

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG GIAI ĐOẠN HƯNG CẢM Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN LƯỢNG CỰC I ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

Nông Đức Dũng^{1,✉}, Trần Nguyễn Ngọc^{2,3}, Nguyễn Văn Tuấn^{1,2}

¹Bệnh viện Tâm thần Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng giai đoạn hưng cảm ở người bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực I (DSM-5TR) điều trị nội trú. Đối tượng: Nghiên cứu 86 người bệnh (46 nữ, 40 nam) rối loạn lưỡng cực I, giai đoạn hưng cảm điều trị nội trú. Phương pháp: Sử dụng phương pháp mô tả lâm sàng, sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán ICD.10 và tiêu chuẩn DSM-5TR. Kết quả: Tuổi khởi phát trung bình là 27,56 ± 8,92 (nữ: 28,15 ± 9,83, nam: 26,88 ± 7,82), nhóm tuổi từ 24 tuổi trở xuống có tỷ lệ 40,7%. 25 - 34 tuổi chiếm 43,0%. Tần suất cơn 1,50 ± 0,92 cơn/1 năm (8,26 ± 2,46 tháng 1 cơn), tỷ lệ cơn trung bình 93,0%, chu kỳ nhanh 7,0%, tỷ lệ tần suất cơn trung bình ở nhóm bị bệnh từ 5 năm trở lên, tỷ lệ chu kỳ nhanh cao ở nhóm bị bệnh dưới 5 năm (p = 0,01). Triệu chứng khởi phát thường gặp: ngủ ít, tăng giao tiếp 100,0%, tự đánh giá cao bản thân 82,6%, lạc quan thái quá 57,0%, không quan tâm ăn 15,1%. Triệu chứng toàn phát thường gặp: tỷ lệ tăng khí sắc, cảm xúc cáu gắt, tăng tính tự trọng hoặc vĩ đại, giảm nhu cầu ngủ, nói nhiều đạt, gia tăng hoạt động (đều 100,0%), ý tưởng bay bổng, nhanh 86,0%, tham gia nhiều hoạt động mạo hiểm 98,8%. Hoang tưởng tự cao 89,5%.

Từ khóa: Lưỡng cực I, Rối loạn lưỡng cực, Lâm sàng lưỡng cực I.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lưỡng cực là một bệnh rối loạn tâm thần nội sinh, tỷ lệ mắc khá cao khoảng 1,8% theo Hiệp Hội Tâm thần Hoa Kỳ.¹ Rối loạn lưỡng cực tùy theo biểu hiện lâm sàng được chia thành nhiều loại, tuy nhiên việc phân loại lưỡng cực có sự thay đổi theo thời gian, A Botero, P Canoui, B Granger; J-P Olié, T Gallarda, E Duaux, DSM-IV chia rối loạn cảm xúc lưỡng cực thành: rối loạn cảm xúc lưỡng cực I, II, III và lưỡng cực chu kỳ nhanh.²⁻⁴ Theo DSM-5TR rối loạn lưỡng cực được chia thành lưỡng cực I, II, rối loạn khí sắc chu kỳ, rối loạn lưỡng cực không biệt định đầy đủ và có thay đổi về tiêu chuẩn chẩn đoán.¹

Rối loạn lưỡng cực I chiếm tỷ lệ khác nhau tùy theo từng vùng lãnh thổ và tùy theo nghiên cứu, theo DSM-5TR rối loạn lưỡng cực I chiếm khoảng 0,6% dân số. Rối loạn lưỡng cực I, nhất là giai đoạn hưng cảm của rối loạn lưỡng cực I có đặc điểm lâm sàng khác với rối loạn lưỡng cực về khởi phát, triệu chứng lâm sàng toàn phá và tiến triển.⁵⁻⁷ Nắm chắc đặc điểm lâm sàng giai đoạn hưng cảm của rối loạn lưỡng cực I giúp chẩn đoán sớm và điều trị có hiệu quả rối loạn này.

Tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng rối loạn cảm xúc lưỡng cực chung, nhưng chưa có nhiều nghiên cứu sâu về đặc điểm giai đoạn hưng cảm của rối loạn cảm xúc lưỡng cực I. Vì vậy, chúng tôi chọn “Đặc điểm lâm sàng giai đoạn hưng cảm ở người bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực I (DSM-5TR) điều trị nội trú” làm đề tài nghiên cứu, với mục tiêu nghiên cứu:

