

# MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỜI GIAN NÀM VIỆN CỦA NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN LO ÂU LAN TOẢ ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI VIỆN SỨC KHOẺ TÂM THẦN

Nguyễn Phương Linh<sup>2</sup>, Vũ Sơn Tùng<sup>1,2</sup>  
Nguyễn Hồng Nga<sup>2</sup> và Đỗ Hoài Phương<sup>1,✉</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Rối loạn lo âu lan tỏa là một rối loạn lo âu đặc trưng bởi tình trạng lo lắng quá mức, kéo dài, khó kiểm soát và đi kèm nhiều triệu chứng cơ thể. Trong thực hành lâm sàng, người bệnh thường có các bệnh lý cơ thể đồng mắc, ảnh hưởng đến quá trình điều trị nội trú. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 77 người bệnh rối loạn lo âu lan tỏa điều trị nội trú tại viện sức khỏe tâm thần từ tháng 12/2024 đến tháng 7/2025 khảo sát mối liên quan giữa bệnh đồng mắc và thời gian nằm viện. Kết quả cho thấy gần một nửa số người bệnh có thời gian điều trị ít nhất 14 ngày. Người bệnh có bệnh lý tiêu hóa và cơ xương khớp đồng mắc có nguy cơ kéo dài thời gian nằm viện. Kết quả nghiên cứu cho thấy việc có hướng điều trị đa chuyên khoa ở người bệnh rối loạn lo âu lan tỏa có bệnh lý thực thể đồng mắc giúp giảm thời gian nằm viện, giảm chi phí và hạn chế các yếu tố nguy cơ bất lợi.

**Từ khóa:** Rối loạn lo âu lan tỏa, thời gian nằm viện, bệnh đồng mắc.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lo âu lan tỏa là một trong những rối loạn tâm thần phổ biến trong thực hành lâm sàng tâm thần, đặc trưng bởi tình trạng lo lắng quá mức và khó kiểm soát kéo dài liên quan đến nhiều chủ đề và sự kiện khác nhau của cuộc sống hằng ngày như lo lắng về sức khỏe, tài chính, hiệu suất công việc hay các mối quan hệ gia đình. Tình trạng này thường kèm theo các triệu chứng như căng thẳng, mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ và nhiều biểu hiện cơ thể khác.<sup>1</sup> Theo các nghiên cứu dịch tễ học, tỷ lệ hiện mắc suốt đời của rối loạn lo âu lan tỏa trong cộng đồng dao động khoảng 5%.<sup>2</sup> Rối loạn này không chỉ gây suy giảm chất lượng cuộc sống mà còn làm gia tăng gánh nặng bệnh tật và chi phí y tế do

nhu cầu chăm sóc và điều trị kéo dài.<sup>3</sup>

Người bệnh thường đồng thời mắc các bệnh lý cơ thể như bệnh tim mạch, bệnh tiêu hóa, bệnh hô hấp và các bệnh lý cơ xương khớp.<sup>4,5</sup> Nhiều nghiên cứu cho thấy hơn một nửa số người bệnh rối loạn lo âu lan tỏa có ít nhất một bệnh lý cơ thể đồng mắc, và sự hiện diện của các bệnh lý này có thể làm nặng thêm triệu chứng lo âu, làm phức tạp quá trình chẩn đoán và điều trị.<sup>6</sup>

Thời gian nằm viện là chỉ số quan trọng phản ánh mức độ nặng của bệnh, hiệu quả điều trị và mức độ sử dụng nguồn lực y tế. Ở người bệnh rối loạn lo âu lan tỏa, mức độ triệu chứng và các bệnh lý thực thể đồng mắc có thể ảnh hưởng đến thời gian điều trị nội trú. Tuy nhiên, kết quả giữa các nghiên cứu vẫn còn chưa thống nhất và phụ thuộc vào đặc điểm quần thể nghiên cứu cũng như hệ thống chăm sóc sức khỏe của từng quốc gia.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về rối loạn lo

Tác giả liên hệ: Đỗ Hoài Phương

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: dohoaiphuong2000@gmail.com

Ngày nhận: 10/04/2026

Ngày được chấp nhận: 29/04/2026

âu lan toả chủ yếu tập trung vào đặc điểm lâm sàng và hiệu quả điều trị, trong khi mối liên quan giữa bệnh đồng mắc và thời gian nằm viện vẫn chưa được khảo sát đầy đủ. Việc làm rõ mối liên quan này có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng, giúp nhận diện sớm các yếu tố nguy cơ và xây dựng chiến lược quản lý điều trị toàn diện.

