

**BỘ GIÁO DỤC ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI**



**TRẦN NGUYỄN NGỌC**

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ  
RỐI LOẠN LO ÂU LAN TỎA BẰNG  
LIỆU PHÁP THU' GIÃN LUYỆN TẬP**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**HÀ NỘI – 2018**

**BỘ GIÁO DỤC ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI**

**TRẦN NGUYỄN NGỌC**

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ  
RỐI LOẠN LO ÂU LAN TỎA BẰNG  
LIỆU PHÁP THU' GIÃN LUYỆN TẬP**

**Chuyên ngành: Tâm thần**

**Mã số: 62720148**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**Người hướng dẫn khoa học:**

**PGS TS. Nguyễn Kim Việt**

**HÀ NỘI - 2018**

## LỜI CAM ĐOAN

Tôi là *Trần Nguyễn Ngọc*, nghiên cứu sinh khóa 31 Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Tâm thần, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của *PGS.TS. Nguyễn Kim Việt*.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

*Hà Nội, ngày tháng năm 2018*

**Tác giả luận án**

**Trần Nguyễn Ngọc**

## DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT TRONG LUẬN ÁN

ACS	Attentional Control Scale: Thang kiểm soát chú ý
BOLD	Blood oxygen level dependent: Lệ thuộc mức oxi máu
CIDI	Composite International Diagnostic Interview Bản phỏng vấn chẩn đoán quốc tế kết hợp
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Tài liệu thống kê và chẩn đoán các rối loạn tâm thần.
EPI	Eysenck's Personality Inventory Trắc nghiệm tâm lý đánh giá nhân cách của Eysenck
fMRI	Functional magnetic resonance imaging Hình ảnh cộng hưởng từ chức năng
GCS	Greene Climacteric Scale: Thang đánh giá mãn kinh Greene
GWAS	Genome-wide association study Nghiên cứu liên kết toàn bộ hệ gen
HAM-A	Hamilton Anxiety Rating Scale Thang đánh giá lo âu – Hamilton
HRV	Heart rate variability: Biến thiên tần số tim
ICD	International Classification of Diseases Bảng phân loại bệnh quốc tế.
NST	Nhiễm sắc thể
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index Trắc nghiệm đánh giá chất lượng giấc ngủ
PSWQ	Penn State Worry Questionnaire Câu hỏi đánh giá lo âu của Đại học Penn State
RLLALT	Rối loạn lo âu lan tỏa
SOD	Super Oxide Dismutase: Chất chống oxi hóa
SPECT	Single Photon Emission Computed Tomography Chụp cắt lớp vi tính photon đơn

## MỤC LỤC

<b>ĐẶT VẤN ĐỀ</b> .....	<b>1</b>
<b>Chương 1: TỔNG QUAN</b> .....	<b>3</b>
1.1. TỔNG QUAN RỐI LOẠN LO ÂU LAN TỎA .....	3
1.1.1. Khái niệm rối loạn lo âu lan tỏa.....	3
1.1.2. Dịch tễ RLLALT.....	3
1.1.3. Bệnh nguyên, bệnh sinh RLLALT.....	4
1.1.4. Tiến triển và tiên lượng .....	15
1.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RLLALT .....	15
1.2.1. Chẩn đoán RLLALT .....	15
1.2.2. Đặc điểm lâm sàng triệu chứng lo âu trong RLLALT.....	18
1.2.3. Đặc điểm lâm sàng triệu chứng khác của RLLALT.....	21
1.3. LIỆU PHÁP THƯ GIÃN - LUYỆN TẬP TRONG ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LO ÂU LAN TỎA.....	26
1.3.1. Liệu pháp Thư giãn - Luyện tập .....	26
1.3.2. Tác động của liệu pháp thư giãn luyện tập trong điều trị RLLALT ...	29
1.3.3. Hiệu quả điều trị của liệu pháp thư giãn – luyện.....	33
<b>Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU</b> .....	<b>42</b>
2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.....	42
2.2. THỜI GIAN VÀ ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU .....	42
2.3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU .....	43
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.....	43
2.3.2. Cỡ mẫu.....	43
2.4. QUI TRÌNH NGHIÊN CỨU.....	44
2.4.1. Mô tả đặc điểm lâm sàng RLLALT .....	44
2.4.2. Điều trị bằng liệu pháp thư giãn - luyện tập.....	44
2.4.3. Theo dõi tại các thời điểm điều trị .....	46
2.5. ĐO LƯỜNG SỬ DỤNG TRONG NGHIÊN CỨU .....	46

2.6. CÁC BIẾN SỐ, CHỈ SỐ VÀ PHƯƠNG PHÁP THU THẬP .....	50
2.7. NHẬP VÀ PHÂN TÍCH SỐ LIỆU .....	54
2.8. VẤN ĐỀ ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU.....	55
2.8.1. Tính tự nguyện .....	55
2.8.2. Tính bảo mật .....	55
2.8.3. Tính minh bạch .....	55
2.8.4. Đạo đức của nhà nghiên cứu.....	55
2.9. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU, SAI SỐ VÀ BIỆN PHÁP KHẮC PHỤC ..	55
2.9.1. Hạn chế của nghiên cứu .....	55
2.9.3. Biện pháp khắc phục .....	56
<b>Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>57</b>
3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU .....	57
3.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RLLALT .....	62
3.2.1. Đặc điểm tiền sử, bệnh sử bệnh nhân nghiên cứu .....	62
3.2.2. Đặc điểm lâm sàng RLLALT theo ICD 10 .....	67
3.3. HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG LIỆU PHÁP THU GIẢN LUYỆN TẬP ...	76
3.3.1. Hiệu quả điều trị triệu chứng lo âu tại các thời điểm điều trị .....	76
3.3.2. Hiệu quả điều trị các triệu chứng khác tại các thời điểm.....	77
<b>Chương 4: BÀN LUẬN.....</b>	<b>87</b>
4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU .....	87
4.1.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu .....	87
4.1.2. Đặc điểm giới của bệnh nhân nghiên cứu .....	88
4.1.3. Đặc điểm trình độ học vấn của bệnh nhân nghiên cứu .....	89
4.1.4. Đặc điểm tình trạng hôn nhân của bệnh nhân nghiên cứu .....	90
4.1.5. Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu .....	91
4.1.6. Đặc điểm địa dư và dân tộc của bệnh nhân nghiên cứu.....	91
4.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RLLALT .....	92
4.2.1. Đặc điểm tiền sử, bệnh sử bệnh nhân nghiên cứu .....	92
4.2.2. Đặc điểm lâm sàng RLLALT theo ICD 10 .....	98

4.3. HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG LIỆU PHÁP THU' GIÃN LUYỆN TẬP .	107
4.3.1. Hiệu quả điều trị triệu chứng lo âu tại các thời điểm điều trị .....	107
4.3.2. Hiệu quả điều trị các triệu chứng cơ thể và tâm thần của RLLALT tại các thời điểm .....	109
4.3.3. Một số kết quả khác trong nghiên cứu .....	120
<b>KẾT LUẬN.....</b>	<b>126</b>
<b>KIẾN NGHỊ.....</b>	<b>129</b>
<b>DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ ĐƯỢC CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN</b>	
<b>DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	
<b>PHỤ LỤC</b>	

## DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 3.1.	Phân bố tuổi bệnh nhân nghiên cứu.....	57
Bảng 3.2.	Phân bố trình độ học vấn của bệnh nhân .....	58
Bảng 3.3.	Phân bố tình trạng hôn nhân của bệnh nhân .....	59
Bảng 3.4.	Phân bố nghề nghiệp của bệnh nhân.....	60
Bảng 3.5.	Phân bố nơi sống, dân tộc của bệnh nhân .....	61
Bảng 3.6.	Đặc điểm các triệu chứng khởi phát của bệnh nhân.....	63
Bảng 3.7.	Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện khám, điều trị .....	64
Bảng 3.8.	Đặc điểm sang chấn tâm lý của bệnh nhân nghiên cứu.....	65
Bảng 3.9.	Đặc điểm các vấn đề kết hợp của bệnh nhân nghiên cứu .....	66
Bảng 3.10.	Chủ đề lo âu thường gặp trong nhóm nghiên cứu .....	67
Bảng 3.11.	Số chủ đề lo âu từ khi khởi phát đến lúc vào viện.....	68
Bảng 3.12.	Đặc điểm tần suất xuất hiện lo âu của bệnh nhân .....	68
Bảng 3.13.	Thời điểm triệu chứng lo âu nặng lên.....	69
Bảng 3.14.	Đặc điểm số lượng triệu chứng khác của bệnh nhân.....	69
Bảng 3.15.	Đặc điểm triệu chứng cơ thể của bệnh nhân .....	70
Bảng 3.16.	Đặc điểm triệu chứng tâm thần của bệnh nhân .....	71
Bảng 3.17.	Đặc điểm sự kết hợp các triệu chứng trong nhóm thần kinh thực vật	72
Bảng 3.18.	Đặc điểm loại hình thần kinh và tính cách của bệnh nhân nghiên cứu .....	73
Bảng 3.19.	Đặc điểm mức độ nặng của bệnh tại thời điểm khám theo thang CGI theo giới .....	74
Bảng 3.20.	Hiệu quả điều trị mức độ triệu chứng lo âu theo thang HAM-A tại các thời điểm điều trị.....	76
Bảng 3.21.	Tần suất xuất hiện và thời gian tồn tại của triệu chứng lo âu tại các thời điểm điều trị.....	76
Bảng 3.22.	Hiệu quả điều trị các triệu chứng khác tại các thời điểm .....	77
Bảng 3.23.	Hiệu quả điều trị nhóm triệu chứng kích thích thần kinh thực vật theo các thời điểm điều trị .....	78



Bảng 3.24.	Hiệu quả điều trị nhóm triệu chứng liên quan đến vùng ngực, bụng theo các thời điểm điều trị .....	78
Bảng 3.25.	Hiệu quả điều trị nhóm triệu chứng toàn thân theo các thời điểm điều trị .....	79
Bảng 3.26.	Hiệu quả điều trị nhóm triệu chứng liên quan đến trạng thái tâm thần theo các thời điểm điều trị .....	80
Bảng 3.27.	Hiệu quả điều trị nhóm triệu chứng căng thẳng theo các thời điểm điều trị .....	80
Bảng 3.28.	Hiệu quả điều trị nhóm triệu chứng không đặc hiệu khác theo các thời điểm điều trị.....	81
Bảng 3.29.	Hiệu quả cải thiện mức độ nặng của bệnh tại các thời điểm điều trị theo thang CGI .....	82
Bảng 3.30.	Hiệu quả cải thiện tại các thời điểm điều trị theo thang CGI ..	82
Bảng 3.31.	Chỉ số hiệu quả tại các thời điểm theo thang CGI.....	83
Bảng 3.32.	Hiệu quả điều trị giữa nhóm bệnh nhân có sang chấn tâm lý và không có sang chấn tâm lý tại các thời điểm .....	83
Bảng 3.33.	So sánh hiệu quả điều trị giữa nhóm bệnh nhân có tính cách hướng nội và tính cách hướng ngoại tại các thời điểm.....	84
Bảng 3.34.	So sánh hiệu quả điều trị giữa nhóm bệnh nhân có loại hình thần kinh ổn định và không ổn định tại các thời điểm.....	84
Bảng 3.35.	So sánh hiệu quả điều trị giữa 2 giới tại các thời điểm điều trị	85
Bảng 3.36.	So sánh hiệu quả điều trị các nhóm tuổi tại các thời điểm điều trị .....	85
Bảng 3.37.	Tự đánh giá về thư giãn.....	86
Bảng 3.38.	So sánh mối liên quan giữa chỉ số hiệu quả (CGI_T4) và sự tự đánh giá về thư giãn tại thời điểm cuối cùng của điều trị.....	86

## DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính.....	58
Biểu đồ 3.2. Phân bố chuyên khoa đã khám trước khi vào viện .....	62
Biểu đồ 3.3. Số lần khám chuyên khoa tâm thần của bệnh nhân .....	63
Biểu đồ 3.4. Đặc điểm thời gian từ khi bệnh toàn phát đến khi đến viện khám, điều trị.....	65
Biểu đồ 3.5. Đặc điểm mức độ lo âu theo HAM – A.....	67
Biểu đồ 3.6. Đặc điểm giấc ngủ của bệnh nhân theo giới.....	73
Biểu đồ 3.7. Mối liên quan giữa mức độ lo âu và sang chấn tâm lý .....	75
Biểu đồ 3.8. Mối liên quan giữa mức độ lo âu và nhân cách.....	75

## DANH MỤC HÌNH, SƠ ĐỒ

Sơ đồ 1.1. Cơ sở hình thành triệu chứng rối loạn lo âu lan tỏa.....	14
Sơ đồ 1.2. Tác động của liệu pháp Thư giãn – Luyện tập đến RLLALT.....	41
Sơ đồ 2.1. Quy trình nghiên cứu.....	44

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lo âu lan tỏa (RLLALT) được đặc trưng bởi tình trạng lo âu quá mức không kiểm soát được, lan tỏa nhiều chủ đề, không khu trú bất cứ tình huống đặc biệt nào, thường kéo dài nhiều tháng [1]. Trong Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10, triệu chứng lo âu dễ phát hiện nhưng cũng dễ nhầm lẫn trong thực hành lâm sàng. Biểu hiện lo âu có thể xuất hiện ở người bình thường, trong nhân cách bệnh và có thể xuất hiện trong một số bệnh lý như: rối loạn lo âu lan tỏa, rối loạn hoảng sợ, rối loạn trầm cảm, rối loạn stress sau sang chấn, các rối loạn ám ảnh. Các triệu chứng của RLLALT đa dạng và phong phú bao gồm: các triệu chứng kích thích thần kinh thực vật, các triệu chứng vùng ngực, bụng, các triệu chứng liên quan đến trạng thái tâm thần và một số triệu chứng khác [2]. Sự đa dạng, phong phú của các triệu chứng gây không ít khó khăn trong nhận biết và xác định chẩn đoán. Nhiều khi bệnh nhân đến khám không phải với lý do là triệu chứng lo âu mà vì các triệu chứng khác. Theo Montgomery (2010), bệnh nhân đến khám vì lo âu chỉ khoảng 13,3% [3]. Các bệnh nhân đi khám vì các lý do khác chiếm tỉ lệ cao hơn: 47,8% đến khám vì các triệu chứng cơ thể khác nhau (34,7% với các triệu chứng đau và 32,5% với các rối loạn giấc ngủ) [3],[4]. Do vậy, xác định chính xác đặc điểm lâm sàng RLLALT là cần thiết giúp chẩn đoán đúng và điều trị hiệu quả.

Trong thực hành lâm sàng, điều trị RLLALT có thể sử dụng liệu pháp hóa dược, liệu pháp tâm lý hoặc kết hợp cả hai liệu pháp. Hai liệu pháp đều cho thấy có hiệu quả trong việc làm thuyên giảm các triệu chứng lo âu và các triệu chứng khác của RLLALT. Liệu pháp hóa dược được hướng nhiều đến điều trị giai đoạn cấp tính còn liệu pháp tâm lý hướng nhiều đến điều trị giai đoạn duy trì và chống tái phát bệnh. Theo Baldwin, tỉ lệ tái phát RLLALT sau

khi điều trị bằng liệu pháp tâm lý thấp hơn sau khi điều trị bằng thuốc [5]. Một số nghiên cứu trên thế giới về các phần trong liệu pháp thư giãn - luyện tập như: *luyện thư giãn, luyện thở và luyện tư thế* đã cho thấy hiệu quả trong điều trị các triệu chứng lo âu và các triệu chứng cơ thể.

Ở Việt Nam, tại Viện sức khỏe Tâm thần Quốc gia, bệnh viện Bạch Mai, từ những năm 1970, liệu pháp thư giãn – luyện tập được áp dụng để điều trị cho những bệnh nhân tâm căn và đã cho thấy có những hiệu quả nhất định. Cho đến nay, liệu pháp còn ít được áp dụng trong điều trị RLLALT do chưa có bằng chứng khoa học đánh giá hiệu quả trong thực hành lâm sàng. Với mong muốn làm rõ đặc điểm lâm sàng và xác định hiệu quả của liệu pháp thư giãn trong điều trị RLLALT, chúng tôi thực hiện đề tài: ***“Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn lo âu lan tỏa bằng liệu pháp thư giãn - luyện tập”*** với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu lan tỏa theo ICD – 10.*
2. *Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn lo âu lan tỏa bằng liệu pháp thư giãn - luyện tập.*

## **Chương 1**

### **TỔNG QUAN**

#### **1.1. TỔNG QUAN RỐI LOẠN LO ÂU LAN TỎA**

##### **1.1.1. Khái niệm rối loạn lo âu lan tỏa**

RLLALT được xếp vào nhóm rối loạn lo âu có mã bệnh F41.1 thuộc chương “Các rối loạn bệnh tâm căn có liên quan đến stress và dạng cơ thể” trong Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn Tâm thần và hành vi. Nét chính của RLLALT là lo âu quá mức, không kiểm soát được sự lo lắng, lan tỏa nhiều chủ đề nhỏ nhặt trong cuộc sống hàng ngày, không khur trú vào tình huống cụ thể và kéo dài dai dẳng ít nhất 6 tháng. Kèm theo triệu chứng lo âu là nhiều triệu chứng cơ thể và tâm thần như các triệu chứng tim mạch, thần kinh, tiêu hóa, căng thẳng tâm thần, rối loạn giấc ngủ [2].

##### **1.1.2. Dịch tễ RLLALT**

###### **1.1.2.1. Tỷ lệ mắc RLLALT**

Nghiên cứu dịch tễ về RLLALT cho các tỉ lệ khác nhau khi sử dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau (DSM và ICD).

*Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-III [6]*

Nghiên cứu dịch tễ RLLALT của Blazer tại Mỹ cho tỉ lệ mắc RLLALT trong 1 năm là 3,8%, mắc suốt cuộc đời dao động từ 4,1% đến 6,6% [7], [8],[9].

*Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-III-R [10]*

Nghiên cứu dịch tễ RLLALT của Kessler tại Mỹ cho thấy tỉ lệ mắc RLLALT trong 12 tháng là 3,1% và trong suốt cuộc đời là 5,1% [11].

*Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-IV [12]*

Năm 2000, một nghiên cứu dịch tễ các rối loạn tâm thần ở 6 quốc gia Châu Âu cho thấy tỉ lệ mắc RLLALT trong 12 tháng là 1% và trong suốt cuộc đời là 2,8% [13].

*Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD – 10[14]*

Nghiên cứu dịch tễ RLLALT của Connell tại bắc Ai Len cho tỉ lệ mắc RLLALT trong 1 tháng là 0,2%, trong 1 năm là 0,2% [15].

Như vậy, các nghiên cứu tiến hành ở các vùng địa lý khác nhau, sử dụng bảng phỏng vấn đánh giá, tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau, cho các tỉ lệ RLLALT khác nhau. Nhìn chung, các nghiên cứu cho thấy tỉ lệ mắc RLLALT cao trong cộng đồng.

#### **1.1.2.2. Tuổi mắc RLLALT**

Nghiên cứu dịch tễ RLLALT tại 130 địa điểm ở Đức theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD – 10 cho thấy tỉ lệ mắc RLLALT theo tuổi: 18-24 tuổi (1,0%), 25-34 tuổi (0,7%), 35-44 tuổi (1,5%), 45-54 tuổi (2,0%),  $\geq 55$  tuổi (2,2%) [16].

Nghiên cứu khảo sát sức khỏe Tâm thần ở Úc trên 10641 người với công cụ phỏng vấn CIDI theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD – 10 cho kết quả tỉ lệ mắc RLLALT: 18-24 tuổi (3,0%), 25-34 tuổi (3,9%), 35- 44 tuổi (4,5%), 45-54 tuổi (4,9%), 55-64 tuổi (3,0%),  $\geq 65$  tuổi (1,6%) [17].

#### **1.1.2.3. Bệnh lý đồng mắc của RLLALT**

Trong cuộc điều tra dịch tễ ở Mỹ, phát hiện 66,3% người RLLALT có ít nhất một đồng mắc [18]. Nghiên cứu của Robin M. Carter và cộng sự (2001) cũng cho thấy RLLALT thường đi kèm với các rối loạn khác: nghiện rượu (6,4%), nghiện thuốc lá (14%), nghiện ma túy (1,4%), giai đoạn trầm cảm (59%), trầm cảm tái diễn (36,2%), các rối loạn lo âu khác (55,9%), rối loạn hoảng sợ (21,5%), ám ảnh sợ khoảng trống (11,3%), ám ảnh sợ xã hội (28,9%), ám ảnh sợ đặc hiệu (29,3%) [16].

### **1.1.3. Bệnh nguyên, bệnh sinh RLLALT**

#### **1.1.3.1. Bệnh nguyên RLLALT**

Các yếu tố quan trọng là nguyên nhân gây ra các bệnh lý tâm căn nói chung và RLLALT nói riêng bao gồm *sang chấn tâm lý, nhân cách (khả năng chống đỡ của nhân cách), môi trường và cơ thể* [19].

\* *Yếu tố sang chấn tâm lý*

Sang chấn tâm lý được hiểu là những sự kiện, hoàn cảnh hoặc những yếu tố kích thích tác động vào tâm thần gây ra những cảm xúc mạnh, phần lớn là tiêu cực như căng thẳng, lo lắng, buồn chán. Sang chấn tâm lý có thể là *nguyên nhân trực tiếp* hoặc là *nhân tố thúc đẩy* gây ra RLLALT. Nghiên cứu của Blazer và cộng sự nhận thấy sự xuất hiện của một hoặc nhiều sự kiện, tình huống bất lợi làm tăng nguy cơ xuất hiện RLLALT [20]. Theo Brantley, nguyên nhân khởi phát và duy trì tình trạng mạn tính RLLALT là do sự gia tăng các yếu tố gây căng thẳng trong cuộc sống như các vấn đề gia đình, nhà ở, tài chính, công việc, học tập, bệnh tật và sức khỏe [21].

\* *Yếu tố nhân cách*

Sang chấn tâm lý có gây ra RLLALT hay không, phụ thuộc chủ yếu vào nhân cách. Nhân cách bao gồm nhiều thành phần khác nhau (xu hướng, khí chất, tính cách, năng lực) trong đó thành phần khí chất có ý nghĩa đặc biệt trong việc hình thành RLLALT. Khí chất là loại hình hoạt động thần kinh tương đối bền vững của cá nhân [19]. Theo Eysenck có hai yếu tố chính trong cấu trúc nhân cách là loại hình thần kinh ổn định (neuroticism) – không ổn định và tính cách hướng ngoại – hướng nội [22]. Một số tác giả cho biết RLLALT thường xuất hiện ở những người có loại hình thần kinh không ổn định [23], [24]. Trong các rối loạn lo âu, đặc biệt RLLALT, *nhân cách* đóng vai trò quan trọng hơn *sang chấn tâm lý*. Loại hình thần kinh không ổn định hay loại hình thần kinh yếu, dễ tổn thương được coi là thành tố tiên quyết trong sức chịu đựng đối với những tác động của các sự kiện, tình huống gây sang chấn tâm lý.

Khả năng phản ứng chống đỡ với sang chấn tâm lý của nhân cách liên quan mật thiết đến sự nhận thức đối với sang chấn tâm lý. Nếu nhận thức

tình huống không nguy hiểm và có thể chống đỡ được thì sẽ có một phản ứng thích hợp, bình thường. Nhưng nếu nhận thức tình huống là nguy hiểm và mình không thể chống đỡ được, thì sẽ xuất hiện một phản ứng bệnh lý. RLLALT có liên quan đến sự bất thường trong nhận thức của bệnh nhân về các mối nguy hiểm và giảm khả năng kiểm soát các tình huống. Vỏ não trước trán đảm nhiệm chức năng liên quan đến nhận thức, chú ý, hoạt động và cảm xúc. Theo Siddiqui, vỏ não trước trán đóng một vai trò quan trọng trong việc nhận thông tin, mã hóa thông tin, lập kế hoạch, ra quyết định và dự đoán kết quả [25]. Vùng bụng vỏ não trước trán (ventromedial prefrontal cortex) có chức năng phân tích, phán đoán về các mối nguy hiểm, ức chế phản ứng cảm xúc và tự kiểm soát. Giảm hoạt động vùng bụng vỏ não trước trán dẫn đến khó khăn trong việc phân biệt giữa thông tin nguy hiểm và an toàn [26]. Nhiều báo cáo từ nghiên cứu chụp cộng hưởng từ chức năng (fMRI) cho biết có hiện tượng giảm tín hiệu vùng bụng vỏ não trước trán ở những bệnh nhân RLLALT [27],[28],[29],[30]. Nghiên cứu của Palm và cộng sự trên 15 bệnh nhân nữ được chẩn đoán RLLALT phát hiện có sự suy giảm tín hiệu BOLD tại vùng bụng vỏ não trước trán [27]. Nghiên cứu của Jiok Cha (2014) cũng phát hiện có hiện tượng giảm tín hiệu BOLD trên 32 bệnh nhân được chẩn đoán RLLALT [30]. Theo Duval 2015, sự suy giảm tín hiệu vùng vỏ não trước trán trước những “sợ hãi bình thường” dẫn tới thiếu hụt khả năng ức chế của vỏ não trước trán với các vùng não cảm xúc. Bệnh nhân ít có khả năng phán đoán giữa thông tin về mối nguy hiểm và sự an toàn [29]. Tức là, giảm khả năng nhận thức đối với các “kích thích an toàn” từ các tình huống, vấn đề bình thường trong cuộc sống hàng ngày [29],[30], [31]. Sự suy giảm khả năng kiểm soát của vỏ não trước trán có thể là nguyên nhân xuất hiện và duy trì RLLALT [29],[32].



*\* Yếu tố môi trường*

Yếu tố môi trường cũng góp phần quan trọng trong nguyên nhân khởi phát và duy trì RLLALT. Các nhân cách hoạt động trong môi trường tác động qua lại cảm ứng lẫn nhau rất mật thiết. Trong cùng một môi trường, khi cảm ứng những nét tiêu cực, có thể gây ra một trạng thái bệnh lý tập thể. Nhưng khi cảm ứng những nét tích cực thì mỗi nhân cách trong tập thể lại được tăng thêm sức mạnh chống lại sang chấn tâm lý [19]. Theo một số nghiên cứu, nguy cơ mắc RLLALT tăng cao ở những môi trường gia đình mà cha mẹ, họ hàng có các vấn đề lo lắng, các bệnh lý như RLLALT, trầm cảm hoặc môi trường bố mẹ sử dụng rượu và lạm dụng chất gây nghiện, bất hòa, ly hôn, không chăm sóc con, trẻ bị ngược đãi, bị bạo hành, gia đình mất bố, mẹ mất sớm [33], [34].

*\* Yếu tố cơ thể*

Cơ thể khỏe mạnh là một nhân tố tốt cho nhân cách chống đỡ với sang chấn tâm lý. Trong những điều kiện cơ thể suy yếu do chấn thương, nhiễm khuẩn, nhiễm độc, thiếu dinh dưỡng lâu ngày, làm việc quá sức, thiếu ngủ, bệnh cơ thể nặng, có thai, sinh đẻ, nghiện rượu thì một sang chấn tâm lý nhẹ cũng có thể là nguyên nhân gây ra RLLALT [19].

Ngoài ra, nhiều bằng chứng cho thấy RLLALT có yếu tố di truyền. Nghiên cứu phả hệ trên từng cá nhân trong gia đình và trên các cặp sinh đôi cho tỉ lệ di truyền RLLALT lần lượt là 19,5 và 30% [35]. Nghiên cứu của Amin và cộng sự trên 2657 người ở Tây Nam Hà Lan phát hiện vị trí các gen quy định tính thần kinh không ổn định nằm trên các nhiễm sắc thể 19q13, 21q22 và 22q11 [36]. Một nghiên cứu phân tích gộp từ tám nghiên cứu phát hiện vị trí các gen quy định loại hình thần kinh không ổn định nằm trên các nhiễm sắc thể số 9, 11, 12 và 14 [37]. Bên cạnh đó, nghiên cứu di truyền đa nhân tố đã làm sáng tỏ

trương đối đầy đủ về các khía cạnh của di truyền trong RLLALT. Di truyền đa nhân tố được biết đến là sự tương tác giữa gen với gen và giữa gen với môi trường để tạo ra tính trạng của cá thể hay những triệu chứng của bệnh. Một gen di truyền không thể gây ra bệnh nhưng nhiều gen cùng tác động một hướng và chịu sự tác động của môi trường có thể gây ra bệnh. Dựa trên nghiên cứu liên kết toàn bộ gen (GWAS), Gottschalk đã tìm ra được các gen của RLLALT nhạy cảm với những trải nghiệm thời thơ ấu, các sự kiện tiêu cực trong cuộc sống hoặc những sự kiện gây căng thẳng bao gồm: *5-HTT*, *NPSRI*, *COMT*, *MAOA*, *CRHRI*, *RGS2*. Đồng thời, tìm ra được các gen nhạy cảm với hệ thống Serotonergic và Catecholaminergic bao gồm *5-HTT*, *5-HTTIA*, *MAOA* [38]. Một nghiên cứu khác, kết hợp 3 nhóm liên kết gen (GWAS) trên tổng số 106716 mẫu đã phát hiện loại hình thần kinh không ổn định nằm ở 9 vùng gen với đa hình thái đảo ngược của alen C trên NST số 8 đại diện cho một vùng gen chứa ít nhất 36 gen đã được biết đến, trong đó vị trí rs12682352 là dấu hiệu mạnh nhất [38],[39]. Với những kết quả như vậy, có thể thấy yếu tố di truyền mang tính chất cá thể.

### ***1.1.3.2. Bệnh sinh RLLALT***

Nhiều quan điểm cho rằng cơ chế phát sinh các triệu chứng của RLLALT là do sự rối loạn các chất dẫn truyền thần kinh, các hormon thần kinh steroid [40].

#### ***\* Rối loạn Gamma - Aminobutyric Acid (GABA)***

Gamma - Aminobutyric Acid (GABA) là một amino acid, tác dụng chủ yếu ức chế hệ thần kinh trung ương thông qua các thụ thể GABAergic [41]. Khi GABA gắn vào thụ thể GABA<sub>A</sub> làm ion Clo đi vào trong tế bào làm bên trong tế bào âm hơn dẫn đến ức chế các xung thần kinh. Martin cho biết, triệu chứng lo âu xuất hiện trên bệnh nhân RLLALT là do nồng độ GABA giảm.

Nghiên cứu chụp cộng hưởng từ chức năng (fMRI) cho thấy nồng độ GABA giảm do tăng hoạt động hạch hạnh nhân (amygdala) [41],[42],[43]. Bên cạnh đó, GABA có thể gây ra các triệu chứng của RLLALT do có khả năng kiểm soát nồng độ các chất dẫn truyền thần kinh và kiểm soát hoạt động của các tuyến nội tiết [40],[44],[45].

Nồng độ GABA chịu sự điều tiết bởi hạch hạnh nhân (amygdala). Barbalho và cộng sự (2009) cho biết làm giảm hoạt động của hạch hạnh nhân có thể tăng nồng độ GABA và dẫn tới giảm triệu chứng lo âu [46].

*\* Rối loạn Norepinephrine (NE)*

Norepinephrine (NE) còn được gọi là noradrenaline (NA) là một chất dẫn truyền thần kinh được sản xuất chủ yếu ở nhân lục, nằm ở thân não (Locus Coeruleus) và hệ thống thần kinh tự trị. Norepinephrine tác dụng bằng cách ức chế hoặc kích hoạt thụ thể nằm trên bề mặt tế bào. Nồng độ norepinephrine tăng cao trong não hoặc ở thần kinh tự trị là nguyên nhân gây ra các triệu chứng RLLALT [47],[48]. Trên lâm sàng, sự đa dạng các triệu chứng phụ thuộc vào nồng độ và vị trí tác động của norepinephrine. Khi norepinephrine tăng cao ở vỏ não trán trước, vùng dưới đồi, hạch hạnh nhân có thể xuất hiện một số triệu chứng như: căng thẳng tâm thần, cáu bẳn khó chịu, tăng nhạy cảm, giảm chú ý, giảm sự linh hoạt trong nhận thức và mất ngủ. Nồng độ norepinephrine tăng cao tại hệ thần kinh tự trị có thể làm xuất hiện một số triệu chứng như: tăng nhịp tim, tăng huyết áp, thờ gáp, các triệu chứng tiêu hóa, các rối loạn nội tiết [49],[50],[51]. Bên cạnh đó, norepinephrine có thể là nguyên nhân gây ra các triệu chứng của RLLALT do gián tiếp tăng cường hoạt động của thụ thể glutamatergic [52],[53] hoặc ức chế thụ thể GABA<sub>A</sub> [54],[55],[56].

Theo một số nghiên cứu, việc sản xuất norepinephrine ở nhân lục chịu sự kiểm soát của vỏ não trước trán, hệ limbic, dưới đồi, hạch hạnh nhân và

hồi hải mã. Việc sản xuất norepinephrine ở thần kinh giao cảm chịu sự kiểm soát của vùng dưới đồi [47],[48].

Theo Reeves, khu vực dưới đồi tăng hoạt động dẫn đến tăng hoạt động thần kinh giao cảm và ngược lại [57]. Chức năng của thần kinh giao cảm bao gồm: tăng nhịp tim, tăng huyết áp, tăng tần số thở, tăng nhu động ruột, tăng căng thẳng và một số chức năng khác. Chất dẫn truyền trung gian của thần kinh giao cảm là Catecholamin (Noradrenalin) và của hệ thần kinh phó giao cảm là Acetylcholin. Chức năng của thần kinh phó giao cảm ngược lại với chức năng của thần kinh giao cảm. Trong điều kiện bình thường, hoạt động của 2 hệ thần kinh này luôn ở trạng thái cân bằng [58]. Một số tác giả cho biết, bệnh nhân RLLALT có sự tăng hoạt động quá mức của thần kinh giao cảm dẫn đến sự mất cân bằng của hệ thần kinh tự trị. Lo âu kéo dài làm rối loạn chức năng của hệ thần kinh tự trị do đó làm tăng giải phóng Catecholamin và làm xuất hiện nhiều triệu chứng cơ thể của RLLALT [57],[59].

*\* Rối loạn Serotonin*

Serotonin hay 5-hydroxytryptamine (5-HT) là một chất dẫn truyền thần kinh, được tổng hợp từ nhân Raphe, được giải phóng vào thân não, vùng dưới đồi, tủy xương và các vùng khác trong cơ thể [60]. Hoạt động của Serotonin trong não khá phức tạp, một số chức năng đã được biết đến như là: điều hòa nhịp sinh học, điều hoà nhiệt, cân bằng cảm xúc, nhận thức và nhận cảm đau [61]. Một số nghiên cứu phát hiện giảm nồng độ 5-HT làm xuất hiện các triệu chứng lo âu và các triệu chứng khác của RLLALT [60],[61],[62]. Nghiên cứu chụp cắt lớp vi tính photon đơn của Maron trên bệnh nhân RLLALT đã cho thấy mật độ serotonin ở não giữa càng giảm thì mức độ lo âu càng tăng ( $r = -0,79$ ,  $p = 0,035$ ) [62]. Theo Graeff, giảm nồng độ serotonin ở vùng limbic làm tăng hoạt động hạch hạnh nhân và vùng dưới đồi dẫn đến xuất hiện triệu

chúng lo âu [63]. Theo Carlson, nồng độ serotonin giảm dẫn đến rối loạn chức năng vùng bụng vỏ não trước trán [64]. Nghiên cứu sinh học phân tử bằng kỹ thuật PCR của Rancillac (2016) phát hiện giảm 5-HT sẽ giảm kích thích các tế bào thần kinh gây ngủ ở khu vực vùng dưới đồi do đó làm xuất hiện triệu chứng mất ngủ [61].

Nghiên cứu của Takahashi 2015 phát hiện, nồng độ Glutamat tăng cao làm tăng tổng hợp serotonin [65]. Một số nghiên cứu khác cho biết, sự tổng hợp Serotonin ở nhân Raphe không những chịu sự kiểm soát của Glutamat mà còn chịu sự kiểm soát của vỏ não trước trán, hồi hải mã, hạch hạnh nhân và vùng dưới đồi [63],[65].

*\* Rối loạn các peptide thần kinh*

Các peptide thần kinh là các phân tử protein được sản xuất ở não và các vùng khác nhau trong cơ thể [66]. Neuropeptides có thể gây ra triệu chứng lo âu và các triệu chứng của RLLALT thông qua GABA hoặc glutamate [67]. Một số neuropeptides được cho là gây ra các triệu chứng lo âu đã được xác định bao gồm: Cholecystokinin (CCK) và Neuropeptide Y [40],[67]. Nồng độ CCK tăng cao trong máu làm xuất hiện triệu chứng lo âu [40]. Nồng độ Neuropeptide Y trong máu giảm có khả năng gây xuất hiện triệu chứng lo âu [68]. Theo Bowers, kích hoạt vùng dưới đồi, hạch hạnh nhân làm tăng khả năng sản xuất CCK và giảm sản xuất NPY [66]

Nhiều tác giả cho biết, vùng dưới đồi, hạch hạnh nhân có vai trò trong việc kiểm soát nồng độ neuropeptide trong máu [40],[68],[69].

*\* Rối loạn neurosteroid*

Neurosteroid là steroid nội sinh được tạo ra từ cholesterol trong não và hệ thống thần kinh. Neurosteroid có thể trực tiếp hoặc gián tiếp tác động vào GABA<sub>A</sub> gây ra các triệu chứng của RLLALT [70],[71]. Khi nồng độ neurosteroid giảm dẫn đến giảm hoạt động của GABA<sub>A</sub> làm xuất hiện triệu

chúng lo âu [70]. Nghiên cứu của Reddy phát hiện nồng độ neurosteroid giảm là do hạch hạnh nhân (amygdala) tăng hoạt động quá mức [72]. Ngoài ra, neurosteroid còn có thể điều chỉnh hoạt động của các thụ thể khác như glutamat, acetylcholine nicotinic, các thụ thể glycine, thụ thể sigma (thụ thể của các opiat). Do đó, neurosteroid có thể làm xuất hiện một số triệu chứng như rối loạn giấc ngủ và các triệu chứng khác của RLLALT [73],[74],[45].

Hồi hải mã (hippocampus) được biết đến có vai trò kiểm soát sự tổng hợp neurosteroid [70],[75]. Nghiên cứu khác của Valdez cho thấy, hồi hải mã (hippocampus) tăng hoạt động có thể làm tăng tổng hợp ra neurosteroid [75].

Tóm lại, rối loạn hệ GABA đóng vai trò chủ yếu trong bệnh sinh của RLLALT. Rối loạn các chất dẫn truyền thần kinh khác có thể trực tiếp hoặc thông qua tác động vào hệ GABA để gây ra các triệu chứng.

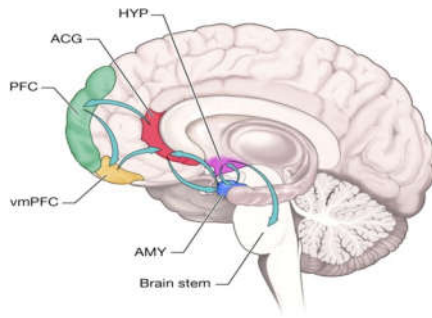
#### ***1.1.4.3. Cơ sở hình thành triệu chứng RLLALT***

Trong đường xử lý thông tin chậm, vỏ não cảm giác nhận tín hiệu từ 5 giác quan và gửi tín hiệu đến vùng đồi thị. Vùng đồi thị nhận tín hiệu cảm giác từ vỏ não cảm giác và gửi tín hiệu đến hạch hạnh nhân (amygdala). Hạch hạnh nhân gửi tín hiệu đến vỏ não hồi đai (anterior cingulate cortex) [43]. Vỏ não hồi đai gửi tín hiệu đến vỏ não trước trán. Vỏ não trước trán nhận tín hiệu và gửi sang vùng bụng vỏ não trước trán phân tích, xử lý tín hiệu sau đó gửi ngược lại vỏ não hồi đai. Vỏ não hồi đai nhận tín hiệu đã được xử lý và gửi tín hiệu đến hạch hạnh nhân. Vỏ não hồi đai, hạch hạnh nhân gửi tín hiệu sang vùng dưới đồi. Vùng dưới đồi và một số vùng khác tạo ra phản ứng cảm xúc và phản ứng của cơ thể để bảo vệ [29],[43].

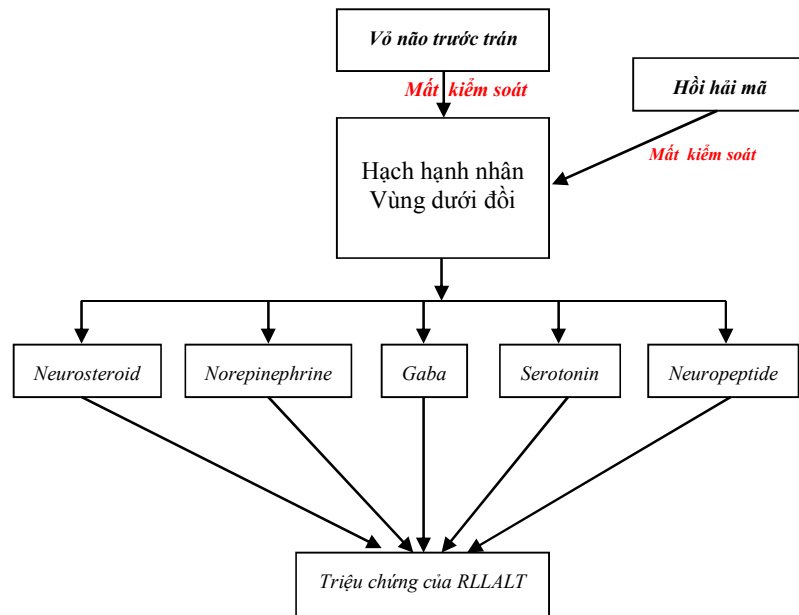
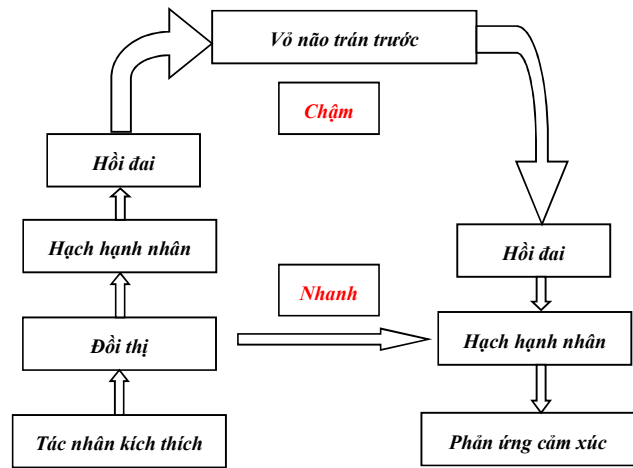
Trong đường xử lý thông tin nhanh, tín hiệu từ đồi thị gửi đến và được xử lý tại vỏ não hồi đai, hạch hạnh nhân sau đó thông tin được gửi đến vùng dưới đồi và các vùng khác của não. Vỏ não hồi đai, hạch hạnh nhân, vùng dưới đồi cùng một số vùng khác tạo ra phản ứng cảm xúc và phản ứng của cơ

thể. Vỏ não hồi đai được xem như trung tâm của để xử lý các kích thích từ trên xuống hoặc từ dưới lên [26]. Dựa trên giải phẫu chức năng, vỏ não hồi đai được chia làm 2 phần: phần lưng (dorsal anterior cingulate cortex) là phần liên quan đến nhận thức và phần bụng (rosal anterior cingulate cortex là phần liên quan đến cảm xúc [25]. Vỏ não hồi đai có các kết nối với hạch hạnh nhân, vùng dưới đồi, hồi hải mã và thùy đảo. Hạch hạnh nhân là một thành phần của limbic, có nhiều chức năng trong đó chính là tạo ra lo âu. Hạch hạnh nhân có các kết nối với các vùng dưới đồi, hồi hải mã, vỏ não hồi đai và một số vùng não khác [43]. Thùy đảo (insula) có liên quan đến sự cảnh giác, lo âu trước các mối đe dọa không chắc chắn [76].