Tác giả liên hệ: Nông Đức Dũng

Bệnh viện Tâm thần Hà Nội

Email: nongdungbvt1983@gmail.com

Ngày nhận: 29/08/2023

Ngày được chấp nhận: 17/09/2023

Mô tả đặc điểm lâm sàng giai đoạn hưng cảm ở người bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực I (DSM-5TR) điều trị nội trú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Gồm 86 người bệnh (nữ 46, nam 40) rối loạn lưỡng cực I hiện giai đoạn hưng cảm, chẩn đoán theo tiêu chuẩn DSM-5TR điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Hà Nội, từ tháng 07/2022 đến tháng 05/2023.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ 07/2022 đến 05/2023 tại Bệnh viện Tâm thần Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh đủ tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn lưỡng cực I hiện giai đoạn hưng cảm theo tiêu chuẩn DSM-5TR1 điều trị nội trú.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh có rối loạn tâm thần khác trước rối loạn cảm xúc lưỡng cực hoặc có rối loạn tâm thần đồng diễn với rối loạn cảm xúc lưỡng cực.
- Người bệnh có bệnh thực tổn não.
- Người bệnh nghiện chất, rối loạn tâm thần do sử dụng chất.
- Người bệnh có bệnh nội khoa nặng.
- Người bệnh, thân nhân người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Loại trừ người bệnh khỏi nhóm đối tượng nghiên cứu nếu nghiên cứu viên không đủ điều kiện theo dõi.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả chùm ca bệnh.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Cỡ mẫu tối thiểu 57, trong thực tế chúng tôi

chọn 86 người bệnh. Cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu, tiêu chuẩn loại trừ đến khi ít nhất đủ mẫu tối thiểu.

Các biến số, chỉ số nghiên cứu

Biến số nhân khẩu học, tuổi khởi phát bệnh, thời gian bị bệnh, tuân thủ điều trị. Tỷ lệ mã chẩn đoán giai đoạn hưng cảm; tần suất giai đoạn trầm cảm, hưng cảm; tỷ lệ triệu chứng khởi phát giai đoạn hưng cảm, triệu chứng giai đoạn hưng cảm, tiến triển triệu chứng hưng cảm.

Quy trình nghiên cứu:

Bước 1: Chọn mẫu nghiên cứu căn cứ theo tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5TR được bác sĩ chuyên khoa Tâm thần thực hiện.¹

Bước 2: Thu thập thông tin nghiên cứu theo giai đoạn: T0: vào viện + 1 ngày, T1: 14 ± 1 ngày, T2: 28 ± 1 ngày, được thành viên nghiên cứu là bác sĩ chuyên khoa Tâm thần thực hiện.

Bước 3: Xử lý số liệu.

Bước 4: Viết báo cáo nghiên cứu.

Bước 5: Báo cáo nghiên cứu. Các bước nghiên cứu được thực hiện theo một quy trình thống nhất.

Xử lý số liệu

Số liệu được trình bày bằng số, tỷ lệ %, trung bình trung vị, thuật toán χ^2 , t-student. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, không can thiệp nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị người bệnh. Nghiên cứu được sự đồng ý của người bệnh, thân nhân người bệnh. Người bệnh được khám, tư vấn miễn phí sau khi ra viện. Các thông tin được bảo mật. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức, Trường Đại học Y Hà Nội (số QĐ: CKII35/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN ngày 22 tháng 12 năm 2022).

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm về nhân khẩu học

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi (n = 86)

Nhóm tuổi	Giới	Nữ n = 46		Nam n = 40		Tổng n = 86	
		n	%	n	%	n	%
≤ 30		5	10,9	9	22,5	14	16,3
31 - 40		15	32,5	12	30,0	27	31,4
41 - 50		13	28,3	11	27,5	24	27,9
> 50		13	28,3	8	20,0	21	24,4
Min - Max		23 - 71		22 - 69		22 - 71	
Tuổi TB		44,54 ± 12,21		41,12 ± 12,45		42,95 ± 12,37	

Tỷ lệ người bệnh nữ 53,5%, nam 46,5%.

cao nhất 71 tuổi, nhóm 31 - 40 tuổi chiếm tỷ lệ

Tuổi trung bình là 42,95 ± 12,37 (nữ 44,54 ± 12,21, nam 41,12 ± 12,45), thấp nhất 22 tuổi,

cao nhất 31,4% (Bảng 1).

Bảng 2. Đặc điểm học vấn, nghề nghiệp, hôn nhân, địa dư (n = 86)

Đặc điểm	Nhóm	n	%
Học vấn	Tiểu học	4	4,6
	THCS	20	23,3
	THPT	38	44,2
	Đại học trở lên	24	27,9
Nghề nghiệp	Không nghề	39	34,9
	Nông dân	1	1,2
	Công nhân	4	4,7
	Hưu	2	2,3
	Văn phòng	9	10,5
	Khác	40	46,5
Hôn nhân	Chưa kết hôn	24	27,9
	Kết hôn	50	58,1
	Ly hôn, ly thân	12	14,0

Đặc điểm	Nhóm	n	%
Địa dư	Nông thôn	17	19,7
	Thành thị	57	66,3
	Ngoại ô	12	14,0

Học vấn THPT cao nhất 44,2%, đại học trở lên 27,9%, THCS 23,3%. Nghề tự do và không nghề chiếm chủ yếu (46,5%, và 34,9%). Tỷ lệ

chưa kết hôn 27,9%, ly thân, ly hôn 14,0%. Tỷ lệ thành thị cao nhất 66,3%. (Bảng 2).