Đây chính là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Một số yếu tố liên quan đến thời gian nằm viện của người bệnh rối loạn lo âu lan toả điều trị nội trú tại viện sức khoẻ tâm thần” với mục tiêu: Nhận xét một số yếu tố liên quan đến thời gian nằm viện của người bệnh rối loạn lo âu lan toả có bệnh lý đồng mắc điều trị nội trú tại Viện Sức khoẻ Tâm thần năm 2024 – 2025.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Nghiên cứu thu thập được 77 người bệnh được chẩn đoán Rối loạn lo âu lan toả điều trị nội trú tại Viện Sức khoẻ Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2024 đến tháng 07/2025.

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

Người bệnh được chẩn đoán xác định rối loạn lo âu lan toả theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 (1992) điều trị nội trú theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp số 2058/QĐ-BYT tại Viện Sức khoẻ Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2024 đến tháng 7/2025.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

Người bệnh có các rối loạn ý thức hoặc suy giảm nhận thức nặng, có bệnh lý nặng kèm theo làm hạn chế khả năng giao tiếp. Người bệnh được thay đổi chẩn đoán trong quá trình điều trị. Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2. Phương pháp

#### **Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

#### **Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

Nghiên cứu được thu thập số liệu từ tháng 12/2024 đến tháng 7/2025 tại Viện Sức khoẻ Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai.

#### **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

Nghiên cứu tiến hành trên toàn bộ người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu. Tổng số đối tượng thu nhận được là 77 người bệnh được chẩn đoán Rối loạn lo âu lan toả.

**Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện trong nhóm người bệnh điều trị nội trú tại đơn vị nghiên cứu.

#### **Biến số và chỉ số nghiên cứu**

Các biến số được thu thập bao gồm:

Đặc điểm nhân khẩu học: giới tính, tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn và nghề nghiệp.

Số ngày nằm viện.

Tiền sử bệnh lý cơ thể: bệnh lý tiêu hoá, bệnh lý cơ xương khớp, các bệnh nền khác.

Các triệu chứng cơ thể: tổng số triệu chứng cơ thể, điểm số mức độ lo âu theo thang GAD-7.

Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Người bệnh được phỏng vấn trực tiếp bởi nghiên cứu viên đã được tập huấn, sử dụng bệnh án nghiên cứu do nhóm nghiên cứu xây dựng dựa trên bảng phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi của Tổ chức Y tế Thế giới (ICD-10) năm 1992, thang đánh giá rối loạn lo âu lan toả (GAD-7).<sup>7</sup> Thang GAD-7 là thang tự đánh giá gồm 7 mục do Spitzer và cộng sự (2006) phát triển như một công cụ sàng lọc và chỉ số mức độ nghiêm trọng của rối loạn lo âu lan toả.<sup>8</sup> Bản việt hoá của GAD-7 được Bộ Y tế chính thức thông qua và ban hành trong Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về Tâm thần năm 2025.<sup>9</sup> Thông tin được ghi vào phiếu điều tra, kiểm tra và mã hoá trước khi xử lý.

#### **Xử lý và phân tích số liệu**

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, mã

hoá, nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 27.0.

Thống kê mô tả: Tính tần số (n) và tỷ lệ phần trăm (%) cho các biến định tính. Tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn để mô tả các biến định lượng có phân bố chuẩn. Sử dụng giá trị trung vị để xác định số ngày nằm viện trung bình.

Phân tích mối liên quan: Sử dụng kiểm định Chi-bình phương (Chi-square test) hoặc kiểm định chính xác Fisher (Fisher's Exact test) để so sánh sự khác biệt về tỷ lệ các bệnh đồng mắc giữa nhóm nằm viện < 14 ngày và nhóm nằm viện ≥ 14 ngày. Sử dụng kiểm định T-test cho hai mẫu độc lập để kiểm tra sự khác biệt về điểm

trung bình của các thang đo tâm lý và tổng số triệu chứng cơ thể giữa hai nhóm thời gian điều trị, cũng như so sánh giữa hai nhóm giới tính.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học, Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Bạch Mai theo Quyết định số 7142/QĐ-BM, Bộ Y Tế, Bệnh viện Bạch Mai. Đối tượng được thông báo rõ mục đích nghiên cứu, tham gia trên tinh thần tự nguyện. Các thông tin cá nhân được mã hoá khi nhập vào máy tính và được giữ bí mật.