RLLALT được hình thành do sự suy giảm chức năng của vỏ não trước trán dẫn đến sự mất kiểm soát của vỏ não trước trán với vỏ não hồi đai và hạch hạnh nhân. Sự mất khả năng kiểm soát dẫn đến mất khả năng phán đoán giữa thông tin về mối nguy hiểm và sự an toàn [32]. Do đó, vỏ não hồi đai và hạch hạnh nhân tăng phản ứng trước những “sợ hãi bình thường” [30]. Việc tăng phản ứng kéo theo tăng hoạt động vùng dưới đồi, thùy đảo (insula) và một số vùng khác [77],[78]. Tại não, tăng hoạt động của hạch hạnh nhân, hồi hải mã, vùng dưới đồi dẫn đến rối loạn các chất dẫn truyền thần kinh trong não và cơ thể [78],[79]. Tăng hoạt động của thùy đảo làm tăng cảnh giác, tăng lo âu trước các “kích thích bình thường” [76]. Tăng hoạt động vùng dưới đồi dẫn đến tăng hoạt động hệ thống thần kinh giao cảm, có liên quan đến việc giải phóng các chất dẫn truyền thần kinh: epinephrine và norepinephrine [78].



PFC: vỏ não trước trán  
 vmPFC: bụng vỏ não trước trán  
 ACG: Vỏ não hồi đai  
 HYP: vùng dưới đồi  
 AMY: hạch hạnh nhân  
 Brain stem: thân não



**Sơ đồ 1.1. Cơ sở hình thành triệu chứng rối loạn lo âu lan tỏa**

Trong RLLALT có thể rối loạn 1 chất dẫn truyền hoặc đồng thời nhiều chất dẫn truyền. Do các rối loạn không tuân theo quy luật làm cho bệnh cảnh lâm sàng RLLALT rất đa dạng và phong phú gây khó khăn trong việc phát hiện và đánh giá triệu chứng trong thực hành lâm sàng. Xác định rõ đặc điểm lâm sàng các triệu chứng của RLLALT là vấn đề cần thiết giúp chẩn đoán đúng và điều trị hiệu quả.



#### **1.1.4. Tiên triển và tiên lượng**

Nếu không được điều trị, RLLALT là rối loạn có xu hướng tiên triển mãn tính. Nếu được điều trị, RLLALT có thể hồi phục và cũng có thể tái phát. Nghiên cứu tiên cứu của Bruce trên 179 bệnh nhân RLLALT cho thấy khoảng 60% bệnh nhân hồi phục trong 12 năm và một nửa số bệnh nhân đã hồi phục đã bị tái phát trong giai đoạn 12 năm [80]. Bên cạnh đó, theo Revicki, RLLALT làm giảm năng suất lao động và suy giảm chất lượng cuộc sống [81].

### **1.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RLLALT**

#### **1.2.1. Chẩn đoán RLLALT**

##### ***1.1.1.1. Lịch sử chẩn đoán RLLALT***

Vào thế kỉ thứ 5, “Lo âu lan tỏa” lần đầu tiên được bác sĩ Caelius Aurelianus nhắc đến sau khi phát hiện một số bệnh nhân “lo sợ” tất cả mọi thứ. Lúc đó Aurelianus đặt tên chứng bệnh này với các thuật ngữ như: “panophobia”, theo từ Latin là pantōphōbōs (sợ hãi tất cả), có nghĩa là “lo lắng về mọi thứ” [82].

Trải qua nhiều thời gian nghiên cứu, chứng bệnh này được đưa vào chương “rối loạn tâm lý thần kinh” (psychoneurotic disorders) trong DSM I với chứng bệnh “phản ứng lo âu” (anxiety reaction). DSM II đã đổi tên trong phân loại chẩn đoán là “tâm căn lo âu” (anxiety neurosis) vì cho rằng lo âu có nguyên nhân chính là sang chấn tâm lý (neurosis). Trong DSM II “tâm căn lo âu” đặc trưng bởi lo âu quá mức kéo dài đến hoảng sợ và thường liên quan đến các triệu chứng cơ thể. Năm 1980, DSM III chính thức tách biệt lo âu và hoảng sợ với các mã chẩn đoán là RLLALT và rối loạn hoảng sợ [82]. Từ đó cho đến DSM V, mã chẩn đoán RLLALT không thay đổi, chỉ tăng thêm các tiêu chí trong chẩn đoán để phân biệt với các mã bệnh khác. Ví dụ, tiêu chí trong DSM III yêu cầu thời gian 1 tháng nhưng sang DSM III – R tăng tiêu chí lên 6 tháng [82]. Đồng thời, rối loạn lo âu cũng phân tách ra nhiều mã chẩn đoán khác để phân biệt giữa các loại lo âu. Trong ICD 10, mã bệnh

RLLALT nằm trong mục F41.1. Mặc dù, DSM hay ICD có sự phân tách ra nhiều mã bệnh có liên quan đến triệu chứng lo âu nhưng lịch sử hình thành cho thấy các rối loạn đều có nguồn gốc chung là lo âu.

### ***1.1.1.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán RLLALT***

Về cơ bản ICD 10 và DSM-IV đồng nhất với nhau, nhiều nước trên thế giới đều sử dụng ICD 10 phục vụ cho chẩn đoán và nghiên cứu. Nghiên cứu của Mayer và cộng sự cho biết mặc dù chẩn đoán RLLALT với tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD - 10 tuy còn có nhiều hạn chế, nhưng theo DSM – IV còn nhiều hạn chế hơn [83]. Do đó, trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng ICD – 10 làm tiêu chuẩn chẩn đoán.

#### *Tiêu chuẩn chẩn đoán RLLALT theo ICD 10 dành cho nghiên cứu [84]*

A. Phải có một khoảng thời gian ít nhất 6 tháng với sự căng thẳng nổi bật, lo lắng và cảm giác lo sợ về các sự kiện, các rắc rối hàng ngày.

B. Ít nhất 4 trong số các triệu chứng được liệt kê dưới đây phải có mặt, ít nhất 1 trong số 4 triệu chứng đó phải nằm trong mục từ (1) đến (4):

#### *Các triệu chứng kích thích thần kinh thực vật.*

1. Hồi hộp, tim đập mạnh, hoặc nhịp tim nhanh.
2. Vã mồ hôi.
3. Run.
4. Khô miệng (không do thuốc hoặc mất nước).

#### *Các triệu chứng liên quan đến vùng ngực và bụng:*

5. Khó thở.
6. Cảm giác nghẹn.
7. Đau hoặc khó chịu ở ngực.
8. Buồn nôn hoặc khó chịu ở bụng (ví dụ: sôi bụng)

#### *Các triệu chứng liên quan đến trạng thái tâm thần:*

9. Chóng mặt, không vững, ngất xỉu hoặc choáng váng.

10. Cảm giác mọi đồ vật không thật (tri giác sai thực tại) hoặc bản thân ở rất xa hoặc "không thực sự ở đây" (giải thể nhân cách)

11. Sợ mất kiểm chế, "hoá điên" hoặc ngất xỉu.

12. Sợ bị chết

*Các triệu chứng toàn thân:*

13. Có các cơn nóng bừng hoặc ớn lạnh

14. Cảm giác tê cóng hoặc kim châm

*Các triệu chứng căng thẳng:*

15. Căng cơ hoặc đau đớn

16. Bồn chồn hoặc không thể thư giãn

17. Có cảm giác tù túng, đang bên bờ vực, hoặc căng thẳng tâm thần

18. Có cảm giác có khối trong họng, hoặc khó nuốt

*Các triệu chứng không đặc hiệu khác:*

19. Đáp ứng quá mức với một sự ngạc nhiên nhỏ hoặc bị giật mình

20. Khó tập trung hoặc đầu óc "trở nên trống rỗng" vì lo lắng hoặc lo âu

21. Cấu kính dai dẳng

22. Khó ngủ vì lo lắng

C. Rối loạn này không đáp ứng tiêu chuẩn của rối loạn hoảng sợ (F41.0) của rối loạn lo âu ám ảnh sợ (F40.-), rối loạn ám ảnh nghi thức (F42.-) hoặc rối loạn nghi bệnh (F45.2).

D. Những chẩn đoán loại trừ hay gặp nhất: rối loạn lo âu này không phải do một rối loạn cơ thể như cường giáp, không phải do một rối loạn tâm thần thực tổn (F00 - F09) hoặc rối loạn có liên quan đến chất tác động tâm thần (F10 - F19) như là sự sử dụng quá mức các chất giống amphetamin hoặc hội chứng cai benzodiazepine.

## **1.2.2. Đặc điểm lâm sàng triệu chứng lo âu trong RLLALT**

### **1.2.2.1. Đặc điểm mức độ và khả năng kiểm soát lo lắng**

*Lo lắng quá mức.* Lo âu biểu hiện bằng tình trạng tăng lo lắng hơn mức bình thường xuất hiện lặp đi, lặp lại những suy nghĩ, phán đoán, suy luận không có căn cứ, không rõ ràng, không chắc chắn về kết quả hơn mức bình thường. Người bệnh thường xuyên đặt ra các câu hỏi và không chắc chắn câu trả lời. Mức độ lo lắng có thể được gia tăng khi có sự khuếch đại sự liên tưởng, suy luận khi có căng thẳng. Nghiên cứu Hirsch và cộng sự khi đo lường mức độ lo lắng bằng bộ câu hỏi đánh giá lo lắng (PSWQ) đã cho thấy điểm số trung bình ở bệnh nhân RLLALT cao hơn rõ rệt so với điểm số trung bình ở người bình thường và lo lắng ở bệnh nhân rối loạn hoảng sợ [85]. Một nghiên cứu khác của Chelminski sử dụng bộ câu hỏi đánh giá lo lắng (PSWQ) và cũng cho kết quả điểm số trung bình của lo lắng trong RLLALT là 67.7 cao hơn điểm số trung bình lo lắng trong các nhóm rối loạn ám ảnh sợ xã hội, rối loạn stress sau sang chấn, rối loạn ám ảnh nghi thức chỉ khoảng 54,8 – 57,1 [86].

*Khó kiểm soát lo lắng.* Với những người bình thường, khi lo lắng tăng lên thì luôn nhận thức được đang lo lắng quá mức và có thể giảm hoặc dừng sự lo lắng. Với bệnh nhân RLLALT, một số không nhận thức được đang lo lắng quá mức, luôn tin rằng kết quả sẽ xảy ra đúng với suy đoán, do đó lo lắng tự diễn ra, nhân lên trong suy nghĩ. Một số khác nhận thức được đang lo lắng quá mức, không chắc chắn về kết quả suy đoán nhưng không kiểm soát lo lắng và cũng để lo lắng tự diễn ra.

*Khó kiểm soát chú ý.* Bệnh nhân RLLALT khó tập trung chú ý vào vấn đề khác ngoài vấn đề lo lắng. Trong trường hợp RLLALT mức độ nặng, việc chú ý vào vấn đề khác là khó khăn và gần như không thể. Sự chú ý của bệnh nhân thường cố định vào dòng suy nghĩ lo lắng. Mức độ lo lắng càng cao thì bệnh nhân càng chú ý vào vấn đề lo lắng. Hirsch và cộng sự cho biết bệnh nhân

RLLALT không thể tập trung chú ý vào vấn đề khác ngoài vấn đề đang lo lắng [85]. Nghiên cứu của Armstrong khi đo lường *mức độ tập trung, chú ý* bằng thang đánh giá mức độ kiểm soát chú ý (ACS) cho thấy điểm số trung bình chú ý của bệnh nhân RLLALT thấp hơn nhiều so với người bình thường [87]. Bên cạnh đó, bệnh nhân RLLALT khó hoặc không thay đổi được chú ý, khó kiểm soát chú ý, không thể chuyển hướng được lo lắng sang vấn đề khác. Với những bệnh nhân RLLALT mức độ nhẹ và vừa, có thể chuyển chủ đề lo lắng sang chủ đề khác được nhưng khó khăn hơn trước. Hirsch cho biết bệnh nhân RLLALT khó chuyển được chủ đề, ít có khả năng kiểm soát chú ý hơn những người bình thường [85]. Nghiên cứu của Armstrong và cộng sự khi đo lường *mức độ thay đổi chú ý* bằng thang đánh giá mức độ kiểm soát trung chú ý (ACS) đã cho thấy điểm số trung bình của thay đổi chú ý ở bệnh nhân RLLALT thấp hơn nhiều so với người bình thường [87].

#### ***1.2.2.2. Đặc điểm về nội dung của triệu chứng lo âu trong RLLALT***

Nội dung của triệu chứng lo âu ở bệnh nhân RLLALT có xu hướng lan rộng, ít khur trú vào một vấn đề cụ thể. Vấn đề lo âu thường là những vấn đề nhỏ, lặt vặt, các sự kiện trong cuộc sống hằng ngày. Dugas cho biết nội dung lo âu về gia đình hoặc các mối quan hệ trong gia đình chiếm tỉ lệ đến 70% [88]. Một số nghiên cứu khác cho kết quả nội dung lo âu bao gồm các vấn đề về sức khỏe, bệnh tật (30,6%), công việc (30,4%), trường học (36,6%), kinh tế (10,8%) và các mối quan hệ xã hội (25,2% - 31,3%) [89], [90], [91]. Điểm đặc biệt là bệnh nhân RLLALT thường lo lắng về các vấn đề sẽ xảy ra trong tương lai hơn là xảy ra ngay lập tức [88].

#### ***1.2.2.3. Đặc điểm về thời gian và tính chất xuất hiện của triệu chứng lo âu trong RLLALT***

Lo âu trong RLLALT xuất hiện với tính chất từ từ, dao động ít nhất 1 lần trong ngày, mỗi lần xuất hiện kéo dài từ vài phút đến 1 giờ, xuất hiện bất

kỳ trong ngày, thường xuất hiện nặng nhất vào buổi sáng và buổi tối, xuất hiện hầu hết các ngày trong tuần và kéo dài ít nhất trong 6 tháng. Trong những trường hợp nặng, lo âu xuất hiện liên tục và kéo dài trong cả ngày. Khi các vấn đề gây lo lắng không còn thì lo âu vẫn không hết [14],[91]. Tính chất xuất hiện và thời gian kéo dài của triệu chứng lo âu trong RLLALT là một trong những đặc điểm cơ bản để phân biệt RLLALT với *rối loạn hoảng sợ*, *rối loạn stress sau sang chấn*, *rối loạn ám ảnh nghi thức*, *rối loạn ám ảnh sợ xã hội* và *các rối loạn lo âu khác*.

*Lo âu trong rối loạn hoảng sợ* có sự khác biệt rõ nét về thời gian và tính chất xuất hiện. Triệu chứng lo âu trong rối loạn hoảng sợ xuất hiện với tính chất cơn, kéo dài khoảng từ vài phút đến 1 giờ. Giữa các cơn, triệu chứng lo âu có thể dao động hoặc liên tục, xuất hiện vài ngày trong tuần và kéo dài trong khoảng thời gian 1 tháng [92].

*Lo âu trong rối loạn stress sau sang chấn* thường xuất hiện ở người trải qua stress mạnh, với tính chất cơn khi có các yếu tố khơi gợi sang chấn kèm tê cóng cảm xúc, thời gian kéo dài bất kỳ, có thể xuất hiện vài ngày trong tuần, kéo dài trên 1 tháng hoặc hơn [92].

*Lo âu trong ám ảnh sợ xã hội* xuất hiện với tính chất dao động, có thể liên tục, mỗi lần xuất hiện kéo dài từ vài phút đến 1 giờ, xuất hiện vài ngày hoặc liên tục các ngày trong tuần và kéo dài trong thời gian 6 tháng hoặc hơn [92]. Có thể thấy đặc điểm về thời gian và tính chất xuất hiện của 2 rối loạn phần lớn là giống nhau. Sự khác nhau cốt lõi là rối loạn ám ảnh sợ xã hội có thể xuất hiện từng cơn liên quan đến tình huống. Bệnh nhân biết nỗi lo là vô lý nhưng không gạt bỏ được.

*Lo âu trong rối loạn ám ảnh nghi thức* xuất hiện với tính chất cơn, mỗi cơn kéo dài hơn 1 giờ mỗi ngày, xuất hiện đa số các ngày trong tuần và kéo dài ít nhất 2 tuần [14],[92]. Lo âu được giải tỏa bằng các nghi thức đặc trưng cho mỗi bệnh nhân, mỗi tình huống.

### **1.2.3. Đặc điểm lâm sàng triệu chứng khác của RLLALT**

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán, ít nhất 4 trong số các triệu chứng trong số 22 triệu chứng phải có mặt và ít nhất 1 trong số 4 triệu chứng đó phải nằm trong nhóm *các triệu chứng kích thích thần kinh thực vật*. 22 triệu chứng có thể được chia làm 2 nhóm bao gồm nhóm các triệu chứng cơ thể và nhóm các triệu chứng tâm thần. Đặc điểm chung của 22 triệu chứng bao gồm:

Các triệu chứng thường là các triệu chứng chức năng, không có tổn thương thực thể thuộc bệnh lý cơ thể.

Triệu chứng thường xuất hiện thành cơn, tăng mạnh trong một thời điểm sau đó giảm nhẹ dần, hiếm khi thường xuyên và kéo dài. Triệu chứng thay đổi theo từng phút hoặc từng ngày, có thể đi trước, đi cùng hoặc đi sau triệu chứng lo âu hoặc triệu chứng cơ thể khác.

Mức độ triệu chứng có thể dao động từ nhẹ, đến vừa, đến nặng. Mức độ triệu chứng tăng khi mức độ lo âu tăng. Mức độ triệu chứng giảm nhẹ khi mức độ lo âu giảm, khi nghỉ ngơi thư giãn hoặc khi ngủ.

#### **1.2.3.1. Đặc điểm nhóm các triệu chứng cơ thể**

\* *Đặc điểm các triệu chứng kích thích thần kinh thực vật*. Nhóm các triệu chứng kích thích thần kinh thực vật gồm 4 triệu chứng.

*Triệu chứng hồi hộp, tim đập mạnh, hoặc nhịp tim nhanh* là triệu chứng phổ biến và thường gặp trong thực hành lâm sàng. Người bệnh mô tả bằng cảm giác hồi hộp, đánh trống ngực, cảm giác tim đập nhanh, mạnh hoặc cảm giác nhịp tim không đều, bỏ nhịp.

*Triệu chứng vã mồ hôi* được thấy rõ trên lâm sàng khi bệnh nhân không hoạt động thể chất: da ẩm hơn bình thường, hoặc trên da lấm tấm hoặc sũng nước. Một số bệnh nhân mô tả trời nóng vã mồ hôi nhiều hơn, một số khác trời lạnh cũng vã mồ hôi, hoặc có một số nhận thấy vã mồ hôi cả khi trời nóng và trời lạnh. Mồ hôi ra ở một hoặc nhiều vị trí khác nhau, thường ở ngực và lòng bàn tay, bàn chân.

*Triệu chứng run* biểu hiện bằng sự rung giật, lắc hoặc cử động nhịp nhàng ngoài ý muốn của các bắp cơ ở một phần cơ thể hoặc toàn bộ cơ thể khi không vận động quá sức. Run có thể ở ngón chi, có thể ở gốc chi hoặc cả hai. Thường gặp nhất là bàn tay, ít gặp hơn ở lưỡi, ở đầu.

*Triệu chứng khô miệng* được mô tả bằng cảm giác dính, khô trong miệng, trong họng; cảm giác nóng rát, ngứa trong miệng, ở lưỡi và cổ họng; cảm giác vị giác thay đổi (giảm hoặc mất); cảm giác khát nước thường xuyên.

\* *Đặc điểm lâm sàng các triệu chứng liên quan đến vùng ngực và bụng.*  
Nhóm các triệu chứng liên quan đến vùng ngực và bụng gồm 4 triệu chứng.

*Triệu chứng khó thở* xảy ra khi nghỉ ngơi, biểu hiện cảm giác hụt hơi, cảm giác thiếu không khí, đoản hơi, khó thở, nghẹt thở, cảm giác không hít vào sâu. Dấu hiệu khó thở có thể quan sát thấy như thở ngắn, thở hắt, thở gấp, thở hỗn hển, hoặc gồng lên cố gắng hít vào.

*Triệu chứng cảm giác nghẹn* được mô tả cảm giác như có một vật, khối mắc kẹt, tắc nghẽn trong cổ họng hoặc đường thở. Cảm giác này làm bệnh nhân nghĩ có thể bị ngạt thở, nghẹt thở. Khám lâm sàng không phát hiện thấy dấu hiệu u cục, khối, dị vật chèn ép cổ họng, đường thở.

*Triệu chứng đau, khó chịu vùng ngực* được mô tả bằng cảm giác cảm giác nóng, tê, nặng ngực, căng, ép ngực, giật cơ, co thắt vùng ngực hoặc cảm giác đau âm ỉ ở vùng ngực, đau mơ hồ. Các cảm giác khó chịu vùng ngực thường không rõ ràng. Khó chịu có thể tại một điểm, nhiều điểm hoặc lan tỏa cả vùng ngực. Khó chịu bắt đầu ở ngực có thể di chuyển khắp vùng ngực, lan ra vai trái, vai phải, lan lên cổ, lên đầu hoặc có thể xuyên ra phía sau lưng và lan xuống vùng bụng, dạ dày. Khó chịu vùng ngực có tính chất cơn, hiếm khi liên tục.

*Triệu chứng buồn nôn hoặc khó chịu ở bụng* được mô tả bằng cảm giác buồn nôn, khó chịu trong dạ dày, cảm giác như sóng cuộn, đảo lộn, co thắt trong



dạ dày dạ dày; cảm giác căng, nặng, đau bụng, đầy bụng, chướng hơi, nôn nao, khó chịu, bứt rứt, nóng, bỏng, rát trong dạ dày; hoặc có khi cảm giác có u, cục trong dạ dày; kèm theo có thể có tiêu chảy, táo bón, táo lỏng luân phiên.

\* *Đặc điểm lâm sàng các triệu chứng toàn thân.* Các triệu chứng toàn thân bao gồm 2 triệu chứng.

*Triệu chứng đỏ mặt hoặc ớn lạnh* được mô tả bằng cảm giác da ấm dần và chuyển sang nóng bừng có thể xảy ra trên hoặc trong bàn tay, ngón tay, ngón chân, chân, đầu, mặt, dạ dày hoặc trên toàn cơ thể. Triệu chứng xuất hiện nhiều nhất ở mặt và cổ, trong thời gian từ 30 giây cho tới vài phút, hoặc xuất hiện thành cơn. Cơn đỏ mặt thường kèm theo đỏ mồm hoặc cảm giác ớn lạnh, xuất hiện trong môi trường thời tiết bình thường. Triệu chứng khuôn mặt chuyển dần sang đỏ không phải trong tình trạng “ngượng” hoặc “xấu hổ”. Cơn ớn lạnh cơ thể xuất hiện ở thời tiết bình thường 37 độ. Ớn lạnh có thể bắt đầu từ một vị trí nhỏ trên hoặc trong cơ thể, có thể lan rộng ở nhiều vị trí trên cơ thể. Bệnh nhân đắp chăn, thêm quần áo hoặc sưởi ấm cũng không hết lạnh.

*Triệu chứng tê cứng hoặc cảm giác kim châm* được mô tả bằng cảm giác da hoặc cơ tê cứng không có cảm giác. Một số mô tả bằng cảm giác như kiến cắn, kiến bò, kim châm, tê, ngứa, buồn tẻ tận trong xương, chạy dọc khắp các chi và toàn thân. Vị trí tê cứng có thể ở một hoặc nhiều bộ phận của cơ thể như cánh tay, ngón tay, mặt, miệng, môi, lưỡi, chân, bàn chân, hoặc ngón chân, hoặc tất cả.

### **1.2.3.2. Đặc điểm nhóm các triệu chứng tâm thần**

\* *Đặc điểm các triệu chứng liên quan đến trạng thái tâm thần.* Các triệu chứng liên quan đến trạng thái tâm thần gồm 4 triệu chứng.

*Triệu chứng chóng mặt, choáng váng, ngất xỉu* được mô tả bằng cảm giác chóng mặt như cảm giác đầu chòng chành, chao đảo, mất thăng bằng, không vững, quay tròn, cảm giác như đi trên thuyền, trên mặt nước; cảm giác

sàn nhà rung rinh, di chuyển. Một số mô tả cảm giác ngất xỉu như cảm giác nặng nề ở chân, mờ mắt, cảm giác lâng lâng, không tỉnh táo, cơ thể nóng bừng, vã mồ hôi, buồn nôn, nôn mửa, chóng mặt, choáng váng.

*Triệu chứng cảm giác mọi đồ vật không thật (tri giác sai thực tại) hoặc giải thể nhân cách* được mô tả bằng cảm giác như tách rời khỏi thế giới bên ngoài. Cảm giác về các sự vật hiện tượng như thông qua một bức màn che, bức tường bằng kính, sương mù hoặc qua một lăng kính phóng to hoặc thu nhỏ. Những nơi quen thuộc có thể trông lạ lùng, kỳ quặc và không giống thực tế. Cảm nhận sai một hoặc vài đặc điểm về các bộ phận cơ thể, về cảm xúc, hành vi.

*Triệu chứng sợ mất kiểm chế, “hóa điên” hoặc ngất xỉu* được mô tả bằng cảm giác sợ mất kiểm soát chú ý, suy nghĩ và hành vi; sợ không kiểm soát được sự lo lắng; sợ không kiểm soát được hành vi nôn ở nơi công cộng, sợ không kiểm soát được tiêu hóa, sợ không kiểm soát được lời nói và hành động. Sợ đột nhiên mất trí nhớ hoặc không thể suy nghĩ được, bệnh nhân lo lắng và có cảm giác như sắp “điên”.

*Triệu chứng sợ bị chết* được mô tả bằng tình trạng lo sợ đang ở giai đoạn cuối của bệnh; lo sợ đau ngực là cơn đau tim chết người; lo sợ đau trong đầu là do u não hoặc phình mạch máu não; hoặc lo sợ mọi triệu chứng có khả năng đe dọa tính mạng; lo sợ dữ dội khi nghĩ đến cái chết.

*\* Đặc điểm lâm sàng các triệu chứng căng thẳng*

Nhóm triệu chứng căng thẳng bao gồm 4 triệu chứng.

*Triệu chứng đau căng cơ* được mô tả bằng cảm giác các cơ, bắp đang bị kéo căng, cảm giác “chuột rút”, co thắt cơ, co rút cơ. Cảm giác căng cơ có thể xuất hiện một hoặc nhiều vị trí trên cơ thể. Cảm giác đau căng cơ thỉnh thoảng xuất hiện hoặc xuất hiện liên tục, dai dẳng.

*Triệu chứng bồn chồn hoặc không thể thư giãn* được mô tả bằng cảm giác nóng “ruột”, bất an, bứt rứt, nôn nao, thấp thỏm, không yên tâm, không thể làm cho cơ bắp và hệ thần kinh thoải mái.

*Triệu chứng cảm giác tù túng, đang trên bờ vực hoặc căng thẳng tâm thần* được mô tả bằng cảm giác không thoải mái vì mất tự do một phần nào đó, cảm giác mọi hoạt động tư duy, cảm xúc bị gò bó, căng thẳng.

*Cảm giác có khối trong họng hoặc khó nuốt* được mô tả bằng cảm giác có khối trong họng, cảm giác khối kẹt cổ họng; cảm giác có “hòn cục” trong họng; cảm giác sung trong họng, thắt chặt cổ họng, căng trong cổ họng, nghẹn cổ và ngực sau khi ăn; cảm giác khó nuốt. Khám lâm sàng trong họng không có u cục hay di vật.

\* *Đặc điểm lâm sàng các triệu chứng không đặc hiệu.* Các triệu chứng không đặc hiệu gồm 4 triệu chứng

*Đáp ứng quá mức với sự một ngạc nhiên hoặc bị giật mình* được mô tả bằng cảm giác dễ dàng giật mình, có thể giật mình với những vấn đề nhỏ như âm thanh, tiếng ồn không đáng kể. Một số mô tả bằng cảm giác dễ bị kích thích, hoảng hốt, sợ hãi với những tình huống, hoàn cảnh, hoặc sự kiện không đáng kể.

*Khó tập trung hoặc đầu óc “trở nên trống rỗng”* vì lo lắng hoặc lo âu được mô tả bằng cảm giác khó tập trung, đầu óc trở nên trống rỗng, không thể nhớ một thứ đặc biệt hoặc bất cứ điều gì; quên nhiều những điều thường làm, khó khăn trong việc hình thành ý nghĩ hoặc thực hiện các cuộc đối thoại; quên những sự vật, sự kiện, tình huống vừa xảy ra hoặc những sự vật, sự kiện tình huống quen thuộc.

*Triệu chứng cáu kỉnh dai dẳng* được mô tả bằng cảm giác dễ cáu hơn bình thường; dễ tức giận, cáu kỉnh với người xung quanh; dễ bực bội và cáu với những vấn đề nhỏ; dễ phản ứng.

*Triệu chứng khó ngủ vì lo lắng* được mô tả bằng cảm giác trần trọc khó đi vào giấc ngủ, giảm thời gian ngủ và ngủ dễ thức giấc. Đặc trưng của rối loạn giấc ngủ của bệnh nhân RLLALT là ngủ dễ thức giấc.

### **1.3. LIỆU PHÁP THƯ GIÃN - LUYỆN TẬP TRONG ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LO ÂU LAN TỎA**

#### **1.3.1. Liệu pháp Thư giãn - Luyện tập**

##### ***1.3.1.1. Khái niệm liệu pháp thư giãn - luyện tập***

Thư giãn – luyện tập là liệu pháp tâm lý nhằm tạo sự cân bằng giữa trương lực cơ và trương lực cảm xúc. *Thư* được hiểu là thư thái về tâm thần và *giãn* là giãn mềm cơ bắp. Thư giãn phối hợp với luyện tập các tư thế khí công và Yoga nhằm tăng cường tác dụng của thư giãn, đưa cơ thể vào trạng thái giãn cơ tối đa. Cơ bắp giãn mềm tác động lên làm tâm thần thư thái. Trạng thái tâm thần thư thái lại tác động xuống cơ bắp làm cơ bắp giãn mềm. [93].

##### ***1.3.1.2. Lịch sử hình thành liệu pháp thư giãn luyện tập***

Hiện nay, trên thế giới có rất nhiều phương pháp thư giãn. Mỗi tác giả, mỗi nước có sắc thái riêng, nhưng tất cả bắt nguồn từ hai phương pháp cổ điển của Jacobson và Schultz.

Jacobson là người đầu tiên phát hiện ra mối liên quan giữa hai hiện tượng giãn cơ và thư thái tâm thần và đưa ra thuật ngữ “thư giãn” vào năm 1905 ở Chicago (Mỹ). Ông nhận thấy, ở trạng thái lo âu, căng thẳng tâm thần luôn có hiện tượng căng thẳng cơ bắp kèm theo. Ngược lại, cơ bắp trong trạng thái giãn mềm thì không có tình trạng lo âu, căng thẳng tâm thần. Qua đó Jacobson đã xây dựng phương pháp giãn mềm cơ bắp để tác động ngược lên não làm tâm thần thư thái và yên tĩnh. Phương pháp có tên gọi là “giãn cơ tuần tiến”.

Ở Đức, năm 1926, Schultz cũng nhận thấy mối liên quan giữa giãn cơ và thư thái tâm thần và nghiên cứu ra phương pháp “luyện tập tự sinh”. Khác với phương pháp “giãn cơ tuần tiến”, trong “luyện tập tự sinh”, Schultz sử dụng thêm tự ám thị để làm tăng hiệu quả của phương pháp.

Ở Việt Nam, từ năm 1970, sau khi nghiên cứu điều trị bệnh tâm căn và bệnh tâm thể, giáo sư Nguyễn Việt đã xây dựng liệu pháp “thư giãn luyện tập”. Liệu pháp cũng dựa trên mối liên quan giữa giãn cơ và thư thái tâm thần.

Nghiên cứu đã cho thấy liệu pháp có thể tác động sâu sắc vào nhân cách và đem lại hiệu quả lâu dài cho những bệnh nhân tâm căn và tâm thể [93].

### ***1.3.1.3. Cơ sở hình thành liệu pháp thư giãn - luyện tập***

Thư giãn - Luyện tập có thể điều trị được các bệnh nhân tâm căn là dựa vào liệu pháp tâm lý nhóm và dựa vào cơ chế tự ám thị và phản hồi sinh học.

#### *Liệu pháp nhóm*

Liệu pháp tâm lý nhóm là một hình thức điều trị mà các bệnh nhân có cùng nhóm bệnh cùng tham gia điều trị. Liệu pháp nhóm sử dụng tác động tâm lý từ bác sĩ, nhà trị liệu lên toàn bộ nhóm hoặc lên từng thành viên riêng biệt và tác động tâm lý từ các thành viên trong nhóm với nhau (tác động tương hỗ), đồng thời liệu pháp nhóm sử dụng sự phát triển động lực nhóm như là công cụ điều trị. Điều trị bằng liệu pháp tâm lý nhóm bệnh nhân vừa là chủ thể vừa là đối tượng của điều trị [93], [94]. Bệnh nhân được tổ chức thành từng nhóm từ 5 đến 10 người, cùng luyện tập trong phòng điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai. Bác sĩ tác động thông qua giải thích phương pháp, giải thích cơ chế bệnh nguyên, bệnh sinh và hướng dẫn luyện tập cho nhóm. Ngoài luyện tập, bệnh nhân hàng ngày trao đổi nhóm về biểu hiện bệnh lý của từng người, nguyên nhân của bệnh, thái độ đúng đắn đối với bệnh, lối sống loại trừ tác động của stress. Bác sĩ hướng dẫn bệnh nhân thảo luận nhóm theo 5 điểm của lối sống loại trừ căng thẳng: nghiêm túc với mình, độ lượng với người; sống giản dị, thanh đạm, chi tiêu tiết kiệm; yêu công việc mình đang làm, yêu khía cạnh tốt người khác; tăng thêm những phút vui cười, giảm đi những phút buồn bực; luôn làm chủ tâm thần, cơ thể và hoàn cảnh.

Mục đích của liệu pháp nhóm không chỉ làm giảm nhẹ các rối loạn bệnh lý thông qua sự thay đổi phản ứng cảm xúc đối với các rối loạn, mà còn nhằm thiết lập cách ứng xử và nhằm thay đổi nhận thức cũng như cách thức giải quyết những khó khăn trong cuộc sống. Chính vì vậy mà mục đích của

liệu pháp nhóm vừa hướng tới triệu chứng vừa hướng tới thay đổi nhân cách và cách ứng xử [93], [94].

*Cơ chế tự ám thị và phản hồi sinh học*

Liệu pháp Thư giãn xuất phát từ lý thuyết “căng thẳng thần kinh cơ” là nền tảng của nhiều tình trạng cảm xúc tiêu cực và bệnh lý tâm thể. Như vậy liệu pháp thư giãn – luyện tập tác động dựa vào hai cơ chế chính:

Cơ chế tự ám thị là sự tiếp nhận một cách chủ động những tác động tâm lý từ chính bản thân và từ đó giúp bệnh nhân biết cách kiểm soát cảm xúc, tăng khả năng tập trung chú ý.

Cơ chế phản hồi sinh học là sử dụng tự ám thị và luyện tập để kiểm soát cơ thể, cố gắng làm giảm trương lực cơ, làm giãn cơ tối đa. Sự giãn cơ sẽ tác động lên thần kinh trung ương làm giảm trương lực cảm xúc [93].

***1.3.1.4. Tình hình nghiên cứu liệu pháp thư giãn – luyện tập***

Ở Việt Nam, 1976-1977, tại Khoa Tâm thần nay là Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia, các tác giả Trịnh Bình Di, Trần Viết Nghị, Võ Văn Bản sử dụng liệu pháp thư giãn – luyện tập trên nhóm sinh viên khỏe mạnh cho kết quả: thư giãn làm giảm chuyển hóa cơ bản rõ rệt, làm giảm nhịp tim so với trước tập luyện có ý nghĩa thống kê; thở khí công làm tăng dung tích sống đáng kể; tự ám thị làm thay đổi lượng đường huyết, thay đổi sóng cơ bản của điện não, làm mất cảm giác đau [95].

Năm 1979 – 1982, tác giả Nguyễn Việt và Võ Văn Bản nghiên cứu điều trị bằng liệu pháp thư giãn – luyện tập trên 27 bệnh nhân được chẩn đoán là bệnh tâm căn suy nhược cho kết quả thuyên giảm hoặc khỏi. Ở 17 bệnh nhân chỉ điều trị bằng liệu pháp thư giãn – luyện tập cho kết quả tốt từ 80 đến 90%.

Năm 1979, nghiên cứu trên 50 bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Khoa Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai, tác giả Nguyễn Việt, Trần Di Ái, Nguyễn Sĩ Long nhận thấy liệu pháp thư giãn luyện tập có hiệu quả trong điều trị bệnh

tâm căn suy nhược, bệnh tâm căn hysteria, bệnh tâm căn ám ảnh, bệnh hen phế quản tâm sinh, chứng bất lực sinh dục nam, chứng đồng tính luyến ái.

Năm 1984, nghiên cứu trên 42 bệnh nhân tâm sinh điều trị chủ yếu bằng liệu pháp thư giãn – luyện tập cho kết quả khỏi hoàn toàn 11,9%, thuyên giảm tốt 78,5% và thuyên giảm vừa 9,5%.

Tháng 10 năm 1987, báo cáo tại hội nghị toàn quốc ngành tim mạch Việt nam cho biết liệu pháp thư giãn - luyện tập có thể điều trị được tăng huyết áp tâm sinh. Kết quả huyết áp tối đa giảm trung bình 29 mm Hg (trung bình từ 167 xuống 138 mm Hg) và huyết áp tối thiểu giảm trung bình 23 mm Hg (trung bình từ 113 xuống 90 mm Hg).

Năm 1994, đề tài “Một số nhận xét về chẩn đoán và điều trị bệnh nhân tâm sinh ở phòng nội trú ban ngày viện Sức khỏe tâm thần từ 1988-1991” của tác giả Đinh Đăng Hòe cũng cho thấy hiệu quả của liệu pháp thư giãn – luyện tập [93].

Tóm lại, các công trình nghiên cứu đã cho thấy liệu pháp Thư giãn – luyện tập là liệu pháp có hiệu quả, thích hợp và tiết kiệm với những bệnh tâm căn, bệnh tâm thể. Tuy nhiên, cho đến nay chưa có nghiên cứu điều trị liệu pháp thư giãn – luyện tập trên bệnh nhân RLLALT.

### **1.3.2. Tác động của liệu pháp thư giãn luyện tập trong điều trị RLLALT [19]**

Liệu pháp thư giãn luyện tập được cải biên từ phương pháp của Schultz kết hợp với 6 tư thế Yoga và luyện tập thở kiểu khí công để phù hợp với tâm sinh lí của người Việt Nam. Phương pháp này có 3 phần cơ bản: luyện thư giãn; luyện tư thế; luyện thở.

#### **1.3.2.1. Tác động của phần luyện thư giãn trong điều trị RLLALT**

Luyện thư giãn trong tư thế thoải mái, ngồi trên ghế hoặc nằm. Tập trung tư tưởng vào các bài tập, thở đều đặn nhịp nhàng, cơ bắp giãn mềm hoàn toàn, không lo nghĩ về các vấn đề khác. Có ba bài tập cơ bản:

Bài thứ nhất: “Tâm thần thư thái”:

Tự ám thị bằng cách nhắm dần trong đầu câu: “Toàn thân yên tĩnh”, vừa nhắm vừa tưởng tượng: “toàn cơ thể rất thoải mái dễ chịu, tâm thần thư thái lâng lâng, xung quanh cũng lặng lẽ yên dịu”. Mục đích của bài tập “tâm thần thư thái” là giúp đưa cơ thể vào trạng thái hoàn toàn yên tĩnh, loại trừ các kích thích trong và ngoài cơ thể làm cho vỏ não thư thái tạo điều kiện thuận lợi cho tự ám thị.

Bài thứ hai: “Giãn mềm cơ bắp”

Tự ám thị bằng cách nhắm dần trong đầu câu: “Tay phải nặng dần” nhắm lặp đi lặp lại và đồng thời tưởng tượng: “tay phải mỗi lúc một nặng hơn, không nhấc lên được, trĩu xuống dính chặt vào giường”. Sau đó chuyển sang tay trái: “Tay trái nặng dần”; chuyển sang chân: “Chân phải nặng dần”; “Chân trái nặng dần”; chuyển sang toàn thân: “Toàn thân nặng dần”. Mục đích của bài tập “giãn mềm cơ bắp” là giúp cơ thể giãn cơ tối đa so với lúc bình thường. Sự giãn cơ tác động ngược lên làm giảm, mất căng thẳng tâm thần. Qua đó điều trị bệnh sinh của các rối loạn liên quan stress.

Bài thứ ba: Sưởi ấm cơ thể

Tự ám thị bằng cách nhắm dần trong đầu câu: “Tay phải ấm dần” nhắm lặp đi lặp lại và đồng thời tưởng tượng: “có một làn hơi ấm tỏa ra từ tay phải mỗi lúc một ấm hơn”. Sau đó chuyển sang tay trái: “Tay trái ấm dần”; chuyển sang chân: “Chân phải ấm dần”; “Chân trái ấm dần”; chuyển sang toàn thân: “Toàn thân ấm dần”. Mục đích của bài “sưởi ấm cơ thể” là thông qua điều khiển cảm giác nóng ở tay, chân và toàn thân giúp điều chỉnh thần kinh thực vật theo ý muốn.

Ở bệnh nhân RLLALT, hệ thần kinh giao cảm tăng cường khả năng hoạt động trước các tình huống căng thẳng. Như đã trình bày ở phần “bệnh sinh RLLALT”, tăng hoạt động hệ thần kinh giao cảm làm phóng thích nhiều adrenalin và noradrenalin làm nhịp tim tăng, huyết áp tăng, trương lực cơ tăng,



nhịp thở tăng, mô hôi tiết ra nhiều. Ngược lại, tăng hoạt động thần kinh phó giao làm nhịp tim giảm, huyết áp giảm xuống mức bình thường, nhịp thở chậm lại, trương lực cơ giảm đáng kể. Hoạt động của thần kinh giao cảm và phó giao cảm đối lập nhau và có khả năng hạn chế lẫn nhau. Khi một hệ thần kinh tăng cường hoạt động thì lập tức hệ thần kinh kia giảm hoạt động. Hai hệ thần kinh không thể hoạt động tối đa ở cùng một thời điểm, do vậy không thể vừa căng cứng nhóm cơ lại vừa chùng nhóm cơ tại cùng một thời điểm. Theo Jacobson, sự cân bằng của hai thần kinh giao cảm và đối giao cảm có thể kiểm soát được bằng sự căng và giãn mềm cơ. Việc căng và giãn mềm cơ trong phần “luyện thư giãn” có liên quan đến các pha hưng phấn và ức chế của hệ thần kinh giao cảm và đối giao cảm [94]. Bên cạnh đó, tự ám thị hướng bệnh nhân tự tạo ra hưng phấn trội ở một điểm hay một vùng vỏ não, từ đó tạo thành vùng cảm ứng ức chế các vùng xung quanh nhằm cách ly điểm hưng phấn đó với các vùng khác của vỏ não. Cảm ứng càng mạnh nếu hưng phấn càng trội và trương lực vỏ não càng yếu. Bệnh nhân sử dụng sức mạnh ở suy nghĩ, ý tưởng của chính bản thân để điều chỉnh tâm thần và cơ thể [93], [94].

### ***1.3.2.2. Tác động của phần luyện thở khí công trong điều trị RLLALT***

Phần luyện thở theo kiểu khí công là luyện tập điều khiển hơi thở phối hợp đồng thời với 3 bài tập thư giãn. Thở khí công hay còn gọi là thở bằng cơ hoành tức là dùng cơ hoành là cơ hô hấp chủ yếu trong kiểu thở này. Có thể thở bằng 2 cách: thở 2 thì và thở 4 thì. Thở 2 thì: hít vào - phình bụng, thở ra - thót bụng. Thở 4 thì: hít thở - phình bụng, nín thở sau thở vào - giữ hơi trong lồng ngực, thở ra - thót bụng, nín thở sau thở ra. Mỗi thì chiếm một phần tư thời gian của một chu kỳ thở. Các nhịp thở cần phải thật êm - chậm - sâu - đều, không lên gân gắng sức, phải tập trung toàn bộ tư tưởng vào hơi thở. Mục đích của luyện tập thở theo kiểu khí công trên cơ sở tập thư giãn giúp tăng cường hiệu quả, tác dụng của tập thư giãn.