Đặc điểm sang chấn tâm lý, lạm dụng chất, hậu quả rối loạn lưỡng cực I

Bảng 3. Đặc điểm sang chấn, lạm dụng chất (n = 86)

Đặc điểm	n	%
Sang chấn tâm lý	7	8,1
Sang chấn tình cảm	3	3,5
Sang chấn công việc	4	4,7
Lạm dụng chất	9	10,5

Tỷ lệ người bệnh có sang chấn tâm lý 8,1%; người bệnh lạm dụng chất 10,5%. (Bảng 3).

Khó khăn trong học tập, lao động là 89,5%, trong đó mất việc chiếm 7%. 30,2% người bệnh gây mất trật tự công cộng 30,2%, 8,1% gây mâu thuẫn gia đình.

+ Tiền sử mắc rối loạn lưỡng cực, tuân thủ điều trị.

Thời gian mắc bệnh trung bình $15,36 \pm$

10,64 năm; nhóm mắc bệnh trên 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 51,6%, nhóm mắc bệnh 5 - 10 năm 25,6%, dưới 5 năm 12,8%.

Số giai đoạn trầm cảm, hưng cảm trung bình là $24,52 \pm 15,67$, nhóm người bệnh có trên 20 giai đoạn trầm cảm, hưng cảm chiếm tỷ lệ cao nhất 54,6%. Tỷ lệ người bệnh chỉ có giai đoạn hưng cảm 47,7%, có cả giai đoạn hưng cảm và giai đoạn trầm cảm là 52,3%.

Bảng 4. Đặc điểm tuân thủ trị duy trì (n = 86)

Điều trị duy trì	n	%
Điều trị đều	18	20,9
Điều trị không đều	68	79,1

Không tuân thủ điều trị 79,1%, tuân thủ điều trị chỉ chiếm 20,9% (Bảng 4).

2 Đặc điểm lâm sàng giai đoạn hưng cảm của rối loạn lưỡng cực I

Đặc điểm khởi phát

Tuổi khởi phát trung bình trẻ $27,56 \pm 8,92$ tuổi (nữ $28,15 \pm 9,83$, nam $26,88 \pm 7,82$). Nhóm tuổi thiếu niên, thanh niên chiếm tỷ lệ 83,7% (nhóm từ 24 tuổi trở xuống 40,7%, nhóm 25

- 34 tuổi 43,0%), nhóm trên 35 tuổi tỷ lệ thấp 16,3%. Tỷ lệ các nhóm tuổi khởi phát không có

sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ ($p > 0,05$).

Bảng 5. Tỷ lệ triệu chứng khởi phát giai đoạn hưng cảm hiện tại (n = 86)

Loại hưng cảm Triệu chứng	Hưng cảm K có LT n = 7		Hưng cảm có LT n = 79		Tổng số n = 86		OR	p (χ^2)
	n	%	n	%	n	%		
	Ngủ ít	7	100,0	79	100,0	86		
Nhiều ý tưởng, dự định	5	71,4	68	86,1	73	84,9	0,4404	0,2997
Tăng giao tiếp	7	100,0	79	100,0	86	100,0	-	-
Suy nghĩ dồn dập	5	71,4	61	77,2	66	76,7	0,7377	0,7283
Bực bội	7	100,0	75	94,9	82	95,3	-	0,5420
Lạc quan thái quá	4	57,1	45	57,0	49	57,0	1,0074	0,9926
Bứt dứt, dễ kích động	7	100,0	78	98,7	85	98,8	-	0,7646
Tiêu xài nhiều	7	100,0	78	98,7	85	98,8	-	0,7646
Tự đánh giá cao bản thân	2	28,6	69	87,3	71	82,6	0,0580	0,0000
Không quan tâm ăn	1	14,3	12	15,2	13	15,1	0,9306	0,9489

Triệu chứng khởi phát thường gặp: ngủ ít, tăng giao tiếp 100,0% đến tự đánh giá cao bản thân 82,6%, triệu chứng lạc quan thái quá 57,0%, không quan tâm ăn 15,1%. Tỷ lệ triệu chứng “tự đánh giá cao bản thân” ở nhóm người bệnh có triệu chứng loạn thần (87,3%) cao hơn nhóm người bệnh không có triệu chứng loạn thần (28,6%) ($p < 0,0001$). (Bảng 5).