## III. KẾT QUẢ

**Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm người bệnh rối loạn lo âu lan toả (n = 77)**

Đặc điểm chung		n	%
Giới tính	Nam	21	27,3
	Nữ	56	72,7
Nhóm tuổi	< 65 tuổi	61	79,2
	≥ 65 tuổi	16	20,8
Tuổi trung bình		51,53 ± 13,76	
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	3	3,9
	Đã kết hôn	69	89,6
	Ly thân, ly dị, góa	5	6,5
Tiền sử stress	Không	64	83,1
	Có	13	16,9
Tiền sử bệnh lý cơ thể đồng mắc	Không	24	31,2
	Có	53	68,8
Số ngày nằm viện	< 14 ngày	41	53,2
	≥ 14 ngày	36	46,8
Số ngày nằm viện trung bình		14,03 ± 7,12	

Trong 77 người bệnh tham gia nghiên cứu, nữ giới chiếm 72,7% và nam giới chiếm 27,3%. Tuổi trung bình là 51,53 ± 13,76 tuổi; trong đó nhóm dưới 65 tuổi chiếm đa số (79,2%). Phần lớn người bệnh đã lập gia đình (89,6%). Về

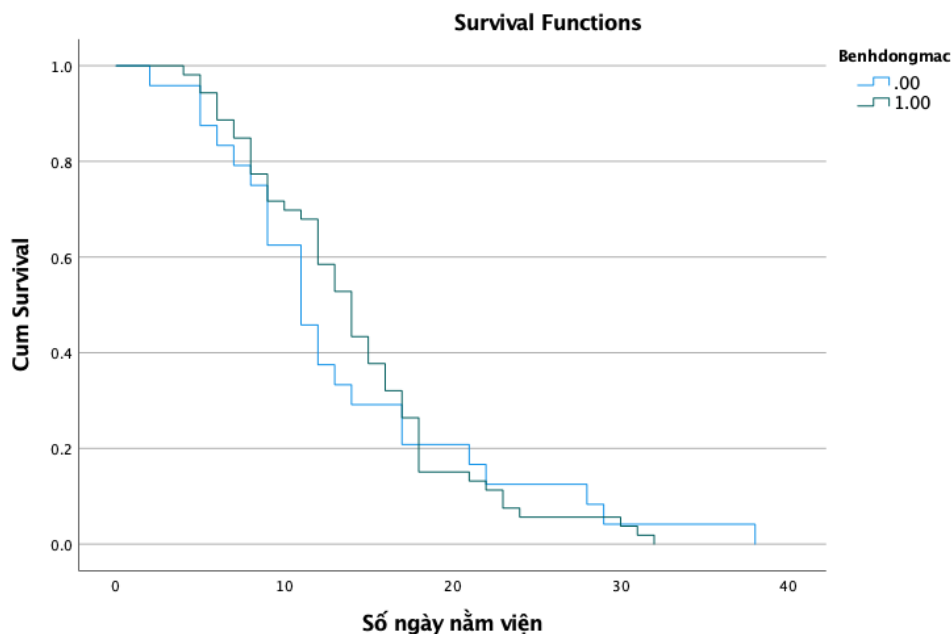
tiền sử, 68,8% có bệnh lý cơ thể kèm theo và 16,9% có stress khởi phát. Thời gian điều trị nội trú trung bình là 14,03 ± 7,12 ngày; với tỷ lệ tương đối cân bằng giữa nhóm nằm viện dưới 14 ngày (53,2%) và từ 14 ngày trở lên (46,8%).

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng triệu chứng cơ thể của người bệnh rối loạn lo âu lan toả (n = 77)**

	Đặc điểm lâm sàng	n	%
<i>Triệu chứng kích thích thần kinh tự trị</i>	Hồi hộp, tim đập nhanh	72	93,5
	Run	57	74,0
	Vã mồ hôi	49	63,6
	Khô miệng	23	29,9
<i>Triệu chứng liên quan đến vùng ngực bụng</i>	Buồn nôn/khó chịu ở bụng	37	48,1
	Khó thở	25	32,5
	Đau/khó chịu ở ngực	19	24,7
	Cảm giác nghẹn	13	16,9
<i>Triệu chứng toàn thân</i>	Cảm giác tê cứng/kim châm	36	46,8
	Cơ đồ mặt/ớn lạnh	30	39,0
Tổng số lượng triệu chứng cơ thể		4,69 ± 1,57	