Bệnh nhân RLLALT có sự hoạt hóa quá mức của thần kinh giao cảm dẫn đến làm tăng nhịp thở. Luyện thở kiểu khí công phối hợp với 3 bài tập thư giãn giúp cơ bắp được giãn tối đa và tăng cường quá trình tự ám thị. Qua đó giảm sự hưng phấn của hệ thần kinh giao cảm, làm giảm căng thẳng, tâm thần thư thái, giảm cảm giác bồn chồn bất an và tăng tập trung chú ý. Ngoài ra, thở bụng sẽ giúp kiểm soát nhịp thở, làm tăng dung tích sống và hơn nữa trong thì nín thở khi sau thở vào sẽ làm tăng thời gian tiếp xúc của không khí tại các phế nang, làm tăng trao đổi khí. Thở bụng làm cho cơ hoành luôn được nâng lên giúp nội tạng trong ổ bụng luôn được vận động, khi đó nội tạng được xoa bóp nhiều hơn. Thở bụng với kiểu thở chậm, tập trung theo dõi hơi thở và điều khiển hơi thở ở ngực, bụng có tác dụng giải lo âu rõ rệt.

### ***1.3.2.2. Tác động của phần luyện tư thế trong điều trị RLLALT***

Phần luyện tư thế là luyện tập các tư thế đặc biệt, gây căng thẳng cơ bắp cao độ trong Yoga đồng thời phối hợp với các bài tập thư giãn. Trong phương pháp luyện tập tư thế sử dụng kết hợp 6 tư thế Yoga: cây nến (Sarvangasana), cái cày (Halasana), con rắn (Bhujangasana), vượn vồ đở (Ardha Matsyendrasana), hoa sen (Sukhasana), cái đe (Supta Virasana). Luyện tập thư giãn trong các tư thế căng thẳng cơ bắp và tâm thần của Yoga giúp tăng cường hiệu quả, tác dụng của tập thư giãn [19].

RLLALT có sự căng thẳng về vận động và hoạt động quá mức hệ thần kinh tự trị. Tập thư giãn trong các tư thế khó của Yoga giúp cơ thể dẫn cơ tối đa. Sự giãn cơ tối đa tác động làm tâm thần thư thái, giảm hoạt động của hệ thần kinh tự trị. Qua đó điều trị các triệu chứng của RLLALT. Ngoài ra, luyện tập 6 tư thế Yoga nhằm làm cho phương pháp thư giãn mang tính động hơn để giảm tính chất tĩnh trong thư giãn. Luyện tập tư thế làm giảm tiêu thụ oxi ở các mô tế bào, giảm chuyển hóa cơ bản và làm cho cơ thể được thư giãn nhiều hơn. Đồng thời luyện tư thế cho cơ thể dẻo dai hơn, giúp hoạt hoá các cơ, xương, khớp [93].

### **1.3.3. Hiệu quả điều trị của liệu pháp thư giãn – luyện**

#### ***1.3.3.1. Hiệu quả điều trị của phần luyện thư giãn***

Phần luyện thư giãn theo phương pháp Schultz có thể điều trị được triệu chứng lo âu và các triệu chứng kèm theo của RLLALT. Hai nghiên cứu nhận thấy có sự cải thiện đáng kể triệu chứng lo âu khi can thiệp điều trị bằng “Luyện tập tự sinh” [96],[97]. Nghiên cứu phân tích gộp trên 27 nghiên cứu của Manzoni và cộng sự cho biết các liệu pháp thư giãn dựa trên cơ chế tự ám thị có thể điều trị được các triệu chứng lo âu [98]. Một số nghiên cứu dựa trên hình ảnh cộng hưởng từ chức năng não (fMRI) cho biết tự ám thị bằng tự tưởng tượng và cố gắng cảm nhận “toàn thân yên tĩnh”, “tay, chân, toàn thân nặng dần”, “tay, chân, toàn thân ấm dần” có thể điều trị được các triệu chứng lo âu do có thể điều chỉnh được hoạt động ở các vùng của não [99],[100],[101]. Trí tưởng tượng cảm giác có thể làm gia tăng hoạt động vỏ não trước trán. Nghiên cứu cộng hưởng từ chức năng (fMRI) của Schlamann trên 19 người “luyện tập tự sinh” phát hiện tăng hoạt động vùng vỏ não trước trán hơn nhóm đối chứng [99]. Nghiên cứu của Wei luyện tập chú ý bằng tự ám thị làm tăng hoạt động của hồi hải mã [101]. Một nghiên cứu khác của Lutz phát hiện luyện tập trung chú ý có thể làm giảm hoạt động của hạch hạnh nhân và vùng dưới đồi [102]. Nghiên cứu của Berkowitz cho thấy luyện tập chú ý có thể làm ức chế hoặc ngắt đường dẫn truyền cảm giác từ các tín hiệu bên ngoài môi trường vào vùng đồi thị [103].

Nhiều bằng chứng cho thấy, thư giãn – luyện tập bằng cơ chế tự ám thị có thể cân bằng hoạt động thần kinh tự chủ. Theo Schlamann (2010), “luyện tập tự sinh” đem lại sự cân bằng giữa hoạt động của hệ thống thần kinh giao cảm và hệ thống thần kinh phó giao cảm [99]. Nghiên cứu của Kanji cho thấy “Luyện tập tự sinh” làm giảm nhịp tim và giảm trị số huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương [104]. Ngoài khả năng cân bằng hoạt động thần kinh tự chủ, “Luyện tập tự sinh” có thể điều trị được hội chứng ruột kích thích. Hội chứng ruột kích

thích là một bệnh rối loạn ruột về chức năng, là một nhóm các triệu chứng đau bụng và các thay đổi về kiểu nhu động ruột mà không có bằng chứng là do thương tổn thực thể. Nghiên cứu Shinozaki cho biết “Luyện tập tự sinh” làm giảm các triệu chứng của hội chứng ruột kích thích [105]. Ngoài ra, luyện tập tự sinh còn có thể điều trị đau nửa đầu, đau mãn tính, bệnh Raynaud, tiêu chảy mạn tính và tăng cường thúc đẩy chức năng hệ thống miễn dịch [99]. Nghiên cứu được can thiệp bằng “Luyện tập tự sinh” trong 2 tháng của Hilderley và cộng sự trên những bệnh nhân ung thư giai đoạn sớm đã phát hiện có sự gia tăng đáp ứng miễn dịch của cơ thể [106].

Các nghiên cứu cho thấy luyện thư giãn theo phương pháp Schultz có thể làm tăng được hoạt động của vỏ não trước trán, tăng được hoạt động hồi hải mã, giảm được hoạt động hạch hạnh nhân, vùng dưới đồi và cân bằng được hệ thần kinh tự chủ. Do đó, luyện thư giãn có thể điều trị được RLLALT.

### ***1.3.3.2. Luyện thở trong điều trị RLLALT***

Ở Trung Quốc, khí công được xem như là bài tập thể dục của người dân để rèn luyện sức khỏe và tự điều trị bệnh. Khí công trong liệu pháp thư giãn – luyện tập được áp dụng với mục đích điều trị bệnh. Khí công là sự kết hợp các yếu tố: sự thư giãn; chuyển động của lồng ngực, bụng và cơ hoành; tập trung thở có kiểm soát và thiền [107]. Luyện tập khí công mang đến một trạng thái hoàn toàn yên tĩnh trong thời gian tập, giúp cơ thể có thêm oxy và năng lượng [108]. Theo Posadzki, luyện tập khí công là tập thể dục với những động tác nhẹ nhàng, dễ thực hiện, không cần thiết bị đặc biệt và đem lại nhiều lợi ích cho cơ thể và tâm thần [109].

Một số bằng chứng cho thấy, luyện tập khí công có hiệu quả trong điều trị RLLALT do kích hoạt được vỏ não trước trán và kiểm soát được hệ thần kinh tự chủ [110], [111]. Động tác hít vào sâu giúp tăng lượng oxy máu lên não, tăng tuần hoàn máu não dẫn đến tăng kích hoạt vỏ não trước trán. Lượng tuần hoàn máu não tăng có thể cải thiện được triệu chứng chóng mặt, không vững hoặc ngất xỉu [111].

Tập trung chú ý và điều khiển hơi thở làm cơ bắp thư giãn sâu và tâm thần thư thái, qua đó có thể điều trị được một số triệu chứng của RLLALT như: giảm căng cơ, giảm căng thẳng tâm thần, giảm lo âu, tăng chú ý và cải thiện chức năng thông khí ở phổi [110],[112],[113]. Theo Võ Văn Bản, động tác hít - thở làm cơ hoành luôn được nâng lên hạ xuống giúp xoa bóp nội tạng do đó có thể điều trị được các triệu chứng liên quan đến vùng ngực, bụng [93]. Dây thần kinh số X còn gọi là dây thần kinh phó giao cảm, là dây hỗn hợp có tác dụng vận động và cảm giác cho các tạng ở cổ, ngực và bụng. Khí công với động tác hít vào sâu, chậm bụng phình lên, phổi giãn tối đa đã giúp kích thích liên tục vào thần kinh phó giao cảm. Theo Ladawan (2017), các bài tập thở có thể điều hòa nhịp tim và hệ thống thần kinh tự chủ [110]. Nhiều bằng chứng cho thấy lo âu là một nguyên nhân gây kích thích tim [114]. Lo âu hàng ngày và kéo dài ít nhất trong sáu tháng làm tăng nhịp tim, tăng huyết áp, giảm biến thiên tần số tim (HRV). Nhịp tim liên quan mật thiết với cảm giác bồn chồn, cảm giác hồi hộp, đánh trống ngực. Một trong những nguyên nhân tăng nhịp tim là do kích thích hệ thần kinh giao cảm quá mức. Biến thiên tần số nhịp tim là chỉ số đo trương lực hệ thống thần kinh tự chủ. Chỉ biến thiên tần số nhịp số giảm thường do hệ thần kinh giao cảm hoạt động mạnh hơn thần kinh phó giao cảm [115], [116]. Nghiên cứu của Lee và cộng sự cho biết liệu pháp khí công làm giảm nhịp tim và tăng chỉ số biến thiên tần số nhịp tim [117]. Điều này cho thấy liệu pháp khí công có thể làm giảm hoạt động của hệ thần kinh giao cảm.

Ngoài ra, luyện tập khí công có thể làm tăng cường miễn dịch cơ thể [118]. Nghiên cứu của Ryu phát hiện beta-endorphin tăng lên trong thời gian luyện tập khí công và ACTH giảm vào giữa và sau thời gian luyện tập khí công [119]. Beta-endorphin là một opioid nội sinh có nhiều tác dụng trong đó có tác dụng giảm lo âu, căng thẳng và giảm đau. ACTH là hormon kích thích vỏ thượng thận giải phóng cortisol giúp cơ thể chống lại lo âu, căng thẳng.

Thêm một nghiên cứu của Jung và cộng sự cũng cho biết liệu pháp khí công có thể làm giảm lo âu [118]. Liệu pháp khí công là sự kết hợp thiền và thở có thể đưa bệnh nhân vào trạng thái vô thức, trạng thái thư giãn sâu, khi đó tâm thần và cơ thể hòa làm một. Ở trạng thái này, có thể thấy xuất hiện sóng Theta trên điện não đồ. Nghiên cứu của Pan và cộng sự phát hiện thấy có sóng Theta khi đo sóng điện não trên những người luyện tập khí công [120].

Với những nghiên cứu thu thập được, có thể thấy luyện tập thở kết hợp với tập trung tinh thần và thư giãn có hiệu quả trong điều trị lo âu và các triệu chứng tâm thần, triệu chứng cơ thể của RLLALT.

### ***1.3.3.3. Luyện tập tư thế trong điều trị RLLALT***

Từ thời cổ đại Ấn Độ, phương pháp Luyện tập *Hatha Yoga* được sử dụng như bài tập thể dục hàng ngày. Theo tiếng Phạn, Hatha Yoga có nghĩa là *mặt trời (hat)*, *mặt trăng (ha)* và sự *liên kết Yog*. Theo triết lý Yoga, cơ thể có hàng trăm nghìn dòng năng lượng chảy trong cơ thể. Tất cả các dòng chảy năng lượng được điều hòa bởi ba dòng năng lượng chính. Ba dòng năng lượng chính này giống như ba dây điện cao áp chuyển năng lượng đến các trạm biến áp nằm dọc cột sống từ đó phân bố tới tất cả các dòng năng lượng khác. Dòng năng lượng đầu tiên, nằm bên trái là “ida nadi” gọi là dòng năng lượng mặt trăng – tương ứng là dòng *năng lượng tâm thần*. Dòng năng lượng thứ hai, nằm bên phải là “pingala nadi” gọi là dòng năng lượng mặt trời - tương ứng là dòng *năng lượng cơ thể*. Và dòng năng lượng chính thứ ba, nằm chính giữa là “shushumna”, gọi là dòng năng lượng liên kết giữa dòng năng lượng mặt trăng và mặt trời - tương ứng theo y học hiện đại là *hệ thống thần kinh trung ương và tủy sống*. Luyện tập Hatha Yoga là sự luyện tập nhằm mang lại sự điều hòa cân bằng giữa hai nguồn năng lượng chính là năng lượng của mặt trăng và năng lượng của mặt trời, tức là *điều hòa cân bằng năng lượng tâm thần và năng lượng cơ thể* [121]. Trong phương pháp luyện tập Hatha yoga có 8 bước căn bản: *Giới (Yama)*: 5 đạo lý khi đối xử với

người khác; *Luật* (Niyama): 5 đạo lý của chính bản thân mình; *Điều thân* (Asana): thực hành các tư thế Yoga; *Điều khí* (Pranayama): luyện thở - kiểm soát nguồn năng lượng; *Điều tâm* (Pratyahara): kiểm soát và làm chủ cảm xúc, *Tập trung* (Dharana): tập trung vào một chủ đề; *Thiền* (Dhyana): tập trung cao hơn gấp nhiều Dharana, không suy nghĩ, không phán xét; *Định* (Samadhi): tâm thần và cơ thể hòa làm một. *Điều thân* (Asana) không chỉ đơn thuần là luyện tập các tư thế mà còn đem lại sự dẻo dai, linh hoạt của các khớp xương và điều hòa sự cân bằng cơ thể và tâm thần qua các động tác căng và giãn cơ. Khi tập trung vào bài tập là lúc tâm trí hoàn toàn thả lỏng và không bị ảnh hưởng bởi bất kì điều gì từ thế giới bên ngoài. *Điều thân* (Asana) có hàng trăm tư thế, nhưng trên thực tế chỉ cần tập luyện từ 6 đến 10 tư thế hoặc chỉ luyện tập một tư thế duy nhất. Dựa vào 8 bước căn bản có thể xây dựng nhiều kiểu Yoga khác nhau. Mỗi kiểu có những thách thức đặc biệt và mức độ khó khác nhau, có sự khác nhau trong việc nhấn mạnh đến các thành phần trong Yoga như tư thế, thở hoặc thiền định (ngồi yên lặng, tĩnh tâm). Một số kiểu yoga chỉ luyện tập nhẹ nhàng và tĩnh tâm (Integral, Svaroopaa, Sivananda), một số luyện tập mạnh mẽ (Ashtanga, Power Yoga), một số kết hợp cả hai (Iyengar, Kundalini), một số cần luyện tập trong môi trường nóng và ẩm (Bikram) [122]. Một nghiên cứu đã cho thấy có 8,9% người sử dụng yoga với mục đích điều trị [123]. Thấy được những lợi ích mà Yoga mang lại trong điều trị, nhiều liệu pháp tâm lý đã tích hợp thêm các phần của Yoga hoặc lấy ra những phần tập luyện đơn giản của Yoga để tạo ra các liệu pháp tâm lý mới. Các phần Yoga thường được tích hợp bao gồm: luyện tập tư thế mạnh hoặc nhẹ nhàng, luyện tập thở và thiền định. Kiểu Sivananda Yoga là kiểu Yoga được tạo ra bởi bác sĩ y khoa Swami Sivananda, một thầy dạy Yoga. Kiểu Sivananda Yoga dựa trên 5 nguyên tắc: tập đúng cách, thở đúng cách, thư giãn đúng cách, chế độ ăn uống đúng cách, suy nghĩ theo chiều hướng tích cực và thiền.

Luyện tập Yoga có nhiều lợi ích cho sức khỏe thể chất, tâm thần và cải thiện chất lượng cuộc sống [124]. Một nghiên cứu phân tích gộp từ năm 1967 đến năm 2013 của Pamela E. Jeter cho biết ba rối loạn hàng đầu được giải quyết bằng luyện tập Yoga là rối loạn tâm thần, bệnh tim mạch và bệnh hô hấp. Các rối loạn tâm thần mà Yoga có thể điều trị được bao gồm: các rối loạn lo âu, trầm cảm, nghiện chất và một số rối loạn tâm thần khác [125].

Luyện tập tư thế trong phương pháp thư giãn luyện tập có thể điều trị được triệu chứng lo âu và các triệu chứng khác của RLLALT. Nghiên cứu cộng hưởng từ chức năng não (fMRI) của Froeliger và cộng sự cho biết luyện tập sự tập trung chú ý vào bài tập Yoga làm tăng hoạt động vùng bụng vỏ não trước trán và làm giảm hoạt động của hạch hạnh nhân [126]. Nghiên cứu can thiệp trong 12 tuần luyện tập Iyengar Yoga của Cohen cũng cho thấy có sự giảm tín hiệu hoạt động của hạch hạnh nhân và giảm hoạt động vỏ não cảm giác [127]. Theo Streeter (2015), luyện tập Yoga có thể làm giảm hoạt động vùng dưới đồi, làm tăng hoạt động thần kinh phó giao cảm và làm tăng nồng độ GABA. Chattha cho biết, sau 8 tuần luyện tập bằng Yoga, nồng độ GABA trong não tăng lên 27% so với trước khi bắt đầu tập luyện [128]. Nghiên cứu của Kyizom phát hiện luyện tập Yoga có thể làm tăng hoạt động hồi hải mã, làm giảm hoạt động vùng dưới đồi và tăng lưu lượng máu não [129]. Do có thể thay đổi được hoạt động của các vùng của não, luyện tập Yoga có thể làm giảm lo âu và căng thẳng [129], [125], [130], [131], [132], [133], [134].

Một số nghiên cứu cho thấy các động tác căng chùng cơ của Yoga có thể điều trị được các triệu chứng cơ thể và triệu chứng căng thẳng tâm thần của RLLALT [122], [133], [134]. Nghiên cứu của Ross năm 2015 trên 81 người tập luyện thể dục bằng Yoga cho thấy có hiện tượng giảm hoạt động của thần kinh giao cảm, tăng cường kích thích thần kinh phó giao cảm, tăng biến thiên tần số tim (HRV), giảm nồng độ rennin huyết tương, giảm tiết norepinephrine và epinephrine trong nước tiểu 24 giờ. Ross cho rằng động tác căng, chùng cơ trong các tư thế của Yoga có thể kích thích được các thụ thể áp lực do đó tăng cường



được hoạt động thần kinh phó giao cảm [122]. Theo Khatri, tăng cường hoạt động dây thần kinh phó giao cảm có thể giảm nhịp tim, giảm huyết áp huyết áp tâm thu và tâm trương, giảm tiết acid dạ dày và điều hòa các hoạt động của các bộ phận khác trong cơ thể [135]. Một nghiên cứu can thiệp trong thời gian 10 tuần, so sánh trước sau, ở những phụ nữ tiền mãn kinh, mãn kinh cho thấy luyện tập yoga có hiệu quả làm thuyên giảm một loạt các triệu chứng như: lo âu, căng thẳng, hồi hộp trống ngực, vã mồ hôi, bồn chồn, cáu kỉnh, chóng mặt hoặc ngất, cơn nóng lạnh, đau cơ hoặc khớp, đau đầu, mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ. Theo Booth - LaForce, ba yếu tố là tâm lý, cơ thể và rối loạn vận mạch đều cải thiện trên thang đo triệu chứng mãn kinh (GCS) sau khi luyện tập [128],[136].

Bên cạnh đó, nghiên cứu của Roland cho thấy luyện tập các tư thế của Yoga làm tăng độ mềm dẻo, tăng độ bền cơ thể hơn và tăng tầm vận động của khớp vai và hông. Độ gập duỗi của khớp vai phải tăng:  $9,4 \pm 11,6$  độ và vai trái tăng  $12,8 \pm 11,7$  độ. Độ dạng khép khớp vai phải tăng  $9,6 \pm 12,5$  độ và vai trái tăng  $11,8 \pm 13,4$  độ. Độ gập khớp háng phải được cải thiện đáng kể  $17,2 \pm 13,5$  độ [137]. Chen và cộng sự cũng nhận thấy Yoga giúp tăng cường thể chất, sức chịu đựng và sự mềm dẻo cơ thể sau 4 tuần luyện tập Yoga. Sức khỏe thể chất cải thiện với tỉ lệ phần trăm mỡ cơ thể trung bình của các đối tượng giảm đáng kể từ  $28,29 \pm 6,80\%$  ở mức cơ bản xuống còn  $26,07 \pm 6,92\%$ , trọng lượng cơ thể và BMI giảm nhẹ. Huyết áp tâm thu trung bình giảm từ  $142,14 \pm 22,34$  mmHg xuống  $122,93 \pm 12,85$  mmHg, huyết áp tâm trương trung bình giảm xuống  $4,21 \pm 7,88$  mmHg. Sức nắm tay, độ dẻo dai cơ thể, độ bền cơ của chi dưới và sự cân bằng được cải thiện. Thời gian trung bình đứng một chân tăng từ  $11,36 \pm 11,74$  giây lên  $21,07 \pm 21,19$  giây, tăng sự cân bằng cơ thể. Tầm vận động của các khớp trong cơ thể tăng. Độ gập duỗi của khớp vai phải tăng  $9,43 \pm 11,60$  độ, độ gập duỗi khớp vai trái tăng  $12,79 \pm 17,69$  độ, độ dạng khép khớp vai phải tăng  $9,64 \pm 12,49$  độ, độ dạng khép khớp vai trái tăng  $11,79 \pm 13,37$  độ, độ gập khớp háng phải được cải

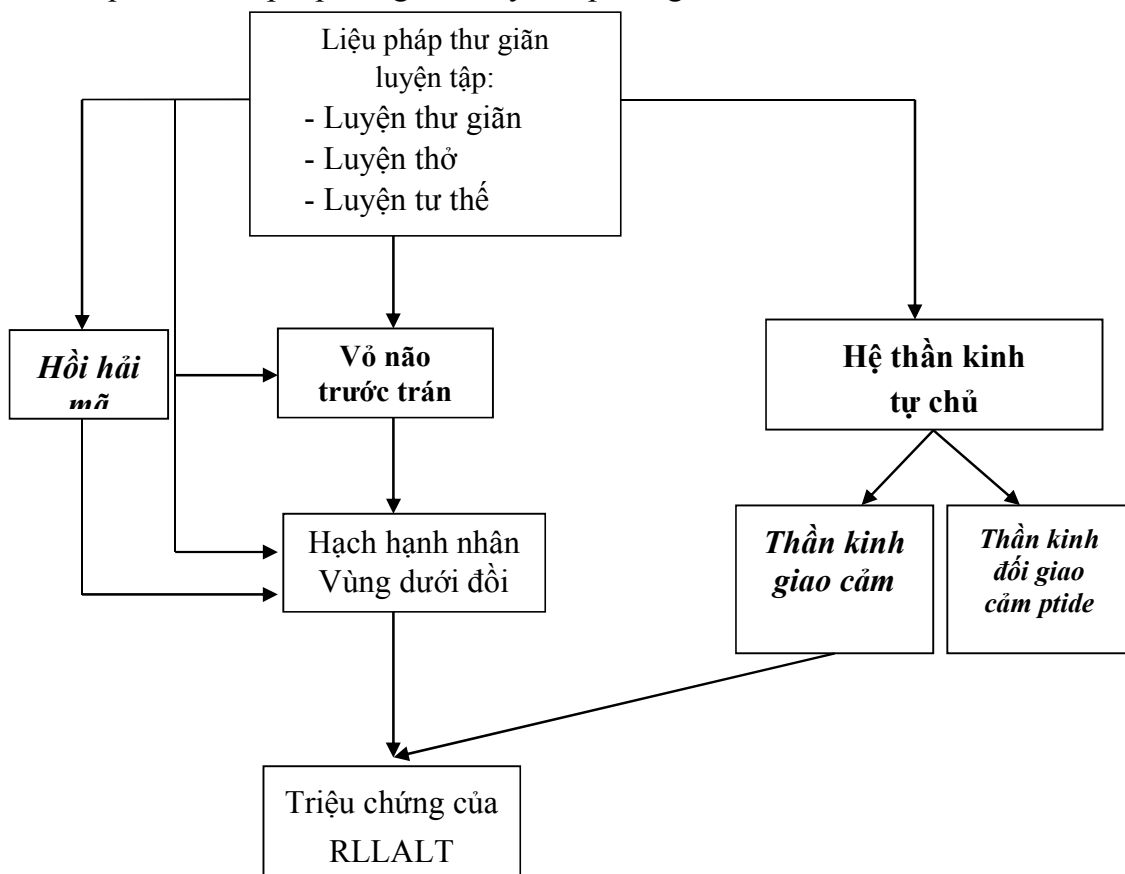
thiện đáng kể từ  $107,57 \pm 13,91$  lên  $124,79 \pm 27,39$  độ và độ gập khớp háng trái tăng  $14,64 \pm 25,64$  độ ( $p = 0,052$ ). Sức khỏe thể chất tăng với điểm số từ  $44,46 \pm 9,46$  lên  $50,22 \pm 5,13$  sau 4 tuần luyện tập [138].

Ngoài ra, luyện tập Yoga có thể làm giảm một số yếu tố nguy cơ bệnh lý tim mạch và các bệnh lý cơ thể khác như: rối loạn mỡ máu, đái tháo đường, thừa cân béo phì, mất cân bằng oxi hóa, ít hoạt động thể lực, lo âu căng thẳng [139]. Nhiều nghiên cứu cho thấy trước và sau luyện tập Yoga có sự giảm đáng kể chỉ số đường huyết ở bệnh nhân tiểu đường type 2 [135], [140], [141]. Nồng độ HbA<sub>1c</sub> trong máu giảm từ 9,58 % xuống 7,41% trong nghiên cứu của Khatri [135]. Rối loạn mỡ máu biểu hiện bằng hiện tượng tăng triglyceride, tăng cholesterol toàn phần, tăng lipoprotein mật độ rất thấp VLDL, tăng lipoprotein mật độ thấp (LDL) và giảm lipoprotein mật độ cao (HDL). Hai nghiên cứu can thiệp mù đôi có đối chứng phát hiện luyện tập Yoga đã làm giảm triglyceride, giảm cholesterol toàn phần, giảm VLDL, giảm LDL và tăng HDL trong máu [142], [143]. Nghiên cứu của Gordon và cộng sự (2008) cho kết quả cải thiện sự mất cân bằng oxi hóa và tăng chất chống oxi hóa (SOD) ở nhóm bệnh nhân được luyện tập bằng Yoga [143]. Nghiên cứu của Sinha cũng cho kết quả tương tự, chất chống oxi hóa glutathion tăng đáng kể ở nhóm tập luyện bằng Yoga [144]. Một nghiên cứu can thiệp 12 tuần ở bệnh nhân suy thận trên một loạt các thông số cho thấy hiệu quả của Yoga làm: giảm triệu đau 37%, giảm mệt mỏi 55%, giảm rối loạn giấc ngủ 25%, tăng độ nắm tay 15%, giảm ure 29%, giảm creatinine 14%, giảm alkaline phosphatase 15%, giảm cholesterol 15%, tăng hồng cầu 11% và tăng số lượng hematocrit 13% [145].

Ngoài các nghiên cứu so sánh hiệu quả của yoga những người bệnh tật, các nghiên cứu cho thấy yoga có thể làm giảm các triệu chứng liên quan đến sự thay đổi tự nhiên mà người phụ nữ ở phụ nữ như mang thai: tăng cân nặng trẻ khi sinh, giảm số ngày sinh non, và giảm tình trạng thai chậm tăng trưởng trong tử cung (IUGR) và giảm tình trạng cao huyết áp khi mang thai [146], [147].

Luyện tập tư thế trong thư giãn – luyện tập đã cho thấy có hiệu quả trong thay đổi chức năng não, cân bằng hệ thần kinh tự chủ và tăng sức bền, độ dẻo dai cơ thể. Do đó, luyện tập tư thế có thể có hiệu quả trong điều trị RLLALT.

Tóm lại, các phần *tập thư giãn*, *phần tập thở* và *phần tập Yoga* đã cho thấy những hiệu quả trong việc *làm thuyên giảm những triệu chứng lo âu và những triệu chứng cơ thể*. Bên cạnh đó, RLLALT là bệnh lý mạn tính đòi hỏi điều trị lâu dài. Các bài tập trong liệu pháp thư giãn – luyện tập như các bài thể dục hàng ngày nên không tốn kém kinh tế, đơn giản, dễ thực hiện. Cho đến nay, chưa có một công trình nghiên cứu chứng minh hiệu quả của liệu pháp thư giãn – luyện tập trong điều trị RLLALT. Do đó, nghiên cứu được tiến hành với mục đích đánh giá hiệu quả của liệu pháp thư giãn – luyện tập trong điều trị RLLALT.



**Sơ đồ 1.2. Tác động của liệu pháp Thư giãn – Luyện tập đến RLLALT**

## Chương 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến hành trên các bệnh nhân nam và nữ được chẩn đoán RLLALT điều trị nội trú tại Viện sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai. Bệnh nhân nghiên cứu đủ các tiêu chí của tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

**\* Tiêu chuẩn lựa chọn**

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định rối loạn lo âu lan tỏa (F41.1) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10.

Có thông tin đầy đủ (về hành chính, tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, các thông số cận lâm sàng) cho đến khi kết thúc nghiên cứu.

Tham gia đủ 20 buổi tập trong thời gian 4 tuần.

Chấp nhận không sử dụng các thuốc điều trị RLLALT.

**\* Tiêu chuẩn loại trừ**

Bệnh nhân có bệnh lý thực thể ảnh hưởng đến hoạt động chức năng não, tổn thương thực thể não kèm theo.

Những bệnh nhân nghiện chất, lạm dụng chất.

Những bệnh nhân không thực hiện được liệu pháp thư giãn – luyện tập hoặc không tham gia đủ 20 buổi tập trong thời gian 4 tuần.

Có sử dụng các thuốc điều trị RLLALT trong thời gian nghiên cứu.

#### 2.2. THỜI GIAN VÀ ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

Thời gian: từ tháng 10/2013 đến tháng 10/2017.

Địa điểm: Viện sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai. Đây là cơ sở đào tạo chính của Bộ môn Tâm thần, Trường đại học Y Hà Nội.

## 2.3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Mục tiêu 1, nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang.

Mục tiêu 2, nghiên cứu sử dụng phương pháp can thiệp lâm sàng, theo dõi điều trị trong thời gian một tháng, so sánh trước và sau điều trị.

### 2.3.2. Cỡ mẫu

*Mục tiêu 1:* nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu lan tỏa nên chúng tôi chọn mẫu ngẫu nhiên theo công thức mô tả:

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu.

p: triệu chứng có tỉ lệ thấp nhất trong nhóm triệu chứng của RLLALT (triệu chứng cảm giác kim châm là 22,2% trong nghiên cứu Naomi Breslau) [148].

$\Delta$ : độ chính xác mong muốn (= 6,5).

$\alpha$ : mức ý nghĩa thống kê, chọn  $\alpha = 0,05$ , ứng với độ tin cậy là 95%.

Z: giá trị thu được từ bảng Z ứng với giá trị ( $\alpha = 0,05$ ).

$$Z_{(1-\alpha/2)}^2 = 1,96^2$$

Thay vào công thức, cỡ mẫu được chọn tối thiểu là 158 bệnh nhân. Tính thêm tỉ lệ bỏ cuộc trong nghiên cứu 10% thì cỡ mẫu cho nghiên cứu khoảng 173 bệnh nhân. Trong nghiên cứu này có **170** bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

*Mục tiêu 2:* nhằm đánh giá hiệu quả điều trị bằng liệu pháp thư giãn – luyện tập trên bệnh nhân RLLALT nên chúng tôi chọn mẫu thuận tiện. Trong 170 bệnh nhân chỉ có **99** bệnh nhân tham gia đủ 20 buổi điều trị bằng liệu pháp thư giãn - luyện tập và không sử dụng các thuốc điều trị RLLALT.

## 2.4. QUI TRÌNH NGHIÊN CỨU



*Sơ đồ 2.1. Quy trình nghiên cứu*

### 2.4.1. Mô tả đặc điểm lâm sàng RLLALT

Tại thời điểm đầu tiên (T0), khi bệnh nhân mới vào viện: Chúng tôi tiến hành thăm khám lâm sàng, đưa vào nghiên cứu những bệnh nhân đúng theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Đánh giá và ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu. Đánh giá bệnh nhân theo thang đánh giá CGI.

Cử nhân tâm lý làm các trắc nghiệm tâm lý: HAM-A, PSQI, EYSENK bằng cách phỏng vấn bệnh nhân và ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

### 2.4.2. Điều trị bằng liệu pháp thư giãn - luyện tập

Tại thời điểm đầu tiên (T0), sau khi lựa chọn bệnh nhân vào nghiên cứu, chúng tôi chỉ định bệnh nhân can thiệp điều trị bằng liệu pháp thư -

giãn luyện tập trong 20 buổi tại Phòng Tâm lý lâm sàng của Viện sức khỏe Tâm thần, bệnh viện Bạch Mai. Phòng tập có đủ ánh sáng, yên tĩnh, có trang bị điều hòa, hệ thống âm thanh và hình ảnh tốt. Phòng được trải thảm, có các thảm tập riêng cho mỗi bệnh nhân. Một buổi tập chỉ hướng dẫn tập cho 5 đến 7 bệnh nhân. Trong mỗi buổi tập có 01 bác sĩ, 01 cán bộ tâm lý và 01 điều dưỡng hướng dẫn và theo dõi. Buổi đầu tiên, trước khi tiến hành nghiên cứu, bác sĩ giải thích về chẩn đoán bệnh; giải thích về cơ chế bệnh nguyên, bệnh sinh; giải thích về cơ chế tác động của liệu pháp thư giãn – luyện tập. Các buổi tiếp theo đánh giá tiến triển bệnh, hướng dẫn thảo luận nhóm sau mỗi buổi tập. Cử nhân tâm lý hướng dẫn các động tác luyện tập, thực hành luyện tập và theo dõi bệnh nhân có tập được không, có tuân thủ không. Mỗi buổi tập 60 phút, chia làm 5 phần:

Phần 1(15 phút): bác sĩ/cử nhân tâm lý đánh giá kết quả buổi tập hôm trước/ phân tích và giải thích và thảo luận cùng các bệnh nhân về bệnh. Điều dưỡng đo các chỉ số sinh tồn: mạch, nhiệt độ huyết áp và ghi vào phiếu theo dõi (đã được chỉnh sửa sau nghiên cứu thử nghiệm)

Phần 2 (20 phút): bác sĩ/cử nhân tâm lý hướng dẫn tập *phần thư giãn*. Sau đó bệnh nhân tập.

Phần 3 (10 phút): bác sĩ/cử nhân tâm lý hướng dẫn tập phân tích tư thế, động tác, giải đáp thắc mắc cho bệnh nhân với bài *luyện tập thở*.

Phần 4 (10 phút): bác sĩ/cử nhân tâm lý hướng dẫn tập phân tích tư thế, động tác, giải đáp thắc mắc cho bệnh nhân với bài *luyện tư thế*

Phần 5 (5 phút): Tổng kết buổi tập, giao bài tập về nhà, hướng dẫn bệnh nhân theo dõi, tự đánh giá các triệu chứng và thảo luận nhóm. Sau đó bác sĩ/cử nhân tâm lý đánh giá và ghi chép vào phiếu theo dõi, điều dưỡng đo lại các chỉ số sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp và ghi vào phiếu theo dõi.

### 2.4.3. Theo dõi tại các thời điểm điều trị

Chúng tôi theo dõi và đánh giá lại bệnh nhân sau mỗi buổi tập.

Tại thời điểm bệnh nhân vào viện (T0), chúng tôi thăm khám lâm sàng và ghi chép vào mẫu bệnh án nghiên cứu (có phụ lục kèm theo). Đánh giá tình trạng bệnh nhân theo thang đánh giá CGI. Cán bộ tâm lý làm các trắc nghiệm tâm lý: HAM-A, PSQI, EYSENK. Cán bộ tâm lý hướng dẫn bệnh nhân tập 3 phần trong 60 phút và ghi chép lại vào mẫu phiếu theo dõi chung thống nhất. Trong mỗi buổi tập, điều dưỡng theo dõi chỉ số sinh tồn trước, sau buổi tập và ghi nhận vào mẫu phiếu theo dõi.

Sau 10 buổi tập, tại thời điểm T2, chúng tôi thăm khám, đánh giá lại lâm sàng và ghi chép vào mẫu bệnh án nghiên cứu. Đánh giá lại tình trạng bệnh nhân theo thang đánh giá CGI. Cử nhân tâm lý làm lại các trắc nghiệm tâm lý: HAM-A, PSQI ghi chép vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

Sau 20 buổi tập, tại thời điểm T4, là thời điểm kết thúc nghiên cứu, chúng tôi thăm khám, đánh giá lại lâm sàng và ghi chép vào mẫu bệnh án nghiên cứu. Đánh giá lại tình trạng bệnh nhân theo thang đánh giá CGI. Cử nhân tâm lý làm lại các trắc nghiệm tâm lý: HAM-A, PSQI và ghi chép vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

## 2.5. ĐO LƯỜNG SỬ DỤNG TRONG NGHIÊN CỨU

### *Thang đánh giá lo âu Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale)*

Thang đánh giá lo âu là một bảng câu hỏi tâm lý được các bác sĩ lâm sàng sử dụng để đánh giá mức độ nghiêm trọng của sự lo lắng của bệnh nhân. Thang được các bác sĩ lâm sàng sử dụng rộng rãi. Thang do Max Hamilton được xây dựng vào năm 1959, được sử dụng rộng rãi trên thế giới, phù hợp với đối tượng là cả người trưởng thành và trẻ em [149]. Thang đánh giá lo âu Hamilton có độ tin cậy, tính giá trị cao khi áp dụng vào thực tế lâm sàng. Theo tác giả Maier W và cộng sự, thang Hamilton có độ tin cậy và tính giá trị phù hợp với thực hành chẩn đoán và theo dõi điều trị lo âu bằng cả liệu pháp tâm lý và



liệu pháp hóa dược [150]. Arthur Kummer và cộng sự nghiên cứu năm 2010 cũng đánh giá rất cao vai trò của thang đánh giá lo âu Hamilton [151].

Thang đánh giá lo âu Hamilton đã được dịch ra tiếng Việt và sử dụng rộng rãi ở các bệnh viện chuyên khoa tâm thần và là một công cụ có giá trị dùng trong nghiên cứu, theo dõi điều trị bệnh nhân mắc rối loạn lo âu lan tỏa. Tại Viện sức khỏe tâm thần, một nghiên cứu của Trịnh Ngọc Tuân, Đặng Thanh Tùng (2005) cho biết thang Hamilton hoàn toàn có thể áp dụng tại Việt Nam để phục vụ cho việc nghiên cứu, chẩn đoán và điều trị các rối loạn lo âu, đặc biệt là rối loạn lo âu lan tỏa [152].

Trong nghiên cứu, thang đánh giá lo âu Hamilton được thực hiện bởi cán bộ tâm lý của Phòng Tâm lý lâm sàng, Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai. Thời gian để làm xong một bài trắc nghiệm khoảng 15 phút.

Cán bộ tâm lý phỏng vấn bệnh nhân 14 đề mục: 7 đề mục đo lường các triệu chứng tâm thần của lo âu: lo lắng, dễ kích thích, căng thẳng, những nỗi sợ hãi, tính dễ mệt mỏi, kém tập trung, mất ngủ; 7 đề mục đo lường các triệu chứng cơ thể: đau, triệu chứng tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, thận tiết niệu, thần kinh thực vật và các triệu chứng khác. Với mỗi mục phỏng vấn, cán bộ tâm lý cho điểm từ 0 đến 4 sao cho phù hợp nhất với trạng thái của đối tượng: 0 – không có; 1- nhẹ; 2 - trung bình; 3 - nặng; 4 - rất nặng. Điểm số của thang trắc nghiệm tâm lý từ 0 đến 56. Điểm càng cao thì mức độ lo âu càng lớn. Mức độ lo âu được tính như sau:  $\leq 17$  điểm: Lo âu nhẹ; 18 - 24: Lo âu mức trung bình;  $\geq 25$ : Lo âu nặng.

### ***Chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI)***

Chỉ số chất lượng giấc ngủ được xây dựng năm 1988 bởi Buysse và các cộng sự tại Đại học Pittsburgh. Đây là một bảng câu hỏi hỗ trợ cho các bác sĩ lâm sàng và các nhà nghiên cứu xác định có hay không rối loạn giấc ngủ. Nó sử dụng dễ dàng được dùng cho mọi người và rất phổ biến trong thực hành lâm sàng tâm thần. PSQI có độ nhạy chẩn đoán là 89,6% và độ đặc hiệu 86,5% ( $\kappa = 0,75$ ,  $p < 0,001$ ) [153].

Trong nghiên cứu, thang chất lượng giấc ngủ được thực hiện bởi cán bộ tâm lý của Phòng Tâm lý lâm sàng, Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai. Thời gian để làm xong bài trắc nghiệm khoảng 5 đến 10 phút.

Cán bộ tâm lý phỏng vấn bệnh nhân 3 phần, 9 mục đánh giá về các khía cạnh của giấc ngủ: chất lượng giấc ngủ chủ quan, độ trễ ngủ (nghĩa là phải mất bao lâu để ngủ), thời gian ngủ, hiệu quả ngủ thường xuyên (tỉ lệ thời gian nằm trên giường ngủ), rối loạn giấc ngủ, thuốc, và rối loạn chức năng ban ngày. Mỗi mục được tính điểm từ 0 đến 3. Điểm số PSQI được tính bằng tổng số điểm của 3 phần, điểm tổng thể từ 0 đến 21. Nếu điểm tổng: từ 0 – 4: không có rối loạn giấc ngủ, điểm tổng  $\geq 5$ : có rối loạn giấc ngủ

***Trắc nghiệm tâm lý Eysenck (EPI):***

Bảng câu hỏi về nhân cách Eysenck (EPI) là một bảng câu hỏi do 2 nhà tâm lý học Hans Jürgen Eysenck và Sybil BG Eysenck xây dựng vào năm 1964 [154]. Đây là một công cụ để đánh giá các đặc tính nhân cách của một người.

Trong nghiên cứu, bảng câu hỏi về nhân cách Eysenck được thực hiện bởi cán bộ tâm lý của phòng Tâm lý lâm sàng, Viện sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai. Thời gian làm xong trong 25 – 30 phút.

Cán bộ tâm lý phỏng vấn bệnh nhân với 57 câu hỏi với yêu cầu trả lời có hoặc không. Trong đó có 24 câu hỏi về tính hướng nội - hướng ngoại (nhân tố I), 24 câu hỏi về loại hình thần kinh - tính ổn định về cảm xúc (nhân tố N) và 9 câu hỏi kiểm tra độ tin cậy của các câu trả lời (L). Cán bộ tâm lý đánh dấu (+) với các câu trả lời là có và đánh dấu (-) là không. Sau đó tính điểm của các nhân tố I, N, L. Tỉ lệ điểm thứ nhất của nhân tố I đóng 1 đường thẳng vuông góc với trục hướng ngoại - hướng nội (trục được chia thành 24 điểm tính từ phải qua trái); tỉ lệ điểm thứ hai của nhân tố N đóng 1 đường thẳng vuông góc với trục ổn định - không ổn định (trục cũng được chia thành 24 điểm tính từ dưới lên trên). Điểm giao của hai đường thẳng là điểm xác định đặc điểm khí chất theo bảng phân

chia kiểu khí chất của Eysenck. Với câu trả lời kiểm tra độ tin cậy, nếu trên 5 thì bài phóng vấn không đáng tin cậy và loại bỏ bài phóng vấn [154].

***Thang đánh giá chung sự biểu hiện lâm sàng (CGI)***

Thang đánh giá chung biểu hiện lâm sàng được xây dựng bởi William Gay vào năm 1976 và được chỉnh sửa vào năm 2000 [155]. Thang do bác sĩ lâm sàng đánh giá nhằm đo lường mức độ bệnh, đáp ứng điều trị và hiệu quả của điều trị trong các nghiên cứu điều trị bệnh nhân rối loạn tâm thần.

Trong nghiên cứu, thang được bác sĩ điều trị tại Viện Sức khỏe tâm thần, bệnh viện Bạch Mai và nghiên cứu viên đánh giá tại các thời điểm điều trị T0, T1, T2, T3, T4. Thời gian làm xong thang đánh giá chung sự biểu hiện lâm sàng là 10 phút.