Đặc điểm lâm sàng giai đoạn hưng cảm toàn phát

Tỷ lệ chẩn đoán rối loạn lưỡng cực I hiện tại giai đoạn hưng cảm có triệu chứng loạn thần chiếm chủ yếu, với tỷ lệ 91,9%, giai đoạn hưng cảm không có triệu chứng loạn thần chỉ chiếm 8,1%.

Tần suất trung bình giai đoạn (cơn) trầm cảm, hưng cảm là $1,50 \pm 0,92$ cơn/1 năm ($8,26 \pm 2,46$ tháng 1 cơn).

Bảng 6. Tần suất giai đoạn trầm cảm, hưng cảm liên quan với thời gian mắc bệnh (n = 86)

T. gian bị bệnh Tần suất cơn	< 5 n = 11		5 - 10 n = 22		> 10 n = 53		Tổng n = 86		OR	p (χ^2)
	n	%	n	%	n	%	n	%		
	Chu kỳ nhanh	3	27,3	2	9,1	1	1,9	6		
Trung bình	8	72,7	20	90,9	52	98,1	80	93,0		

Tỷ lệ người bệnh có tần suất “cơn” trung bình là chủ yếu 93%, chu kỳ nhanh chỉ 7,0%, không có người bệnh có “cơn” thưa. Chu kỳ nhanh chiếm tỷ lệ cao ở nhóm thời gian bị bệnh dưới 5 năm (27,3%). Tỷ lệ cơn trung bình chiếm tỷ lệ cao ở nhóm thời gian bị bệnh 5 đến 10 năm và

nhóm trên 10 năm (90,9% và 98,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,01$). (Bảng 6).

Số triệu chứng tiêu chuẩn A + B là $7,90 \pm 0,38$, số triệu chứng tiêu chuẩn B là $5,90 \pm 0,38$. (Triệu chứng nhóm tiêu chuẩn A và B ở bảng 7 dưới đây)

Bảng 7. Tỷ lệ triệu chứng tiêu chuẩn A và tiêu chuẩn B giai đoạn hưng cảm hiện tại theo tiêu chuẩn DSM-5TR (n = 86)

Loại hưng cảm	Hưng cảm K có LT		Hưng cảm có LT		Tổng số		OR	p (χ^2)
	n = 7		n = 79		n = 86			
	n	%	n	%	n	%		
A1: Khí sắc tăng	7	100,0	79	100,0	86	100,0	-	-
A2: Cảm xúc cáu giận	7	100,0	79	100,0	86	100,0	-	-
B1: Tăng tự trọng hoặc vĩ đại	7	100,0	79	100,0	86	100,0	-	-
B2: Giảm nhu cầu ngủ	7	100,0	79	100,0	86	100,0	-	-
B3: Nói nhiều	7	100,0	79	100,0	86	100,0	-	-
B4: Ý tưởng bay bổng, nhanh	5	71,4	69	87,3	74	86,0	0,3623	0,2441
B5: Mất tập trung	0	0	3	3,8	3	3,5	-	-
B6: Gia tăng hoạt động	7	100,0	79	100,0	86	100,0	-	-
B7: Tham gia nhiều HĐ mạo hiểm	7	100,0	78	98,7	85	98,8	-	0,7646

Tỷ lệ triệu chứng nhóm A và nhóm B theo DSM-5TR: tăng khí sắc, cảm xúc cáu giận, tăng tính tự trọng hoặc vĩ đại, giảm nhu cầu ngủ, nói nhiều, gia tăng hoạt động đều đạt 100,0%; ý

tưởng bay bổng, nhanh 86,0%, tham gia nhiều hoạt động mạo hiểm 98,8%. Triệu chứng mất tập trung ít gặp chỉ 3,5% (Bảng 7).

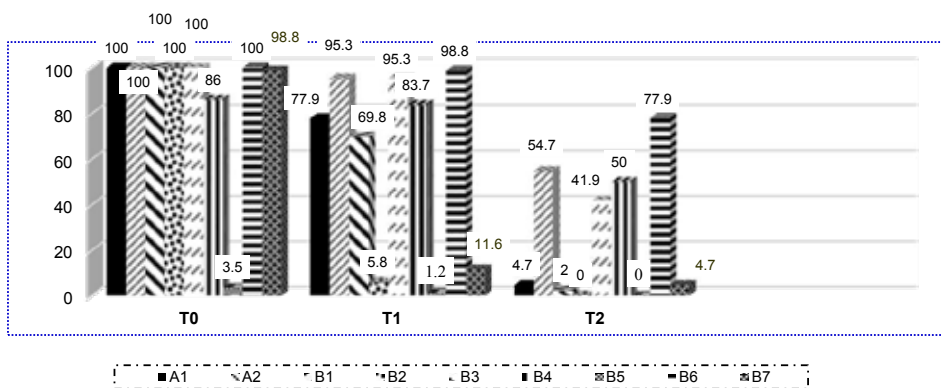
Bảng 8. Tỷ lệ triệu chứng ảo giác, hoang tưởng ở nhóm người bệnh hưng cảm có loạn thần (n = 86)

