaffective disorder: A comparison with non-psychotic bipolar and healthy subjects. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116(6):453-460.
7. Nguyễn Thị Hoa. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn nhận thức trên bệnh nhân trầm cảm tái diễn điều trị nội trú tại Viện Sức khoẻ tâm thần. Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội; 2016.
8. Khare C, Mueser KT, McGurk SR. The relationship between cognitive functioning, age and employment in people with severe mental illnesses in an urban area in India: A longitudinal

study. *Schizophr Res Cogn*. 2022;29:100255.

9. Tsuang MT. Morbidity risks of schizophrenia and affective disorders among first-degree relatives of patients with schizoaffective disorders. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1991;158:165-170.

10. Umka J, Mustafa S, ElBeltagy M, et al.

Valproic acid reduces spatial working memory and cell proliferation in the hippocampus. *Neuroscience*. 2010;166(1):15-22.

11. Lynham AJ, Hubbard L, Tansey KE, et al. Examining cognition across the bipolar/schizophrenia diagnostic spectrum. *J Psychiatry Neurosci JPN*. 2018;43(4):245-253.

Summary

FACTORS RELATED TO COGNITIVE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH SCHIZOAFFECTIVE DISORDER

We conducted this research on clinical features of cognitive disorders in patients with schizoaffective disorder (SAD) with the goal of understanding factors related to cognitive dysfunction in patients with schizoaffective disorder. This is a cross-sectional descriptive method of 61 inpatients with schizoaffective disorder (F25) treated at the National Psychiatric Hospital No I. Results: the proportion of patients with SAD with cognitive dysfunction accounted for 59.02%. The risk of cognitive disorders is 10.56 times higher in patients aged greater than 50 years old than patients less than 50 years old. The proportion of female diagnosed with SAD was lower than male (31.1% and 68.9%) and female had a 10.3 times higher risk of cognitive disorders than male. Schizophrenia depressive type has 5 times higher risk of cognitive dysfunction than the manic type. SAD with low secondary school education have a 5.56 times higher risk of cognitive disorders than those with high school education or higher. We have not found an association between the use of antipsychotics or mood stabilizers with cognitive disturbances in forms of SAD.

Keywords: schizoaffective disorder, cognitive dysfunction.