Khảo sát trên 77 người bệnh cho thấy triệu chứng kích thích thần kinh tự trị chiếm ưu thế, trong đó hồi hộp, tim đập nhanh gặp nhiều nhất (93,5%), tiếp theo là run (74,0%) và vã mồ hôi (63,6%). Các triệu chứng vùng ngực bụng và

toàn thân như buồn nôn/ khó chịu ở bụng và cảm giác tê cứng/ kim châm ghi nhận ở tỷ lệ tương đối cao (48,1% và 46,8%). Trung bình mỗi người bệnh có 4,69 ± 1,57 triệu chứng cơ thể tại thời điểm nhập viện.



**Biểu đồ 1. Đường cong Kaplan–Meier so sánh thời gian nằm viện giữa nhóm có và không có bệnh lý cơ thể đồng mắc**

Biểu đồ 1 mô tả phân tích sinh tồn Kaplan-Meier về thời gian điều trị nội trú trên 77 người bệnh, phân tầng theo tình trạng bệnh lý cơ thể đồng mắc. Trung vị thời gian nằm viện ở nhóm có bệnh cơ thể đồng mắc là 14 ngày (CI 95%: 12,23 – 15,76), cao hơn so với 11 ngày

(CI 95%: 8,60 – 13,39) ở nhóm không có bệnh đồng mắc. Đường cong sinh tồn của nhóm có bệnh đồng mắc có xu hướng dịch phải. Tuy nhiên, kiểm định Log-rank (Mantel-Cox) cho thấy sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ( $\chi^2 = 0,084$ ;  $p = 0,773$ ).

**Bảng 3. Mối liên quan giữa các nhóm bệnh lý cơ thể đồng mắc và tình trạng nằm viện kéo dài (n=77)**

Tiền sử bệnh lý cơ thể đồng mắc			Số ngày nằm viện		Giá trị p
			< 14 ngày	≥ 14 ngày	
Tiêu hoá	Không	73	41 (56,2%)	32 (43,8%)	0,044 <sup>b</sup>
	Có	4	0	4 (100%)	
Cơ xương khớp	Không	69	40 (58,0%)	29 (42,0%)	0,022 <sup>b</sup>
	Có	8	1 (12,5%)	7 (87,5%)	
Tăng huyết áp	Không	50	28 (56,0%)	22 (44,0%)	0,510 <sup>a</sup>
	Có	27	13 (48,1%)	14 (51,9%)	
Đái tháo đường	Không	70	38 (54,3%)	32 (45,7%)	0,699 <sup>b</sup>
	Có	7	3 (42,9%)	4 (57,1%)	
Thần kinh	Không	68	36 (52,9%)	32 (47,1%)	1,000 <sup>b</sup>
	Có	9	5 (55,6%)	4 (44,4%)	
Tim mạch khác	Không	70	37 (52,9%)	33 (47,1%)	1,000 <sup>b</sup>
	Có	7	4 (57,1%)	3 (42,9%)	
Hô hấp	Không	75	39 (52,0%)	36 (48,0%)	0,496 <sup>b</sup>
	Có	2	2 (100%)	0 (0%)	
Bệnh lý cơ thể khác	Không	61	34 (55,7%)	27 (44,3%)	0,392 <sup>a</sup>
	Có	16	7 (43,8%)	9 (48,8%)	

<sup>a</sup> Kiểm định Chi-square (Pearson); <sup>b</sup> Kiểm định Fisher's exact test. Tỷ lệ % trong bảng là tỷ lệ phần trăm theo hàng ngang

Phân tích mối liên quan giữa các bệnh lý cơ thể đồng mắc cụ thể và thời gian điều trị nội trú cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở hai nhóm bệnh lý: tiêu hóa và cơ xương khớp. Cụ thể, 100% người bệnh có bệnh lý tiêu hóa đồng mắc có thời gian nằm viện kéo dài từ 14 ngày trở lên ( $p = 0,044$ ). Trong khi, ở

nhóm người bệnh mắc kèm bệnh lý cơ xương khớp, tỷ lệ này là 87,5%, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không mắc bệnh ( $p = 0,022$ ). Đối với các bệnh lý cơ thể khác như tăng huyết áp, đái tháo đường, thần kinh hay hô hấp chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 4. Mối tương quan triệu chứng cơ thể và điểm lo âu GAD-7 theo giới tính**