Triệu chứng	n	%
Hoang tưởng	79	91,9
Hoang tưởng tự cao	77	89,5
Hoang tưởng được yêu	1	1,2
Hoang tưởng bị hại	25	29,1
Ảo giác	0	0
Lo âu	1	1,2

Triệu chứng	n	%
Cảm xúc không ổn định	47	54,7
Kích động	86	100,0
Gây hấn	85	98,8

Triệu chứng rối loạn tâm thần khác: Tỷ lệ hoang tưởng cao 91,9%, trong đó chủ yếu hoang tưởng tự cao là chủ yếu 89,5%; Tỷ lệ

cảm xúc không ổn định 54,7%. 100,0% người bệnh có kích động. Gây hấn có tỷ lệ cao 98,8%. (Bảng 8).

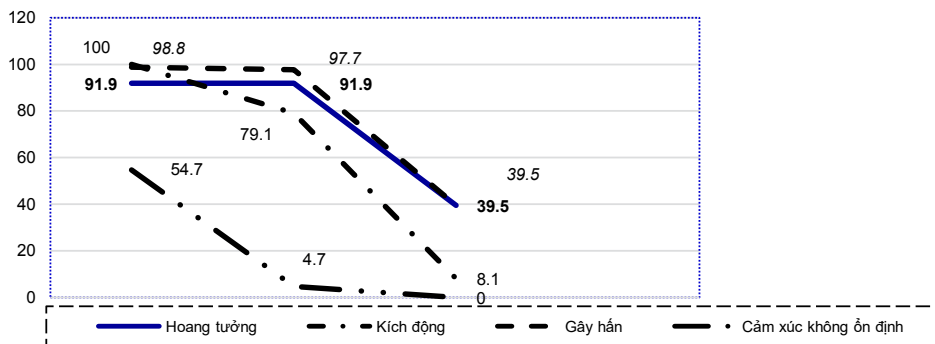


T0: vào viện ± 1 ngày; T1: 14 ± 1 ngày; T2: 28 ± 1 ngày. p < 0,0001

Biểu đồ 1. Tiến triển triệu chứng hưng cảm theo thời gian điều trị (n = 86)

Tỷ lệ các triệu chứng giai đoạn hưng cảm thuyên giảm rõ rệt sau bốn tuần điều trị, còn tỷ lệ thấp: giảm khí sắc 4,7%, cảm xúc cáu giận 54,7%, tăng lòng tự trọng hoặc vĩ đại 2,3%, giảm

nhu cầu ngủ 0%, nói nhiều 41,9%, ý tưởng bay bổng, nhanh 50,0%, mất tập trung 0%, gia tăng hoạt động 77,9%, tham gia nhiều hoạt động mạo hiểm 4,7% (p < 0,0001) (Biểu đồ 1).



T0: vào viện ± 1 ngày; T1: 14 ± 1 ngày; T2: 28 ± 1 ngày

p < 0,0001

Biểu đồ 2. Tiến triển một số triệu chứng rối loạn tâm thần khác theo thời gian điều trị (n = 86)

Triệu chứng rối loạn tâm thần khác thuyên giảm nhanh sau hai tuần điều trị, còn tỷ lệ thấp: hoang tưởng 39,5%, kích động 8,1%, gâý hấn 39,5% ($p < 0,0001$) (Biểu đồ 2).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nữ cao hơn nam không nhiều, kết quả này phù hợp với một số tác giả, như: Vieta E, Bauer M và Pfennig A, Nguyễn Thị Hoài Thương (nữ 56,1%, nam 43,9%).⁸⁻¹⁰

Tuổi nhóm người bệnh nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chủ yếu ở tuổi trung niên, phù hợp với một số tác giả, như: Zahra Mohammadi, Abbas Pourshahbaz, Behrooz Dolatshahi and Marjan Poshtmashhadi (nữ $38,22 \pm 11,14$ tuổi, nam $47,50 \pm 13,57$ tuổi).⁶

Học vấn nhóm người bệnh của chúng tôi phù hợp với tác giả Nguyễn Thị Hoài Thương, Ngô Hùng Lâm, nhưng cao hơn học vấn nhóm đối tượng nghiên cứu của Suman Prasad Adhikari, có thể do đặc điểm xã hội, giáo dục chung giữa Việt Nam và Nepal khác nhau.¹⁰⁻¹²