Bác sĩ điều trị và nghiên cứu viên đánh giá bệnh nhân ở 3 phần: mức độ bệnh tật, sự cải thiện chung, chỉ số hiệu quả. Bác sĩ điều trị và nghiên cứu viên dựa vào kinh nghiệm trên những bệnh nhân có cùng chẩn đoán để đánh giá mức độ nghiêm trọng của bệnh tại thời điểm đánh giá và cho điểm từ 1 đến 7 điểm. Các mức độ bệnh tật bao gồm: Không đánh giá được: 0 điểm, Bình thường: 1 điểm, Trạng thái ranh giới: 2 điểm, Bệnh mức độ nhẹ: 3 điểm, Bệnh mức độ trung bình: 4 điểm, Bệnh mức độ rõ rệt: 5 điểm, Bệnh mức độ nặng: 6 điểm, Bệnh mức độ rất nặng: 7 điểm.

Bác sĩ điều trị và nghiên cứu viên đánh giá mức độ cải thiện của bệnh so với tình trạng ban đầu khi bắt đầu can thiệp và cho điểm từ 1 đến 7 điểm. Các mức độ cải thiện bao gồm: Không đánh giá được: 0 điểm, Cải thiện rất nhiều: 1 điểm, Cải thiện rõ rệt: 2 điểm, Cải thiện ít: 3 điểm, Không thay đổi: 4 điểm, Bệnh nặng thêm một chút: 5 điểm, Bệnh nặng lên nhiều: 6 điểm, Bệnh tiến triển rất trầm trọng: 7 điểm.

Chỉ số hiệu quả lâm sàng là thang điểm kép gồm 4 hàng và 4 cột nhằm đánh giá sự can thiệp của điều trị và các tác dụng phụ liên quan. Bác sĩ điều trị

và nghiên cứu viên đánh giá và xác định điểm số bằng cách xác định mức độ biểu hiện của bệnh nhân ở hàng ngang và dóng xuống mức độ biểu hiện của bệnh nhân ở hàng dọc. Hàng ngang chia làm 4 mức độ tác dụng phụ sau khi can thiệp: không có tác dụng phụ, không gây trở ngại đáng kể đến sinh hoạt của bệnh nhân, gây trở ngại đáng kể đến sinh hoạt của bệnh nhân, nặng hơn cả hiệu quả điều trị. Hàng dọc chia làm 4 mức độ hiệu quả sau khi can thiệp điều trị: rõ rệt (thuyên giảm toàn bộ hoặc gần như toàn bộ các triệu chứng), trung bình (thuyên giảm 1 phần các triệu chứng), ít, không đổi hoặc nặng thêm [155].

## **2.6. CÁC BIẾN SỐ, CHỈ SỐ VÀ PHƯƠNG PHÁP THU THẬP**

### **Biến số nền về đối tượng nghiên cứu**

Các biến số nền bao gồm: tuổi, giới, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, nơi sống, dân tộc.

<b>STT</b>	<b>Biến số nghiên cứu</b>	<b>Định nghĩa</b>	<b>PP thu thập thông tin</b>
1	Tuổi	Tuổi tại thời điểm nghiên cứu	Thăm khám, hỏi bệnh nhân theo mẫu bệnh án nghiên cứu
2	Giới tính	Giới tính của bệnh nhân nghiên cứu	
3	Trình độ học vấn	Trình độ học vấn của bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu	
4	Tình trạng hôn nhân	Tình trạng hôn nhân của bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu	
5	Nghề nghiệp	Nghề nghiệp của bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu	
6	Nơi sống	Nơi sống của bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu	
7	Dân tộc	Dân tộc tại thời điểm nghiên cứu	

***Biến số, chỉ số theo mục tiêu 1***

*Biến số phụ thuộc:* triệu chứng khởi phát, mức độ lo âu, nội dung lo âu tính chất xuất hiện, tần suất xuất hiện, thời gian tồn tại, thời điểm triệu chứng lo âu nặng lên, triệu chứng đi kèm theo, cận lâm sàng tại thời điểm T0.

*Biến số độc lập:* các chuyên khoa đã khám, số lần vào viện, thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên, thời gian toàn phát, sang chấn tâm lý, các vấn đề đi kèm tại thời điểm T0.

<b>TT</b>	<b>Biến số nghiên cứu</b>	<b>Định nghĩa</b>	<b>PP thu thập thông tin</b>
1	Các chuyên khoa đã khám	Chuyên khoa bệnh nhân đã khám trước khi vào Viện sức khỏe Tâm thần, Bạch Mai	Nghiên cứu viên thăm khám, hỏi bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu
2	Triệu chứng khởi phát	Triệu chứng xuất hiện đầu tiên	
3	Số lần vào viện	Số lần khám và điều trị tại chuyên Khoa tâm thần	
4	Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên	Thời gian tính từ lúc xuất hiện triệu chứng đầu tiên cho đến khi vào chuyên khoa Tâm thần điều trị	
5	Thời gian toàn phát	Thời gian tính từ lúc xuất hiện toàn bộ triệu chứng cho đến khi vào chuyên khoa Tâm thần điều trị	
6	Sang chấn tâm lý	Các sự kiện, biến cố làm bệnh nhân căng thẳng, lo nghĩ.	
7	Các vấn đề đi kèm	Bệnh lý và sử dụng chất kết hợp.	

8	Mức độ lo âu	Mức độ lo âu theo thang HAM-A.	
9	Nội dung lo âu	Các vấn đề bệnh nhân lo lắng.	
10	Tính chất xuất hiện	Sự xuất hiện triệu chứng lo âu theo cơn hoặc liên tục hoặc dao động.	
11	Triệu chứng RLLALT	Các triệu chứng tại thời điểm bn vào viện (T0)	
12	Tần suất xuất hiện	Số lần xuất hiện triệu chứng lo âu trong tuần	
13	Thời điểm triệu chứng lo âu nặng lên	Thời điểm mức độ triệu chứng lo âu nặng lên so với các thời điểm khác	
14	Triệu chứng đi kèm	22 triệu chứng đi kèm theo triệu chứng lo âu	
15	Thời gian tồn tại	Thời gian tồn tại ngắn nhất và dài nhất của triệu chứng lo âu	Bệnh nhân đo theo giờ quốc tế (UTC)
16	Cận lâm sàng	Trắc nghiệm tâm lý tại thời điểm bệnh nhân vào viện HAM-A, CGI, Eysenck.	Cán bộ tâm lý phỏng vấn

***Biến số, chỉ số theo mục tiêu 2***

*Biến số phụ thuộc:* mức độ lo âu, chất xuất hiện triệu chứng lo âu, tần suất xuất hiện, các triệu chứng kèm theo, cận lâm sàng tại các thời điểm T0, T2, T4

*Biến độc lập:* sang chấn tâm lý (T0), tự đánh giá về liệu pháp thư giãn – luyện tập (T4).

<b>TT</b>	<b>Biến số nghiên cứu</b>	<b>Định nghĩa</b>	<b>PP thu thập thông tin</b>
1	Mức độ lo âu	Mức độ lo âu theo thang HAM-A tại các thời điểm điều trị T0, T2, T4	Nghiên cứu viên thăm khám, hỏi bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu
2	Tính chất xuất hiện	Sự xuất hiện triệu chứng lo âu theo cơn hoặc liên tục hoặc dao động tại các thời điểm điều trị T0, T2, T4	
3	Tần suất xuất hiện	Số lần xuất hiện triệu chứng lo âu trong tuần tại các thời điểm điều trị T0, T2, T4	
4	Triệu chứng đi kèm	22 triệu chứng đi kèm theo triệu chứng lo âu tại các thời điểm điều trị T0, T2, T4	
5	Tự đánh giá về liệu pháp thư giãn – luyện tập	Đánh giá của bệnh nhân sau khi được điều trị bằng liệu pháp thư giãn - luyện tập	
6	Sang chấn tâm lý	Các sự kiện, biến cố làm bệnh nhân căng thẳng, lo nghĩ. So sánh nhóm có sang chấn và không có sang chấn tại các thời điểm điều trị T0, T2, T4	Cán bộ tâm lý phỏng vấn
7	Cận lâm sàng	Trắc nghiệm tâm lý tại thời điểm bệnh nhân vào viện PSQI, CGI, Eysenck tại các thời điểm điều trị T0, T2, T4	
8	Thời gian tồn tại	Thời gian tồn tại ngắn nhất và dài nhất của triệu chứng lo âu tại các thời điểm điều trị T0, T2, T4	Bệnh nhân đo theo giờ quốc tế (UTC)

## 2.7. NHẬP VÀ PHÂN TÍCH SỐ LIỆU

Kiểm tra, làm sạch toàn bộ các bệnh án nghiên cứu thu thập được, loại trừ các bệnh án không đầy đủ theo các bước:

Bước 1: Mã hóa, nhập liệu: toàn bộ số liệu thu thập được mã hóa và nhập liệu bằng phần mềm EpiData 3.1.

Bước 2: Làm sạch số liệu: sau khi hoàn tất nhập liệu, các số liệu được làm sạch bằng cách xem xét lại toàn bộ và hiệu chỉnh các sai sót trong quá trình nhập liệu.

Bước 3: Xử lý và phân tích số liệu: các số liệu định lượng sau khi nhập liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm Stata 12.0.

*Với mục tiêu 1:* mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu lan tỏa

Chúng tôi áp dụng các phương pháp thống kê mô tả: tính tần số và tỉ lệ phần trăm của một số biến số. Tính trung bình, xác định giá trị min, max

*Với mục tiêu 2:* Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn lo âu lan tỏa bằng liệu pháp thư giãn luyện tập.

Chúng tôi áp dụng các phương pháp thống kê mô tả: tính tần số và tỉ lệ phần trăm của một số biến số. Tính trung bình, xác định giá trị min, max . Sử dụng các thuật toán thống kê phân tích:

Kiểm định so sánh:

Với các biến định tính: Sử dụng test so sánh khi bình phương, các so sánh có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ . Trong trường hợp giá trị mong đợi nhỏ hơn 5 sử dụng test Fisher exact.

Với các biến định lượng: xác định độ lệch chuẩn. Nếu phân bố chuẩn sử dụng sử dụng Ttest ghép cặp trước sau. Nếu phân bố không chuẩn sử dụng Wilcoxon signed - rank test ghép cặp.



## **2.8. VẤN ĐỀ ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU**

### **2.8.1. Tính tự nguyện**

Những đối tượng tham gia nghiên cứu được đảm bảo là hoàn toàn tự nguyện không có tác động từ bên ngoài hay bất cứ sự ép buộc nào từ phía nhóm nghiên cứu. Bệnh nhân được giải thích kỹ về việc chỉ điều trị bằng liệu pháp thư giãn luyện tập mà không dùng thêm thuốc điều trị RLLALT.

Các đối tượng nghiên cứu được quyền bỏ cuộc hoặc rút khỏi nghiên cứu.

### **2.8.2. Tính bảo mật**

Các thông tin thu thập được đảm bảo về tính chính xác, không bị sửa chữa, không phục vụ cho bất kỳ mục đích khác ngoài mục đích nghiên cứu. Danh tính của người tham gia nghiên cứu được bảo mật.

### **2.8.3. Tính minh bạch**

Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích cặn kẽ, cụ thể về mục đích, nội dung nghiên cứu cũng như những lợi ích và nguy cơ có thể xảy ra khi tham gia nghiên cứu.

Tất cả các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu nêu ra được thực hiện về đạo đức và thực hành.

### **2.8.4. Đạo đức của nhà nghiên cứu**

Mọi sự từ chối trả lời đều được chấp nhận mà không ảnh hưởng tới đối tượng.

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được sự đồng ý của Hội đồng chấm đề cương nghiên cứu sinh và của Trường Đại học Y Hà Nội.

## **2.9. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU, SAI SỐ VÀ BIỆN PHÁP KHẮC PHỤC**

### **2.9.1. Hạn chế của nghiên cứu**

Hạn chế lớn nhất của nghiên cứu là không có nhóm chứng

Liệu pháp thư giãn – luyện tập là liệu pháp tâm lý chỉ được thực hiện tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai nên không đại diện cho liệu pháp Tâm lý khác đang được sử dụng trong nước.

### **2.9.2. Sai số**

Sai số có thể gặp do nhớ lại, cung cấp đầy đủ và chính xác thông tin.

Sai lệch thông tin trong nghiên cứu này có thể xảy ra vì những biến số về triệu chứng, các trắc nghiệm tâm lý không thể đo lường chính xác như xét nghiệm máu hay hình ảnh cộng hưởng từ được mà chỉ dựa vào khám xét, đánh giá của bác sĩ, cử nhân tâm lý.

Sai số có thể do nhập liệu không chính xác

### **2.9.3. Biện pháp khắc phục**

Khắc phục hạn chế không có nhóm chứng nên chúng tôi chia nhiều thời điểm để đánh giá.

Khắc phục sai số do nhớ lại, chúng tôi khám, phỏng vấn nhiều lần. Cố gắng ghi chép, khám xác định đúng các triệu chứng. Tạo không khí thoải mái để đối tượng trả lời đầy đủ và chính xác. Tác giả trực tiếp là nghiên cứu viên trong suốt quá trình nghiên cứu, thu thập số liệu. Hướng dẫn và giải thích đầy đủ về các câu hỏi trong các trắc nghiệm tâm lý.

Khắc phục sai số do nhập liệu không chính xác, chúng tôi kiểm tra lại bộ số liệu trước và sau khi nhập liệu.

### Chương 3

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

*Bảng 3.1. Phân bố tuổi bệnh nhân nghiên cứu (n=170)*

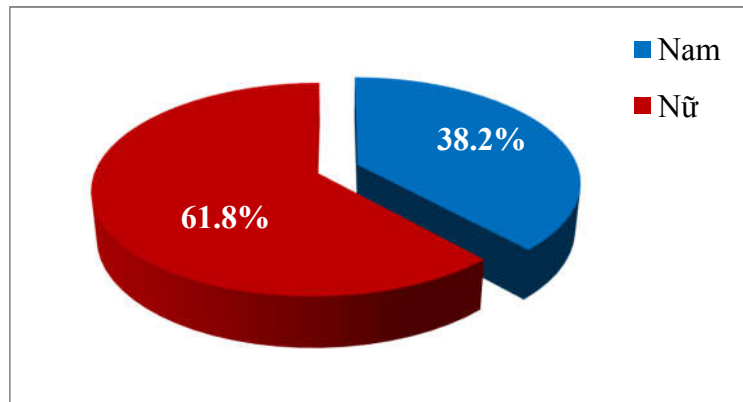
Tuổi	Nam (n=65)		Nữ (n=105)		Chung (n=170)	
	SL	%	SL	%	SL	%
18 - 25	7	10,8	7	6,7	14	8,2
26 - 35	22	<b>33,8</b>	20	19,0	42	<b>24,7</b>
36 - 45	16	24,6	26	24,8	42	<b>24,7</b>
46 - 55	7	10,8	30	<b>28,5</b>	37	21,8
56 - 65	11	16,9	17	16,2	28	16,5
> 65	2	3,1	5	4,8	7	4,1
$\bar{X} \pm SD$	40,4 ± 14,3		44,8 ± 12,8		43,2 ± 13,6	

**Nhận xét:**

Nhóm bệnh nhân 26 – 35 tuổi và nhóm 36 - 45 tuổi cùng chiếm tỷ lệ cao nhất: 24,7% (42/170 bệnh nhân). Nhóm bệnh nhân trên 65 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 4,1% (7/170 bệnh nhân).

Nhóm tuổi 26 - 35 chiếm tỉ lệ cao nhất trong nhóm nam giới (33,8%; 22/65 bệnh nhân). Tỉ lệ nhóm tuổi cao nhất ở nữ là 46-55 tuổi (28,5%; 30/105 bệnh nhân). Nhóm tuổi trên 65 đều chiếm tỉ lệ thấp nhất ở cả nam và nữ.

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 43,2 ± 13,6 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm nam là 40,4 ± 14,3 tuổi, trẻ hơn nhóm nữ 4 tuổi (nhóm nữ có tuổi trung bình là 44,8 ± 12,8 tuổi).



**Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính (n=170)**

**Nhận xét:**

Đa phần bệnh nhân là nữ giới với 61,8% (105/170 bệnh nhân); tỉ lệ nam giới là 37,4% (65 bệnh nhân). Tỉ lệ nữ/ nam xấp xỉ 2/1.

**Bảng 3.2. Phân bố trình độ học vấn của bệnh nhân (n=170)**

Trình độ học vấn	Nam (n=65)		Nữ (n=105)		Chung (n=170)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tiểu học	7	10,8	18	17,1	25	14,7
Trung học cơ sở	13	20,0	34	<b>32,4</b>	47	<b>27,7</b>
Trung học phổ thông	19	29,2	21	20,0	40	23,5
Trung cấp, cao đẳng	2	3,1	11	10,5	13	7,6
Đại học	21	<b>32,3</b>	21	20,0	42	24,7
Sau đại học	3	4,6	0	0,0	3	1,8
<b>Tổng</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>	<b>170</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:**

Trình độ học vấn trung học cơ sở chiếm tỉ lệ cao nhất trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu (27,7%). Sau đó là trình độ đại học (24,7%) và trung học phổ thông (23,5%).

Phân bố trình độ học vấn trong nhóm nam và nữ khác nhau. Nhóm bệnh nhân nam giới trình độ đại học chiếm tỉ lệ cao nhất (32,3%); trong khi tỷ lệ bệnh nhân nữ có trình độ học vấn trung học cơ sở cao nhất (32,4%).

**Bảng 3.3. Phân bố tình trạng hôn nhân của bệnh nhân (n=170)**

Tình trạng hôn nhân	Nam (n=65)		Nữ (n=105)		Chung (n=170)	
	<i>SL</i>	%	<i>SL</i>	%	<i>SL</i>	%
Chưa kết hôn	13	20,0	7	6,7	20	11,8
Đã kết hôn	52	<b>80,0</b>	93	<b>88,5</b>	145	<b>85,2</b>
Ly thân, ly dị	0	0,0	3	2,9	3	1,8
Góa	0	0,0	2	1,9	2	1,2
<b>Tổng</b>	65	100	105	100	170	100

**Nhận xét:**

Hầu hết bệnh nhân nghiên cứu có tình trạng hôn nhân là đã kết hôn (85,2%). Nhóm ly thân, ly dị và góa chiếm tỉ lệ thấp (1,8% và 1,2%)

Sự phân bố tình trạng hôn nhân ở nam và nữ tương đồng; cao nhất là nhóm đã kết hôn cao nhất 80,0% ở nam và 88,5% ở nữ. Ở nam giới, RLLALT không gặp ly thân, ly dị và góa. Ở nữ giới, gặp ít ly thân, ly dị và góa nhất (2,9% và 1,9%).

**Bảng 3.4. Phân bố nghề nghiệp của bệnh nhân (n=170)**

Nghề nghiệp	Nam (n=65)		Nữ (n=105)		Chung (n=170)	
	<i>SL</i>	%	<i>SL</i>	%	<i>SL</i>	%
Lao động trí óc	17	26,2	24	22,8	41	<b>24,3</b>
Nông dân	7	10,7	26	24,8	33	19,3
Công nhân	4	6,2	5	4,8	9	5,3
Kinh doanh	4	6,2	7	6,7	11	6,5
Nội trợ	1	1,5	30	<b>28,5</b>	31	18,2
Hưu trí	6	9,2	7	6,7	13	7,6
Lao động tự do	26	<b>40,0</b>	6	5,7	32	18,8
<b>Tổng</b>	65	100,0	105	100,0	170	100,0

**Nhận xét:**

Nghề nghiệp bệnh nhân chủ yếu là lao động trí óc (24,3%); nội trợ (18,2%) và lao động tự do (18,8%).

Sự phân bố nghề nghiệp ở nam và nữ khác nhau. Ở bệnh nhân nam, lao động tự do chiếm tỉ lệ cao nhất (40,0%), sau đó là lao động trí óc (26,2%). Tuy nhiên, ở bệnh nhân nữ, nội trợ chiếm tỉ lệ cao nhất (28,5%).

**Bảng 3.5. Phân bố nơi sống, dân tộc của bệnh nhân (n=170)**

Phân bố nơi sống, dân tộc		Nam (n=65)		Nữ (n=105)		Chung (n=170)	
		<i>SL</i>	%	<i>SL</i>	%	<i>SL</i>	%
Nơi sống	Thành thị	39	<b>60,0</b>	57	<b>54,3</b>	96	<b>56,5</b>
	Nông thôn	22	33,8	43	40,9	65	38,2
	Miền núi	4	6,2	5	4,8	9	5,3
	<b>Tổng</b>	65	100,0	105	100,0	170	100,0
Dân tộc	Kinh	65	<b>100,0</b>	103	<b>98,1</b>	168	<b>98,8</b>
	Khác	0	0,00	2	1,9	2	1,2
	<b>Tổng</b>	65	100,0	105	100,0	170	100,0

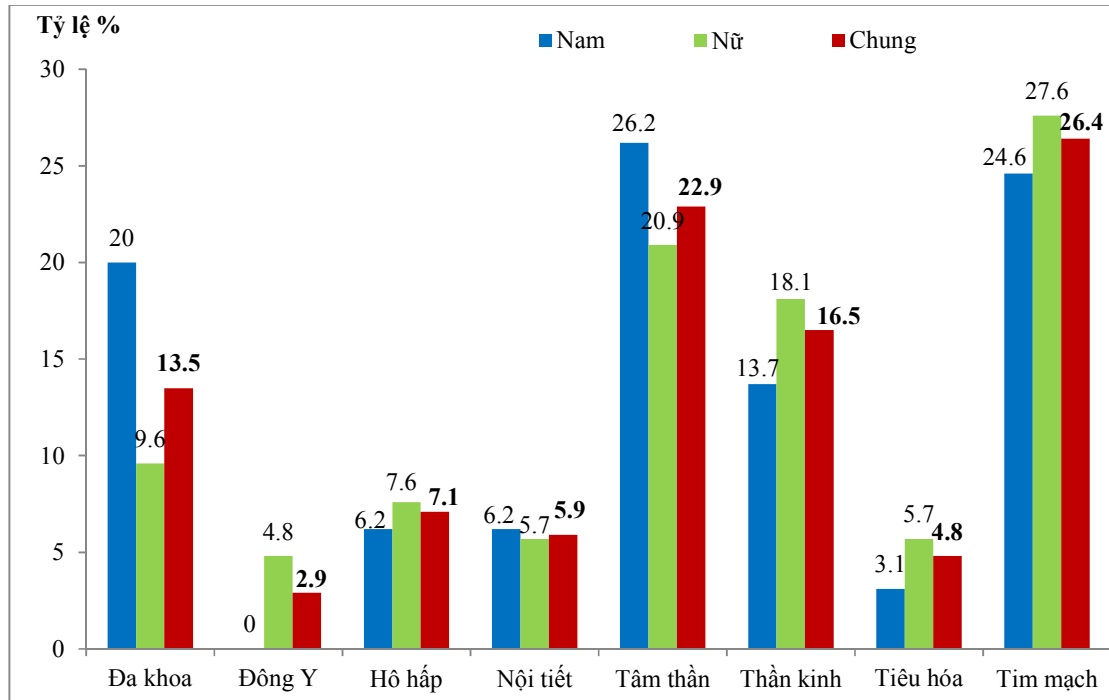
**Nhận xét:**

Bệnh nhân sống ở thành thị chiếm tỉ lệ cao nhất 56,5% (96/170); sau đó là nông thôn với 38,2%; tỉ lệ thấp nhất 5,3% bệnh nhân sống ở miền núi. Sự phân bố nơi sống của bệnh nhân tương đồng giữa nam và nữ.

98,9% bệnh nhân nghiên cứu là người dân tộc Kinh. Trong đó 100,0% nam giới là dân tộc Kinh, tỉ lệ này ở nữ là 98,1%.

### 3.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RLLALT

#### 3.2.1. Đặc điểm tiền sử, bệnh sử bệnh nhân nghiên cứu



**Biểu đồ 3.2. Phân bố chuyên khoa đã khám trước khi vào viện (n=170)**

#### **Nhận xét:**

Chỉ có 22,9% bệnh nhân đến khám chuyên khoa tâm thần trong lần khám đầu tiên. Còn lại bệnh nhân đến khám rải rác ở các chuyên khoa khác, chủ yếu là chuyên khoa tim mạch (26,4%) và chuyên khoa thần kinh (16,5%

Tỉ lệ bệnh nhân nam tới khám lần đầu tại khoa Tâm thần là 26,2% cao hơn tỉ lệ này ở nữ (20,9%).

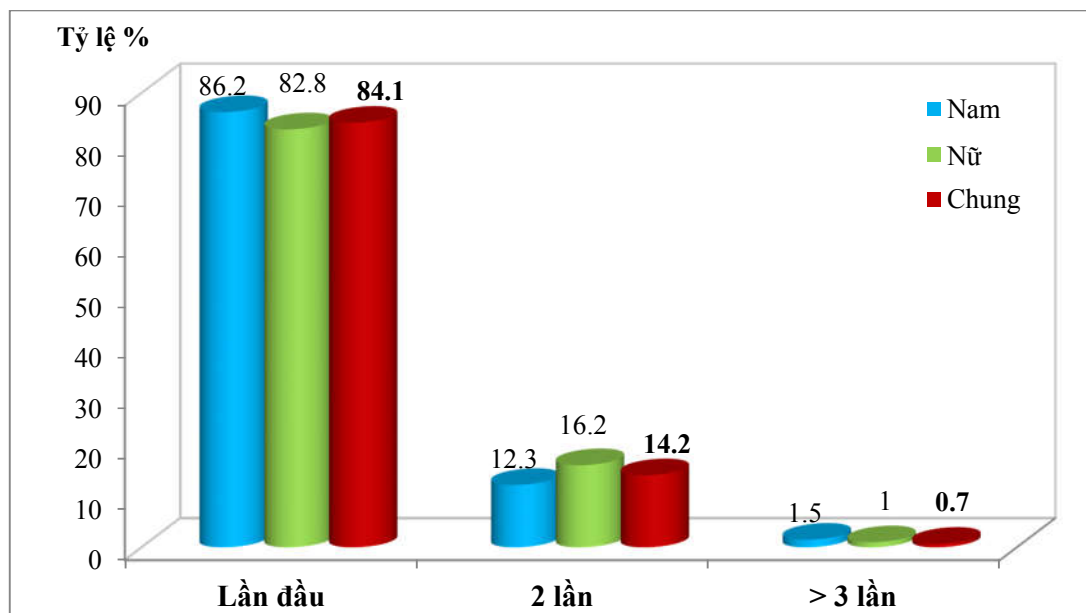


**Bảng 3.6. Đặc điểm các triệu chứng khởi phát của bệnh nhân (n=170)**

Triệu chứng khởi phát	Nam (n=65)		Nữ (n=105)		Chung (n=170)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Hồi hộp/ Tim đập mạnh/ nhanh	34	<b>52,3</b>	34	<b>32,4</b>	68	<b>40</b>
Bồn chồn	23	35,4	37	35,2	60	<b>35,3</b>
Căng thẳng tâm thần	9	13,8	20	19,0	20	<b>11,8</b>
Ngủ kém	10	15,4	18	17,1	28	<b>16,2</b>

**Nhận xét:**

Các triệu chứng khởi phát thường gặp của bệnh nhân nghiên cứu là: Hồi hộp/ Tim đập mạnh/ nhanh (40%); sau đó là triệu chứng bồn chồn (35,3%); khó ngủ vì lo lắng (16,5%); chóng mặt / không vững/ngất xỉu (12,9%); căng thẳng tâm thần (11,8%); buồn nôn / khó chịu ở bụng (11,2%). Sự phân bố các triệu chứng khởi phát thường gặp ở nam và nữ khá tương đồng.

**Biểu đồ 3.3. Số lần khám chuyên khoa tâm thần của bệnh nhân (n=170)**

**Nhận xét:**

Hầu hết là các bệnh nhân mắc bệnh lần đầu tiên chiếm tỉ lệ 84,1%. Tỉ lệ này tương đồng giữa nam và nữ (86,2% và 82,8%). Số lần khám bệnh trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là  $1,22 \pm 0,8$  lần.

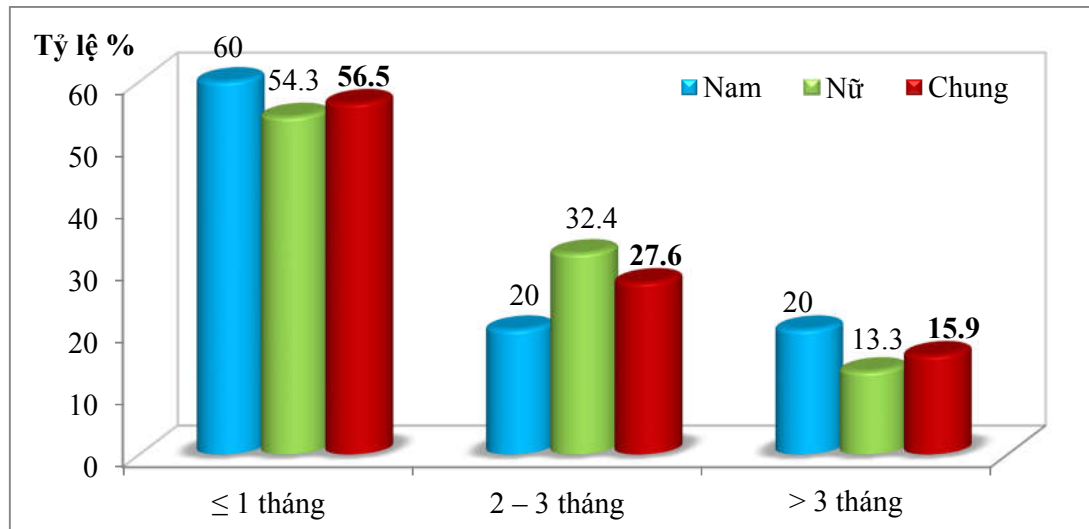
**Bảng 3.7. Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện khám, điều trị (n=170)**

Thời gian	Nam (n=65)		Nữ (n=105)		Chung (n=170)	
	SL	%	SL	%	SL	%
<12 tháng	45	69,2	62	59,0	107	<b>62,9</b>
12-24 tháng	10	15,4	24	22,9	34	20,0
>24 tháng	10	15,4	19	18,1	29	17,1
<b>Tổng</b>	65	100	105	100	170	100
$\bar{X} \pm SD$	18,18 $\pm$ 18,84		21,18 $\pm$ 21,98		20,04 $\pm$ 20,84	

**Nhận xét:**

Thời điểm xuất hiện triệu chứng đầu tiên phần lớn cách ngày vào nghiên cứu từ là dưới 12 tháng (62,9%). Sau đó là 20% từ 12 đến 24 tháng. Thời điểm trên 24 tháng cũng có nhưng chiếm tỉ lệ ít nhất 17,1%. Sự phân bố thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên cách ngày nghiên cứu ở cả nam và nữ đều chủ yếu nằm trong khoảng dưới 12 tháng (69,2% ở nam và 59,0% ở nữ).

Thời điểm xuất hiện triệu chứng đầu tiên cách ngày vào nghiên cứu trung bình là  $20,0 \pm 20,8$  tháng; thời điểm xuất hiện trung bình ở nữ là  $21,1 \pm 21,9$  tháng cao hơn thời điểm xuất hiện trung bình ở nam ( $18,1 \pm 18,8$ ).



**Biểu đồ 3.4. Đặc điểm thời gian từ khi bệnh toàn phát đến khi đến viện khám, điều trị (n=170)**

**Nhận xét:**

Phần lớn các bệnh nhân thời kỳ toàn phát dưới 1 tháng trước khi đến viện chiếm tỉ lệ 56,5%. Một số ít thời kỳ toàn phát trên 3 tháng trước khi đến viện 15,9%. Tính trung bình khoảng thời kỳ toàn phát của bệnh là  $2,0 \pm 1,6$  tháng trước khi đến viện.

**Bảng 3.8. Đặc điểm sang chấn tâm lý của bệnh nhân nghiên cứu (n=170)**

Đặc điểm sang chấn		SL	%
Sang chấn tâm lý	Không	93	54,7
	Có	77	45,3
Loại sang chấn	Cấp diễn	22	12,9
	Trường diễn	55	32,4
Chủ đề sang chấn	Gia đình	57	33,5
	Xã hội	8	4,7
	Công việc, học tập	28	16,5
	Tai nạn, bệnh tật	46	27,1
	Kinh tế	17	10,0

**Nhận xét:**

Trong 170 bệnh nhân nghiên cứu có 77 trường hợp có sang chấn tâm lý chiếm tỉ lệ 45,3% trong đó thường là sang chấn trường diễn chiếm tỉ lệ 32,4% và chủ yếu là các sang chấn tâm lý trong gia đình (33,5%). Sau đó là về chủ đề tai nạn, bệnh tật (27,1%); chiếm tỉ lệ thấp là các sang chấn tâm lý trong công việc, học tập, kinh tế và xã hội (16,5%; 10,0% và 4,7%).

**Bảng 3.9. Đặc điểm các vấn đề kết hợp của bệnh nhân nghiên cứu (n=170)**

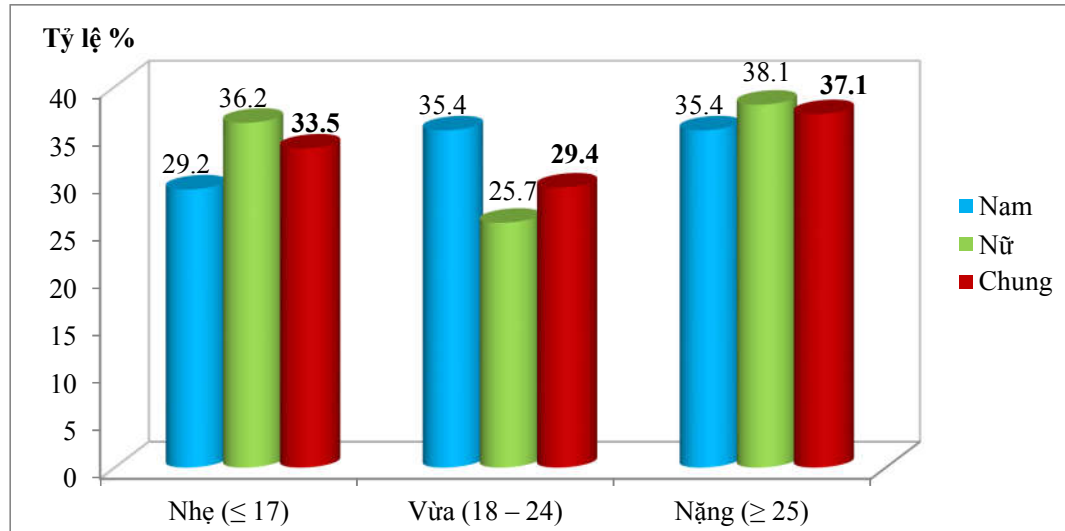
Các vấn đề kết hợp		Nam (n= 65)		Nữ (n= 105)		Chung (n= 170)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Sử dụng chất, lạm dụng chất	Không sử dụng	13	20,0	103	98,1	116	68,2
	Thuốc lá	44	67,7	2	1,9	46	27,1
	Rượu	29	44,6	2	1,9	31	18,2
Bệnh lý kết hợp	Không	60	92,3	89	84,8	145	<b>85,3</b>
	Trầm cảm	5	7,7	16	15,2	21	12,4

**Nhận xét:**

Hầu hết là các bệnh nhân không có các bệnh lý kết hợp (85,3%), tuy nhiên có 21 trường hợp bệnh nhân có trầm cảm kèm theo với tỉ lệ 12,4%. Tỉ lệ trầm cảm ở nữ cao hơn ở nam đáng kể (15,2% so với 7,7%). Các bệnh nhân nam thường sử dụng chất kết hợp là thuốc lá và rượu với tỉ lệ lần lượt là 27,1% và 18,2%. Đặc biệt có 2 trường hợp bệnh nhân nữ sử dụng rượu và thuốc lá (1,9%).

### 3.2.2. Đặc điểm lâm sàng RLLALT theo ICD 10

#### 3.2.2.1. Đặc điểm lâm sàng triệu chứng lo âu của bệnh nhân RLLALT



**Biểu đồ 3.5. Đặc điểm mức độ lo âu theo HAM – A (n=170)**

#### **Nhận xét:**

Theo HAM-A, mức độ nặng chiếm tỉ lệ cao 37,1%. Tỉ lệ nữ có mức độ lo âu nặng là 38,1% cao hơn mức độ lo âu này ở nam (35,4%). Tiếp đến là mức độ nhẹ với tỉ lệ 33,5%. Ít gặp nhất là mức độ vừa.

**Bảng 3.10. Chủ đề lo âu thường gặp trong nhóm nghiên cứu**

Chủ đề lo âu	Nam (n=65)		Nữ (n=105)		Chung (n=170)	
	SL	%	SL	SL	%	SL
Gia đình	52	80,0	83	79,1	135	<b>79,4</b>
Xã hội	28	43,1	38	58,5	65	38,2
Công việc, học tập	48	73,8	60	57,1	108	63,5
Tai nạn, bệnh tật	47	72,3	76	72,4	123	72,4
Kinh tế	32	49,2	47	44,8	79	46,5

#### **Nhận xét:**

Trong nghiên cứu, phần lớn các lo âu là chủ đề gia đình (79,4%) và tai nạn bệnh tật (72,46%). Ít gặp nhất là chủ đề về xã hội (38,2%).

**Bảng 3.11. Số chủ đề lo âu từ khi khởi phát đến lúc vào viện**

Số chủ đề lo âu	Nam (n=65)		Nữ (n=105)		Chung (n=170)	
	SL	%	SL	SL	%	SL
2 chủ đề	16	24,6	34	32,4	50	29,4
3 chủ đề	23	35,4	45	42,9	68	40
4 chủ đề	25	38,5	24	22,8	49	28,8
5 chủ đề	1	1,5	2	1,9	3	1,8
<b>Tổng</b>	<b>65</b>	<b>100</b>	<b>105</b>	<b>100</b>	<b>170</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:**

Thường gặp nhất là bệnh nhân có 3 chủ đề lo âu (40%), tiếp đó đến 2 chủ đề lo âu và 4 chủ đề lo âu. Bệnh nhân có 5 chủ đề lo âu ít gặp nhất chiếm tỉ lệ 1,8%. Bệnh nhân có 4 chủ đề lo âu gặp nhiều ở nam giới hơn là nữ giới.

**Bảng 3.12. Đặc điểm tần suất xuất hiện lo âu của bệnh nhân (n=170)**

Đặc điểm		( $\bar{X} \pm SD$ )	Min	Max
Tần suất xuất hiện		5,4 ± 2,6	1	14
Tồn tại	Ngắn	21,6 ± 9,1	1	60
	Dài	31,3 ± 14,0	5	120

**Nhận xét:**

Tần suất xuất hiện lo âu trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 5,4 ± 2,6 lần/tuần, thấp nhất là 1 lần/tuần; cao nhất là 14 lần/tuần.

Thời gian tồn tại ngắn nhất của triệu chứng lo âu trung bình là 21,6 ± 9,1 phút và thời gian tồn tại dài nhất của triệu chứng lo âu trung bình của bệnh nhân là 31,3 ± 14,0 phút.

**Bảng 3.13. Thời điểm triệu chứng lo âu nặng lên (n=170)**

Thời điểm triệu chứng lo âu nặng lên	Nam (n=65)		Nữ (n=105)		Chung (n=170)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Chiều	22	33,8	23	21,9	45	26,5
Tối	39	60,0	77	73,3	116	68,2
Bất kỳ	4	6,2	5	4,8	9	5,3
<b>Tổng</b>	<b>65</b>	<b>100</b>	<b>105</b>	<b>100</b>	<b>170</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:**

Thời điểm triệu chứng lo âu nặng lên hầu hết là vào tối (68,2%); thời điểm triệu chứng lo âu nặng lên nhiều nhất tương tự ở nam và nữ đều vào buổi tối (60,0% và 73,3%). Không có bệnh nhân nào triệu chứng lo âu nặng lên vào sáng và trưa.

**3.2.2.2. Đặc điểm lâm sàng triệu chứng khác của bệnh nhân RLLALT****Bảng 3.14. Đặc điểm số lượng triệu chứng khác của bệnh nhân (n=99)**

Số lượng triệu chứng khác	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max
Triệu chứng mục 1 – 4	2,5 ± 1,0	1	4
Tổng số triệu chứng	8,6 ± 3,2	3	18
Số triệu chứng từ mục 5 - 22	11,2 ± 3,7	4	22

**Nhận xét:**

Số triệu chứng trung bình của bệnh nhân nghiên cứu ở nhóm triệu chứng kích thích thần kinh thực vật (mục 1 - 4) là 2,5 ± 1,0 triệu chứng. Ít nhất là 1 triệu chứng và nhiều nhất là cả 4 triệu chứng. Nhóm triệu chứng từ mục 5 đến 22 có số triệu chứng trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 11,2 ± 3,7 triệu chứng. Tính tổng 22 triệu chứng của bệnh nhân thì số triệu chứng trung bình là 8,6 ± 3,2 triệu chứng.

**Bảng 3.15. Đặc điểm triệu chứng cơ thể của bệnh nhân (n=170)**

Triệu chứng khác		Nam (n=65)		Nữ (n=105)		Chung (n=170)	
		SL	%	SL	%	SL	%
		Triệu chứng	Hồi hộp/ Tim đập mạnh/ nhanh	55	84,6	97	92,3
kích thích	Vã mồ hôi	44	67,6	63	60,0	107	<b>62,9</b>
thần kinh	Run	36	55,3	64	60,9	100	58,8
thực vật	Khô miệng	19	29,2	50	47,6	69	40,5
Triệu chứng	Khó thở	37	56,9	67	63,8	104	<b>61,1</b>
liên quan	Cảm giác nghẹn	13	20,0	32	30,4	45	26,4
đến vùng	Đau/khó chịu ngực	20	30,7	41	39,1	61	35,8
ngực, bụng	Buồn nôn / khó chịu ở bụng	30	46,1	63	60,0	93	54,7
Triệu chứng	Cơn nóng / lạnh	30	46,1	64	60,9	94	55,2
toàn thân	Cảm giác tê cứng/kim châm	24	36,9	48	45,7	72	42,3

**Nhận xét:**

Các triệu chứng cơ thể thường gặp nhất của bệnh nhân nghiên cứu là: hồi hộp/ tim đập mạnh/ nhanh (89,4%); vã mồ hôi (62,9%), khó thở (61,1%), run (55,8%) và cơn nóng / lạnh (55,2%). Ít gặp nhất là triệu chứng cảm giác nghẹn (26,4%). Các triệu chứng cơ thể của RLLALT xuất hiện tương đồng cả hai giới.