Đặc điểm	Nam (n = 25)	Nữ (n = 65)	Giá trị p*
Điểm lo âu GAD-7	13,52 ± 2,73	12,78 ± 3,60	0,359
Tổng số lượng triệu chứng cơ thể	4,72 ± 1,99	4,85 ± 1,59	0,755

\*Giá trị p được tính bằng kiểm định T-test độc lập

Phân tích so sánh theo giới tính cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ lo âu và gánh nặng triệu chứng cơ thể giữa nam và nữ. Điểm GAD-7 trung bình ở nam là 13,52 ± 2,73, tương đương với 12,78 ± 3,60 ở nữ (p = 0,359). Số lượng triệu chứng cơ thể trung bình cũng tương đồng giữa 2 nhóm, với trung bình 4,72 ± 1,99 ở nam và 4,85 ± 1,59 ở nữ (p = 0,755).

#### IV. BÀN LUẬN

Người bệnh rối loạn lo âu lan toả điều trị nội trú thường có mức độ bệnh nặng. Trong nghiên cứu này, thời gian nằm viện trung bình là 14,03 ± 7,12 ngày, kéo dài hơn đáng kể so với mức 8,2 ngày từ dữ liệu quốc gia Hoa Kỳ năm 2006.<sup>10</sup> Sự kéo dài này có thể phản ánh mức độ lâm sàng nghiêm trọng hơn, đồng thời liên quan đến gia tăng sử dụng dịch vụ y tế và chi phí điều trị. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Giàu và cộng sự năm 2020, chi phí điều trị nội trú bệnh tâm thần chủ yếu tập trung vào chi phí giường bệnh và thuốc, do đó thời gian nằm viện kéo dài sẽ làm tăng đáng kể gánh nặng chi phí cho hệ thống y tế và người bệnh.<sup>11</sup>

Sự chênh lệch về thời gian điều trị được thể hiện qua phân tích sống còn: nhóm người bệnh có bệnh lý cơ thể đồng mắc có xu hướng nằm viện dài hơn. Cụ thể, các bệnh lý ở hệ tiêu hóa và cơ xương khớp có ý nghĩa với tình trạng trì hoãn xuất viện, trong khi các bệnh mạn tính như tim mạch và nội tiết chưa cho thấy tác động rõ rệt. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lyketsos và cộng sự năm 2002 khi gánh nặng bệnh cơ thể được chứng minh làm tăng thời

gian nằm viện tâm thần thêm trung bình 3,25 ngày.<sup>12</sup> Nghiên cứu của Andlin-Sobocki và cộng sự năm 2024, ghi nhận chi phí trung bình cho mỗi trường hợp rối loạn lo âu lan toả ở Châu Âu lên tới 1.804 Euro, và ở nhóm có bệnh cơ thể đồng mắc, chi phí trực tiếp (đặc biệt là cận lâm sàng và thuốc) có thể cao gấp đôi so với nhóm không có bệnh đồng mắc.<sup>13</sup> Từ góc độ kinh tế y tế, mỗi ngày nằm viện tăng thêm đồng nghĩa với gia tăng chi phí trực tiếp (giường bệnh, thuốc, xét nghiệm) và chi phí gián tiếp (mất năng suất lao động, chi phí chăm sóc của người thân), qua đó làm gia tăng gánh nặng kinh tế tổng thể.

Nghiên cứu của Abdelazid et al và Govindasamy et al đã chỉ ra rằng sự đồng mắc giữa các rối loạn tiêu hóa (đặc biệt là rối loạn tiêu hóa chức năng) và rối loạn lo âu thường dự báo một tiên lượng phục hồi kém khả quan hơn.<sup>14,15</sup> Nghiên cứu của Kaye AJ, et al trên 28.173 người bệnh mắc hội chứng ruột kích thích nhập viện, ở những người có kèm mắc RLLALT cho thấy tăng nguy cơ suy gan cấp, nhiễm trùng, suy hô hấp cấp, áp xe bụng, thủng ruột và tăng nguy cơ tử vong.<sup>16</sup>