Nghề nghiệp nhóm người bệnh của chúng tôi chủ yếu lao động chân tay, gián tiếp phản ánh hậu quả của rối loạn lưỡng cực nói chung lưỡng cực I nói riêng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp đa số với các tác giả, như: Nguyễn Thị Hoài Thương, Ngô Hùng Lâm, Suman Prasad Adhikari.¹⁰⁻¹²

Đặc điểm về hôn nhân của nhóm người bệnh nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ chưa kết hôn, ly hôn cao gián tiếp phản ánh hậu quả của lưỡng cực I, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số tác giả Nguyễn Thị Hoài Thương, Nguyễn Văn Cường.¹⁰⁻¹³

Tỷ lệ có sang chấn tâm lý trong nghiên cứu của chúng tôi không cao, kết quả này phù hợp với Sanjeev Shah, Tapas Kumar Aich, Sandip Subedi và cộng sự.¹⁴ Kết quả nghiên cứu của

chúng tôi cho thấy hậu quả của lưỡng cực I trên gia đình và xã hội, kết quả này phù hợp với Botéro A. Canoui P và Granger B, Bauer M và Pfennig A.^{2,9}

Thời gian mắc bệnh của nhóm người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn so với một số tác giả nghiên cứu trong nước, như: Nguyễn Thị Hoài Thương (1 năm trở xuống là 28,1%; 1 - 3 năm: 19,3%; 3 - 5 năm: 15,8%; trên 5 năm: 36,8%).¹⁰ Kết quả cũng cho thấy nhóm người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có nhiều lần tái phát hơn so với một số tác giả như Ngô Hùng Lâm (2 cơn: 13,4%, 3 cơn: 31,1%, 4 cơn: 20,3%, 5 cơn: 17,6%, trên 5 cơn: 17,6%).¹¹ Như vậy, nhóm người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian mắc bệnh dài, số cơn tái phát dài, có thể chứng tỏ mức độ bệnh nặng hơn.

Tỷ lệ người bệnh chỉ có giai đoạn hưng cảm khoảng gần 50%, kết quả nghiên cứu này phù hợp với Zahra Mohammadi, Abbas Pourshahbaz, Behrooz Dolatshahi và Marjan Poshtmashhadi.⁶ Tuân thủ điều trị của nhóm người bệnh nghiên cứu của chúng tôi thấp, đây có thể là một trong những nhân tố gây nguy cơ tái phát bệnh.

Đặc điểm lâm sàng giai đoạn hưng cảm của rối loạn lưỡng cực I

Đặc điểm khởi phát

Tuổi khởi phát chủ yếu ở nhóm tuổi thanh niên trẻ và thanh niên, kết quả này phù hợp với đặc điểm của rối loạn lưỡng cực nói chung, tuy nhiên tuổi khởi phát trung bình của nhóm người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu, như: Ngô Hùng Lâm, Mikolas Pavol, Kyra Bröckel, Christoph Vogelbacher, Dirk K. Müller và cộng sự ($24,84 \pm 4,4$ tuổi, 70% khởi phát trước 21 tuổi).^{11,15}

Tỷ lệ các triệu chứng khởi phát hưng cảm cao có thể do các triệu chứng này dễ nhận biết và mặt khác, thân nhân người bệnh cũng đã có

kinh nghiệm nhận biết do người bệnh có thời gian bị bệnh dài. Các triệu chứng này có thể là dấu hiệu nhận biết sớm một giai đoạn hưng cảm ở lưỡng cực I. Kết quả cũng cho thấy triệu chứng “tự đánh giá cao bản thân” có thể như dấu hiệu báo trước một giai đoạn hưng cảm có loạn thần. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu, như: Ngô Hùng Lâm, Suman Prasad Adhikari.^{11,12}

Đặc điểm lâm sàng giai đoạn hưng cảm toàn phát

Tỷ lệ giai đoạn hưng cảm có triệu chứng loạn thần trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu trước đó, như: Nguyễn Thị Thu Hoài (hưng cảm có loạn thần 52,6%), Ngô Hùng Lâm (hưng cảm có loạn thần 54,82%), có thể do quần thể nghiên cứu của chúng tôi là rối loạn lưỡng cực I, thời gian và mức độ nặng hơn.^{10,11}

Kết quả cho thấy, tần suất cơn trầm cảm, hưng cảm của nhóm người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi nhanh hơn nghiên cứu của Ngô Hùng Lâm (hưng cảm $2,51 \pm 1,58$ cơn/năm), có thể do nhóm người bệnh nghiên cứu của chúng tôi gồm các người bệnh có thời gian bệnh dài, nặng hơn, tuân thủ điều trị kém hơn và là nhóm người bệnh lưỡng cực I.¹¹ Tần suất cơn trong nghiên cứu của chúng tôi dày hơn ở nhóm người mắc bệnh dài, điều này chứng tỏ thời gian mắc bệnh càng dài thì bệnh càng nặng, kết quả này phù hợp với Lee Fu-I, Wagner de S. Gurgel, Sheila C. Caetano, Rodrigo Machado-Vieira và Yuan P. Wang, Lakshmi N Yatham và cộng sự.^{16,17}