**Bảng 3.16. Đặc điểm triệu chứng tâm thần của bệnh nhân (n=170)**

Triệu chứng khác		Nam (n=65)		Nữ (n=105)		Chung (n=170)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Triệu chứng liên quan đến trạng thái tâm thần	Chóng mặt / không vững/ ngất xỉu	36	55,3	75	71,4	111	65,2
	Tri giác sai thực tại	2	3,1	2	1,9	4	2,3
	Sợ mất kiểm chế	17	26,1	26	24,7	43	25,2
	Sợ bị chết	25	38,4	20	19,1	45	26,4
Triệu chứng căng thẳng	Căng cơ/đau đớn	27	41,5	28	26,6	55	32,3
	Bồn chồn	61	93,8	98	93,3	159	<b>93,5</b>
	Căng thẳng tâm thần	45	69,2	77	73,3	122	<b>71,7</b>
	Cảm giác khối trong họng	4	6,1	14	13,3	18	10,5
Triệu chứng không đặc hiệu khác	Dễ giật mình	34	52,3	53	50,4	87	51,1
	Khó tập trung	40	61,5	59	56,1	99	58,2
	Cáu kinh dai dẳng	29	44,6	38	36,1	67	39,4
	Khó ngủ vì lo lắng	64	98,4	101	96,1	165	<b>97,0</b>

**Nhận xét:**

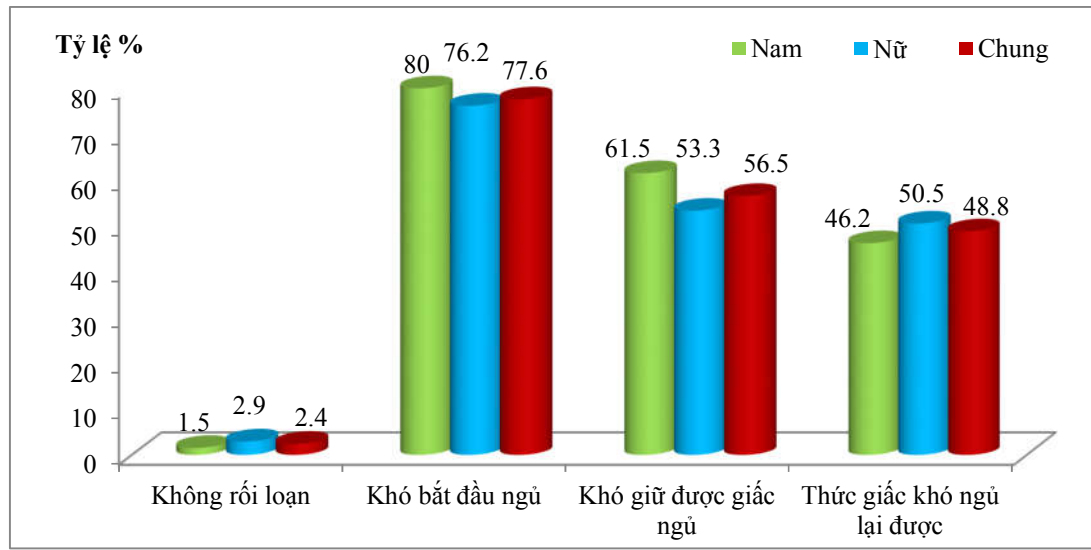
Các triệu chứng tâm thần của RLLALT thường gặp nhất là triệu chứng khó ngủ vì lo lắng (97,0%), chứng bồn chồn (93,5%) và triệu chứng căng thẳng tâm thần (71,7%). Tỷ lệ các triệu chứng này ở nữ giới và nam giới khá tương đồng. Hiếm gặp nhất trong nhóm này là triệu chứng tri giác sai thực tại (2,3%). Có 2 trường hợp ở nam và 2 trường hợp ở nữ có triệu chứng tri giác sai thực tại với tỉ lệ lần lượt là 3,1% và 1,9%.

**Bảng 3.17. Đặc điểm sự kết hợp các triệu chứng trong nhóm thần kinh thực vật (n=170)**

Sự kết hợp các triệu chứng trong nhóm thần kinh thực vật	Nam (n=65)		Nữ (n=105)		Chung (n=170)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Hồi hộp + vã mồ hôi	37	56,9	67	63,8	104	<b>61,2</b>
Hồi hộp + run	13	20,0	32	30,5	45	26,5
Hồi hộp + khô miệng	20	30,8	41	39,0	61	35,9
Hồi hộp + vã mồ hôi + run	30	46,2	63	60,0	93	54,7
Hồi hộp + vã mồ hôi + khô miệng	36	55,4	75	71,4	111	<b>65,3</b>
Vã mồ hôi + run + khô miệng	2	3,1	2	1,9	4	2,4
Run + khô miệng + hồi hộp	17	26,2	26	24,8	43	25,3
Hồi hộp + vã mồ hôi + run + khô miệng	25	38,5	20	19,0	45	26,5

**Nhận xét:**

Bệnh nhân RLLALT có sự kết hợp của 3 triệu chứng trong nhóm triệu chứng thần kinh thực vật gặp nhiều hơn bệnh nhân có sự kết hợp của 2 và 4 triệu chứng. Trong đó tỉ lệ của hồi hộp + vã mồ hôi + khô miệng là cao nhất 59,6%. Tỉ lệ ít gặp nhất là sự kết hợp của 4 triệu chứng hồi hộp + vã mồ hôi + run + khô miệng (26,5%). Tỉ lệ kết hợp 2, 3, 4 triệu chứng gặp đồng đều ở nam giới và nữ giới.



**Biểu đồ 3.6. Đặc điểm giấc ngủ của bệnh nhân theo giới (n=170)**

**Nhận xét:**

Chỉ có 4 trường hợp không có rối loạn giấc ngủ còn lại hầu hết bệnh nhân đều rối loạn giấc ngủ. Trong đó, phần lớn là rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân RLLALT có đặc điểm khó bắt đầu ngủ chiếm tỉ lệ 77,6%. Đây cũng là đặc điểm gặp nhiều nhất ở cả bệnh nhân nam (80,0%) và nữ (76,2%).

**Bảng 3.18. Đặc điểm loại hình thần kinh và tính cách của bệnh nhân nghiên cứu (n=158)**

Đặc điểm nhân cách	Ổn định		Không ổn định		p
	SL	%	SL	%	
Hướng nội	1	0,6	122	77,2	p < 0,001
Hướng ngoại	18	11,2	17	10,8	

**Nhận xét:**

Có 158 bệnh nhân trong nghiên cứu có kết quả trắc nghiệm Eysenck đáng tin cậy, 12 bệnh nhân có kết quả không đáng tin cậy. Có 123 bệnh nhân có tính hướng nội và 35 bệnh nhân có tính hướng ngoại. Phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm hướng nội - không ổn định chiếm tỉ lệ 77,2%. Có mối liên quan giữa bệnh nhân có tính cách hướng nội, hướng ngoại với loại hình thần kinh ổn định và không ổn định.

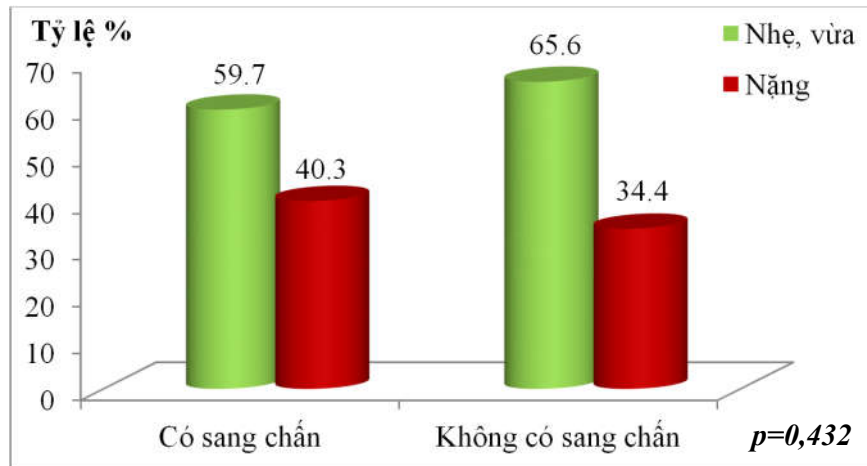
**Bảng 3.19. Đặc điểm mức độ nặng của bệnh tại thời điểm khám theo thang CGI theo giới (n=170)**

Mức độ nặng	Nam (n=65)		Nữ (n=105)		Tổng (n=170)	
	<i>SL</i>	%	<i>SL</i>	<i>SL</i>	%	<i>SL</i>
Không đánh giá được	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bình thường	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Trạng thái ranh giới	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bệnh mức độ nhẹ	1	1,5	1	1,0	2	1,2
Bệnh mức độ trung bình	6	9,2	9	8,5	15	8,8
Bệnh mức độ rõ rệt	12	18,5	32	30,5	44	25,9
Bệnh mức độ nặng	7	10,8	9	8,6	16	9,4
Bệnh mức độ rất nặng (Bệnh nhân nặng nhất)	39	60,0	54	51,4	93	54,7

**Nhận xét:**

Có tới 54,7% bệnh nhân nghiên cứu có bệnh mức độ rất nặng theo thang đánh giá điều trị CGI; rất ít bệnh nhân có mức độ bệnh nhẹ và trung bình (1,2% và 8,8%).

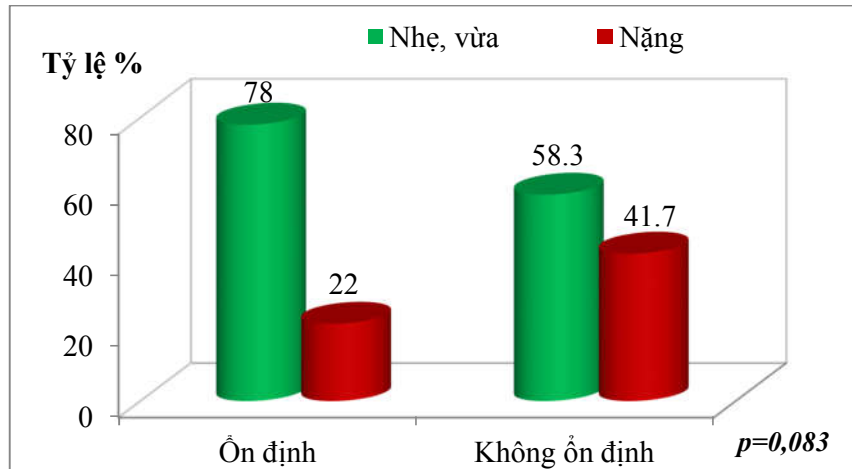
Phân bố mức độ bệnh theo thang CGI ở bệnh nhân nam và bệnh nhân nữ khá tương đồng nhau.



**Biểu đồ 3.7. Mối liên quan giữa mức độ lo âu và sang chấn tâm lý (n=170)**

**Nhận xét:**

Trong nghiên cứu bệnh nhân nặng có sang chấn tâm lý chiếm tỉ lệ cao nhất với 40,3% và bệnh nhân nặng không có sang chấn tâm lý 34,4%. Không có mối liên quan giữa mức độ nhẹ, vừa và nặng với có sang chấn tâm lý và không có sang chấn tâm lý với  $p = 0,432$ .



**Biểu đồ 3.8. Mối liên quan giữa mức độ lo âu và loại hình thần kinh (n=158)**

**Nhận xét:**

Tỉ lệ bệnh nhân mức độ lo âu nặng có loại hình thần kinh không ổn định (41,7%) cao hơn tỉ lệ bệnh nhân mức độ lo âu nặng có loại hình thần kinh ổn định (22,0%). Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm loại hình thần kinh ổn định và loại hình thần kinh không ổn định với  $p = 0,645$ .

### 3.3. HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG LIỆU PHÁP THU' GIẢN LUYỆN TẬP

#### 3.3.1. Hiệu quả điều trị triệu chứng lo âu tại các thời điểm điều trị

**Bảng 3.20. Hiệu quả điều trị mức độ triệu chứng lo âu theo thang HAM-A tại các thời điểm điều trị (n=99)**

Mức độ lo âu	T0		T2		T4		p (T0-T2)	p (T0-T4)
	SL	%	SL	%	SL	%		
Nhẹ	34	34,3	53	53,6	52	52,5	< 0,0001	0,0001
Vừa	20	20,2	24	24,2	36	36,4	0,1582	< 0,0001
Nặng	45	45,5	22	22,2	11	11,1	< 0,0001	< 0,0001

#### **Nhận xét:**

Tỉ lệ bệnh nặng có sự thuyên giảm từ 45,5% ở T0 tới thời điểm tuần thứ 2 (22,2%) và tuần thứ 4 (11,1%). Sự thuyên giảm đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Tỉ lệ bệnh nhân mức độ vừa tăng lên tại các thời điểm T2 (24,2%). So sánh sự thay đổi của triệu chứng lo âu mức độ vừa tại T0 với T2 không có sự khác biệt với  $p = 0,1582$ . T4 (36,4). Tuy nhiên, so sánh sự thay đổi tại thời điểm T0 với thời điểm T4, sự tăng lên có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ .

**Bảng 3.21. Tần suất xuất hiện và thời gian tồn tại của triệu chứng lo âu tại các thời điểm điều trị**

Tần suất và thời gian tồn tại		T0	T2	T4	p (T0-T2)	p (T0-T4)
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
Tần suất xuất hiện		5,2 ± 2,7	3,4 ± 2,6	1,3 ± 2,0	<0,0001	<0,0001
Tồn tại	Ngắn	21,9 ± 8,7	11,3 ± 8,9	5,9 ± 5,1	<0,0001	<0,0001
	Dài	32,1 ± 14,81	20,6 ± 21,6	12,1 ± 22,7	<0,0001	<0,0001

**Nhận xét:**

Tần suất xuất hiện của triệu chứng lo âu thuyên giảm tại các thời điểm điều trị T2 và T4. Sự thuyên giảm tại các thời điểm đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Có sự thuyên giảm về thời gian tồn ngắn nhất và thời gian tồn tại dài nhất của triệu chứng lo âu tại các thời điểm điều trị. So sánh sự thuyên giảm về thời gian tại thời điểm T2 và T4 với thời điểm bắt đầu điều trị T0 đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ .

**3.3.2. Hiệu quả điều trị các triệu chứng khác tại các thời điểm****Bảng 3.22. Hiệu quả điều trị các triệu chứng khác tại các thời điểm**

Số lượng triệu chứng khác	T0	T2	T4	p (T0-T2)	p (T0-T4)
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
Nhóm kích thích thần kinh thực vật	2,5 ± 1	1,7 ± 1,1	0,9 ± 1,1	< 0,0001	< 0,0001
Tổng số triệu chứng	11,8 ± 3,5	9,5 ± 3,8	5,1 ± 4,9	0,0003	< 0,0001
Số triệu chứng từ mục 5-22 theo ICD10	9,32 ± 3,0	7,8 ± 3,1	4,2 ± 3,9	< 0,0001	< 0,0001

**Nhận xét:**

Tất cả 22 triệu chứng lâm sàng nghiên cứu đều được cải thiện rõ rệt sau các tuần điều trị. Thời điểm T2 (tuần thứ 2) sau điều trị đã thu được kết quả cải thiện triệu chứng lâm sàng rõ rệt với  $p < 0,0001$ .

Cụ thể nhóm triệu chứng từ 1 - 4 (Triệu chứng kích thích thần kinh thực vật) giảm từ 2,5 ± 0,9 triệu chứng xuống 1,7 ± 1,1 triệu chứng tại thời điểm T2 và giảm tiếp còn 0,9 ± 1,1 triệu chứng tại T4 ( $p$  đều < 0,0001).

Nhóm triệu chứng từ mục 5-22 giảm từ 9,3 ± 3,1 triệu chứng (T0) xuống 7,8 ± 3,1 triệu chứng (T2) và chỉ còn 4,2 ± 3,9 triệu chứng (T4).

Tính chung 22 triệu chứng nghiên cứu thời điểm T0 là 11,8 ± 3,5 (triệu chứng) giảm xuống 9,5 ± 3,8 triệu chứng (T2) và xuống 5,1 ± 4,9 triệu chứng (T4). Sự khác biệt T2-T0 và T4-T0 có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ .

**Bảng 3.23. Hiệu quả điều trị nhóm triệu chứng kích thích thần kinh thực vật theo các thời điểm điều trị (n=99)**

Nhóm kích thích thần kinh thực vật	T0		T2		T4		p (T0-T2)	p (T0-T4)
	SL	%	SL	%	SL	%		
Hồi hộp/ Tim đập mạnh/ nhanh	88	88,9	73	73,7	43	43,4	< 0,0001	< 0,0001
Vã mồ hôi	59	59,6	36	36,3	16	16,1	< 0,0001	< 0,0001
Run	57	57,6	34	34,3	17	17,1	< 0,0001	< 0,0001
Khô miệng	38	38,4	25	25,2	16	16,2	0,0036	< 0,0001

**Nhận xét:**

4 triệu chứng hồi hộp/tim đập nhanh; vã mồ hôi; run và khô miệng trong nhóm triệu chứng kích thích thần kinh thực vật của bệnh nhân nghiên cứu đều giảm rõ rệt sau các tuần điều trị tại T2 và T4. Sự thuyên giảm triệu chứng tại thời điểm T2 và T4 so với thời điểm bắt đầu điều trị T0 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ .

**Bảng 3.24. Hiệu quả điều trị nhóm triệu chứng liên quan đến vùng ngực, bụng theo các thời điểm điều trị (n=99)**

Nhóm ngực, bụng	T0		T2		T4		p (T0-T2)	p (T0-T4)
	SL	%	SL	%	SL	%		
Khó thở	56	56,6	46	46,4	25	25,2	0,0213	< 0,0001
Cảm giác nghẹn	25	25,3	16	16,1	11	11,1	0,0187	0,0006
Đau/khó chịu ngực	37	37,4	27	27,2	14	14,1	0,0189	< 0,0001
Buồn nôn / khó chịu ở bụng	61	61,6	46	46,4	26	26,2	0,001	< 0,0001



**Nhận xét:**

Trong nhóm triệu chứng liên quan đến vùng ngực, bụng, triệu chứng buồn nôn / khó chịu ở bụng là triệu chứng thường gặp nhất. Tại thời điểm T2 triệu chứng đã giảm xuống còn 46,4%. Sự thuyên giảm có sự khác biệt với  $p = 0,001$ . Tại thời điểm T4 số triệu chứng chỉ còn 26,2%. So sánh sự thuyên giảm tại thời điểm T0 với thời điểm T4 thấy có sự khác biệt với  $p < 0,0001$ . Nhìn chung các triệu chứng thuộc nhóm triệu chứng liên quan đến ngực, bụng đều thuyên giảm ở các thời điểm điều trị T2 và T4 đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.25. Hiệu quả điều trị nhóm triệu chứng toàn thân theo các thời điểm điều trị (n=99)**

Nhóm triệu chứng toàn thân	T0		T2		T4		p (T0-T2)	p (T0-T4)
	SL	%	SL	%	SL	%		
Con nóng / lạnh	56	56,6	45	45,4	20	20,2	<b>0,0128</b>	<b>&lt;0,0001</b>
Cảm giác tê cứng / kim châm	46	46,5	30	30,3	16	16,1	<b>0,0006</b>	<b>&lt;0,0001</b>

**Nhận xét:**

Nhóm triệu chứng toàn thân là con nóng/lạnh của bệnh nhân nghiên cứu giảm nhẹ từ 56,5% giai đoạn T0 xuống 45,4% tại T2 và giảm mạnh xuống 20,2% tại T4. Sự thuyên giảm tại các thời điểm đều có sự khác biệt với  $p = 0,0128$  và  $p < 0,0001$ .

Triệu chứng cảm giác tê cứng/kim châm giảm từ 46,4% (T0) xuống 30,3% T2 ( $p < 0,0001$ ) và giảm mạnh còn 16,1% tại T4 có sự khác biệt với  $p = 0,0006$  và  $p < 0,0001$ .

**Bảng 3.26. Hiệu quả điều trị nhóm triệu chứng liên quan đến trạng thái tâm thần theo các thời điểm điều trị (n=99)**

Nhóm trạng thái tâm thần	T0		T2		T4		p (T0-T2)	p (T0-T4)
	SL	%	SL	%	SL	%		
Chóng mặt / không vững/ngất xỉu	66	66,7	48	48,4	32	32,3	<b>0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>
Tri giác sai thực tại	1	1,0	1	1,01	0	0,00	0,9999	0,1574
Sợ mất kiểm chế	31	31,3	20	20,2	10	10,1	<b>0,0086</b>	<b>&lt;0,0001</b>
Sợ bị chết	33	33,3	19	19,1	9	9,1	<b>0,0014</b>	<b>&lt;0,0001</b>

**Nhận xét:**

Nhóm triệu chứng liên quan đến trạng thái tâm thần của bệnh nhân nghiên cứu là chóng mặt/không vững/ngất xỉu; sợ mất kiểm chế và sợ bị chết đều được cải thiện giảm mạnh từ thời điểm T0 đến T2 và T4. Sự thay đổi của các triệu chứng tại thời điểm T2 và T4 so với T0 đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Riêng triệu chứng tri giác sai thực tại chỉ có 1 bệnh nhân có tại T0 và giảm xuống còn 0 bệnh nhân tại T4. Sự thay đổi của triệu chứng này tại thời điểm T2 và thời điểm T4 so với T0 không có sự khác biệt với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.27. Hiệu quả điều trị nhóm triệu chứng căng thẳng theo các thời điểm điều trị (n=99)**

Nhóm triệu chứng căng thẳng	T0		T2		T4		p (T0-T2)	p (T0-T4)
	SL	%	SL	%	SL	%		
Căng cơ/đau đớn	55	55,6	46	46,4	25	25,2	<b>0,0343</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
Bồn chồn	96	96,9	96	96,9	52	52,5	<b>0,4999</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
Căng thẳng tâm thần	78	78,8	54	54,5	33	33,3	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
Cảm giác khối trong họng	13	13,1	8	8,1	5	5,1	<b>0,0684</b>	<b>&lt; 0,0086</b>

**Nhận xét:**

Ba triệu chứng căng thẳng gồm căng cơ/đau đớn; căng thẳng tâm thần; cảm giác khối trong họng đều giảm mạnh về tỉ lệ mắc khi kết thúc điều trị có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Riêng triệu chứng bồn chồn không thay đổi tại giai đoạn T2 (96,9%) và giảm nhẹ xuống 52,5% tại T4. Không có sự khác biệt triệu chứng bồn chồn tại thời điểm T0 với thời điểm T2 với  $p = 0,4999$ . Tuy nhiên, sự thuyên giảm tại thời điểm kết thúc điều trị so với thời điểm bắt đầu điều trị có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ .

**Bảng 3.28. Hiệu quả điều trị nhóm triệu chứng không đặc hiệu khác theo các thời điểm điều trị (n=99)**

Nhóm triệu chứng không đặc hiệu	T0		T2		T4		p (T0-T2)	p (T0-T4)
	SL	%	SL	%	SL	%		
Dễ giật mình	61	61,6	28	28,2	13	13,1	< 0,0001	< 0,0001
Khó tập trung	65	65,7	29	29,2	11	11,1	< 0,0001	< 0,0001
Cáu kỉnh dai dẳng	47	47,5	21	21,2	7	7,1	< 0,0001	< 0,0001
Khó ngủ vì lo lắng	96	96,9	96	96,9	75	75,7	0,4999	< 0,0001

**Nhận xét:**

Các triệu chứng dễ giật mình; khó tập trung; cáu kỉnh dai dẳng của bệnh nhân nghiên cứu giảm mạnh từ thời điểm bắt đầu điều trị đến thời điểm T2 và thời điểm T4. Sự thuyên giảm này đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ .

Không có sự khác biệt về triệu chứng khó ngủ ở thời điểm T0 với thời điểm T2 với  $p = 0,4999$ . Tuy nhiên có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của triệu chứng khó ngủ vì lo lắng tại thời điểm T0 với thời điểm T4 với  $p < 0,0001$ .

**Bảng 3.29. Hiệu quả cải thiện mức độ nặng của bệnh tại các thời điểm điều trị theo thang CGI (n=99)**

Mức độ bệnh theo thang CGI	T0		T2		T4		p (T0-T2)	p (T0-T4)
	SL	%	SL	%	SL	%		
Không đánh giá được	-	-	-	-	-	-	-	-
Bình thường	-	-	-	-	-	-	-	-
Trạng thái ranh giới	-	-	-	-	-	-	-	-
Bệnh mức độ nhẹ	0	0,00	17	17,1	59	59,6	<b>&lt;0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>
Bệnh mức độ trung bình, rõ rệt, nặng	47	47,4	69	69,7	31	31,3	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0006</b>
Bệnh mức độ nặng, rất nặng	52	52,5	13	13,1	9	9,1	<b>&lt;0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>

**Nhận xét:**

Sự cải thiện mức độ nặng của bệnh theo các thời điểm điều trị rất tốt: có 52,5% bệnh nhân mức độ bệnh nặng tại T0 giảm xuống 13,1% tại T2 có sự khác biệt với  $p < 0,0001$  và chỉ còn 9,1% bệnh nhân có mức độ bệnh nặng khi kết thúc nghiên cứu tại T4 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,0001$ ).

**Bảng 3.30. Hiệu quả cải thiện tại các thời điểm điều trị theo thang CGI**

Sự cải thiện theo CGI	T2		T4		p (T2-T4)
	SL	%	SL	%	
Không đánh giá được	-	-	-	-	-
Cải thiện rất nhiều	-	-	-	-	-
Cải thiện rõ rệt	-	-	-	-	-
Cải thiện ít	76	76,7	89	89,9	<b>0,001</b>
Không thay đổi	21	21,2	9	9,1	<b>0,0016</b>
Bệnh nặng thêm	2	2,0	1	1,0	0,2375

**Nhận xét:**

Sự cải thiện theo thang CGI, sự cải thiện ít đã tăng lên tại thời điểm kết thúc điều trị có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,001$ . Không có trường hợp bệnh nhân nào cải thiện rõ rệt và cải thiện rất nhiều.

**Bảng 3.31. Chỉ số hiệu quả tại các thời điểm theo thang CGI**

Chỉ số hiệu quả theo CGI	T2		T4		p (T2-T4)
	SL	%	SL	%	
Rõ rệt	1	1,0	41	41,4	< 0,0001
Trung bình	40	40,4	30	30,3	0,0203
Ít hoặc không đổi	58	58,5	28	28,2	< 0,0001

**Nhận xét:**

Sự thuyên giảm rệt toàn bộ triệu chứng RLLALT tại thời điểm T4 đã tăng lên 41,4% có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Sự thuyên giảm ít hoặc không đổi triệu chứng của RLLALT đã giảm tại thời điểm kết thúc điều trị là 28,2%. Sự thuyên giảm này có sự khác biệt với  $p < 0,0001$ .

**Bảng 3.32. Hiệu quả điều trị giữa nhóm bệnh nhân có sang chấn tâm lý và không có sang chấn tâm lý tại các thời điểm**

Nhóm bệnh nhân	T0	T2	T4	p (T0-T2)	p (T0-T4)
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
Có sang chấn tâm lý	11,9 ± 3,5	9,6 ± 3,5	4,60 ± 4,8	0,001	<0,0001
Không có sang chấn tâm lý	11,78 ± 3,6	9,45 ± 4,1	5,67 ± 5,1	<0,0001	<0,0001

**Nhận xét:**

Số lượng triệu chứng ở nhóm sang chấn tâm lý và nhóm không có sang chấn tâm lý đã thuyên giảm tại các thời điểm T2 và T4. Sự thuyên giảm này đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.33. So sánh hiệu quả điều trị giữa nhóm bệnh nhân có tính cách hướng nội và tính cách hướng ngoại tại các thời điểm**

Tính cách	T0	T2	T4	p	p
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	(T0-T2)	(T0-T4)
Hướng nội	12,17±3,8	10,16±3,8	5,56±5,3	<0,0001	<0,0001
Hướng ngoại	10,08±3,5	6,35±1,5	3,33±2,5	0,0032	0,0005

**Nhận xét:**

Số lượng triệu chứng ở nhóm tính cách hướng nội và nhóm tính cách hướng ngoại đã thuyên giảm tại các thời điểm T2 và T4. Sự thuyên giảm này có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.34. So sánh hiệu quả điều trị giữa nhóm bệnh nhân có loại hình thần kinh ổn định và không ổn định tại các thời điểm**

Loại hình thần kinh	T0	T2	T4	p	p
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	(T0-T2)	(T0-T4)
Ổn định	12	8 ± 1,4	0,5 ± 0,7	0,25	0,25
Không ổn định	11,9 ± 3,5	9,6 ± 3,9	5,3 ± 5,1	<0,0001	<0,0001

**Nhận xét:**

Số lượng triệu chứng ở nhóm loại hình thần kinh ổn định và nhóm loại hình thần kinh không ổn định đã thuyên giảm tại các thời điểm T2 và T4. Tuy nhiên, sự thuyên giảm của nhóm ổn định tại các thời điểm điều trị không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Còn sự thuyên giảm của loại hình thần kinh không ổn định tại các thời điểm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ .

**Bảng 3.35. So sánh hiệu quả điều trị giữa 2 giới tại các thời điểm điều trị**

Nhóm	T0	T2	T4	p	p
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	(T0-T2)	(T0-T4)
Nam	11,8 ± 3,5	9,4 ± 3,9	4,4 ± 4,6	<0,0001	<0,0001
Nữ	11,9 ± 3,6	9,6 ± 3,7	5,5 ± 5,1	<0,0001	<0,0001

**Nhận xét:**

Nam giới và nữ giới đều cho thấy, số lượng triệu chứng đã thuyên giảm tại các thời điểm T2 và T4. Sự thuyên giảm này đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ .

**Bảng 3.36. So sánh hiệu quả điều trị các nhóm tuổi tại các thời điểm điều trị**

Nhóm tuổi	T0	T2	T4	p	p
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	(T0-T2)	(T0-T4)
18 - 25	11,6 ± 4,5	7,8 ± 4,9	4,1 ± 5,4	0,0313	0,0156
26 - 35	12 ± 4,1	10,3 ± 4,0	4,7 ± 5,3	0,1509	0,0007
36 - 45	11,7 ± 3,9	9,6 ± 4,3	5,5 ± 5,5	<0,0001	<0,0001
46 - 55	11,8 ± 2,9	9,8 ± 3,2	5,5 ± 5,3	0,032	0,0033
56 - 65	11,9 ± 3,6	8,4 ± 3	5,1 ± 3,3	0,0001	0,0065
> 65	13 ± 1,4	8,7 ± 2,9	3,75 ± 2,7	0,0625	0,0625

**Nhận xét:**

Hầu hết số lượng triệu chứng ở các nhóm tuổi có sự thuyên giảm tại các thời điểm điều trị T2, T4 và sự thuyên giảm so với thời điểm T0 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, ở nhóm tuổi 26 đến 35 sự thay đổi tại thời điểm T0 và T2 không có sự khác biệt với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.37. Tự đánh giá về thư giãn**

Đánh giá về thư giãn	Nam		Nữ		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
Có hiệu quả	21	21,2	33	33,3	54	54,55
Hiệu quả ít	12	12,1	21	21,2	33	33,33
Không hiệu quả	4	4,0	8	8,0	12	12,12
<b>Tổng</b>	<b>37</b>	<b>37,3</b>	<b>62</b>	<b>62,6</b>	<b>99</b>	<b>100,00</b>

**Nhận xét**

Kết thúc điều trị tỉ lệ bệnh nhân đánh giá liệu pháp thư giãn luyện tập có hiệu quả chiếm tỉ lệ cao nhất với 54,55%. Ít gặp nhất là những bệnh nhân đánh giá liệu pháp thư giãn – luyện tập (12,12%).

**Bảng 3.38. So sánh mối liên quan giữa chỉ số hiệu quả (CGI\_T4) và sự tự đánh giá về thư giãn tại thời điểm cuối cùng của điều trị (n=92)**

Tự đánh giá	Ít hoặc không đổi		Trung bình		Rõ rệt		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Có hiệu quả	2	2,0	11	11,1	41	41,4	<0,0001
Hiệu quả ít	17	17,1	16	16,1	0	0,00	<0,0001
Không hiệu quả	9	9,0	3	3,0	0	0,00	<0,0001
<b>Tổng</b>	<b>28</b>	<b>28,2</b>	<b>30</b>	<b>30,3</b>	<b>41</b>	<b>41,4</b>	

**Nhận xét**

Có mối liên quan giữa tự đánh giá về thư giãn – luyện tập với chỉ số hiệu quả theo thang CGI với  $p < 0,05$ .



## **Chương 4**

### **BÀN LUẬN**

#### **4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU**

##### **4.1.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu**

Trong nghiên cứu, tỉ lệ mắc RLLALT dao động đáng kể giữa các độ tuổi. Người ở độ tuổi dưới 25 và độ tuổi trên 65 có nguy cơ mắc RLLALT thấp hơn nhiều so với những người ở giữa hai độ tuổi trên. Độ tuổi thường gặp nhất là 26 đến 35 và 36 đến 45. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là  $43,2 \pm 13,6$  (bảng 3.1). Nghiên cứu của Revicki (2008) trên 297 bệnh nhân tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu cũng cho kết quả tương đồng với độ tuổi trung bình là  $47,6 \pm 13,7$  [156].

Với tỉ lệ RLLALT tại các khoảng tuổi, một số nghiên cứu trên thế giới cũng cho kết quả tương tự với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu khảo sát sức khỏe Tâm thần ở Úc trên 10641 người trên 18 tuổi của Hunt và cộng sự với công cụ phỏng vấn CIDI theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD – 10 cho kết quả tỉ lệ mắc RLLALT: 18-24 tuổi (3,0%), 25-34 tuổi (3,9%), 35-44 tuổi (4,5%), 45-54 tuổi (4,9%), 55-64 tuổi (3,0%),  $\geq 65$  tuổi (1,6%) [17]. Nghiên cứu của Kessler khi khảo sát toàn quốc gia khu vực tiếp giáp Mỹ trên 9282 hộ gia đình nói tiếng Anh từ với người 18 tuổi trở lên cũng cho kết quả tương tự Hunt [157]. Mặc dù, các nghiên cứu được tiến hành ở cộng đồng cho các tỉ lệ khác với tỉ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi nhưng xu hướng chung cho thấy tỉ lệ gặp RLLALT thấp ở tuổi dưới 25 tăng cao dần và đạt tỉ lệ cao nhất cho đến tuổi 45, sau đó lại giảm dần đến 65 và thấp nhất ở tuổi trên 65. Nghiên cứu này cũng nhận ở độ tuổi 36 đến 55 RLLALT thường gặp ở nữ hơn ở nam. Rất có thể những biến động của người phụ nữ trong giai đoạn này

đã làm ảnh hưởng đến sức khỏe và nội tiết trong cơ thể dẫn đến sự suy giảm khả năng chống đỡ với các yếu tố môi trường. Người phụ nữ phải trải qua giai đoạn mang thai, sinh đẻ dẫn đến sức khỏe giảm sút so với trước. Bước sang giai đoạn 36 đến 55, người phụ nữ có nhiều chủ đề phải lo lắng hơn trong công việc, trong việc chăm sóc cho chồng, con và gia đình. Đến giai đoạn tiền mãn kinh, mãn kinh có sự rối loạn các hormon trong cơ thể. Nếu như, độ tuổi 26 đến 55 là độ tuổi có nhiều sức lao động cống hiến cho xã hội nhất thì ở độ tuổi này lại mắc RLLALT nhiều nhất. Do vậy, xác định chính xác và điều trị hiệu quả sẽ giảm thiểu gánh nặng kinh tế và bệnh tật cho gia đình và xã hội.

#### **4.1.2. Đặc điểm giới của bệnh nhân nghiên cứu**

Biểu đồ 3.1 cho thấy RLLALT phổ biến ở nữ giới với 61,8% hơn ở nam giới với 38,2%. Tỷ lệ nữ giới gấp tỷ lệ nam giới xấp xỉ 2:1 lần.

Một nghiên cứu của Wittchen và cộng sự tiến hành ở 48 tiểu bang của Mỹ, trên 8098 hộ gia đình sử dụng công cụ phỏng vấn, đánh giá là CIDI và tiêu chuẩn chẩn đoán ICD10 cho kết quả: tỷ lệ nữ mắc RLLALT là 6,6% và tỷ lệ nam là 3,6%. Tỷ lệ nữ : nam là khoảng 2:1 [18]. Nghiên cứu của chúng tôi không tiến hành ở cộng đồng mà được tiến hành tại Viện Sức khỏe Tâm thần - bệnh viện Bạch Mai nhưng cũng cho kết quả tương tự với kết quả nghiên cứu của Wittchen. Một số nghiên cứu khác ở cộng đồng cũng cho thấy RLLALT có xu hướng gặp ở nữ nhiều hơn ở nam [17],[157].

Theo Halbreich, theo thời gian xu hướng tỷ lệ nữ mắc RLLALT sẽ tăng dần lên và tỷ lệ nam giới sẽ giảm dần [158]. Trong giai đoạn trước và sau khi sinh đẻ, tức là trong giai đoạn mang thai và cho con bú, có sự thay đổi đã xảy ra trong cơ thể người phụ nữ. Một mặt, kích hoạt tăng tiết oxytocin, prolactin đảm bảo các quá trình sinh lý liên quan đến sinh sản. Mặt khác, phản ứng trước các sang chấn tâm lý có sự giảm đáng kể do giảm phản

ứng của trục dưới đồi – tuyến yên – tuyến thượng. Nghiên cứu của Inga Neumann cho thấy sự tăng giải phóng oxytocin, prolactin có thể có tác động gây lo âu [159]. Còn sự tương tác giữa oxytocin, prolactin và việc thu hồi đột ngột hormon sinh dục sau khi cắt bỏ nhau thai vẫn đang chờ được làm sáng tỏ. Như đã trình bày ở đặc điểm tuổi mắc RLLALT, sau thời kỳ sinh đẻ là thời kỳ tiền mãn kinh và thời kỳ mãn kinh cũng có sự rối loạn nội tiết dẫn đến khả năng mắc RLLALT tăng cao. Cần có thêm các nghiên cứu chính xác và chi tiết về sự thay đổi hormon dẫn đến các triệu chứng ở phụ nữ tiền mãn kinh và sau mãn kinh.

#### **4.1.3. Đặc điểm trình độ học vấn của bệnh nhân nghiên cứu**

Kết quả ở bảng 3.2 cho thấy RLLALT thường gặp nhất trong 3 nhóm trình độ học vấn khác nhau. Nhóm thường gặp nhất là nhóm trung học cơ sở với tỉ lệ 27,7%. Tiếp theo đó là nhóm có trình độ học vấn đại học với tỉ lệ 24,7%. Cuối cùng là nhóm trung học phổ thông với tỉ lệ 23,5%. Có thể nhận thấy với nhóm trung học cơ sở và nhóm trung học phổ thông có trình độ học vấn và nhận thức thấp dẫn đến ít sự hiểu biết và ít khả năng đối phó với các sang chấn tâm lý trong cuộc sống. Mặt khác, những người ở nhóm đại học có trình độ học vấn cao có khả năng nhận thức và hiểu biết hơn 2 nhóm trên nhưng RLLALT vẫn gặp nhiều ở nhóm này. Có thể lý giải cho điều này do nhóm học vấn cao hiểu biết nhiều nên suy nghĩ và phân tích nhiều hơn khi đứng trước các tình huống gây lo lắng làm tăng lo lắng, căng thẳng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Phước Bình. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phước Bình trên 90 bệnh nhân được điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần – Bạch Mai cũng nhận thấy RLLALT thường gặp ở hai nhóm trung học cơ sở và trung học phổ thông với tỉ lệ lần lượt là 30,0% và 47,0% [160].

Nghiên cứu của Carter và cộng sự tại 130 địa điểm ở Đức trên 4.181 người có độ tuổi trên 18, theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD – 10 cho thấy tỉ lệ mắc RLLALT ở nhóm trung học cơ sở 35,5%, nhóm trung học phổ thông 9,2% và nhóm đại học 14,1%. Nghiên cứu của Carter tại cộng đồng, cỡ mẫu lớn hơn cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi rất nhiều lần nhưng cũng cho kết quả tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [16].

#### **4.1.4. Đặc điểm tình trạng hôn nhân của bệnh nhân nghiên cứu**

Hầu hết nhóm RLLALT gặp ở đối tượng đã kết hôn (bảng 3.3). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả về nhóm tuổi thường gặp từ 26 đến 45, là nhóm tuổi đã lập gia đình. Khi kết hôn là gia tăng các chủ đề lo lắng hơn. Điều này có thể là làm tăng khả năng xuất hiện và duy trì RLLALT.

Nguyễn Phước Bình khi nghiên cứu trên 90 bệnh nhân điều trị nội trú tại viên sức khỏe Tâm thần cũng cho kết quả tương tự với tỉ lệ bệnh nhân RLLALT thường gặp nhất ở nhóm bệnh nhân đã kết hôn (92%) [160].

Nghiên cứu của Carter trong cộng đồng cho thấy tỉ lệ chưa kết hôn 24,9%, đã kết hôn 64,1%, ly thân ly dị 8,2% và góa 2,8%. Kết quả này có tỉ lệ khác với kết quả của chúng tôi nhưng xu hướng chung cũng tương đồng khi cho thấy tỉ lệ RLLALT gặp nhiều nhất ở những người đã kết hôn [16]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của Kessler và Wittchen lại cho kết quả không tương đồng khi cho rằng RLLALT gặp nhiều ở những đối tượng ly hôn, ly thân, góa [18], [157]. Có thể nghiên cứu của Kessler và Wittchen được tiến hành tại cộng đồng nên cỡ mẫu lớn hơn và 2 nghiên cứu đều sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM nên cho tỉ lệ khác với tỉ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi. Ngoài ra, những người ly thân, ly hôn có thể có nhiều mâu thuẫn, căng thẳng trong gia đình hơn các nhóm khác. Chưa có bằng chứng xác định tình trạng hôn nhân làm ảnh hưởng đến tỉ lệ mắc RLLALT. Cần có thêm các nghiên cứu khác để chứng minh mối liên quan giữa lo âu và tình trạng hôn nhân.

#### **4.1.5. Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu**

Bảng 3.4 cho thấy 4 nhóm có tỉ lệ mắc cao nhất là nhóm lao động trí óc 24,3%, nhóm nông dân 19,3%, nhóm lao động tự do 18,8% và nhóm nội trợ 18,2%. Trong nhóm nội trợ, RLLALT thường gặp ở nữ với tỉ lệ 28,5%. Phù hợp với 3 nhóm thường gặp trong trình độ học vấn là nhóm trung học cơ sở, trung học phổ thông và nhóm đại học. Do trình độ học vấn thấp nên công việc của nhóm nông dân, nhóm nội trợ và nhóm lao động tự do thường là những công việc chân tay. Có thể sự vất vả trong công việc, kinh tế không ổn định dẫn đến nhóm này thường xuyên lo lắng căng thẳng làm xuất hiện và duy trì RLLALT. Ở nhóm lao động trí óc công việc chủ yếu là phải suy nghĩ, áp lực trong công việc nhiều có thể là nguyên nhân dẫn đến RLLALT.

Nghiên cứu của Nguyễn Phước Bình chia nghề nghiệp làm 4 nhóm: lao động trí óc, lao động chân tay, buôn bán, học sinh - sinh viên. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm lao động chân tay là nhóm gặp nhiều nhất với tỉ lệ 68,9%. Nhóm lao động cao thứ 2 khoảng 18,9%. Kết quả nghiên cứu này khác với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Có thể, cỡ mẫu trong nghiên cứu và cách chia nhóm nghề nghiệp trong nghiên cứu của Nguyễn Phước Bình khác với nghiên cứu của chúng tôi [160].

Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của Hunt. Kết quả nghiên cứu của Hunt cũng nhận thấy tỉ lệ RLLALT gặp nhiều ở nhóm đối tượng không có việc làm và ít gặp hơn ở nhóm có việc làm [17]. Wittchen và cộng sự cũng nhận thấy tỉ lệ RLLALT gặp nhóm người nội trợ và nhóm lao động tự do [18].

#### **4.1.6. Đặc điểm địa dư và dân tộc của bệnh nhân nghiên cứu**

Kết quả nghiên cứu cho thấy RLLALT phần lớn gặp ở những người sống ở thành thị với tỉ lệ 56,5% và hầu hết là dân tộc kinh chiếm tỉ lệ 98,8% (bảng 3.5). Tỉ lệ thấp nhất 5,3% bệnh nhân sống ở miền núi. Sự phân bố nơi sống

của bệnh nhân tương đồng giữa nam và nữ. Có thể mức sống ở thành thị cao hơn mức sống ở các nơi khác khiến nhiều người phải chịu áp lực nhiều hơn về công việc, kinh tế và các chủ đề khác trong xã hội.

Nghiên cứu của Nguyễn Phước Bình chỉ nhận thấy bệnh nhân mắc RLLALT chỉ gặp ở vùng thành thị và vùng nông thôn, không thấy gặp ở vùng núi [160]. Một số nghiên cứu khác về dịch tễ tại cộng đồng đưa ra những kết quả cũng khác với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [16],[17]. Theo những nghiên cứu này thì tỉ lệ mắc RLLALT thường gặp ở vùng nông thôn và các khu vực khác hơn là vùng thành thị. Có thể nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên bệnh nhân điều trị nội trú, do đó cỡ mẫu và cách chọn mẫu chưa đại diện cho một quần thể trong cộng đồng khi phân tích về đặc điểm địa dư.