Dưới góc độ sinh lý bệnh, mối liên hệ này được giải thích qua trục não - ruột - một hệ thống sinh học hai chiều giữa hệ thần kinh trung ương và hệ thần kinh ruột.<sup>17</sup> Trong bài nghiên cứu tổng quan của Peppas et al 2021, tình trạng lo âu kéo dài kích hoạt hệ thần kinh giao cảm và trục dưới đồi - tuyến yên - tuyến thượng thận, dẫn đến sự biến đổi của hệ vi sinh đường ruột, rối loạn nhu động tiêu hoá và tăng tính nhạy cảm nội tạng. Ngược lại, các tín hiệu khó chịu từ đường tiêu hoá tiếp tục tác động

lên hệ thần kinh trung ương, duy trì trạng thái cảnh giác cao độ và khuếch đại cảm nhận triệu chứng. Vòng xoắn bệnh lý hai chiều này không chỉ làm bệnh cảnh trở nên phức tạp hơn mà còn kéo dài quá trình hồi phục.

Nghiên cứu của Bair et al đã chỉ ra sự đồng mắc giữa tình trạng đau cơ xương khớp mạn tính và rối loạn lo âu làm chậm tiến trình phục hồi bệnh hơn.<sup>18</sup> Triệu chứng căng cơ dai dẳng ở người bệnh rối loạn lo âu lan toả khi xuất hiện trên nền bệnh cơ xương khớp đồng mắc tạo trạng thái cơ cơ liên tục, làm suy giảm tuần hoàn tại chỗ và tăng cảm giác đau. Nghiên cứu của Asmundson và Katz cho thấy tình trạng đau mạn tính cũng liên tục kích hoạt tín hiệu thần kinh dẫn đến nhạy cảm hoá trung ương và làm tăng cảm nhận đau.<sup>19</sup>

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Giàu và cộng sự năm 2020, chi phí điều trị nội trú trung bình cho một đợt rối loạn tâm thần đã ở mức khoảng 6,87 triệu đồng.<sup>11</sup> Sự đồng mắc hai nhóm bệnh làm gia tăng chi phí điều trị do kéo dài thời gian nằm viện và tăng nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau, vật lý trị liệu và chăm sóc hỗ trợ. Đồng thời đau mạn tính có thể hạn chế khả năng tham gia các liệu pháp tâm lý và phục hồi chức năng, góp phần kéo dài tiến trình điều trị và làm tăng chi phí gián tiếp.

Các bệnh lý mạn tính toàn thân như tim mạch hay nội tiết chưa cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thời gian điều trị nội trú ( $p > 0,05$ ). Sự khác biệt này có thể do các bệnh này thường đã được kiểm soát ổn định ngoại trú và trong giai đoạn duy trì ít gây triệu chứng cấp tính.

## V. KẾT LUẬN

Thời gian điều trị nội trú của người bệnh rối loạn lo âu lan toả có xu hướng kéo dài khi có bệnh lý cơ thể đồng mắc, đặc biệt ở hệ tiêu hoá và cơ xương khớp, trong khi các bệnh mạn tính đã được kiểm soát ổn định không ghi nhận ảnh

hưởng rõ rệt. Việc sàng lọc và quản lý các bệnh lý đồng mắc cần được chú trọng nhằm tối ưu hóa quá trình điều trị và rút ngắn thời gian nằm viện. Nghiên cứu còn một số hạn chế như cỡ mẫu nhỏ và thực hiện tại một trung tâm, có thể ảnh hưởng đến tính khái quát. Ngoài ra, chưa đánh giá đầy đủ các yếu tố như chất lượng cuộc sống, tuân thủ điều trị và chi phí gián tiếp.

## Lời cảm ơn

Để hoàn thiện nghiên cứu này chúng tôi xin chân thành cảm ơn Bệnh viện Bạch Mai và các người bệnh rối loạn lo âu lan toả đã đồng ý tham gia nghiên cứu trong thời gian từ tháng 12/2024 đến tháng 07/2025.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Psychiatry Online. DSM Library. <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>.
2. Wittchen HU, Hoyer J. Generalized anxiety disorder: nature and course. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 11:15-19; discussion 20-21.
3. Bie F, Yan X, Xing J, et al. Rising global burden of anxiety disorders among adolescents and young adults: trends, risk factors, and the impact of socioeconomic disparities and COVID-19 from 1990 to 2021. *Front Psychiatry*. 2024;15. doi:10.3389/fpsy.2024.1489427
4. Kariuki-Nyuthe C, Stein DJ. Anxiety and Related Disorders and Physical Illness. *Adv Psychosom Med*. 2014. doi:10.1159/000365538
5. Lê Thị Thu Hà, Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Thị Hồi. Yếu tố liên quan tới rối loạn lo âu ở người từ 18 đến 60 tuổi tại tỉnh Thái Bình năm 2024 - 2025. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2025;195(10):563-571. <https://doi.org/10.52852/tcncyh.v195i10.4007>
6. El-Gabalawy R, Mackenzie CS, Pietrzak RH, et al. A longitudinal examination of anxiety