Triệu chứng tăng khí sắc, cảm xúc cáu giận, tăng tính tự trọng hoặc vĩ đại, giảm nhu cầu ngủ, nói nhiều, gia tăng hoạt động đều đặn, ý tưởng bay bổng, nhanh, tham gia nhiều hoạt động mạo hiểm là triệu chứng thường gặp trong giai đoạn toàn phát giai đoạn hưng cảm của lưỡng cực I. Kết quả nghiên cứu của chúng

tôi phù hợp với một số tác giả, như: Zahra Mohammadi, Abbas Pourshahbaz, Behrooz Dolatshahi và Marjan Poshtmashhadi.⁶

Hoang tưởng gặp trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với khí sắc, đó có thể là đặc điểm của triệu chứng loạn thần trong lưỡng cực I. Tỷ lệ triệu chứng hoang tưởng, kích động, gây hấn, cảm xúc không ổn định cao chứng tỏ mức độ hưng cảm của nhóm người bệnh nghiên cứu của chúng tôi nặng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với tác giả Ngô Hùng Lâm, Suman Prasad Adhikari.^{11,12}

Tiến triển các triệu chứng hưng cảm và triệu chứng rối loạn tâm thần kèm theo đáp ứng tốt với điều trị, thuyên giảm nhanh sau hai đến bốn tuần điều trị, có thể do người bệnh được điều trị đúng phác đồ, Mặt khác, cũng phản ánh lưỡng cực I có thể điều trị nhanh ổn định trong vòng một tháng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với đa số các tác giả, như: Olié J-P, Gallarda T và Duaux E, Zahra Mohammadi, Abbas Pourshahbaz, Behrooz Dolatshahi và Marjan Poshtmashhadi.^{3,6}

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng ở 86 người bệnh rối loạn lưỡng cực I chúng tôi thấy:

Tuổi khởi phát lưỡng cực I khá trẻ: $27,56 \pm 8,92$ tuổi (nữ $28,15 \pm 9,83$ tuổi, nam $26,88 \pm 7,82$ tuổi), nhóm tuổi từ 24 tuổi trở xuống có tỷ lệ 40,7%. 25 - 34 tuổi chiếm 43,0%. Triệu chứng khởi phát thường gặp: ngủ ít, tăng giao tiếp 100,0%, tự đánh giá cao bản thân 82,6%, lạc quan thái quá 57,0%, không quan tâm ăn 15,1%. Tỷ lệ triệu chứng tự đánh giá cao bản thân nhóm hưng cảm có loạn thần 87,3% cao hơn nhóm hưng cảm không có loạn thần 28,6% ($p < 0,0001$), tỷ lệ các triệu chứng khởi phát không có sự khác biệt giữa nữ và nam.

Tần suất “cơn” trầm cảm, hưng cảm khá dày, tỷ lệ tần suất “cơn” trung bình 93,0% chu kỳ

nhanh 7,0%. Tỷ lệ tần suất “cơn” trung bình cao ở nhóm mắc bệnh từ 5 năm trở lên so với nhóm mắc bệnh dưới 5 năm (90,9% và 98,1% so với 72,7%) và ngược lại tỷ lệ tần suất “cơn” chu kỳ nhanh ở nhóm mắc bệnh dưới 5 năm cao hơn nhóm mắc bệnh từ 5 năm trở lên (27,3% so với 9,1% và 1,9%) ($p = 0,0100$).

Tỷ lệ triệu chứng giai đoạn hưng cảm thường gặp: tỷ lệ tăng khí sắc, cảm xúc cáu giận, tăng tính tự trọng hoặc vĩ đại, giảm nhu cầu ngủ, nói nhiều đạ, gia tăng hoạt động (đều 100,0%), ý tưởng bay bổng, nhanh 86,0%, tham gia nhiều hoạt động mạo hiểm 98,8%. Hoang tưởng tự cao 89,5%, hoang tưởng bị hại 29,1%, hoang tưởng chủ yếu phù hợp khí sắc.