## **4.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RLLALT**

### **4.2.1. Đặc điểm tiền sử, bệnh sử bệnh nhân nghiên cứu**

#### **4.2.1.1. Chuyên khoa đã khám trước khi vào viện**

Kết quả biểu đồ 3.2 cho thấy chỉ có 22,9% các bệnh nhân đến đúng chuyên khoa tâm thần trong lần thăm khám đầu tiên. Còn lại hầu hết các bệnh nhân đến các chuyên khoa khác trước khi đến được chuyên khoa tâm thần. Ba nơi có tỉ lệ bệnh nhân đến khám nhiều nhất đó là chuyên khoa tim mạch với 26,4%, chuyên khoa thần kinh với 16,5% và đa khoa 13,5%. Điều này có thể được giải thích bởi RLLALT không những đặc trưng bởi tình trạng lo âu quá mức không kiểm soát được mà còn kèm theo nhiều triệu chứng cơ thể. Nghiên cứu của Nguyễn Phước Bình trên 90 bệnh nhân RLLALT được điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần, bệnh viên Bạch Mai cũng cho kết quả khá tương đồng. Bệnh nhân RLLALT trước khi đến khám chuyên khoa Tâm thần phần lớn đến khám tại chuyên khoa Thần kinh (64%), tiếp theo là chuyên

khoa Tim mạch (43,3%) [160]. Theo Montgomery (2010), chỉ có khoảng 13,3% bệnh nhân đi khám vì triệu chứng lo âu còn lại hầu hết bệnh nhân đi khám vì các rối loạn cơ thể khác nhau. Bệnh nhân thường đi khám vì lo lắng với các triệu chứng cơ thể hơn là đi khám vì triệu chứng lo âu [3]. Thêm vào đó các yếu tố kỳ thị và nhận thức không đầy đủ về các bệnh lý Tâm thần cũng làm cho bệnh nhân không lựa chọn chuyên khoa khám bệnh đầu tiên là chuyên khoa Tâm thần.

#### ***4.2.1.2. Đặc điểm các triệu chứng khởi phát***

Kết quả bảng 3.6 cho thấy các bệnh nhân thường có nhiều hơn 1 triệu chứng khởi phát. Các triệu chứng khởi phát đồng đều cả 2 giới. Các triệu chứng khởi phát thường gặp của bệnh nhân nghiên cứu là triệu chứng hồi hộp, tim đập mạnh/ nhanh (40%). Trong phần bệnh nguyên đã cho thấy nguyên nhân xuất hiện các triệu chứng của RLLALT là do rối loạn các chất dẫn truyền thần kinh và tăng kích hoạt thần kinh giao cảm. Sự tăng hoạt động thần kinh giao cảm làm tim đập nhanh mạnh, tăng hồi hộp trống ngực. Triệu chứng tim đập nhanh là triệu chứng được bệnh nhân cảm nhận đầu tiên và luôn lo lắng về điều đó. Sự lo lắng liên tục càng làm xuất hiện tình trạng tim đập nhanh, mạnh và hồi hộp trống ngực. Tiếp theo là các triệu chứng khởi phát khác thường gặp là triệu chứng bồn chồn (35,3%), triệu chứng rối loạn giấc ngủ (16,5%), triệu chứng chóng mặt / không vững/ngất xỉu (12,9%), triệu chứng căng thẳng tâm thần (11,8%) và triệu chứng buồn nôn / khó chịu ở bụng (13,1%). Sự phân bố các triệu chứng khởi phát thường gặp ở nam và nữ khá tương đồng. Khác với nghiên cứu của Nguyễn Phước Bình, bệnh nhân RLLALT hầu hết thường gặp là triệu chứng khó ngủ chiếm 74%, nhiều thứ 2 là triệu chứng hồi hộp tim đập nhanh chiếm 62% [160]. Có sự khác biệt này có thể là do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi nhiều hơn cỡ mẫu trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phước Bình. Tuy nhiên, nghiên cứu của

Wittchen và cộng sự lại cho tỉ lệ khá là tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Bệnh nhân đến khám với các triệu chứng cơ thể chiếm tỉ lệ 47,8%, rối loạn giấc ngủ 32,5% [4]. Hầu hết các triệu chứng khởi phát được bệnh nhân mô tả là những triệu chứng cơ năng do đó cần khám xét kĩ trên lâm sàng và tìm mối liên quan giữa mức độ lo âu và sự xuất hiện của các triệu chứng trên.

#### ***4.2.1.3. Số lần khám chuyên khoa tâm thần***

Biểu đồ 3.3 cho thấy, hầu hết là các bệnh nhân đến chuyên khoa Tâm thần khám và điều trị lần đầu tiên với tỉ lệ 84,1%. Tỉ lệ khám lần đầu tiên khá là tương đồng giữa nam và nữ (86,2% và 82,8%). Không có bệnh nhân nữ khám trên 3 lần. Khám trên 3 lần có duy nhất 1 bệnh nhân nam và 1 bệnh nhân nữ. Số lần khám bệnh trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là  $1,1 \pm 0,3$  lần. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Kroenke và cộng sự khi cho rằng trong vòng 3 tháng bệnh nhân RLLALT có trung bình 1,6 lần đến khám bệnh [161].

#### ***4.1.2.4. Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào điều trị***

Bảng 3.7 cho thấy thời điểm xuất hiện triệu chứng đầu tiên thường cách ngày vào nghiên cứu dưới 12 tháng (62,9%), sau đó là từ 12 tháng đến 24 tháng. Thời điểm trên 24 tháng cũng có nhưng chiếm tỉ lệ thấp nhất. Sự phân bố thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên cách ngày nghiên cứu ở cả nam và nữ đều chủ yếu nằm trong khoảng dưới 12 (69,2% ở nam và 59,0% ở nữ). Thời gian sớm nhất là 6 tháng. Thời gian muộn nhất là 120 tháng (10 năm). Thời điểm xuất hiện triệu chứng đầu tiên cách ngày vào nghiên cứu trung bình là  $20,0 \pm 20,8$  tháng; thời điểm xuất hiện trung bình ở nữ là  $21,1 \pm 21,9$  tháng cao hơn thời điểm xuất hiện trung bình ở nam ( $18,1 \pm 18,8$ ). Điều này có thể được giải thích là do đặc điểm lâm sàng của RLLALT gồm triệu chứng lo âu và các triệu chứng cơ thể kèm theo. Bệnh nhân thường đi khám vì các



triệu chứng cơ thể là chính ít khi đi khám vì triệu chứng lo âu. Nghiên cứu nhận thấy chỉ có 22,9% bệnh nhân đến đúng chuyên khoa tâm thần khám còn lại khám ở các chuyên khoa khác. Do đó, bệnh nhân thường có một thời gian dài vài tháng hoặc vài năm từ khi xuất hiện triệu chứng cho đến khi đến được đúng chuyên khoa Tâm thần khám và điều trị. Một lý do khác có thể là do sự hiểu biết của nhân viên y tế với các bệnh lý Tâm thần chưa đầy đủ và cho rằng các rối loạn của bệnh nhân là các rối loạn thực thể. Cũng có thể do yếu tố kỳ thị và sợ phải đến chuyên khoa tâm thần khám và điều trị. Một lý do nữa có thể kéo dài thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên cho đến khi khám tại chuyên khoa tâm thần là do vấn đề kinh tế, công việc hoặc do bệnh nhân chịu đựng tình trạng bệnh. Bệnh nhân chỉ đi khám khi xuất hiện nhiều triệu chứng và các triệu chứng ảnh hưởng chất lượng cuộc sống và công việc.

#### ***4.1.2.5. Đặc điểm thời gian từ khi bệnh toàn phát đến khi đến viện***

Phần lớn bệnh nhân RLLALT có thời gian từ khi bệnh toàn phát đến khi đến viện điều trị là dưới 1 tháng (56,5%). Nghiên cứu nhận thấy có đến 96 bệnh nhân có thời gian từ khi bệnh toàn phát cho đến khi đến viện khám và điều trị là dưới 1 tháng. Trong đó tỉ lệ bệnh nhân nam và nữ gần tương đương nhau với 60,0% và 54,3%. Ít khi gặp bệnh nhân có thời gian từ khi bệnh toàn phát cho đến khi đến viện khám và điều trị trên 3 tháng. Thời gian trung bình khoảng  $2,0 \pm 1,6$  tháng. Thời gian trung bình của nữ là  $2,1 \pm 1,7$  và của nam là  $2,0 \pm 1,6$ .

#### ***4.1.2.6. Đặc điểm sang chấn tâm lý của bệnh nhân***

Kết quả bảng 3.8 cho thấy trong 170 bệnh nhân nghiên cứu có 77 trường hợp có sang chấn tâm lý (45,3%), 93 trường hợp không có sang chấn tâm lý. Sang chấn tâm lý của nhóm bệnh nhân nghiên cứu thường gặp là sang chấn tâm lý trường diễn với 55 bệnh nhân. Sang chấn tâm lý cấp diễn ít gặp hơn với 22

bệnh nhân chiếm tỉ lệ 12,9%. Các sang chấn của bệnh nhân RLLALT phần lớn là các sang chấn trong gia đình (33,5%), tiếp đó đến các sang chấn tâm lý với chủ đề tai nạn và bệnh tật (27,1%). Ít gặp nhất là sang chấn tâm lý có chủ đề xã hội. Nghiên cứu cũng đặt ra câu hỏi liệu mức độ lo âu vừa và nặng có liên quan với sang chấn tâm lý hay không? Sử dụng thuật toán thống kê, chúng tôi nhận thấy không có mối liên quan giữa mức độ lo âu với sang chấn tâm lý với  $p = 0,432$  (Biểu đồ 3.7). Tương tự với nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của Nguyễn Phước Bình cho kết quả hầu hết sang chấn tâm lý có chủ đề xã hội (92%), sau đó đến sang chấn tâm lý với chủ đề tai nạn, bệnh tật [160].

Theo ICD 10, RLLALT thường liên quan đến Stress môi trường mạn tính. Nhiều nghiên cứu cho thấy vai trò của các yếu tố môi trường trong đó yếu tố gây stress hay sang chấn tâm lý đóng vai trò quan trọng việc khởi phát và duy trì RLLALT. Sang chấn tâm lý mạnh, đột ngột, cấp diễn hoặc không mạnh và cấp diễn nhưng lặp đi lặp lại gây căng thẳng trường diễn. Tương đồng với kết quả của chúng tôi, dữ liệu trong nghiên cứu thuần tập của Moffitt và cộng sự kéo dài 32 năm đã cho thấy những sang chấn tâm lý làm xuất hiện và kéo dài RLLALT chủ yếu là hoàn cảnh gia đình và những trải nghiệm thời thơ ấu [34]. Katie và cộng sự phát hiện có một thành viên trong gia đình hoặc họ hàng mắc RLLALT có thể làm tăng khả năng xuất hiện RLLALT ở các thành viên khác [33]. Đặc biệt, môi trường gia đình có người mắc RLLALT thì khả năng xuất hiện RLLALT ở trẻ em sẽ cao khi ở tuổi trưởng thành [34]. Nghiên cứu của Turner năm 1987 cho thấy trẻ em có bố mẹ mắc RLLALT có nguy cơ mắc RLLALT cao gấp 7 lần so với những trẻ em có bố mẹ không mắc RLLALT [162]. Nghiên cứu của Muris và cộng sự (1996) trên 40 trẻ (từ 9 - 12 tuổi) cho thấy sự lo lắng ở trẻ em có mối liên quan chặt đến sự lo lắng của mẹ ( $r = 0,34$ ,  $p < 0,05$ ), và bố ( $r = 0,31$ ,  $p < 0,05$ ) [163].

#### ***4.1.2.7. Đặc điểm các vấn đề kết hợp***

Kết quả bảng 3.9 cho thấy có 21 trường hợp bệnh nhân có kết hợp trầm cảm với tỉ lệ 12,4%. Trong đó tỉ lệ nữ bị trầm cảm cao hơn gấp 2 lần tỉ lệ nam bị trầm cảm (15,2% và 7,7%). Nhiều tác giả cho rằng RLLALT thường có rối loạn tâm thần khác kết hợp. Tuy nhiên, tỉ lệ các rối loạn tâm thần kết hợp trong RLLALT của các nghiên cứu trên thế giới có xu hướng cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu dịch tễ của Kessler và cộng sự tại Brazil, Canada, Hà Lan và Mỹ sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-III-R cho biết 88,3% bệnh nhân RLLALT trong suốt cuộc đời có ít nhất một rối loạn tâm thần kết hợp [164]. Nghiên cứu của Theo Ruscio và cộng sự (2007) sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán DSM IV thì ước tính 92,1% những bệnh nhân có RLLALT có một rối loạn tâm thần kết hợp [165]. Nghiên cứu của Wittchen cho tỉ lệ đồng bệnh lý với RLLALT là 66%, thấp hơn so các nghiên cứu trên nhưng cũng cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi [4]. Các nghiên cứu cũng tìm thấy được một số rối loạn tâm thần kết hợp như rối loạn hoảng sợ 21,8%, ám ảnh sợ xã hội 34%, rối loạn lo âu khác 57,8% và giai đoạn trầm cảm chiếm tỉ lệ cao nhất 60,9% [164]. Các tác giả cho biết bệnh nhân RLLALT có nhiều sự lo lắng và các lo lắng có xu hướng tiêu cực do đó có thể dẫn đến trầm cảm. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ tìm thấy một rối loạn duy nhất kết hợp là rối loạn trầm cảm. Có sự khác nhau nhiều về tỉ lệ các rối loạn kết hợp có thể do các nghiên cứu sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán DSM và nghiên cứu tiến hành ở cộng đồng với cỡ mẫu lớn hơn cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi rất nhiều.

Một số nghiên cứu cho biết bệnh nhân RLLALT không những có các rối loạn tâm thần kết hợp mà còn có kết hợp sử dụng chất hoặc lạm dụng chất. Nghiên cứu của Hunt cho biết tỉ lệ bệnh nhân RLLALT sử dụng rượu 8,2%, sử dụng ma túy 5,8% [17]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không phát hiện

thấy bệnh nhân sử dụng ma túy. Các bệnh nhân thường có sử dụng chất kết hợp là thuốc lá (27,1%) và rượu (18,2%). Đặc biệt có 2 trường hợp bệnh nhân nữ sử dụng rượu và thuốc lá.

#### **4.2.2. Đặc điểm lâm sàng RLLALT theo ICD 10**

##### **4.2.2.1. Đặc điểm triệu lâm sàng chứng lo âu**

*Đặc điểm mức độ lo âu theo HAM – A.* Biểu đồ 3.5 cho thấy, trong 170 bệnh nhân nghiên cứu, chúng tôi phát hiện thấy mức độ lo âu theo HAM-A thường gặp của bệnh nhân nghiên cứu là mức độ nặng với 63/170 bệnh nhân chiếm 37,1%. Tiếp theo là mức độ lo âu nhẹ với 33,5%. Ở nam và nữ, mức độ lo âu nặng cũng là mức độ thường gặp. Tỷ lệ nữ có mức độ lo âu nặng là 38,1% cao hơn so với mức độ lo âu này ở nam (35,4%). Tuy nhiên, lo âu ở mức độ vừa ở nam lại cao hơn ở nữ (35,4% với 25,7%). Theo thang đánh giá CGI ở bảng 3.19, bệnh nhân có mức độ bệnh rất nặng chiếm tỷ lệ cao nhất với 54,7%. Điều này cho thấy, hầu hết bệnh nhân RLLALT đến khám và điều trị khi tình trạng bệnh ở mức độ nặng. Có thể do vấn đề kinh tế, công việc khiến bệnh nhân không đủ điều kiện và cố gắng chịu đựng đến lúc bệnh nặng lên. Cũng có thể do trình độ hiểu biết của bệnh nhân và nhân viên y tế về bệnh lý RLLALT khiến bệnh nhân mất nhiều thời gian trong việc khám và điều trị ở chuyên khoa khác.

*Đặc điểm nội dung lo âu.* Theo tiêu chuẩn chẩn đoán ICD 10, bệnh nhân RLLALT thường lo lắng về nhiều chủ đề, ít khi khu trú vào một chủ đề nhất định. Các chủ đề lo âu của bệnh nhân là các chủ đề thường gặp trong cuộc sống hàng ngày, các chủ đề nhỏ nhất, vụn vặt. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy phần lớn các chủ đề được bệnh nhân quan tâm thường là về gia đình (79,4%) và về tai nạn, bệnh tật (bảng 3.10). Sau những chủ đề về gia đình và tai nạn bệnh tật, kinh tế cũng là chủ đề được bệnh nhân quan tâm. Các chủ đề

về xã hội ít khi được bệnh nhân suy nghĩ, lo lắng (13,1%). Tương tự với nghiên cứu của chúng tôi, một số nghiên cứu đã kiểm tra các chủ đề lo lắng ở bệnh nhân RLLALT và cho biết các chủ đề lo âu thường gặp là gia đình, tài chính, công việc, bệnh tật và chủ đề nhỏ [88], [166]. Nghiên cứu cho kết quả bốn loại: 79% bệnh nhân báo cáo lo lắng về gia đình, 50% về tài chính, 43% về công việc, 14% về bệnh tật cá nhân và 9% về xã hội [88], [92]. Dugas cho biết tỉ lệ bệnh nhân RLLALT lo âu về bệnh tật / sức khoẻ / thương tích và các chủ đề khác nhiều hơn lo âu về tài chính so với nhóm chứng [88],[92]. Các kết quả của các tác giả có khác về tỉ lệ phần trăm so với kết quả của chúng tôi. Có thể giải thích cho điều này bởi nội dung lo âu của bệnh nhân luôn thay đổi theo hàng ngày và thay đổi theo từng tình huống. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ xác định và đánh tại 1 thời điểm lúc bắt đầu thăm khám. Các nghiên cứu khác xác định nội dung lo âu ở bệnh nhân trong từng ngày. Tuy kết quả có khác với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi nhưng các nghiên cứu đều nhất trí là nội dung của lo âu trên bệnh nhân RLLALT thường là các chủ đề về gia đình và tai nạn, bệnh tật.

*Đặc điểm số chủ đề lo âu.* Trong một nghiên cứu phân tích gộp của Holaway và cộng sự, chủ đề lo âu của bệnh nhân RLLAT thường có sự lan tỏa và thay đổi liên tục. Những chủ đề lo lắng được Holaway xếp vào 5 nhóm chính: 1) gia đình, 2) xã hội, 3) công việc, học tập, 4) tai nạn, bệnh tật và 5) kinh tế [167]. Nghiên cứu nhận thấy bệnh nhân RLLALT thường có 3 chủ đề lo lắng (40%). Tiếp theo là những bệnh nhân có 2 chủ đề lo lắng và 4 chủ đề lo lắng. Ít gặp nhất là bệnh nhân có 5 chủ đề lo lắng (bảng 3.10).

*Đặc điểm tần suất xuất hiện lo âu.* Theo tiêu chuẩn chẩn đoán RLLALT xuất hiện đa số các ngày trong tuần. Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện thấy số lần xuất hiện của triệu chứng lo âu trung bình  $5,4 \pm 2,6$  lần trong tuần (bảng 3.12). Tần suất thêm mỗi lần xuất hiện triệu chứng lo âu thời gian kéo

dài bao lâu. Do không thể xác định được chính xác thời gian từ lúc xuất hiện triệu chứng lo âu cho đến khi kết thúc nên chúng tôi xác định tương đối bằng cách yêu cầu bệnh nhân đo tại thời điểm thời gian xuất hiện triệu chứng ngắn nhất và thời gian xuất hiện triệu chứng dài nhất. Kết quả bảng 3.12 cho thấy, thời gian tồn tại triệu chứng lo âu thường trung bình từ  $21,6 \pm 9,1$  phút (thời gian tồn tại triệu chứng lo âu ngắn nhất) đến  $31,3 \pm 14,0$  phút (thời gian tồn tại triệu chứng lo âu dài nhất). Điều này cho thấy bệnh nhân RLLALT dành khá nhiều thời gian để lo âu.

*Thời điểm triệu chứng lo âu nặng lên.* Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.13 cho thấy phần lớn triệu chứng lo âu phần lớn nặng lên vào buổi tối (68,2%). Trong đó, tỉ lệ bệnh nhân nữ có triệu chứng lo âu nặng lên vào buổi tối (73,3%) cao hơn nhiều so với tỉ lệ bệnh nhân nam có triệu chứng lo âu nặng lên vào buổi tối (60,0%). Tuy nhiên, tỉ lệ bệnh nhân nam có triệu chứng lo âu vào buổi chiều lại cao hơn tỉ lệ bệnh nhân nữ có lo âu vào buổi chiều. Không có bệnh nhân nào triệu chứng lo âu nặng lên vào sáng và trưa.

Một nghiên cứu phân tích gộp của Holaway và cộng sự cho thấy 38% báo cáo lo lắng ít nhất một lần trong ngày; 19,4% cho biết họ lo lắng 2-3 ngày một lần và 15,3% cho biết họ lo lắng mỗi tháng một lần. Trong nghiên cứu bệnh nhân cũng được hỏi về những giai đoạn lo lắng của họ thường kéo dài bao lâu. Khoảng 24% báo cáo rằng lo kéo dài ít hơn 1 phút, và 38% xác nhận 1-10 phút. Phần còn lại xác nhận thời gian dài lo lắng điển hình (18% từ 10-60 phút, 11% từ 1-2 giờ, 9% từ hai giờ hoặc hơn). Ngoài ra, những người tham gia báo cáo rằng họ thường lo lắng nhất vào buổi tối hoặc buổi sáng sớm và những lo lắng của họ thường xảy ra để phản ứng lại những vấn đề sắp xảy ra, chẳng hạn như các sự kiện sắp tới hoặc tương tác giữa các cá nhân [91].

Một số yếu tố có thể giải thích cho một số sự khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi. Thứ nhất, kích cỡ mẫu của các nghiên cứu lớn hơn kích cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi rất nhiều. Thứ hai, cách thức đo lường, đánh giá tần số và nội dung lo lắng có thể khác so với nghiên cứu chúng tôi. Ví dụ, trong các nghiên cứu theo dõi và ghi lại chi tiết của lo lắng của bệnh nhân mỗi ngày. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ xác định đặc điểm lo lắng tại thời điểm bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu. Cuối cùng, sự khác biệt về nhân khẩu học giữa các mẫu nghiên cứu, đặc biệt là về tuổi, giới tính và công việc, có thể ảnh hưởng đến tần số của các chủ đề. Bởi vì những mối quan tâm của bệnh nhân có thể thay đổi theo tính chất cuộc sống hàng ngày của một người.

#### ***4.2.2.2. Đặc điểm lâm sàng triệu chứng khác của RLLALT***

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10, bệnh nhân RLLALT thường có ít nhất 1 triệu chứng thuộc mục 1 đến mục 4 (nhóm triệu chứng kích thích thần kinh thực vật) và có ít nhất 4 triệu chứng trong 22 triệu chứng khác của RLLALT. Các triệu chứng khác của RLLALT có thể chia làm 2 nhóm: các triệu chứng cơ thể và các triệu chứng tâm thần. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phát hiện thấy số triệu chứng trung bình từ trong nhóm triệu chứng kích thích thần kinh thực vật (mục 1 đến mục 4) là  $2,5 \pm 1,0$  triệu chứng. Số triệu chứng trong tổng số 22 triệu chứng trung bình là  $8,6 \pm 3,2$  triệu chứng, nhóm triệu chứng từ mục 5 đến mục 22 có trung bình  $11,2 \pm 3,7$  triệu chứng (bảng 3.14)

#### ***\* Đặc điểm lâm sàng các triệu chứng cơ thể của RLLALT***

*Nhóm triệu chứng kích thích thần kinh thực vật (từ mục 1 đến mục 4).* Kết quả cho thấy các triệu chứng khởi phát thường gặp nhất là triệu chứng hồi hộp, tim đập nhanh, mạnh (bảng 3.15). Đồng thời một trong những

chuyên khoa được bệnh nhân lựa chọn nhiều trong lần thăm khám đầu tiên (biểu đồ 3.2). Do nhóm triệu chứng thuộc nhóm triệu chứng kích thích thần kinh thực là nhóm quan trọng vì theo tiêu chuẩn chẩn đoán phải có ít nhất 1 triệu chứng thuộc nhóm này. Kết quả cho thấy trong các triệu chứng thuộc nhóm triệu chứng kích thích thần kinh thực vật hầu hết là triệu chứng hồi hộp, tim đập nhanh với 89,4%. Tiếp theo là 2 triệu chứng xuất hiện trên bệnh nhân với tỉ lệ tương đương nhau là triệu chứng vã mồ hôi và triệu chứng run (62,9% và 58,8%). Ít gặp hơn là triệu chứng khô miệng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Phước Bình. Tác giả nhận thấy trên những bệnh nhân RLLALT hầu hết là gặp triệu chứng hồi hộp, tim đập nhanh [160]. Ngoài triệu chứng lo âu quá mức, lan tỏa là triệu chứng cốt lõi, trong tiêu chuẩn chẩn đoán còn yêu cầu phải có ít nhất một triệu chứng thuộc nhóm triệu chứng kích thích thần kinh thực vật. Nhóm triệu chứng này cũng khiến bệnh nhân đi khám tim mạch thường xuyên (biểu đồ 3.2). Do đó, nghiên cứu tiến hành tìm hiểu kỹ về nhóm triệu chứng này. Phân tích của nghiên cứu phát hiện, trong nhóm triệu chứng kích thích thần kinh thực vật phần lớn có sự kết hợp của ít nhất 2 triệu chứng. Bảng 3.17 cho thấy tỉ lệ kết hợp đồng thời 3 triệu chứng hồi hộp + vã mồ hôi + khô miệng thường gặp nhất với 65,3%. Tiếp theo là tỉ lệ bệnh nhân có sự kết hợp của 2 triệu chứng. Trong đó, sự kết hợp của triệu chứng hồi hộp và vã mồ hôi gặp nhiều nhất (61,2%). Trên bệnh nhân RLLALT, ít gặp sự xuất hiện 4 triệu chứng hồi hộp + vã mồ hôi + run + khô miệng (26,5%). Trong phần bệnh sinh của RLLALT, các triệu chứng khác của RLLALT xuất hiện là do sự rối loạn các chất dẫn truyền thần kinh và do sự rối loạn hệ thống thần kinh tự chủ. Thần kinh giao cảm được kích hoạt quá mức làm tăng sản xuất các chất dẫn truyền thần kinh như adrenalin và noradrenalin. Các chất dẫn truyền thần kinh được giải phóng gây ra nhiều tác dụng lên các



hệ cơ quan do đó làm xuất hiện các triệu chứng trên lâm sàng. Các triệu chứng đều là những triệu chứng cơ năng. Ở tim mạch, gây tăng nhịp tim, tăng lực co cơ tim. Ở tuyến mồ hôi, gây tăng bài tiết mồ hôi.

*Nhóm triệu chứng liên quan đến vùng ngực bụng.* Kết quả bảng 3.15 cho thấy, phần lớn bệnh nhân có triệu chứng buồn nôn và khó chịu vùng bụng (54,7%). Đây cũng là triệu chứng khiến bệnh nhân đi khám và điều trị ở chuyên khoa tiêu hóa. Nghiên cứu đã phát hiện 4,8% bệnh nhân đến chuyên khoa tiêu hóa trước khi đến chuyên khoa Tâm thần. Do thần kinh giao cảm tăng hoạt động nên ở ruột, gây tăng trương lực cơ và giảm nhu động ruột làm xuất hiện các triệu chứng khó chịu ở bụng. triệu chứng thường gặp sau triệu chứng buồn nôn / khó chịu ở bụng là triệu chứng khó thở. Trong nghiên cứu, tỉ lệ bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng khó thở khá cao với 56,6%. Triệu chứng xuất hiện là do ở phổi, thần kinh tự chủ tăng kích thích gây giãn tiểu phế quản phổi làm xuất hiện triệu chứng khó thở. Các kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả của một số tác giả trong nước khi nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng RLLALT [160], [168].

*Nhóm triệu chứng toàn thân.* Bảng 3.15 cho thấy, tỉ lệ xuất hiện triệu chứng cơn nóng / lạnh cao hơn triệu chứng cảm giác tê cứng / kim châm (55,2% với 42,3%). Triệu chứng cơn nóng / lạnh và cảm giác tê cứng / kim châm gặp ở nữ nhiều hơn nam. Lý do xuất hiện triệu chứng này trên lâm sàng là do rối loạn các chất dẫn truyền thần kinh và rối loạn hệ thần kinh tự chủ. Đặc biệt là rối loạn thần kinh giao cảm gây co, giãn mạch máu bất thường làm xuất hiện triệu chứng cơn nóng / lạnh. Sự co mạch bất thường ở các động mạch nhỏ làm rối loạn sự phân bố máu vào các mô, cơ quan dẫn đến xuất hiện triệu chứng cảm giác tê cứng / kim châm. Các triệu chứng này thường khiến bệnh nhân đến khám và điều trị tại chuyên khoa Thần kinh trước

khi đến chuyên khoa Tâm thần. Tác giả Nguyễn Phước Bình cũng cho kết quả tương tự với trên 80% bệnh nhân RLLALT có triệu chứng con nóng / lạnh [160].

*\* Đặc điểm lâm sàng các triệu chứng tâm thần của RLLALT*

*Nhóm triệu chứng liên quan đến trạng thái tâm thần.* Bảng 3.16 cho thấy đa số bệnh nhân có triệu chứng chóng mặt / không vững / ngất xỉu chiếm tỉ lệ 65,2%. Tình trạng này có thể do rối loạn nhịp thở dẫn đến rối loạn nồng độ CO<sub>2</sub> và O<sub>2</sub> trong máu. Trên lâm sàng, bệnh nhân nữ thường biểu hiện lo âu căng thẳng nhiều hơn bệnh nhân nam. Do đó, trong kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ bệnh nhân nữ có triệu chứng chóng mặt / không vững / ngất xỉu cao hơn tỉ lệ bệnh nhân nam có triệu chứng chóng mặt / không vững / ngất xỉu (71,4% với 55,3%). Trong nhóm triệu chứng liên quan đến trạng thái tâm thần chỉ gặp 2 bệnh nhân nam và 2 bệnh nhân nữ có tri giác sai thực tại. Tỉ lệ bệnh nhân có tri giác sai thực tại trong nhóm này rất hiếm gặp (2,3%). 2 triệu chứng sợ mất kiểm chế và sợ bị chết cũng gặp ở bệnh nhân RLLALT nhưng tỉ lệ không cao. Trong nhóm này, triệu chứng chóng mặt / không vững / ngất xỉu là một trong những triệu chứng khiến bệnh nhân đến thăm khám và điều trị tại chuyên khoa Thần kinh. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của một số tác giả trong nước khi nhận thấy bệnh nhân RLLALT thường gặp triệu chứng chóng mặt / không vững / ngất xỉu [160], [168].

*Nhóm triệu chứng căng thẳng.* Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu có triệu chứng bồn chồn chiếm tỉ lệ 93,5% (bảng 3.16). Tỉ lệ bệnh nhân bồn chồn bất an ở nam và nữ tương đương nhau (93,8% và 93,3%). Tiếp đó là triệu chứng căng thẳng tâm thần và triệu chứng căng cơ / đau đớn. Với triệu chứng căng cơ / đau đớn tỉ lệ bệnh nhân nam gặp nhiều hơn bệnh nhân nữ (41,5%

so với 26,6%). Sự rối loạn các chất dẫn truyền thần kinh và rối loạn thần kinh tự chủ của RLLALT dẫn đến rối loạn sự co cơ, rối loạn sự phân bố máu ở các cơ quan làm xuất hiện các triệu chứng căng cơ / đau đớn. Các triệu chứng này thường khiến bệnh nhân thăm khám tại các chuyên khoa thần kinh hoặc đa khoa. Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Phước Bình trên 90 bệnh nhân được điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần, bệnh viện Bạch Mai cũng nhận thấy tỉ lệ RLLALT thường có triệu chứng căng cơ / đau đớn [160].

*Nhóm triệu chứng không đặc hiệu khác.* Ngoài triệu chứng thường gặp là triệu chứng hồi hộp, tim đập nhanh trong nhóm 22 triệu chứng, triệu chứng khó ngủ vì lo lắng hầu hết gặp ở bệnh nhân RLLALT (97,0%). Triệu chứng này thường gặp ở cả nam và nữ (bảng 3.16). Ngoài ra, hai triệu chứng triệu chứng dễ giật mình và khó tập trung cũng thường gặp ở bệnh nhân RLLALT với tỉ lệ lần lượt là 51,1% và 58,2%. Nghiên cứu nhận thấy, nhiều triệu chứng khác cũng có thể xuất hiện trong bệnh cảnh của RLLALT. Sự xuất hiện của các triệu chứng tùy thuộc vào sự bài tiết các chất dẫn truyền thần kinh và sự tác động của các chất dẫn truyền thần kinh vào các cơ quan. Do đó, bệnh cảnh lâm sàng của RLLALT rất phong phú và đa dạng. Tsypes (2013) cho biết có khoảng 74% bệnh nhân RLLALT có triệu chứng rối loạn giấc ngủ [169]. Rối loạn giấc ngủ là một rối loạn thường thấy ở các bệnh nhân rối loạn tâm thần. Theo Monti, mất ngủ thường gặp ở rối loạn lo âu và trong RLLALT triệu chứng mất ngủ là triệu chứng phổ biến nhất. Nghiên cứu của Monti cho kết quả triệu chứng mất ngủ do lo lắng chiếm tỉ lệ cao nhất trong 22 triệu chứng ở bệnh nhân RLLALT. Theo tác giả, RLLALT có xu hướng lo lắng quá mức, lan tỏa và không thể kiểm soát được. Do đó, xu hướng lo lắng trước khi ngủ và trên giường của bệnh nhân đã gây ra rối loạn giấc ngủ [170]. Bệnh nhân có

RLLALT có sự rối loạn về số lượng và chất giấc ngủ. Nhiều nghiên cứu cho biết rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân RLLALT bao gồm khó bắt đầu ngủ, giảm thời gian ngủ, khó giữ được giấc ngủ và thức giấc khó ngủ lại [171], [172]. Nghiên cứu của Bélanger cho biết đặc điểm thường gặp nhất là khó giữ được giấc ngủ. Nghiên cứu tiến hành trên 44 bệnh nhân được chẩn đoán theo tiêu chuẩn chẩn đoán DSM VI cho kết quả: Trong số này, 47,7% bệnh nhân có khó khăn khi bắt đầu ngủ, 63,6% cho biết khó khăn trong việc duy trì giấc ngủ, và 56,8% phàn nàn về việc thức dậy quá sớm vào buổi sáng. Phần lớn các bệnh nhân có RLLALT báo cáo rằng rối loạn giấc ngủ là do lo lắng căng thẳng và rối loạn giấc ngủ làm ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày [173]. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả không tương đồng. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi lại cho thấy đặc điểm rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân phần lớn là khó bắt đầu ngủ với 77,6% (biểu đồ 3.6), đặc điểm khó giữ được giấc ngủ và thức giấc khó ngủ lại chiếm tỉ lệ gần tương đương nhau (56,5% và 48,8%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với kết quả nghiên cứu của Bélanger có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu của Bélanger nhỏ hơn cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi và cũng có thể tiêu chuẩn chẩn đoán trong nghiên cứu Bélanger sử dụng khác tiêu chuẩn chẩn đoán trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu Bélanger sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM – IV còn trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10.

*\* Đặc điểm cận lâm sàng*

*Đặc điểm trắc nghiệm nhân cách Eysenck.* Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được làm trắc nghiệm tâm lý Eysenck. Tuy nhiên có 7 trường hợp bị loại do kết quả không tin cậy. Nghiên cứu tiến hành khảo sát trên 92 bệnh nhân nhận thấy chiếm tỉ lệ cao nhất là các bệnh nhân có khí chất hướng nội

với 87%. Số bệnh nhân có khí chất hướng ngoại chỉ có 12 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 13%. Trong số bệnh nhân có khí chất hướng nội thì kiểu khí chất hướng nội không ổn định chiếm tỉ lệ cao hơn (85,9%) so với nhóm có khí chất hướng nội ổn định (11,9%). Tương đồng với phát hiện của chúng tôi, nghiên cứu của Hettema và cộng sự trên những người sinh đôi cùng trứng cũng cho thấy, bệnh nhân RLLALT chủ yếu có tính thần kinh không ổn định [24].

*Mối liên quan giữa mức độ lo âu theo thang HAM-A với sang chấn tâm lý và không có sang chấn tâm lý.* Trong nghiên cứu, bệnh nhân nặng có sang chấn tâm lý và bệnh nhân nặng không có sang chấn tâm lý chiếm tỉ lệ cao nhất. Tìm hiểu mối liên quan giữa mức độ lo âu theo thang HAM – A với sang chấn tâm lý và không có sang chấn tâm lý, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt giữa mức độ lo âu với sang chấn tâm lý và không có sang chấn tâm lý có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,432$  (biểu đồ 3.7).

*Mối liên quan giữa mức độ lo âu với tính thần kinh không ổn định và ổn định.* Trong nghiên cứu thường gặp bệnh nhân có mức độ lo âu nhẹ, vừa có tính thần kinh không ổn định với tỉ lệ 58,3%. Tính thần kinh không ổn định ít gặp hơn ở nhóm RLLALT mức độ nặng. Tìm hiểu mối liên quan giữa mức độ lo âu với tính thần kinh không ổn định và ổn định, chúng tôi nhận thấy, không có mối liên quan giữa mức độ lo âu với tính thần kinh không ổn định và ổn định có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,083$  (biểu đồ 3.8).

### **4.3. HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG LIỆU PHÁP THƯ GIẢN LUYỆN TẬP**

#### **4.3.1. Hiệu quả điều trị triệu chứng lo âu tại các thời điểm điều trị**

##### **4.3.1.1. Hiệu quả điều trị mức độ triệu chứng lo âu tại các thời điểm điều trị**

Bảng 3.20 cho thấy tại thời điểm bắt đầu vào nghiên cứu có tới 45 trường hợp bệnh nhân mức độ nặng chiếm tỉ lệ 45,5%, 20 trường hợp mức độ vừa chiếm tỉ lệ 20,2% và 34 trường hợp lo âu mức độ nhẹ chiếm tỉ lệ 34,3%.

Ở tuần thứ 2 điều trị, tỉ lệ bệnh nhân nặng đã giảm xuống còn 22,2%. Sự thuyên giảm ở tuần thứ 2 so với tuần bắt đầu điều trị của bệnh nhân nặng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Ở tuần thứ 4 là tuần kết thúc điều trị, tỉ lệ bệnh nhân có mức độ lo âu nặng còn có 11,1%. Mức độ lo âu ở tuần đầu tiên bắt đầu điều trị so với mức độ lo âu ở tuần thứ 4 điều trị có sự thuyên giảm rõ rệt và sự thuyên giảm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Tỉ lệ mức độ lo âu vừa ở tuần thứ nhất tăng lên sau tuần thứ 2 điều trị (20,2% với 24,2%). Có thể các bệnh nhân mức độ lo âu nặng sau tuần thứ 2 điều trị đã giảm về mức độ lo âu vừa. So sánh tỉ lệ lo âu mức độ vừa ở tuần đầu điều trị (20 bệnh nhân) và tuần thứ 2 điều trị (24 bệnh nhân) cho thấy không có sự khác biệt ( $p = 0,1582$ ). Tuy nhiên, kết thúc điều trị lo âu mức độ vừa tăng lên 36 bệnh nhân. So sánh tỉ lệ lo âu mức độ vừa tại thời điểm bắt đầu điều trị với lo âu mức độ vừa ở thời điểm kết thúc điều trị, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ .

Tần suất xuất hiện triệu chứng lo âu tại các thời điểm bắt đầu điều trị trung bình  $5,2 \pm 2,7$  lần trong tuần. Sau tuần thứ 2 điều trị tần suất xuất hiện trung bình là  $3,4 \pm 2,6$  lần trong tuần giảm xuống so với tuần đầu tiên bắt đầu điều trị khoảng 2 lần trong tuần. Sự thuyên giảm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Kết thúc điều trị tần suất xuất hiện triệu chứng lo âu trung bình chỉ còn  $1,3 \pm 2,0$  lần trong tuần. So sánh sự thuyên giảm tần suất xuất hiện triệu chứng lo âu lúc bắt đầu điều trị và lúc kết thúc điều trị có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Xem xét thời gian tồn tại triệu chứng tại các thời điểm điều trị chúng tôi nhận thấy thời gian tồn tại triệu chứng ngắn nhất đã giảm từ  $21,9 \pm 8,7$  phút xuống  $11,3 \pm 8,9$  phút (tuần thứ 2) và kết thúc điều trị chỉ còn trung bình  $5,9 \pm 5,0$  phút. Sự thuyên giảm thời gian tồn tại triệu chứng dài nhất cũng thuyên giảm sau các tuần điều trị. Sự thuyên giảm của thời gian tồn tại triệu chứng ngắn nhất

và thời gian tồn tại triệu chứng dài nhất có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$  (bảng 3.21).

Tương tự như kết quả của chúng tôi, nghiên cứu của Holland và cộng sự cũng cho thấy có sự thuyên giảm mức độ lo âu trước và sau điều trị bằng phương pháp “luyện tập tự sinh” [97]. Nghiên cứu của Michalsen cũng cho thấy mức độ lo âu giảm đáng kể sau khi luyện tập bằng yoga [174]. Nghiên cứu của Kanji và cộng sự kết luận mức độ lo âu có sự thuyên giảm đáng kể sau khi điều trị bằng “luyện tập tự sinh” trong 8 tuần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  [104]. Các tác giả cho rằng tự ám thị làm giảm được mức độ lo âu do làm giảm được hoạt động của hạch hạnh nhân, làm tăng hoạt động của vỏ não trước trán và kích hoạt hồi hải mã [101], [102].

Kết quả của chúng tôi cho thấy dưới tác dụng của liệu pháp thư giãn - luyện tập mức độ triệu chứng, tần suất xuất hiện các triệu chứng và thời gian tồn tại của các triệu chứng đã có sự thuyên giảm đáng kể và sự thuyên giảm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,0001$ ).

#### **4.3.2. Hiệu quả điều trị các triệu chứng cơ thể và tâm thần của RLLALT tại các thời điểm**

*Số lượng triệu chứng.* Kết quả bảng 3.22 cho thấy số lượng triệu chứng từ mục 1 đến mục 4 (nhóm triệu chứng kích thích thần kinh thực vật) có sự thuyên giảm tại các thời điểm T0, T2 và T4. Cụ thể nhóm triệu chứng từ 1 đến 4 giảm từ  $2,5 \pm 1,0$  triệu chứng xuống  $1,7 \pm 1,1$  triệu chứng tại thời điểm T2 và giảm tiếp còn  $0,9 \pm 1,1$  triệu chứng tại T4. Số lượng triệu chứng khi kết thúc điều trị đã giảm xuống một nửa so với lúc bắt đầu điều trị. Sự thuyên giảm số lượng các triệu chứng từ mục 1 đến mục 4 tại các thời điểm đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Số lượng triệu chứng trong tổng số 22 triệu chứng cũng thuyên giảm tại các thời điểm điều trị. Tại thời điểm

T0 là  $11,8 \pm 3,5$  (triệu chứng) giảm xuống  $9,5 \pm 3,8$  triệu chứng (T2) và xuống  $5,1 \pm 4,9$  triệu chứng (T4). Có sự khác biệt giữa các thời điểm T2 - T0 và T4 - T0 có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Điều này cho thấy, liệu pháp thư giãn – luyện tập không những có thể làm thuyên giảm triệu chứng lo âu mà còn làm thuyên giảm các triệu chứng khác của RLLALT.

#### ***4.3.2.1. Hiệu quả điều trị các triệu chứng cơ thể tại các thời điểm***

*Nhóm triệu chứng kích thích thần kinh thực vật* bảng 3.23 cho thấy tại thời điểm bắt đầu điều trị triệu chứng hồi hộp, tim đập mạnh, nhanh có mặt ở hầu hết các bệnh nhân với 88 trường hợp. Cuối tuần thứ 2, số lượng bệnh nhân có triệu chứng hồi hộp, tim đập nhanh, mạnh là 73. Như vậy, từ lúc bắt đầu điều trị cho đến cuối tuần điều trị thứ 2 chỉ giảm 15 bệnh nhân. Tuy nhiên, kết thúc điều trị số lượng bệnh nhân có triệu chứng này chỉ còn 43. Điều này cho thấy từ tuần thứ 2 đến kết thúc điều trị số lượng bệnh nhân có triệu chứng này đã có sự thuyên giảm rõ rệt. RLLALT xuất hiện do sự rối loạn các chất dẫn truyền thần kinh và do tăng hoạt động của thần kinh giao cảm. Sự tăng hoạt động của hệ thần kinh giao cảm làm tăng tiết các noepinerphrine gây xuất hiện các triệu chứng hồi hộp / tim đập nhanh / mạnh, vã mồ hôi, run. Các bài tập thư giãn có thể làm giảm được hoạt động của thần kinh giao cảm do đó có thể làm giảm được sự xuất hiện của các triệu chứng trong nhóm triệu chứng kích thích thần kinh thực vật. Kết quả nghiên cứu cũng đã cho thấy triệu chứng hồi hộp / tim đập nhanh / mạnh đã thuyên giảm tại các thời điểm điều trị. Đồng thời, các triệu chứng vã mồ hôi, run, khô miệng cũng thuyên giảm rõ rệt qua các thời điểm điều trị T2, T4. Sự thuyên giảm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của Kanji trong 8 tuần điều trị bằng “luyện tập tự sinh” cho kết quả có sự thuyên giảm đáng kể triệu chứng tim đập nhanh trước và sau điều trị có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với



$p < 0,002$  [104]. Nghiên cứu của Shenbagavalli khi tác động bằng yoga kết hợp với “luyện tập tự sinh” trong 12 tuần cũng cho kết quả nhịp tim ở bệnh nhân đã giảm trước và sau điều trị so với nhóm chứng [134]. Theo Lee, triệu chứng tim đập nhanh đã giảm trước và sau điều trị bằng khí công so với nhóm chứng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$  [117].