- disorders and physical health conditions in a nationally representative sample of U.S. older adults. *Exp Gerontol.* 2014;60:46-56. doi:10.1016/j.exger.2014.09.012
7. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. World Health Organization; 1993. <https://www.who.int/publications/i/item/9241544554>.
8. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, et al. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092-1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
9. Bộ Y tế. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về Tâm thần Tập 1 và Tập 2. <https://kcb.vn/tin-tuc/-huong-dan-quy-trinh-ky-thuat-ve-tam-than-tap-1-va-tap-2.html>.
10. Saba DK, Levit KR, Elixhauser A. Hospital Stays Related to Mental Health, 2006. In: *Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2006. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK54564/>.
11. Nguyễn Thị Giàu, Nguyễn Thị Ngọc Vân, Trần Thị Tuyết Phụng. Phân tích chi phí điều trị bệnh nhân tâm thần tại Bệnh viện Tâm thần Tiền Giang năm 2020. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 43, 133-139.
12. Lyketsos CG, Dunn G, Kaminsky MJ, et al. Medical comorbidity in psychiatric inpatients: relation to clinical outcomes and hospital length of stay. *Psychosomatics.* 2002;43(1):24-30. doi:10.1176/appi.psy.43.1.24
13. Hoffman DL, Dukes EM, Wittchen HU. Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety.* 2008; 25(1):72–90. doi:10.1002/da.20257
14. Abdelaziz HA, Ellakany WI, Ellakany A, et al. The relationship between anxiety and irritable bowel syndrome symptoms among females: A cross-sectional study in Egypt. *Medicine (Baltimore).* 2023;102(32):e34777. doi:10.1097/MD.00000000000034777
15. Govindasamy V, Mashayekhi Y, Khan MN, et al. Association Between Gastrointestinal Symptoms and Anxiety Levels in Patients with Functional Dyspepsia. *Cureus.* 2025;17(5):e84810. doi:10.7759/cureus.84810
16. Kaye AJ, Patel SJ, Meyers SR, et al. Outcomes of Inflammatory Bowel Disease in Hospitalized Patients With Generalized Anxiety Disorder. *Cureus.* 2022;14(8):e27656. doi:10.7759/cureus.27656
17. Peppas S, Pansieri C, Piovani D, et al. The Brain-Gut Axis: Psychological Functioning and Inflammatory Bowel Diseases. *Journal of Clinical Medicine.* 2021;10(3). doi:10.3390/jcm10030377
18. Bair MJ, Wu J, Damush TM, et al. Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. *Psychosom Med.* 2008;70(8):890-897. doi:10.1097/PSY.0b013e318185c510
19. Asmundson GJG, Katz J. Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state-of-the-art. *Depression and Anxiety.* 2009;26(10):888-901. doi:10.1002/da.20600

## Summary

### FACTORS ASSOCIATED WITH LENGTH OF HOSPITAL STAY IN PATIENTS WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDER

Generalized anxiety disorder is an anxiety disorder characterized by excessive, persistent, difficult-to-control worry and accompanied by a wide range of somatic symptoms. In clinical practice, patients frequently present with comorbid physical illnesses, which may adversely affect the course of inpatient treatment. This cross-sectional descriptive study was conducted on 77 inpatients with generalized anxiety disorder at the National Institute of Mental Health from December 2024 to July 2025; we investigated the association between comorbid medical conditions and length of hospital stay. The findings showed that nearly half of the patients required hospitalization for at least 14 days. Patients with comorbid gastrointestinal and musculoskeletal disorders were at greater risk of prolonged hospitalization. These results suggest that a multidisciplinary treatment approach for patients with generalized anxiety disorder and coexisting physical illnesses may help shorten the duration of hospitalization, reduce healthcare costs, and mitigate unfavorable risk factors.

**Keywords:** Generalized anxiety disorder, length of hospital stay, comorbidities.