Các triệu chứng hưng cảm và các triệu chứng rối loạn tâm thần khác thuyên giảm rõ rệt sau bốn tuần điều trị ($p < 0,0001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Association AP. Bipolar and Related Disorders. *The American Psychiatric Publishing: Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition: DSM-5TR*. Bristish Library; 2013: 123 - 154.
2. Botéro A, Canoui P, B. G. Troubles thymiques bipolaires: maladie manico-dépressive et états apparentes. *Psychiatrie De l'Adulte*. Ed MALOINE; 1992: 134- 144.
3. Olié J-P, Gallarda T, E D. Trouble de l'humeur. *Le Livre de l'interne Psychiatrie*. Médecine-Sciences. Edition Flammarion; 2000: 38-40, 156-176.
4. Association AP. Troubles de l'humeur. *MINI DSM-IV, Traduction française par Guelfi J-D et al*. Ed Masson, Paris; 1996: 161-199.
5. Vinberg M, Mikkelsen RL, Kirkegaard T, Christensen EM, Kessing LV. Differences in clinical presentation between bipolar I and II disorders in the early stages of bipolar disorder: A naturalistic study. *Journal of Affective Disorders*. 2017; 208: 521-527.
6. Zahra Mohammadi, Pourshahbaz A, Behrooz Dolatshahi, Poshtmashhadi M. Research Paper: Clinical Manifestations of Mania in Patients With Bipolar I Disorder Based on the Primary Symptoms in DSM-5. *Journal of Practice in Clinical Psychology*. 08.08.2023 2017; 5(4): 289-296. doi:https://doi.org/10.29252/NIRP.JPCP.5.4.289.
7. al REe. Bipolar and Related Disorders. *The American Psychiatric Publishing: Text Book of Psychiatry*. 6th Edition, Bristish Library; 2014: 311-352.
8. E V. Tổng quan về rối loạn lưỡng cực. Nguyên nhân và diễn biến bệnh, Đánh giá và chẩn đoán, Nguy cơ tự tử, điều trị thuốc các giai đoạn hưng cảm, Điều trị rối loạn lưỡng cực kháng thuốc. *Xử trí: Rối loạn cảm xúc lưỡng cực trong thực hành lâm sàng*. V ed. Nhà xuất bản Y học; 2011: 1-48, 77-94V.
9. Bauer M, A P. Epidemology of bipolar disorder. *Epilepsy*. 08.08.2023 2005; 46(4): 8–13. Edition Blackwell,. doi:https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2005.463003.x.
10. Thương NTH. *Đặc điểm lâm sàng kích động ở bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn hưng cảm*. Luận văn thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội, Hà Nội; 2020.
11. Lâm NH. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn cảm xúc lưỡng cực*. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội; 2007.
12. Adhikari S. Factor analysis study of phenomenological subtypes of mania. *Ann Psychiatr Clin Neurosci* 2019; 2 (1). 2019; 1009
13. Cường NV. *Đánh giá kết quả điều trị của Quetiapin ở bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực giai đoạn trầm cảm*. Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2012.
14. Shah S, Aich TK, Subedi S. A factor

analytical study report on mania from Nepal. *Indian Journal of Psychiatry*. 2017; 59(2): 196.

15. Mikolas P, Bröckel K, Vogelbacher C, et al. Individuals at increased risk for development of bipolar disorder display structural alterations similar to people with manifest disease. *Translational Psychiatry*. 2021; 11(1):485.

16. Fu IL, Gurgel WS, Caetano SC, Machado-Vieira R, Wang YP. Psychotic and affective symptoms of early-onset bipolar disorder: an observational study of patients

in first manic episode. *Braz J Psychiatry*. Apr 2020; 42(2): 168-174. doi:10.1590/1516-4446-2019-0455.

17. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. Mar 2018; 20(2): 97-170. doi:10.1111/bdi.12609.

Summary

CLINICAL FEATURES OF THE MANIC EPISODE IN INPATIENT BIPOLAR I DISORDER

Objectives: Describe the clinical characteristics of manic episodes in patients with bipolar I affective disorder (DSM-5TR) receiving inpatient treatment. **Subjects:** 86 patients (46 women, 40 men) with bipolar I disorder, admitted for manic episode treatment. **Methods:** a descriptive clinical approach, using the ICD.10 diagnostic criteria and the DSM-5TR criteria. **Results:** Age of onset was 27.56 ± 8.92 (female 28.15 ± 9.83 , male 26.88 ± 7.82), 24 years or younger age group represented 40.7%. 25 - 34 years old age group represented 43.0%. The frequency of attacks were 1.50 ± 0.92 attacks/year (8.26 ± 2.46 attacks per month), the average rate of attacks was 93.0%, the rapid cycle was 7.0%, the frequency of attacks was average in patients with disease for 5 years or more, the rate of rapid cycles was high in the group with less than 5 years of disease ($p = 0.0100$). Common onset symptoms included decrease of sleep, increased communication 100.0%, self-esteem 82.6%, over-optimism 57.0%, disinterest in eating 15.1%. Common symptoms were elevated mood, emotional anger, increased self-esteem or grandeur, decreased need for sleep, excessive talk, increased activity (both 100.0%), illusion of fast flying 86.0%, participated in many adventurous activities 98.8% and paranoia 89.5%.

Keywords: Bipolar I, bipolar disorder, clinical bipolar I.