*Nhóm triệu chứng toàn thân.* Các triệu chứng cơn nóng / lạnh, cảm giác tê cóng / kim châm ở bệnh nhân RLLALT cho thấy tỉ lệ tương đối cao với 56,6% và 46,4% (bảng 3.24). Đây là những triệu chứng khiến bệnh nhân đi khám tại chuyên thần kinh. Sự rối loạn của hệ thần kinh tự chủ đã gây ra nhiều triệu chứng như tăng mồ hôi, nhịp tim, hô hấp và chuyển hóa. Những thay đổi có thể làm cho nhiệt độ cơ thể tăng lên cũng có thể làm cơ thể có cảm giác lạnh, ớn lạnh. Triệu chứng cơn nóng / lạnh giảm khi lo âu giảm và cơ thể trong trạng thái thư giãn. Nghiên cứu cho thấy liệu pháp thư giãn – luyện tập làm thuyên giảm được triệu chứng cơn nóng / lạnh. Tuy nhiên, kết thúc điều trị tuần thứ 2 triệu chứng giảm không nhiều nhưng từ tuần thứ 2 đến kết thúc điều trị triệu chứng giảm mạnh. Từ lúc bắt đầu điều trị đến kết thúc tuần thứ 2 số lượng bệnh nhân có triệu chứng cơn nóng / lạnh chỉ giảm 11 bệnh nhân. Từ tuần thứ 2 đến kết thúc điều trị số lượng bệnh nhân có triệu chứng cơn nóng / lạnh giảm 25 bệnh nhân. Sự thuyên giảm ở các tuần điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Triệu chứng cảm giác tê cóng / kim châm xuất thần kinh giao cảm tăng hoạt động làm xuất hiện sự co thắt bất thường ở các mao mạch làm rối loạn sự phân bố máu tại các mô, các cơ quan. Triệu chứng giảm nhẹ khi bệnh nhân giảm lo âu, căng thẳng hoặc được nghỉ ngơi thư giãn. Liệu pháp thư giãn – luyện tập cho thấy có thể điều trị được triệu chứng cảm giác tê cóng / kim châm. Kết quả bảng 3.25 cho thấy số bệnh nhân có cảm giác tê cóng / kim châm giảm đều tại 2 thời điểm điều trị T2 và T4. Sự thuyên giảm của triệu chứng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,0001$ ). Tương tự kết quả nghiên cứu chúng tôi, một nghiên cứu tiến hành trong 8 tuần điều trị bằng

yoga đã cho thấy có hiệu quả trong việc làm thuyên giảm triệu chứng cơn nóng trước và sau điều trị với  $p < 0,05$  [128].

*Nhóm triệu chứng liên quan đến vùng ngực, bụng* (bảng 3.24). Montgomery (2010) cho biết chỉ có 13,3% bệnh nhân RLLALT đi khám vì triệu chứng lo âu, còn lại hầu hết bệnh nhân đi khám vì các triệu chứng cơ thể khác nhau [3]. Theo Kene cho biết, trong 217 bệnh nhân RLLALT thì có đến 50% số bệnh nhân đã đi khám vì các triệu chứng đau và khó chịu vùng ngực. Các bệnh nhân đã được khám xét kỹ về tim mạch và đã được chụp mạch vành nhưng đều cho kết quả bình thường. Nhóm triệu chứng liên quan đến vùng ngực, bụng xuất hiện bởi rối loạn các chất dẫn truyền thần kinh và tăng hoạt động quá mức của thần kinh giao cảm. Sự tăng hoạt động của thần kinh giao cảm làm tăng co động mạch vành, tăng co thắt phế quản, giảm nhu động dạ dày, ruột và giảm trương lực dạ dày, ruột. các triệu chứng giảm nhẹ khi giảm lo âu, căng thẳng và khi ở trong trạng thái thư giãn. Liệu pháp thư giãn – luyện tập cho thấy có thể làm thuyên giảm được các triệu chứng thuộc nhóm triệu chứng liên quan đến vùng ngực, bụng. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phát hiện có 37 bệnh nhân trên tổng số 99 bệnh nhân có triệu chứng đau và khó chịu vùng ngực. Can thiệp điều trị bằng liệu pháp thư giãn trong 1 tháng chúng tôi nhận thấy tại thời điểm T2 và kết thúc điều trị số bệnh nhân có triệu chứng đã giảm nhiều. So sánh sự thuyên giảm triệu chứng đau và khó chịu vùng ngực ở thời điểm T2, T4 với T0 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Trong nhóm này, số bệnh nhân có triệu chứng buồn nôn, khó chịu ở bụng nhiều nhất với 61 bệnh nhân. Cuối tuần thứ 2 đã giảm xuống 46 bệnh nhân và kết thúc điều trị chỉ còn 26 bệnh nhân. Liệu pháp thư giãn với bài tập thở khí công có thể tác động vào các tạng trong bụng. Động tác thở bụng làm cơ hoành luôn được nâng lên giúp xoa bóp được dạ dày và ruột. Kết quả cũng cho thấy có sự thuyên giảm của triệu

chứng buồn nôn khó chịu vùng bụng ở các tuần điều trị T2 và kết thúc điều trị có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Sau triệu chứng buồn nôn, khó chịu vùng bụng, triệu chứng thường gặp thuộc nhóm này là triệu chứng khó thở. Liệu pháp thư giãn luyện tập với bài tập thở khí công giúp kiểm soát nhịp thở, giảm sự hưng phấn của thần kinh giao cảm. Động tác thở bụng sẽ làm tăng dung tích sống và hơn nữa trong thì nín thở khi sau thở vào sẽ làm tăng thời gian tiếp xúc của không khí tại các phế nang, làm tăng trao đổi khí làm giảm được triệu chứng khó thở [93]. Nghiên cứu nhận thấy, triệu chứng khó thở đã giảm được 10 bệnh nhân ở tuần thứ 2 (từ 56 bệnh nhân xuống 46 bệnh nhân) và từ tuần thứ 2 đến kết thúc điều trị giảm rõ rệt hơn từ lúc bắt đầu điều trị đến tuần 2 (21 bệnh nhân). Sự thuyên giảm ở thời điểm T2 và T4 so với tuần bắt đầu điều trị có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Triệu chứng cảm giác nghẹn cũng có sự thuyên giảm ở các tuần điều trị T2, T4 và sự thuyên giảm này cũng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,0001$ ). Nghiên cứu của Chattha tương đồng với kết quả của chúng tôi. Nghiên cứu sử dụng liệu pháp Yoga trong 8 tuần để điều trị trên 120 bệnh nhân trong đó bài tập thở thực hiện 10 phút. Kết quả trước và sau tập cho thấy có sự thuyên giảm triệu chứng khó thở, các triệu chứng vùng bụng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  [128].

#### ***4.3.2.2. Hiệu quả điều trị các triệu chứng tâm thần tại các thời điểm***

*Nhóm triệu chứng liên quan đến trạng thái tâm thần.* Triệu chứng thường gặp trong nhóm này là triệu chứng chóng mặt / không vững /ngất với 66 bệnh nhân (bảng 3.26). Trong một số trường hợp lo âu căng thẳng, bệnh nhân xuất hiện biểu hiện thở quá nhanh hoặc thở quá chậm. Điều này có thể làm rối loạn nồng độ  $CO_2$  trong máu do đó có thể gây ra triệu chứng chóng mặt / không vững /ngất. Lo âu, căng thẳng liên tục, kéo dài làm ảnh hưởng đến hệ thần kinh tự chủ có thể là nguyên nhân gây ra cảm giác chóng mặt. Cơ

thể bị căng thẳng kéo dài dẫn đến quá sức và mệt mỏi có thể cũng gây ra triệu chứng chóng mặt. Điều hòa nhịp thở trong bài luyện tập thở giúp bệnh nhân thở chậm và sâu hơn, qua đó điều chỉnh được lượng CO<sub>2</sub> làm giảm triệu chứng chóng mặt. Làm giảm lo lắng căng thẳng bằng liệu pháp thư giãn – luyện tập có thể làm giảm chóng mặt / không vững /ngất. Bảng 3.26 cho thấy triệu chứng chóng mặt / không vững / ngất xiu có sự thuyên giảm tại các thời điểm T2 và thời điểm kết thúc điều trị. Tại thời điểm T2 còn 48 bệnh nhân có triệu chứng và tại thời điểm T4 chỉ còn 32 bệnh nhân. So sánh thời điểm bắt đầu điều trị với thời điểm kết thúc điều trị, chúng tôi nhận thấy số lượng bệnh nhân có triệu chứng đã giảm xuống hơn một nửa. Sự thuyên giảm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Ở bệnh nhân RLLALT, khi mức độ lo âu tăng làm một số khu vực của não tăng hoạt động trong đó có hạch hạnh nhân (amygdala) tăng hoạt động làm xuất hiện một số triệu chứng như sợ mất kiểm chế, “hóa điên”, sợ bị chết. Một số nghiên cứu cho biết sự tập trung vào các bài tập thư giãn hoặc bài tập yoga có thể làm giảm hoạt động của hạch hạnh nhân do đó có theo làm giảm được các triệu chứng sợ mất kiểm chế, “hóa điên”, sợ bị chết [102], [127]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của các nghiên cứu. Kết quả cho thấy triệu chứng sợ mất kiểm chế, “hóa điên”, sợ bị chết đã thuyên giảm ở cuối tuần thứ 2 và lúc kết thúc điều trị. Sự thuyên giảm của các triệu chứng sợ mất kiểm chế, “hóa điên”, sợ bị chết có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Có duy nhất 1 trường hợp có triệu chứng tri giác sai thực tại. cuối tuần thứ 2 không có sự thuyên giảm nhưng ở tuần cuối điều trị thì triệu chứng này cũng không còn. Tuy nhiên, sự thay đổi tại thời điểm T2 và T4 so với T0 không có sự khác biệt với  $p > 0,05$ .

*Nhóm triệu chứng căng thẳng.* Bảng 3.27 cho thấy triệu chứng bồn chồn là triệu chứng thường gặp nhất trong nhóm triệu chứng căng thẳng với

96 trường hợp (96,9%). Tiếp đến là triệu chứng căng thẳng tâm thần và triệu chứng căng cơ / đau đón với 78 trường hợp (78,7%) và 55 trường hợp (55,5%). Ít gặp hơn là triệu chứng cảm giác khối trong họng với 13,1%. Sự tăng hoạt động hạch hạnh nhân và tăng hoạt động vùng dưới đồi dưới các tác nhân kích thích bệnh ngoài môi trường làm tăng cảm giác bồn chồn khó chịu trong cơ thể làm xuất hiện triệu chứng bồn chồn. Trong nghiên cứu, triệu chứng bồn chồn không thuyên giảm ở cuối tuần thứ 2 điều trị. So sánh tại thời điểm điều trị T0 với thời điểm điều trị T2 không có sự khác biệt với  $p = 0,4999$ . Nhưng từ tuần thứ 2 đến khi kết thúc điều trị triệu chứng đã giảm mạnh từ 96 bệnh nhân xuống còn 52 bệnh nhân. So sánh sự thuyên giảm của triệu chứng này tại các thời điểm bắt đầu điều trị với thời điểm kết thúc điều trị, nghiên cứu nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Sự tăng hoạt động của hạch hạnh nhân và vùng dưới đồi làm rối loạn giải phóng các chất dẫn truyền thần kinh như GABA, serotonin, neopinerphrin và một số chất dẫn truyền thần kinh khác. Các chất dẫn truyền thần kinh rối loạn có thể làm xuất hiện triệu chứng căng thẳng tâm thần. Một số nghiên cứu cho thấy điều trị bằng “luyện tập tự sinh” hoặc yoga có thể làm giảm được hoạt động của hệ thần kinh tự chủ và làm tăng được nồng độ GABA trong não [104], [128]. Kết quả của chúng tôi cho thấy, triệu chứng căng thẳng tâm thần có sự thuyên giảm ở cuối tuần thứ 2 và kết thúc điều trị. Thời điểm bắt đầu điều trị có 78 bệnh nhân (78,7%) đến hết tuần thứ 2 còn 54 bệnh nhân (54,5%) và đến lúc kết thúc điều trị chỉ còn 33 bệnh nhân (33,3%). So sánh sự thuyên giảm tại thời điểm T0 với các thời điểm T2 và T4 đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Điều này cho thấy liệu pháp - thư giãn luyện tập có thể điều trị được triệu chứng căng thẳng tâm thần. Bài tập “Tâm thần thư thái” đã giúp được bệnh nhân có cảm giác “toàn cơ thể rất thoải mái dễ chịu, tâm thần thư thái lâng lâng, xung quanh cũng lặng lẽ yên ả”. Triệu

chứng căng cơ / đau đớn là do rối loạn sự phân bố máu vào các mô, cơ quan, tổ chức. Thần kinh giao cảm rối loạn làm rối loạn sự co thắt cơ ở các mạch máu lớn, nhỏ. Bài tập “giãn mềm cơ bắp”, bài tập “sưởi ấm cơ thể” và sự căng chùng cơ bắp trong các bài tập yoga giúp cơ bắp giãn mềm, toàn thân ấm dần và giúp phân bố đều đặn máu vào các mô, cơ quan, tổ chức. Kết quả bảng 3.27 cho thấy liệu pháp thư giãn luyện tập đã làm thuyên giảm triệu chứng căng cơ / đau đớn tại các thời điểm điều trị T2 và T4. Mặc dù, tại thời điểm bắt đầu điều trị đến hết tuần thứ 2 sự thuyên giảm không được nhiều. Tại thời điểm bắt đầu điều trị có 55 bệnh nhân có triệu chứng, hết tuần thứ 2 vẫn còn 46 bệnh nhân, chỉ giảm được 9 bệnh nhân so với lúc bắt đầu điều trị. Tuy nhiên, từ tuần thứ 2 sang tuần thứ 4 sự thuyên giảm mạnh từ 46 bệnh nhân xuống còn 25 bệnh nhân, giảm được 21 bệnh nhân. Sự thuyên giảm tại các thời điểm điều trị T2 và T4 đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Triệu chứng cảm giác khối trong họng cũng cho thấy có sự thuyên giảm sau các tuần điều trị T2 và T4 so với lúc bắt đầu điều trị có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,0001$ ). Nghiên cứu của Yurtkuran cũng cho kết quả tương tự với kết quả của chúng tôi. Nghiên cứu sử dụng liệu pháp yoga điều trị trong 12 tuần cho thấy triệu chứng căng cơ / đau đớn đã giảm xuống 37% so với lúc bắt đầu điều trị [145]. Một nghiên cứu khác điều trị bằng yoga trong 8 tuần cũng cho thấy sự thuyên giảm các triệu chứng căng thẳng tâm thần và triệu chứng căng cơ / đau đớn trước và sau điều trị và sự thuyên giảm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  [128].

*Nhóm triệu chứng không đặc hiệu khác.* Triệu chứng khó ngủ không phải là triệu chứng chính, là triệu chứng đặc hiệu trong tiêu chuẩn chẩn đoán RLLALT. Hầu hết các rối loạn tâm thần đều có triệu chứng mất ngủ. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho thấy triệu chứng mất ngủ phổ biến ở bệnh nhân lo âu và đặc biệt thường gặp nhất ở bệnh nhân RLLALT. Đồng thời các

nghiên cứu cũng cho biết mất ngủ ở các bệnh nhân RLLALT mức độ nhẹ và vừa có thể đáp ứng với các phương pháp điều trị tâm lý hoặc các thuốc thuộc nhóm benzodiazepine. Mất ngủ ở những bệnh nhân RLLALT mức độ nặng có thể sử dụng kết hợp thuốc và thôi miên [169], [170]. Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy hầu hết bệnh nhân đều có triệu chứng khó ngủ vì lo lắng chiếm tỉ lệ 96,9% (bảng 3.28). Kết thúc tuần thứ 2, số lượng bệnh nhân có triệu chứng khó ngủ vì lo lắng vẫn là 96. So sánh sự thay đổi triệu chứng khó ngủ vì lo lắng tại thời điểm điều trị với thời điểm T2 không có sự khác biệt ( $p = 0,4999$ ). Tuy nhiên, kết thúc điều trị số lượng bệnh nhân có triệu chứng khó ngủ vì lo lắng chỉ còn 75 bệnh nhân. Điều này cho thấy, liệu pháp thư giãn luyện tập chưa làm thuyên giảm được triệu chứng khó ngủ vì lo lắng sau 2 tuần điều trị. Từ lúc bắt đầu điều trị cho đến hết tuần thứ 2 không có bệnh nhân giảm triệu chứng. Từ tuần thứ 2 đến lúc kết thúc điều trị số bệnh nhân có triệu chứng đã giảm được 21 bệnh nhân. So sánh sự thuyên giảm triệu chứng khó ngủ vì lo lắng tại thời điểm bắt đầu điều trị với thời điểm kết thúc điều trị, nghiên cứu nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Trong nhóm triệu chứng không đặc hiệu, sau triệu chứng khó ngủ vì lo lắng thì tỉ lệ thường gặp hai triệu chứng dễ giật mình và khó tập trung tương đương nhau với tỉ lệ 61,6% và 65,6%. Có thể lý giải điều này bởi các yếu tố gây lo âu có thể kích hoạt phản ứng căng thẳng tức là kích hoạt hạch hạnh nhân, kích hoạt hệ thần kinh tự chủ. Các phản ứng căng thẳng ngay lập tức gây ra những thay đổi sinh lý, tâm lý và cảm xúc cụ thể trong cơ thể tăng cường khả năng của cơ thể để đối phó với một môi nguy hiểm đe dọa. Phản ứng căng thẳng gây rối loạn các chất dẫn truyền thần kinh hoặc rối loạn các hormon làm các giác quan và hệ thần kinh tăng nhạy cảm hơn trước các kích thích. Do đó, bệnh nhân có thể dễ dàng giật mình trước các kích thích nhỏ. Khi phản ứng căng thẳng diễn ra quá thường xuyên làm cơ thể có thời gian

hồi phục khó khăn hơn. Cơ thể trở nên đáp ứng căng thẳng quá mức có thể xuất hiện những cảm giác siêu nhạy và phản ứng siêu nhạy, có thể làm cho bệnh nhân giật mình một cách dễ dàng. Hệ thống thần kinh là hệ thống chịu trách nhiệm gửi và nhận thông tin bao gồm thông tin cảm quan, khi hệ thần kinh trở nên quá kích thích, nó có thể trở nên nhạy cảm và phản ứng với kích thích, bao gồm âm thanh, cử động, cảm giác và mùi. Khi phản ứng căng thẳng xảy ra không thường xuyên, cơ thể có thể phục hồi tương đối nhanh chóng từ những thay đổi về sinh lý, tâm lý và tình cảm mà phản ứng căng thẳng mang lại. Có thể làm giảm phản ứng căng thẳng bằng cách tập luyện thư giãn, tăng phần nghỉ ngơi và thư giãn, và không lo lắng về cảm giác giật mình. Phần luyện thư giãn có thể làm giảm căng thẳng do có thể làm giảm phản ứng hệ thần kinh. Hít thở thư giãn có kiểm soát có thể làm dịu hệ thần kinh, làm cho thần kinh ít phản ứng hơn. Liệu pháp thư giãn – luyện tập có thể làm giảm được phản ứng căng thẳng. Các nghiên cứu đã phát hiện ra rằng căng thẳng có thể làm suy giảm các vùng học tập và tập trung ngắn hạn của não. Đó là lý do tại sao khi căng thẳng tăng lên, nhiều bệnh nhân gặp phải vấn đề về trí nhớ và vấn đề tập trung ngắn hạn. Triệu chứng dễ giật mình và triệu chứng khó tập trung có sự thuyên giảm qua các tuần điều trị tương đương nhau. Từ lúc bắt đầu điều trị có 61 bệnh nhân có triệu chứng dễ giật mình và 65 bệnh nhân khó tập trung. Kết thúc tuần điều trị thứ 2 triệu chứng dễ giật mình còn ở 28 bệnh nhân và triệu chứng khó tập trung còn ở 28 bệnh nhân. Kết thúc điều trị, triệu chứng dễ giật mình chỉ còn 13 bệnh nhân và triệu chứng khó tập trung chỉ còn 11 bệnh nhân. So sánh sự thuyên giảm của 2 triệu chứng dễ giật mình và khó tập trung tại thời điểm T0 với các thời điểm T2 và T4 đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Ít gặp nhất trong nhóm này là triệu chứng cấu kính dai dẳng với tỉ lệ 47,4%. Triệu chứng đã thuyên giảm qua các tuần điều trị T2 và T4. Sự thuyên giảm của triệu chứng cấu kính dai dẳng tại tuần thứ 2



và tại thời điểm kết thúc điều trị so với lúc bắt đầu điều trị đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Kết quả cho thấy sự thuyên giảm của 2 triệu chứng dễ giật mình, khó tập trung ở tuần thứ 2 giảm mạnh hơn sự thuyên giảm của triệu chứng cấu kinh dai dẳng ở tuần thứ 2. Trong nhóm triệu chứng không đặc hiệu khác, triệu chứng cấu kinh dai dẳng ít gặp nhất chiếm tỉ lệ 47,4%. Triệu chứng cấu kinh dai dẳng có thể được lý giải hệ thần kinh tự chủ và bộ não trở nên nhạy cảm và phản ứng trước các kích thích gặp phải. Cơ thể càng bị kích thích nhiều thì cơ thể càng nhạy và phản ứng. Hệ thần kinh tự chủ và não bộ cũng có thể có thể khuếch đại các kích thích. Sự kích thích quá mức cũng có thể gây phản ứng cảm xúc quá mức. Do đó những thông tin lo lắng người bệnh được khuếch đại và đưa ra đáp ứng theo thông tin khuếch đại. Càng kích thích cơ thể càng tăng, phản ứng và cảm xúc càng trở nên cao. Sự lo âu căng thẳng quá mức làm cho bệnh nhân ít có khả năng chịu được các căng thẳng khác. Do đó, sự kiên nhẫn của bản thân gặp khó khăn so với trước nhiều hơn. Điều này làm cho bệnh nhân có thể dễ dàng bực bội và chỉ muốn bùng nổ trước những kích thích do đó xuất hiện triệu chứng cấu kinh. Vì căng thẳng là yếu tố chính đóng góp vào sự cấu kinh, làm giảm trạng thái quá kích thích của cơ thể có thể làm giảm được triệu chứng cấu bản. Khi cơ thể trở lại bình thường, sức khỏe không bị kích thích, giúp loại bỏ các vấn đề với cảm xúc, chẳng hạn như khó chịu. Thường xuyên nghỉ ngơi và thư giãn, tạo giấc ngủ ngon có thể giúp giảm bớt sự cấu kinh. Giữ cho cảm xúc trong tầm kiểm soát sẽ giúp ngăn ngừa các cơn bộc phát cảm xúc không mong muốn và những căng thẳng. Kết quả nghiên cứu cho thấy, liệu pháp thư giãn – luyện tập có thể làm thuyên giảm triệu chứng cấu bản qua các tuần điều trị. Ở bảng 3.28, tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu triệu chứng cấu kinh dai dẳng có ở 47 bệnh nhân RLLALT, cuối tuần điều trị thứ 2 triệu chứng cấu kinh dai dẳng đã giảm xuống một nửa tức là còn 21 bệnh nhân có triệu chứng. Từ tuần thứ 2

đến kết thúc điều trị triệu chứng cấu kinh dai dẳng đã giảm được một phần 3 tức là chỉ còn 7 bệnh nhân có triệu chứng cấu kinh dai dẳng. Điều này cho thấy các luyện tập thư giãn, bài luyện tập thở và bài luyện tập tư thế đã làm giảm thuyên giảm được triệu chứng lo lắng căng thẳng. Sự thuyên giảm của triệu chứng cấu kinh dai dẳng tại các thời điểm điều trị T2 và T4 đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả của một số nghiên cứu khác. Một nghiên cứu trên 120 bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp yoga trong 8 tuần cho thấy triệu chứng khó tập trung, triệu chứng cấu kinh đã thuyên giảm đáng kể trước và sau điều trị. So sánh sự thuyên giảm trước với sau điều trị có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  [128].

#### **4.3.3. Một số kết quả khác trong nghiên cứu**

Thang đánh giá chung sự biểu hiện lâm sàng (CGI). Thang đánh giá chung biểu hiện lâm sàng do bác sĩ đánh giá nhằm đo lường mức độ bệnh, đáp ứng điều trị và hiệu quả của điều trị trong các nghiên cứu điều trị bệnh nhân rối loạn tâm thần. Thang được đánh giá ở 3 phần: mức độ bệnh tật, sự cải thiện chung, chỉ số hiệu quả.

*Mức độ bệnh tật.* Kết quả nghiên cứu cho thấy, tại thời điểm điều trị có 52 bệnh nhân có tình trạng bệnh mức độ nặng, rất nặng (bảng 3.29). Cuối thời điểm điều trị thứ 2 và kết thúc điều trị số lượng bệnh nhân bệnh mức độ nặng, rất nặng đã giảm xuống chỉ còn 13 bệnh nhân và 9 bệnh nhân. So sánh sự thuyên giảm tại thời điểm bắt đầu điều trị với thời điểm cuối tuần điều trị thứ 2 và thời điểm kết thúc điều trị, chúng tôi thấy đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Có thể số lượng bệnh nhân bệnh mức độ nặng, rất nặng đã giảm xuống bệnh mức độ trung bình, rõ rệt hoặc mức độ nhẹ. Kết quả cho thấy, ở tuần điều trị thứ 2 số bệnh nhân có bệnh mức độ bệnh trung bình tăng lên 69 bệnh nhân và số bệnh nhân có bệnh mức độ nhẹ tăng lên 17 bệnh

nhân. So sánh sự thay đổi của bệnh mức độ trung bình, rõ rệt và bệnh mức độ nhẹ tại thời điểm bắt đầu điều trị và thời điểm T2, chúng tôi nhận thấy đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Tại thời điểm kết thúc điều trị bệnh mức độ trung bình, rõ rệt giảm mạnh từ 69 bệnh nhân giảm xuống 31 bệnh nhân và bệnh mức độ nhẹ tăng lên nhiều từ 17 bệnh nhân tăng lên 59 bệnh nhân. Sự thay đổi của bệnh mức độ trung bình, rõ rệt và bệnh mức độ nhẹ tại thời điểm T0 với thời điểm T4 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,0006$  và  $p < 0,0001$ . Nghiên cứu nhận thấy, không có bệnh nhân nào có mức độ bệnh ở trạng thái ranh giới, bình thường hoặc không đánh giá được tại thời điểm kết thúc điều trị. Điều này cho thấy, sau 1 tháng điều trị liệu pháp thư giãn – luyện tập chỉ có thể điều trị cho bệnh mức độ nặng, rất nặng giảm xuống mức độ trung bình, rõ rệt, mức độ nhẹ hoặc mức độ trung bình, rõ rệt giảm xuống mức độ nhẹ.

*Sự cải thiện chung theo thang CGI tại các thời điểm điều trị.* Sự cải thiện theo thang CGI được đánh giá tại 2 thời điểm kết thúc tuần điều trị thứ 2 (T2) và kết thúc điều trị (T4). Thang được đánh giá bởi bác sĩ điều trị hoặc nghiên cứu viên nhằm so sánh sự cải thiện của bệnh nhân tại thời điểm T2 và T4 so với lúc ban đầu tác dụng của điều trị. Bảng 3.30 cho thấy sau thời gian 2 tuần điều trị bằng liệu pháp thư giãn – luyện tập tại thời điểm T2 có 2 trường hợp bệnh nặng thêm, 21 trường hợp không thay đổi và 76 trường hợp cải thiện. Kết thúc điều trị số lượng bệnh nhân cải thiện đã tăng lên 89 bệnh nhân, còn 9 bệnh nhân không thay đổi và trường hợp bệnh nặng thêm đã giảm xuống còn 1 trường hợp. sự thay đổi số bệnh nhân cải thiện tại thời điểm T2 so với thời điểm T4 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,0001$ . Nghiên cứu nhận thấy không có trường hợp nào có sự cải thiện rõ rệt hoặc cải thiện rất nhiều. Điều này cho thấy liệu pháp thư giãn – luyện tập tác dụng trên bệnh nhân RLLALT một cách từ từ, không thể nhanh được.

*Chỉ số hiệu quả theo thang CGI.* Chỉ số hiệu quả theo thang CGI được đánh giá tại 2 thời điểm kết thúc tuần điều trị thứ 2 (T2) và kết thúc điều trị (T4). Thang được đánh giá bởi bác sĩ điều trị hoặc nghiên cứu viên nhằm so sánh sự thuyên giảm của triệu chứng tại thời điểm T2 và T4 so với lúc ban đầu dưới tác dụng của điều trị. Điểm số “rõ rệt” là sự thuyên giảm toàn bộ hoặc gần như toàn bộ các triệu chứng. Điểm số “trung bình” là sự thuyên giảm 1 phần các triệu chứng. “Ít hoặc không đổi” là không thuyên giảm hoặc chỉ thuyên giảm 1 triệu chứng. Kết quả bảng 3.31 cho thấy, tại thời điểm T2 dưới tác dụng điều trị bằng liệu pháp thư giãn luyện tập chỉ có 1 bệnh nhân có sự thuyên giảm rõ rệt, 40 bệnh nhân có sự thuyên giảm trung bình còn lại hầu hết các bệnh nhân có sự thuyên giảm ít hoặc không thay đổi. Tuy nhiên, kết thúc điều trị số bệnh nhân thuyên giảm ít hoặc không thay đổi đã giảm xuống một nửa, số bệnh nhân thuyên giảm trung bình đã giảm xuống còn 30 bệnh nhân và số bệnh nhân thuyên giảm rõ rệt đã tăng lên 40 bệnh nhân. Sự thuyên giảm ít hoặc không đổi tại thời điểm T2 với thời điểm T4 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Sự thuyên giảm trung bình tại thời điểm T2 với thời điểm T4 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,0203$ . Và sự thuyên giảm rõ rệt tại thời điểm T2 với thời điểm T4 cũng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Kết quả cho thấy, tại thời điểm T2 liệu pháp thư giãn đã có hiệu quả trên bệnh nhân và hiệu quả rõ rệt nhất là thời điểm T4 tức là 1 tháng điều trị.

*Sang chấn tâm lý và không có sang chấn tâm lý.* Bảng 3.32 cho thấy, các bệnh nhân có sang chấn tâm lý đã có sự thuyên giảm các triệu chứng trong 22 triệu chứng RLLALT. Tại thời điểm bắt đầu điều trị, nhóm không có sang chấn tâm lý có trung bình  $11,7 \pm 3,6$  triệu chứng. Kết thúc tuần điều trị thứ 2 số lượng triệu chứng trung bình  $9,4 \pm 4,0$  triệu chứng. Và thời điểm kết thúc điều trị số lượng triệu chứng chỉ còn trung bình  $5,6 \pm 5,1$  triệu chứng.

Kiểm tra sự thay đổi tại các thời điểm T2 và T4 với T0 có sự khác biệt hay không. Chúng tôi nhận thấy, sự thay đổi tại thời điểm T0 với thời điểm T2 và T4 đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Nhóm có sang chấn tâm lý cũng cho thấy có sự thuyên giảm dưới tác dụng điều trị bằng liệu pháp thư giãn – luyện tập. Tại thời điểm bắt đầu điều trị nhóm có sang chấn tâm lý có trung bình  $11,9 \pm 3,5$  triệu chứng. Đến thời điểm T2 số triệu chứng đã giảm xuống còn trung bình  $9,6 \pm 3,5$ . Và thời điểm kết thúc điều trị số triệu chứng chỉ còn  $4,6 \pm 4,8$ . Sự thay đổi tại thời điểm T0 với T2 có sự khác biệt với  $p = 0,001$ . Sự thay đổi tại thời điểm T0 và T4 cũng có sự khác biệt với  $p < 0,0001$ . Kết quả này cho thấy liệu pháp thư giãn – luyện tập có thể làm thuyên giảm được triệu chứng ở những bệnh nhân RLLALT không có sang chấn tâm lý và những bệnh nhân có sang chấn tâm lý.

*Tính cách hướng nội và tính cách hướng ngoại.* Bảng 3.33 cho kết quả, số lượng triệu chứng ở những bệnh nhân có tính cách hướng nội có sự thuyên giảm tại các thời điểm T2 trung bình là  $10,1 \pm 3,8$  và thời điểm T4 trung bình là  $5,5 \pm 5,3$ . Thời điểm bắt đầu điều trị số triệu chứng nhóm hướng nội là  $12,1 \pm 3,8$ . Sự thay đổi triệu chứng tại các thời điểm T2 và thời điểm T4 với T0 của nhóm hướng nội đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Kết quả còn cho thấy, nhóm bệnh nhân có tính cách hướng ngoại cũng có sự thuyên giảm triệu chứng qua các thời điểm điều trị. Tại thời điểm T0 nhóm hướng ngoại có trung bình  $10,0 \pm 3,5$  triệu chứng. Sang thời điểm điều trị T2 nhóm hướng ngoại đã giảm xuống còn  $6,3 \pm 1,5$ . Sự thay đổi triệu chứng tại thời điểm T0 so với T2 của nhóm hướng ngoại có sự khác biệt với  $p = 0,0032$ . Thời điểm kết thúc điều trị số lượng triệu chứng của nhóm hướng ngoại chỉ còn  $3,3 \pm 2,5$  triệu chứng, và sự thay đổi triệu chứng ở thời điểm bắt đầu điều trị với thời điểm kết thúc điều trị có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,0005$ . Kết quả như vậy cho thấy, liệu pháp thư giãn luyện tập có thể

điều trị được cho cả những bệnh nhân có tính cách hướng nội và những bệnh nhân có tính cách hướng ngoại.

*Loại hình thần kinh ổn định và loại hình thần kinh không ổn định (neuroticism).* Kết quả bảng 3.34 cho thấy, số triệu chứng ở bệnh nhân có loại hình thần kinh ổn định giảm nhanh, kết thúc điều trị chỉ còn  $0,5 \pm 0,7$  triệu chứng. Tuy nhiên, sự thay đổi triệu chứng tại thời điểm T0 với T4 của nhóm có loại hình thần kinh ổn định không có sự khác biệt với  $p = 0,25$ . Nhóm có loại hình thần kinh không ổn định cũng cho thấy có sự thuyên giảm tại các thời điểm điều trị. Tại thời điểm bắt đầu điều trị số lượng triệu chứng của nhóm này là  $11,9 \pm 3,5$  triệu chứng. Sang thời điểm T2 số lượng triệu chứng của nhóm này đã giảm xuống và còn trung bình  $9,6 \pm 3,9$ . Kết thúc điều trị số lượng triệu chứng của nhóm này chỉ còn  $5,3 \pm 5,1$ . Sự thuyên giảm triệu chứng tại các thời điểm điều trị T2 và T4 so với T0 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả cho thấy, liệu pháp thư giãn – luyện tập có thể làm thuyên giảm triệu chứng ở nhóm có loại hình thần kinh không ổn định. Sự tác động của liệu pháp – thư giãn trên nhóm ổn định cũng làm thuyên giảm các triệu chứng. Tuy nhiên sự thuyên giảm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

*Giới.* Liệu pháp thư giãn – luyện tập cũng cho thấy có hiệu quả với từng giới nam và nữ. Hai giới đều cho thấy dưới tác động của liệu pháp, các triệu chứng đã thuyên giảm tại các thời điểm điều trị T2 và T4. Sự thuyên giảm triệu chứng tại các thời điểm T2 và T4 so với T0 đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Điều này cho thấy, liệu pháp thư giãn – luyện tập tác động làm giảm triệu chứng trên 2 giới là tương đương nhau.

*Tự đánh giá về thư giãn.* Tại thời điểm kết thúc điều trị chúng tôi tìm hiểu sự tự đánh giá về thư giãn trên bệnh nhân để xác định xem có hay không mối tương quan giữa sự nhận thức của bệnh nhân về thư giãn với sự thuyên

giảm của các triệu chứng. Tại thời điểm kết thúc điều trị số bệnh nhân đánh giá liệu pháp – thư giãn luyện tập có hiệu quả là cao nhất với 54,55%. Ít nhất là số bệnh nhân đánh giá liệu pháp – thư giãn luyện tập không hiệu quả với tỉ lệ 12,12% (bảng 3.37). So sánh mối tương quan giữa tự đánh giá về hiệu quả của thư giãn với chỉ số hiệu quả theo thang CGI chúng tôi nhận thấy, có mối tương quan giữa những bệnh nhân đánh giá liệu pháp thư giãn – luyện tập có hiệu quả với sự thuyên giảm triệu chứng rõ rệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Có mối liên quan giữa bệnh nhân đánh giá liệu pháp thư giãn không hiệu quả, ít hiệu quả với sự thuyên giảm ít hoặc không đổi hoặc thuyên giảm trung bình có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ .

## KẾT LUẬN

Bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang và phương pháp can thiệp lâm sàng có theo dõi dọc so sánh trước sau điều trị trên 170 bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện sức khỏe Tâm thần bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi rút ra một số kết luận:

### **1. Đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu lan tỏa theo ICD – 10 (170 bệnh nhân)**

Bệnh nhân RLLALT phần lớn là nữ (61,8%), tuổi thường gặp là từ 26 đến 45 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là  $44,2 \pm 12,5$  tuổi trong đó 45,3% có sang chấn tâm lý.

#### ***Đặc điểm triệu chứng lo âu***

Chủ đề lo âu không cố định, không hệ thống, thay đổi trong thời gian tiến triển bệnh. Trong đó: phần lớn là chủ đề gia đình (79,4%) và tai nạn bệnh tật (72,46%). Thường gặp nhất là bệnh nhân có 3 chủ đề lo âu (40%)

Mức độ lo âu thường gặp là nặng theo HAM-A (45,5%).

Tần suất xuất hiện “các cơn” lo âu trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là  $5,2 \pm 2,7$  lần/tuần. Thời điểm triệu chứng lo âu nặng lên hầu hết là vào tối (66,7%).

#### ***Đặc điểm các triệu chứng khác***

Trung bình mỗi bệnh nhân có khoảng  $8,6 \pm 3,2$  triệu chứng trên tổng số 22 triệu chứng theo ICD 10.

Triệu chứng trong nhóm kích thích thần kinh thực vật thường gặp là hồi hộp/ tim đập mạnh/ nhanh (89,4%).

Các triệu chứng tâm thần thường gặp nhất là triệu chứng chứng bồn chồn (93,5%), triệu chứng căng thẳng tâm thần (71,7%) và khó ngủ vì lo lắng (97,0%).

Các triệu chứng cơ thể thường gặp nhất là: vã mồ hôi (62,9%), khó thở (61,1%), run (55,8%) và cơn nóng / lạnh (55,2%).



## **2. Hiệu quả điều trị rối loạn lo âu lan tỏa bằng liệu pháp thư giãn - luyện tập (99 bệnh nhân)**

### ***Hiệu quả điều trị triệu chứng lo âu***

Mức độ nặng có sự thuyên giảm từ 45,5% xuống 11,1% ở thời điểm kết thúc điều trị ( $p < 0,0001$ ).

Tần suất xuất hiện triệu chứng lo âu giảm từ  $5,2 \pm 2,7$  lần/tuần xuống  $1,3 \pm 2,0$  lần/tuần có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,0001$ ).

Thời gian tồn tại triệu chứng dài nhất giảm từ  $32,1 \pm 14,81$  phút xuống  $12,1 \pm 22,7$  phút có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,0001$ ).

### ***Hiệu quả điều trị các triệu chứng khác***

Số triệu chứng trung bình trong bệnh cảnh giảm từ  $11,8 \pm 3,5$  triệu chứng xuống còn  $5,1 \pm 4,9$  triệu chứng tại thời điểm kết thúc điều trị.

#### ***Hiệu quả sớm và rõ rệt với các nhóm triệu chứng***

Nhóm triệu chứng thần kinh thực vật và nhóm căng thẳng cơ bắp, căng thẳng tâm thần: 4 triệu chứng hồi hộp/tim đập nhanh; vã mồ hôi; run và khô miệng trong nhóm triệu chứng kích thích thần kinh thực vật của bệnh nhân nghiên cứu đều giảm rõ rệt sau các tuần điều trị tại T2 và T4 ( $p < 0,0001$ ). Trung bình số lượng triệu chứng giảm từ  $2,5 \pm 0,9$  triệu chứng xuống còn  $0,9 \pm 1,1$  triệu chứng ( $p < 0,0001$ ). Các triệu chứng căng cơ/đau đớn; căng thẳng tâm thần đều giảm mạnh khi kết thúc điều trị ( $p < 0,05$ ).

Nhóm triệu chứng liên quan đến trạng thái tâm thần đều được cải thiện rõ rệt từ thời điểm bắt đầu điều trị đến khi kết thúc điều trị ( $p < 0,001$ ).

Nhóm triệu chứng liên quan đến ngực, bụng đều thuyên giảm ở các thời điểm điều trị T2 và T4 ( $p < 0,05$ ).

Nhóm triệu chứng toàn thân: triệu chứng cơn nóng/lạnh và cảm giác tê cứng/kim châm thuộc giảm từ 56,5% và 46,4% xuống còn 20,2% và 16,1% tại thời điểm kết thúc điều trị ( $p < 0,0001$ ).

Nhóm triệu chứng không đặc hiệu: các triệu chứng dễ giật mình; khó tập trung; cấu kinh dai dẳng giảm mạnh từ thời điểm bắt đầu điều trị đến thời điểm T2 và thời điểm T4 ( $p < 0,0001$ )

*Hiệu quả ít với một số triệu chứng*

Triệu chứng khó ngủ không có sự thuyên giảm sau tuần thứ 2 điều trị. Tuy nhiên kết thúc điều trị triệu chứng khó ngủ đã thuyên giảm nhưng không nhiều, từ 96,9% xuống 75,7% ( $p < 0,0001$ ).

Triệu chứng bồn chồn không thay đổi tại giai đoạn T2 (96,9%) và giảm nhẹ xuống 52,5% tại T4 ( $p < 0,0001$ )

Triệu chứng tri giác sai thực tại không thuyên giảm sau tuần thứ 2 điều trị. Kết thúc điều trị cũng thuyên giảm nhưng không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,1574$ )

*Hiệu quả trên nhóm bệnh nhân có loại hình thần kinh ổn định – không ổn định và nhóm tính cách hướng nội – hướng ngoại*

Nhóm tính cách hướng ngoại đã thuyên giảm tại các thời điểm điều trị T2 và T4 có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Nhóm loại hình thần kinh không ổn định đã thuyên giảm tại các thời điểm T2 và T4 có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,0001$ ).

## **KIẾN NGHỊ**

Từ kết quả của nghiên cứu, chúng tôi xin đưa ra một số kiến nghị:

Cần củng cố, bổ sung và cập nhật kiến thức về đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán RLLALT cho các bác sĩ đa khoa nói chung và bác sĩ chuyên khoa Tâm thần nói riêng để nhằm giúp các bác sĩ Nội khoa và bác sĩ Tâm thần phát hiện sớm, chẩn đoán đúng qua đó điều trị có hiệu quả, giảm được bớt các gánh nặng cho xã hội, cho chính bệnh nhân và gia đình.

Cần sử dụng liệu pháp thư giãn – luyện tập điều trị cho các bệnh nhân RLLALT nhiều hơn nữa và nhân rộng liệu pháp – thư giãn luyện tập tại các bệnh viện, cơ sở Tâm thần trong cả nước.

## **DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ ĐƯỢC CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN**

1. Trần Nguyễn Ngọc, Nguyễn Kim Việt (2016). Đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu lan tỏa ở bệnh nhân điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm – Bạch Mai. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 101 (3), 166-173.
2. Trần Nguyễn Ngọc, Nguyễn Kim Việt (2016). Nhận xét kết quả điều trị bệnh nhân mắc rối loạn lo âu lan tỏa bằng liệu pháp thư giãn luyện tập. *Y học lâm sàng*, 95, 4-9.

## DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đinh Đăng Hòe (2000), *Bài giảng chuyên đề tâm thần học. Rối loạn lo âu*, Bộ môn tâm thần - Đại học Y Hà Nội, 28.
2. Nguyễn Kim Việt (2009), *Lâm sàng và điều trị các rối loạn lo âu*, Bộ môn tâm thần - Đại học Y Hà Nội, 4.
3. Montgomery SA (2010), *Handbook of Generalised Anxiety Disorder: Presenting features of generalised anxiety disorder*, Vol. Chappe 3, Springer Healthcare, London, 8-11.
4. Wittchen HU et al (2002), "Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management", *The Journal of Clinical Psychiatry*. 63(8), 24-34.
5. Baldwin DS et al (2005), "Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations", *Journal of Psychopharmacology*. 19, 567–596.
6. American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edition, American Psychiatric Association, Washington, DC.
7. Blazer D G et al (1992), *Psychiatric disorders in America : the epidemiologic catchment area study*, New York : Free Press, New York, 180–203.
8. Horwath E, Gould F, Weissman M M. (2011), *Textbook of Psychiatric Epidemiology. Chapter 18*, Third Edition, John Wiley & Sons, New York, 311 - 328.
9. Stevens H (2008), *Psychological Approaches to Generalized Anxiety Disorder. Chapter 1*, Springer Science + Business Media, New York, 1-12.
10. American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edition Revised, American Psychiatric Association, Washington, DC.

11. Kessler RC et al (1994), "Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States", *Archives of General Psychiatry*. 51, 8–19.
12. American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, American Psychiatric Association, Washington, DC.
13. TheESEMeD /MHEDEA 2000 Investigators (2004), "Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project.", *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 109(420), 21–27.
14. World Health Organization (1992), *International Classification of Diseases*, 10th revision, WHO, Geneva.
15. McConnell P et al (2002), "Prevalence of psychiatric disorder and the need for psychiatric care in Northern Ireland. Population study in the District of Derry", *The British Journal of Psychiatry*. 181, 214– 219.
16. Carter RM et al (2001), "One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample", *Depress and Anxiety*. 13, 78– 88.
17. Hunt C, Issakidis C, Andrews G. (2002), "DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being", *Psychological Medicine*. 32, 649–659.
18. Wittchen HU et al (1994), "DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey", *Archives of General Psychiatry*. 51, 355-364.
19. Nguyễn Việt (1984), *Tâm thần học*, Nhà xuất bản Y học, Hà nội.
20. Blazer D C, Huges D, George L K (1987), "Stressfull life events and the onset of a generalized anxiety syndrome", *American Journal of Psychiatry*. 144(9), tr. 1178 - 1183.
21. Brantley P J et al (1999), "Minor stressors and generalized anxiety disorders among low income patients attending primary care clinics", *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 187, 435-440.

22. Eysenck H J, Eysenck M W (1985), *Personality and individual differences*, Plenum Press, New York.
23. Bourgeois ML, Brown TA (2015), "Perceived Emotion Control Moderates the Relationship between Neuroticism and Generalized Anxiety Disorder", *Cognitive Therapy and Research*. 39(4), 531–541.
24. Hettema JM, Prescott CA, Kendler KS (2004), "Genetic and environmental sources of covariation between generalized anxiety disorder and neuroticism", *The American Journal of Psychiatry*. 161(9), 1581-1587.
25. Siddiqui SV et al (2008), "Neuropsychology of prefrontal cortex", *Indian Journal of Psychiatry*. 50(3), 202–208.
26. To WT et al (2017), "The role of the dorsal Anterior Cingulate Cortex (dACC) in a cognitive and emotional counting Stroop task: Two cases", *Restorative Neurology and Neuroscience*. 35(3), 333-345.
27. Palm ME et al (2011), "Attenuated responses to emotional expressions in women with generalized anxiety disorder", *Psychological Medicine*. 41(5), 1009-18.
28. Etkin A, Schatzberg AF (2011), "Common abnormalities and disorder-specific compensation during implicit regulation of emotional processing in generalized anxiety and major depressive disorders", *The American Journal of Psychiatry*. 168(9), 968-78.
29. Duval ER, Javanbakht A, Liberzon I (2015), "Neural circuits in anxiety and stress disorders: a focused review", *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 11, 115–126.
30. Cha J et al (2014), "Circuit-wide structural and functional measures predict ventromedial prefrontal cortex fear generalization: implications for generalized anxiety disorder", *Journal of Neuroscience*. 34(11), 4043-4053.
31. Aldao A et al (2010), "Differential patterns of physical symptoms and subjective processes in generalized anxiety disorder and unipolar depression", *Journal of Anxiety Disorders*. 24(2), 250-259.

32. Etkin A et al (2010), "Failure of anterior cingulate activation and connectivity with the amygdala during implicit regulation of emotional processing in generalized anxiety disorder", *The American Journal of Psychiatry*. 167(5), 545-554.
33. Katie AM, Behar E, Borkovec TD (2008), "Family History of Psychological Problems in Generalized Anxiety Disorder", *Journal of Clinical Psychology*. 64(7), 905–918.
34. Moffitt TE et al (2007), "Generalized anxiety disorder and depression: childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32", *Psychological Medicine*. 37, 441–452.
35. Stein DJ et al (2009), *Textbook of anxiety: Pathogenesis of Generalized Anxiety Disorder*. 2nd Edition, Vol. Chappe 12, American Psychiatric Publishing, Washington DC, 173-174.
36. Amin N et al (2012), "A genome-wide linkage study of individuals with high scores on NEO personality traits", *Molecular Psychiatry*. 17(10), 1031-1041.
37. Webb B T et al (2012), "Meta-analyses of genome-wide linkage scans of anxiety-related phenotypes", *European Journal of Human Genetics*. 20(10), 1078-1084.
38. Gottschalk M G, Domschke K (2017), "Genetics of generalized anxiety disorder and related traits", *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 19(2), 159–168.
39. Smith D J et al (2016), "Genome-wide analysis of over 106 000 individuals identifies 9 neuroticism-associated loci", *Molecular Psychiatry*. 21(6), 749-57.
40. Martin E I et al (2009), "The Neurobiology of Anxiety Disorders: Brain Imaging, Genetics, and Psychoneuroendocrinology", *Psychiatric Clinics of North America*. 32(3), 549–575.
41. Nuss P (2015), "Anxiety disorders and GABA neurotransmission: a disturbance of modulation", *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 11, 165–175.



42. Hölzel BK et al (2013), "Neural mechanisms of symptom improvements in generalized anxiety disorder following mindfulness training", *NeuroImage: Clinical*. 2, 448-458.
43. Nitschke JB et al (2009), "Anticipatory activation in the amygdala and anterior cingulate in generalized anxiety disorder and prediction of treatment response", *The American Journal of Psychiatry*. 166(3), 302-310.
44. Camille Melón L, Maguire J (2016), "GABAergic regulation of the HPA and HPG axes and the impact of stress on reproductive function", *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*. 160, 196–203.
45. Sarkar J et al (2011), "Neurosteroidogenesis is required for the physiological response to stress: role of neurosteroid-sensitive GABAA receptors", *Journal of Neuroscience*. 31(50), 18198-18210.
46. Barbalho CA, Nunes-de-Souza RL, Canto-de-Souza A (2009), "Similar anxiolytic-like effects following intra-amygdala infusions of benzodiazepine receptor agonist and antagonist: Evidence for the release of an endogenous benzodiazepine inverse agonist in mice exposed to elevated plus-maze test", *Brain Research*. 1267, 65-76.
47. Atzori M et al (2016), "Locus Ceruleus Norepinephrine Release: A Central Regulator of CNS Spatio-Temporal Activation?", *Frontiers in Synaptic Neuroscience*. 8, 1-25.
48. Bangasser DA et al (2013), "Increased vulnerability of the brain norepinephrine system of females to corticotropin-releasing factor overexpression", *Mol Psychiatry*. 18(2), 166-173.
49. Cottingham C, Ferryman CJ, Wang Q (2015), " $\alpha$ 2 Adrenergic Receptor Trafficking as a Therapeutic Target in Antidepressant Drug Action", *Progress in Molecular Biology and Translational Science*. 132, 207-225.
50. Steenbergen L et al (2015), "No role of beta receptors in cognitive flexibility: Evidence from a task-switching paradigm in a randomized controlled trial", *Neuroscience*. 295, 237-242.

51. Viemari JC et al (2013), " $\beta$ -Noradrenergic receptor activation specifically modulates the generation of sighs in vivo and in vitro", *Front Neural Circuits*. 7, 179 - 193.
52. Luo F et al (2014), "Activation of  $\alpha$ 1-adrenoceptors enhances excitatory synaptic transmission via a pre- and postsynaptic protein kinase C-dependent mechanism in the medial prefrontal cortex of rats", *European Journal of Neuroscience*. 39(8), 1281-1293.
53. Luo F et al (2015), "Phenylephrine enhances glutamate release in the medial prefrontal cortex through interaction with N-type  $Ca^{2+}$  channels and release machinery", *Journal of Neurochemistry*. 132(1), tr. 38-50.
54. Zimnik NC et al (2013), " $\alpha$ (1A)-Adrenergic regulation of inhibition in the olfactory bulb", *The Journal of Physiology*. 1(591), 7.
55. Salgado H et al (2011), "Layer-specific noradrenergic modulation of inhibition in cortical layer II/III", *Cerebral Cortex*. 21(1), 212-221.
56. Salgado H et al (2012), "Pre- and postsynaptic effects of norepinephrine on  $\gamma$ -aminobutyric acid-mediated synaptic transmission in layer 2/3 of the rat auditory cortex", *Synapse*. 66(1), 20-8.
57. Reeves JW et al (2016), "Sympathetic and hypothalamic-pituitary-adrenal asymmetry in generalized anxiety disorder", *Psychophysiology*. 53(6), 951-957.
58. Lambert EA, Lambert GW (2011), "Stress and its role in sympathetic nervous system activation in hypertension and the metabolic syndrome", *Current Hypertension Reports*. 13(3), 244-248.
59. Schumacher S et al (2013), "Is salivary alpha-amylase an indicator of autonomic nervous system dysregulations in mental disorders?--a review of preliminary findings and the interactions with cortisol", *Psychoneuroendocrinology*. 38(6), 729-743.
60. Carhart-Harris R L, Nutt D J (2017), "Serotonin and brain function: a tale of two receptors", *Journal of Psychopharmacology*. 31(9), 1091-1120.
61. Rancillac A (2016), "Serotonin and sleep-promoting neurons", *Oncotarget*. 7(48), 78222-78223.

62. Maron E et al (2004), "SPECT imaging of serotonin transporter binding in patients with generalized anxiety disorder", *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 254, 392–396.
63. Graeff FG, Zangrossi H Jr (2010), "The dual role of serotonin in defense and the mode of action of antidepressants on generalized anxiety and panic disorders", *Central Nervous System Agents in Medicinal Chemistry*. 10(3), 207-217.
64. Neil R. Carlson (2014), *Physiology of Behavior. Chapter 11: Emotion*, Eleventh Edition, Pearson Education Limited, Harlow, London.
65. Takahashi A et al (2015), "Glutamate input in the dorsal raphe nucleus as a determinant of escalated aggression in male mice", *Journal of Neuroscience*. 35(16), 6452-6463.
66. Bowers M E, Choi D C, Ressler K J (2012), "Neuropeptide Regulation of Fear and Anxiety: Implications of Cholecystokinin, Endogenous Opioids, and Neuropeptide Y", *Physiology & Behavior*. 107(5), 699–710.
67. Burbach JP (2011), "What are neuropeptides?", *Methods in Molecular Biology*. 789, 1-36.
68. Sajdyk TJ et al (2008), "Neuropeptide Y in the amygdala induces long-term resilience to stress-induced reductions in social responses but not hypothalamic-adrenal-pituitary axis activity or hyperthermia", *Journal of Neuroscience*. 28, 893–903.
69. Ludwig M (2011), "Are neuropeptides brain hormones?", *Journal of Neuroendocrinology*. 23(4), 381-398.
70. Zorumski CF et al (2013), "Neurosteroids, stress and depression: Potential therapeutic opportunities", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 37(1), 109-122.
71. Gunn BG et al (2011), "Neurosteroids and GABA(A) Receptor Interactions: A Focus on Stress", *Frontiers in Neuroscience*. 5(131), 1-20.
72. Reddy DS (2010), "Neurosteroids: Endogenous Role in the Human Brain and Therapeutic Potentials", *Progress in Brain Research*. 186, tr. 113-137.

73. Jin X, Covey DF, Steinbach JH (2009), "Kinetic analysis of voltage-dependent potentiation and block of the glycine alpha 3 receptor by a neuroactive steroid analogue", *The Journal of Physiology*. 587(5), 981-997.
74. Valenzuela CF et al (2008), "Modulation of glutamatergic transmission by sulfated steroids: role in fetal alcohol spectrum disorder", *Brain Res Brain Res Rev*. 57(2), 506-519.
75. Valdez CM et al (2010), "Cholesterol homeostasis markers are localized to mouse hippocampal pyramidal and granule layers", *Hippocampus*. 20(8), 902-905.
76. Shankman SA et al (2014), "Anterior insula responds to temporally unpredictable aversiveness: an fMRI study", *Neuroreport*. 25(8), 596-600.
77. Hettema JM et al (2012), "Pilot multimodal twin imaging study of generalized anxiety disorder", *Depress Anxiety*. 29(3), 202-209.
78. Gold PW (2015), "The organization of the stress system and its dysregulation in depressive illness", *Molecular Psychiatry*. 20(1), 32-47.
79. Etkin A et al (2009), "Disrupted amygdalar subregion functional connectivity and evidence of a compensatory network in generalized anxiety disorder", *Archives of General Psychiatry*. 66(12), 1361-1372.
80. Bruce SE et al (2005), "The American Journal of Psychiatry", *Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study*. 162(6), 1179-1187.
81. Revicki DA et al (2012), "Humanistic and economic burden of generalized anxiety disorder in North America and Europe", *Journal of Affective Disorders*. 140, 103-112.
82. Marc-Antoine Crocq (2017), "The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category", *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 19(2), 107-116.
83. Maier W et al (2000), "Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a crosscultural perspective: a valid diagnostic entity?", *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 101, 29 - 36.

84. World Health Organization (1993), *Diagnostic criteria for research*, Geneva.
85. Hirsch CR et al (2013), "Characteristics of worry in Generalized Anxiety Disorder", *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 44(4), 388 - 395.
86. Chelminski I, Zimmerman M (2003), "Pathological worry in depressed and anxious patients", *Journal of Anxiety Disorders*. 17(5), 533-546.
87. Armstrong T, Zald DH, Olatunji BO (2011), "Attentional control in OCD and GAD: Specificity and associations with core cognitive symptoms", *Behaviour Research and Therapy*. 49(11), 756 - 762.
88. Dugas MJ et al (1998), "Worry themes in primary GAD, secondary GAD, and other anxiety disorders", *Journal of Anxiety Disorders*. 12(3), 253-261.
89. Craske MG et al (1989), "Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious controls", 27. 4(397-402.).
90. Roemer L, Molina S, Borkovec TD ((1997)), "An investigation of worry content among generally anxious individuals", *Journal of Nervous and Mental Disease*. 185(5), 314-319.
91. Graham C.L. Davey, and Adrian Wells (2006), *Worry and its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment. Chapter 1: The Epidemiology of Worry and Generalized Anxiety Disorder*, 1st Edition, John Wiley & Sons, Chichester, West Sussex, England, 3-20.
92. American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, Fifth Edition, American Psychiatric, Washington, DC, 235-264.
93. Võ Văn Bán (2002), *Thực hành điều trị tâm lý*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 76-80.
94. Nguyễn Công Khanh (2000), *Tâm lý trị liệu*, Nhà xuất bản đại học quốc gia, Hà nội.

95. Trịnh Bình Di và cộng sự (1979), "Một số biến đổi chức năng sinh lý do tự ám thị sau một năm luyện tập theo phương pháp thư giãn luyện tập", *Tổng hội y học Việt nam*. 21(1), 41-43.
96. Lim SJ, Kim C (2014), "Effects of Autogenic Training on Stress Response and Heart Rate Variability in Nursing Students", *Asian Nursing Research* 8(4), 286 - 292.
97. Holland B, Gosselin K, Mulcahy A (2017), "The Effect of Autogenic Training on Self-Efficacy, Anxiety, and Performance on Nursing Student Simulation", *Nursing Education Perspectives*. 38(2), 87-89.
98. Manzoni GM et al (2008), "Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis", *BMC Psychiatry*. 8(41).
99. Schlamann M et al (2010), "Autogenic training alters cerebral activation patterns in fMRI", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 58(4), 444-456.
100. Chiesaab A, Serrettia A, Jakobsen JC (2013), "Mindfulness: Top-down or bottom-up emotion regulation strategy?", *Clinical Psychology Review*. 33(1), 82-96.
101. Wei G, Luo J (2010), "Sport expert's motor imagery: functional imaging of professional motor skills and simple motor skills", *Brain Research*. 1341, 52-62.
102. Lutz J et al (2014), "Mindfulness and emotion regulation an fMRI study", *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 9, 776-785.
103. Berkowitz AL, Ansari D (2010), "Expertise-related deactivation of the right temporoparietal junction during musical improvisation", *NeuroImage*. 49(1), 712-719.
104. Kanji N, White A, Ernst E (2006), "Autogenic training to reduce anxiety in nursing students: randomized controlled trial", *Journal of Advanced Nursing*. 53(6), 729-35.
105. Shinozaki M et al (2010), "Effect of Autogenic Training on General Improvement in Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Controlled Trial", *Applied Psychophysiology and Biofeedback*. 35(3), tr. 189-198.

106. Hilderley M, Holt M (2004), "A pilot randomized trial assessing the effects of autogenic training in early stage cancer patients in relation to psychological status and immune system responses", *European Journal of Oncology and Nursing*. 8, 61–65.
107. Payne P, Crane-Godreau MA (2013), "Meditative movement for depression and anxiety", *Frontiers in Psychiatry*. 4(71), 1-14.
108. Larkey L et al (2009), "Meditative movement as a category of exercise: implications for research", *Journal of Physical Activity and Health*. 6(2), 230-238.
109. Posadzki P, Parekh S, Glass N (2010), "Yoga and qigong in the psychological prevention of mental health disorders: a conceptual synthesis.", *Chinese Journal of Integrative Medicine*. 16(1), 80-86.
110. Ladawan S et al (2017), "Effect of Qigong exercise on cognitive function, blood pressure and cardiorespiratory fitness in healthy middle-aged subjects", *Complementary Therapies in Medicine*. 33, 39-45.
111. Litscher G et al (2001), "Effects of QiGong on brain function", *Neurological Research*. 23(5), 501-505.
112. Oh B et al (2012), "Effect of medical Qigong on cognitive function, quality of life, and a biomarker of inflammation in cancer patients: a randomized controlled trial", *Supportive Care in Cancer*. 20(6), 1235-1242.
113. Chan JS et al (2013), "Effects of qigong exercise on fatigue, anxiety, and depressive symptoms of patients with chronic fatigue syndrome-like illness: a randomized controlled trial", *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2013, 1-8.
114. Brosschot JF, Van Dijk E, Thayer JF (2007), "Daily worry is related to low heart rate variability during waking and the subsequent nocturnal sleep period", *International Journal of Psychophysiology*. 63(1), 39-47.
115. Hall M et al (2004), "Acute stress affects heart rate variability during sleep", *Psychosom Med*. 66(1), 56-62.

116. Ituarte PH et al (1999), "Psychosocial Mediators of Racial Differences in Nighttime Blood Pressure Dipping Among Normotensive Adults", *Health Psychology*. 18(4), 393-402.
117. Lee MS, Kim MK, Lee YH (2005), "Effects of Qi-therapy (external Qigong) on cardiac autonomic tone: a randomized placebo controlled study", *International Journal of Neuroscience*. 115(9), 1345-1350.
118. Jung MJ et al (2006), "Is there any difference in the effects of Qi therapy (external Qigong) with and without touching? A pilot study", *International Journal of Neuroscience*. 116(9), 1055-1064.
119. Ryu H et al (1996), "Acute effect of qigong training on stress hormonal levels in man", *The American Journal of Chinese Medicine*. 24(2), 193-198.
120. Pan W, Zhang L, Xia Y (1994), "The difference in EEG theta waves between concentrative and non-concentrative qigong states--a power spectrum and topographic mapping study", *Journal of Traditional Chinese Medicine*. 14(3), 212-8.
121. Jonn Mumford (2003), *A Chakra & Kundalini Workbook: Chakra Dharana: Focusing Psychic Power*, FOURTH EDITION, Vol. Chapter 8, Llewellyn, St. Paul, U.S.A, 89-107.
122. Ross A, Thomas S (2010), "The health benefits of yoga and exercise: a review of comparison studies", *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 16(1), 3-12.
123. Hofmann S G, Curtiss J et al (2015), "Yoga for generalized anxiety disorder: design of a randomized controlled clinical trial", *Contemporary Clinical Trials*. 44, 70–76.
124. Oken BS et al (2004), "Randomized controlled trial of yoga and exercise in multiple sclerosis", *Neurology* 62(11), 2058–2064.
125. Jeter PE et al (2015), "Yoga as a Therapeutic Intervention: A Bibliometric Analysis of Published Research Studies from 1967 to 2013", *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 21(10), 586-592.



126. Froeliger BE et al (2012), "Neurocognitive correlates of the effects of yoga meditation practice on emotion and cognition: a pilot study", *Frontiers in Integrative Neuroscience*. 6(48), 1-11.
127. Cohen DL et al (2009), "Cerebral blood flow effects of yoga training: preliminary evaluation of 4 cases", *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 15(1), 9-14.
128. Chattha R et al (2008), "Treating the climacteric symptoms in Indian women with an integrated approach to yoga therapy: A randomized control study", *Menopause*. 15(5), 862–870.
129. Kyizom T et al (2010), "Effect of pranayama & yoga-asana on cognitive brain functions in type 2 diabetes-P3 event related evoked potential (ERP)", *Indian Journal of Medical Research*. 131, 636-40.
130. Grabara M, Szopa J (2015), "Effects of hatha yoga exercises on spine flexibility in women over 50 years old", *Journal of Physical Therapy Science*. 27(2), 361-365.
131. Sharma VK et al (2005), "Effect of Sahaj Yoga on depressive disorders", *Indian Journal of Physiology and Pharmacology*. 49(4), 462-468.
132. Parshad O (2004), "Role of yoga in stress management", *West Indian Medical Journal*. 53(3), 191-194.
133. Riley KE, Park CL (2015), "How does yoga reduce stress? A systematic review of mechanisms of change and guide to future inquiry", *Health Psychology Review*. 9(3), 379-396.
134. Shenbagavalli A, Divya K (2010), "The effect of specific yogic exercises and combination of specific yogic exercises with autogenic training on selected physiological, psychological and biochemical variables of college men students", *Journal of Exercise Science and Physiotherapy*. 6(2), 94-101.
135. Khatri D et al (2007), "Effects of yoga and meditation on clinical and biochemical parameters of metabolic syndrome", *Diabetes Research and Clinical Practice*. 78(3), 9-10.

136. Booth-LaForce C, Thurston RC, Taylor MR (2007), "A pilot study of Hatha yoga treatment for menopausal symptoms", *Maturitas*. 57(3), 286–295.
137. Roland KP, Jakobi JM, Jones GR (2011), "Does yoga engender fitness in older adults? A critical review", *Journal of Aging and Physical Activity*. 19(1), 62-79.
138. Chen KM, Tseng WS (2008), "Pilot-testing the effects of a newly-developed silver yoga exercise program for female seniors", *Journal of Nursing Research*. 16(1), tr. 37-46.
139. O'Keefe JH, Bell DS (2007), "Postprandial hyperglycemia/hyperlipidemia (postprandial dysmetabolism) is a cardiovascular risk factor", *American Journal of Cardiology*. 100(5), 899-904.
140. Gokal R, Shillito L (2007), "Positive impact of yoga and pranayam on obesity, hypertension, blood sugar, and cholesterol: A pilot assessment", *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 13(10), 1056–1057.
141. Damodaran A et al (2002), "Therapeutic potential of yoga practices in modifying cardiovascular risk profile in middle aged men and women", *The Journal of the Association of Physicians of India*. 50(5), 633–639.
142. Bijlani RL et al (2005), "A brief but comprehensive lifestyle education program based on yoga reduces risk factors for cardiovascular disease and diabetes mellitus", *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 11(2), 267–274.
143. Gordon LA et al (2008), "Effect of exercise therapy on lipid profile and oxidative stress indicators in patients with type 2 diabetes", *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 8, 21.
144. Sinha S et al (2007), "Improvement of glutathione and total antioxidant status with yoga", *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 13(10), 1085–1090.
145. Yurtkuran M et al (2007), "A modified yoga-based exercise program in hemodialysis patients: A randomized, controlled study", *Complementary Therapies in Medicine*. 15(3), 164–171.

146. Narendran S et al (2005), "Efficacy of yoga on pregnancy outcome", *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 11(2), 237–244.
147. Chuntharapat S, Petpicketchian W, Hatthakit U (2008), "Yoga during pregnancy: Effects on maternal comfort, labor pain, and birth outcomes", *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 14(2), 105–115.
148. Breslau N, Davis G C (1985), "DSM-III generalized anxiety disorder: An empirical investigation of more stringent criteria", *Psychiatry Research*. 15(3), 231 - 238.
149. Hamilton M (1959), "The assessment of anxiety states by rating", *British Journal of Medical Psychology*. 32, 50-55.
150. Maier W, Philipp M, Heuser I (1988), "The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders", *Journal of Affective Disorders*. 14, 61-68.
151. Arthur Kummer et al (2010), "Generalized anxiety disorder and the Hamilton Anxiety Rating Scale in Parkinson's disease", *Arquivos De Neuro-Psiquiatria*. 68(4), 495-501.
152. Trịnh Ngọc Tuấn và Đặng Thanh Tùng (2005), "Sử dụng thang đánh giá lo âu Halmiton cho bệnh nhân có rối loạn lo âu tại Viện sức khỏe tâm thần", *Tạp chí tâm lý học*. 5(74), 54-59.
153. Buysse DJ et al (1989), "The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research", *Psychiatry Research*. 28(2), 193–213.
154. Eysenck SBG, Eysenck HJ (1964), "An improved short questionnaire for the measurement of extraversion and neuroticism", *Life Sciences*. 305(10), 1103–1109.
155. Guy W (1976), *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology: "Clinical Global Impressions"*, National Institute of Mental Health, Rockville, Maryland, 218–222.
156. Revicki DA et al (2008), "Health-related quality of life and utilities in primary-care patients with generalized anxiety disorder", *Quality of Life Research*. 17, 1285–1294.

157. Kessler RC et al (2005), "Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication", *Archives of General Psychiatry*. 62, 593-602.
158. Halbreich U (2003), "Anxiety disorders in women: a developmental and lifecycle perspective. ", *Depress Anxiety*. 17(3), 107–110.
159. Neumann ID (2003), "Brain mechanisms underlying emotional alterations in the peripartum period in rats", *Depress Anxiety*. 17(3), 111-121.
160. Nguyễn Phước Bình (2010), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của rối loạn lo âu lan tỏa*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
161. Kroenke K et al (2007), "Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection", *Annals of Internal Medicine*. 146, 317 - 325.
162. Turner SM, Beidel DC, Costello A (1987), "Psychopathology in the offspring of anxiety disorder patients", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 55, 229–235.
163. Muris P et al (1996), "The role of parental fearfulness and modeling in children's fear", *Behaviour Research and Therapy*. 34, 265–268.
164. Kessler RC et al (2002), "The effects of co-morbidity on the onset and persistence of generalized anxiety disorder in the ICPE surveys. International Consortium in Psychiatric Epidemiology", *Psychological Medicine*. 32(7), 1213-1225.
165. Ruscio AM et al (2007), "Broadening the Definition of Generalized Anxiety Disorder: Effects on Prevalence and Associations with Other Disorders in the National Comorbidity Survey Replication", *J Anxiety Disord*. 21(5), 662–676.
166. Sanderson WC, Barlow DH (1990), "A description of patients diagnosed with DSM-III-R generalized anxiety disorder", *J Nerv Ment Dis*. 178(9), 588-591.

167. Holaway RM, Rodebaugh TL, Richard G. Heimberg (2006), *Worry and its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment. Chapter 1: "The Epidemiology of Worry and Generalized Anxiety Disorder"*. , John Wiley & Sons, 3-21.
168. Ngô Văn Tuất (2013), *Đánh giá kết quả điều trị rối loạn lo âu lan tỏa bằng Mirtazapin*, Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
169. Tsypes A, Aldao A, Mennin DS (2013), "Emotion dysregulation and sleep difficulties in generalized anxiety disorder", *J Anxiety Disord.* 27(2), tr. 197-203.
170. Monti JM, Monti D (2000), "Sleep disturbance in generalized anxiety disorder and its treatment", *Sleep Med Rev.* 4(3), tr. 263-276.
171. Papadimitriou GN, Linkowski P (2005), "Sleep disturbance in anxiety disorders", *International Review of Psychiatry.* 17(4), tr. 229-236.
172. Saletu-Zyhlarz G et al (1997), "Nonorganic insomnia in generalized anxiety disorder. 1. Controlled studies on sleep, awakening and daytime vigilance utilizing polysomnography and EEG mapping", *Neuropsychobiology.* . 36(3), 117-129.
173. Bélanger L et al (2004), "Insomnia and generalized anxiety disorder: effects of cognitive behavior therapy for gad on insomnia symptoms", *Journal of Anxiety Disorders.* 18(4), 561-571.
174. Michalsen A et al (2005), "Rapid stress reduction and anxiolysis among distressed women as a consequence of a three-month intensive yoga program", *Medical Science Monitor.* 11(12), 555-561.

**PHỤ LỤC 1**  
**BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU**

*Thưa anh/chị/cô/chú/bác, chúng tôi đang thực hiện đề tài: " Nghiên cứu hiệu quả điều trị rối loạn lo âu lan tỏa bằng liệu pháp thư giãn luyện tập". Anh/chị/cô/chú/bác có đồng ý tham gia vào nghiên cứu của chúng tôi không?*

1. Có  
2. Không

***Mã bệnh án:***

**I. PHẦN HÀNH CHÍNH**

Họ và tên : ..... Tuổi ..... Giới .....

Tôn giáo	1. Không	2. Có		
Dân tộc	1. Kinh	2. Khác		
Trình độ học vấn	1. Không biết chữ	2. Tiểu học	3. THCS	4. THPT
	5. Trung cấp, cao đẳng	6. Đại học	7. Sau đại học	
Nghề nghiệp	1. Trí thức	2. Nông dân	3. Công nhân	
	4. Kinh doanh	5. Nội trợ	6. Hưu trí	7. Tự do
Nơi sống	1. Nông thôn	2. Thành thị	3. Miền núi	
Tình trạng hôn nhân	1. Chưa kết hôn	2. Đã kết hôn	3. Ly thân, ly dị	4. Góa

Địa chỉ liên hệ: .....SDT:.....

Ngày vào viện: .....

Ngày ra viện:.....

Tổng số ngày điều trị:.....

Các chuyên khoa đã khám trước khi vào viện:.....

**II. LÝ DO VÀO VIỆN**

**III. BỆNH SỬ**

**Thời điểm phát bệnh**

Vào viện lần thứ:.....

Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên:.....

Thời gian phát bệnh.....

**Triệu chứng khởi phát**

- |                                |                                 |
|--------------------------------|---------------------------------|
| 1. Hồi hộp/Tim đập mạnh/ nhanh | 2. Vã mồ hôi                    |
| 3. Run                         | 4. Khô miệng                    |
| 5. Khó thở                     | 6. Cảm giác nghẹn               |
| 7. Đau/khó chịu ngực           | 8. Buồn nôn / khó chịu ở bụng   |
| 9. Chóng mặt /Không vững/ ngất | 10. Tri giác sai thực tại       |
| 11. Sợ mất kiểm chế            | 12. Sợ chết                     |
| 13. Cơn nóng / lạnh            | 14. Cảm giác tê công / kim châm |
| 15. Căng cơ                    | 16. Bồn chồn                    |
| 17. Căng thẳng tâm thần        | 18. Cảm giác khối trong họng    |
| 19. Dễ giật mình               | 20. Khó tập trung               |
| 21. Cầu kính dai dẳng          | 22. Khó ngủ vì lo lắng          |

**Sang chấn tâm lý**

- |       |          |
|-------|----------|
| 1. Có | 2. Không |
|-------|----------|

**Loại sang chấn**

- |             |                |
|-------------|----------------|
| 1. Cấp diễn | 2. Trường diễn |
|-------------|----------------|

**Chủ đề sang chấn**

- |                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
| 1. Gia đình           | 2. Xã hội            |
| 3. Công việc, học tập | 4. Tai nạn, bệnh tật |
| 5. Kinh tế            | 6. Khác              |

**Kiểm soát lo âu**

- |                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| 1. Kiểm soát được | 2. Không kiểm soát được |
|-------------------|-------------------------|

**Khởi phát lo âu:**

- |          |             |
|----------|-------------|
| 1. Từ từ | 2. Đột ngột |
|----------|-------------|

**Số chủ đề lo âu trong ngày: .....****Ý tưởng tự sát:**

- |       |          |
|-------|----------|
| 1. Có | 2. Không |
|-------|----------|

**Hành vi tự sát:**

- |       |          |
|-------|----------|
| 1. Có | 2. Không |
|-------|----------|

**Bệnh lý tâm thần kết hợp**

- |                               |                       |                      |
|-------------------------------|-----------------------|----------------------|
| 1. Không                      | 2. Trầm cảm           | 3. Lo âu khác        |
| 4. Rối loạn nhân cách kết hợp | 5. Rối loạn ám ảnh sợ | 6. Rối loạn hoảng sợ |

**Sử dụng chất kết hợp**

- |                  |             |         |                         |
|------------------|-------------|---------|-------------------------|
| 1. Không sử dụng | 2. Thuốc lá | 3. Rượu | 4. Chất gây nghiện khác |
|------------------|-------------|---------|-------------------------|

**Rối loạn giấc ngủ:**

- |                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| 1. Khó bắt đầu ngủ            | 2. Khó giữ được giấc ngủ |
| 3. Thức giấc khó ngủ lại được | 4. Không rối loạn        |

**Điều trị tâm thần trước khi vào viện:**

- |       |          |
|-------|----------|
| 1. Có | 2. Không |
|-------|----------|

**Điều trị ngoại trú :**

- |       |          |
|-------|----------|
| 1. Có | 2. Không |
|-------|----------|

**Điều trị thuốc:**

- |       |          |
|-------|----------|
| 1. Có | 2. Không |
|-------|----------|

- |                 |
|-----------------|
| 1. An thần kinh |
|-----------------|

	2. Chống trầm cảm		
	3. Giải lo âu		
	4. Khác.....		
Liệu pháp tâm lý :	1. Có	2. Không	
Hiệu quả điều trị:	1. Đỡ	2. Không đỡ	3. Tái phát
<b>Điều trị nội trú :</b>	1. Có		2. Không
Điều trị thuốc:	1. Có		2. Không
	1. An thần kinh		
	2. Chống trầm cảm		
	3. Giải lo âu		
	4. Khác.....		
Liệu pháp tâm lý :	1. Có	2. Không	
Hiệu quả điều trị:	1. Đỡ	2. Không đỡ	3. Tái phát

#### IV. TIỀN SỬ

##### Bản thân:

Quá trình mẹ mang thai, sinh đẻ	1. Bình thường	2. Bất thường
Quá trình phát triển thể chất :	1. Bình thường	2. Bất thường
Quá trình phát triển tâm thần	1. Bình thường	2. Bất thường

##### Bệnh cơ thể kết hợp

1. Không	2. Hô hấp	3. Tim mạch	4. Tiêu hóa
	5. Nội tiết	6. Cơ xương khớp	7. Khác.....

##### Tiền sử gia đình:

1. Chồng/ vợ		
1. Khỏe mạnh	2. Lo âu	3. Trầm cảm
4. Động kinh	5. Tâm thần phân liệt	
6. Chậm phát triển tâm thần	7. Khác.....	
2. Bố mẹ:		
1. Khỏe mạnh	2. Lo âu	3. Trầm cảm
4. Động kinh	5. Tâm thần phân liệt	
6. Chậm phát triển tâm thần	7. Khác.....	
3. Con:		
1. Khỏe mạnh	2. Lo âu	3. Trầm cảm
4. Động kinh	5. Tâm thần phân liệt	
6. Chậm phát triển tâm thần	7. Khác.....	



#### IV. KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ BẰNG LIỆU PHÁP THU GIẢN LUYỆN TẬP

##### Khám nội khoa

Toàn thân. Cao:.....cm    Nặng: .....Kg  
 Da, niêm mạc                                      1. Bình thường                                      2. Nhợt  
 Tim mạch                                      Mạch :..... lần/ phút                                      Huyết áp: ..... /.....mmHg  
 Hô hấp:                                      Nhịp thở: ..... lần/ phút  
 Nghe phổi:                                      1. Bình thường                                      2. Bất thường  
 Nội tiết                                      1. Bình thường                                      2. Bất thường  
 Tiết niệu, sinh dục :                                      1. Bình thường                                      2. Bất thường  
 Cơ xương khớp:                                      1. Bình thường                                      2. Bất thường  
 Thần kinh :                                      1. Bình thường                                      2. Bất thường  
 Bộ phận khác:                                      1. Bình thường                                      2. Bất thường

##### Cận lâm sàng

Test	T0	T1	T2	T3	T4
HAM-A					
PSQI					
Thang đánh giá điều trị (CGI)					
1. Mức độ bệnh tật	.....	.....	.....	.....	.....
2. Sự cải thiện chung	.....	.....	.....	.....	.....
3. Chỉ số hiệu quả	.....	.....	.....	.....	.....
Thang điểm Eysenck	E:.....	I:.....	S:.....		
Cortisol					
BDI					

**Khám và theo dõi điều trị bằng liệu pháp thư giãn luyện tập**

**TRƯỚC ĐIỀU TRỊ Ở THỜI ĐIỂM T0**

Triệu chứng lâm sàng		Hoàn cảnh xuất hiện	Thời gian			Mức độ				
		1. Tự nhiên 2. Có yếu tố gây lo lắng, căng thẳng 3. Khác	Xuất hiện Tr/c 1. Sáng 2. Trưa 3. Chiều 4. Tối 5. Bất kỳ	Tr/c nặng lên 1. Sáng 2. Trưa 3. Chiều 4. Tối 5. Bất kỳ	Tồn tại tr/c/ngày Phút/Phút) (Ngắn nhất /Dài nhất) ...../.....	1. Nhẹ 2. Vừa 3. Nặng	Tần suất xuất hiện	Tính chất xuất hiện trong ngày	Tr/c nặng hơn	Tr/c giảm nhẹ
Triệu chứng kích thích thần kinh thực vật	1. Hồi hộp/ Tim đập mạnh/ nhanh 2. Vã mồ hôi 3. Run 4. Khô miệng	.....	.....	.....	...../.....	.....	...../.....	.....	.....	.....
Triệu chứng liên quan đến vùng ngực, bụng	5. Khó thở 6. Cảm giác nghẹn 7. Đau/khó chịu ngực 8. Buồn nôn / khó chịu ở bụng	.....	.....	.....	...../.....	.....	...../.....	.....	.....	.....
Triệu chứng liên quan đến trạng thái tâm thần	9. Chóng mặt / không vững/ngất xỉu 10. Tri giác sai thực tại 11. Sợ mất kiểm chế 12. Sợ bị chết	.....	.....	.....	...../.....	.....	...../.....	.....	.....	.....
Triệu chứng toàn thân	13. Con nóng / lạnh 14. Cảm giác tê cứng / kim châm	.....	.....	.....	...../.....	.....	...../.....	.....	.....	.....
Triệu chứng căng thẳng	15. Căng cơ/đau đớn 16. Bồn chồn 17. Căng thẳng tâm thần 18. Cảm giác khối trong họng	.....	.....	.....	...../.....	.....	...../.....	.....	.....	.....
Triệu chứng không đặc hiệu khác	19. Dễ giật mình 20. Khó tập trung 21. Cầu kính dai dẳng 22. Khó ngủ vì lo lắng Lo lắng	.....	.....	.....	...../.....	.....	...../.....	.....	.....	.....

*Nhẹ: có cảm giác, không chú ý đến, chịu đựng được*

*Vừa: có cảm giác, chú ý đến, chịu đựng được*

*Nặng: Có cảm giác, chú ý đến, không chịu đựng được*

## SAU ĐIỀU TRỊ Ở THỜI ĐIỂM T2

		Hoàn cảnh xuất hiện	Thời gian			Mức độ				
			Xuất hiện Tr/c	Tr/c nặng lên	Tồn tại tr/c/ngày (Ngắn nhất /Dài nhất) ...../.....	1. Nhẹ 2. Vừa 3. Nặng	Tần suất xuất hiện	Tính chất xuất hiện trong ngày	Tr/c nặng hơn	Tr/c giảm nhẹ
Triệu chứng lâm sàng		1. Tự nhiên 2. Có yếu tố gây lo lắng, căng thẳng 3. Khác	1. Sáng 2. Trưa 3. Chiều 4. Tối 5. Bất kỳ	1. Sáng 2. Trưa 3. Chiều 4. Tối 5. Bất kỳ	...../.....			1. Lần/ngày 2. Lần/tuần 3. Lần/tháng	1. Liên tục 2. Con 3. Dao động	1. Tự nhiên 2. Có yếu tố gây lo lắng, căng thẳng 3. Khác
Triệu chứng kích thích thần kinh thực vật	1. Hồi hộp/ Tim đập mạnh/ nhanh 2. Vã mồ hôi 3. Run 4. Khô miệng	.....	.....	.....	...../.....	.....	...../.....	.....	.....	.....
Triệu chứng liên quan đến vùng ngực, bụng	5. Khó thở 6. Cảm giác nghẹn 7. Đau/khó chịu ngực 8. Buồn nôn / khó chịu ở bụng	.....	.....	.....	...../.....	.....	...../.....	.....	.....	.....
Triệu chứng liên quan đến trạng thái tâm thần	9. Chóng mặt / không vững/ngất xỉu 10. Tri giác sai thực tại 11. Sợ mất kiểm chế 12. Sợ bị chết	.....	.....	.....	...../.....	.....	...../.....	.....	.....	.....
Triệu chứng toàn thân	13. Con nóng / lạnh 14. Cảm giác tê cóng / kim châm	.....	.....	.....	...../.....	.....	...../.....	.....	.....	.....
Triệu chứng căng thẳng	15. Căng cơ/đau đớn 16. Bồn chồn 17. Căng thẳng tâm thần 18. Cảm giác khối trong họng	.....	.....	.....	...../.....	.....	...../.....	.....	.....	.....
Triệu chứng không đặc hiệu khác	19. Dễ giật mình 20. Khó tập trung 21. Cầu kính dai dẳng 22. Khó ngủ vì lo lắng	.....	.....	.....	...../.....	.....	...../.....	.....	.....	.....
	Lo lắng	.....	.....	.....	...../.....	.....	...../.....	.....	.....	.....

*Nhẹ: có cảm giác, không chú ý đến, chịu đựng được*

*Vừa: có cảm giác, chú ý đến, chịu đựng được*

*Nặng: Có cảm giác, chú ý đến, không chịu đựng được*

## SAU ĐIỀU TRỊ Ở THỜI ĐIỂM T4

		Hoàn cảnh xuất hiện	Thời gian			Mức độ				
			Xuất hiện Tr/c	Tr/c nặng lên	Tồn tại tr/c/ngày Phút/Phút) (Ngắn nhất /Dài nhất)	Tần suất xuất hiện	Tính chất xuất hiện trong ngày	Tr/c nặng hơn	Tr/c giảm nhẹ	
Triệu chứng lâm sàng		1. Tự nhiên 2. Có yếu tố gây lo lắng, căng thẳng 3. Khác	1. Sáng 2. Trưa 3. Chiều 4. Tối 5. Bất kỳ	1. Sáng 2. Trưa 3. Chiều 4. Tối 5. Bất kỳ	1. Nhẹ 2. Vừa 3. Nặng					1. Lần/ngày 2. Lần/tuần 3. Lần/tháng
Triệu chứng kích thích thần kinh thực vật	1. Hôi hộc/ Tim đập mạnh/ nhanh 2. Vã mồ hôi 3. Run 4. Khô miệng	.....	.....	.....	...../.....	.....	...../.....	.....	.....	.....
Triệu chứng liên quan đến vùng ngực, bụng	5. Khó thở 6. Cảm giác nghẹn 7. Đau/khó chịu ngực 8. Buồn nôn / khó chịu ở bụng	.....	.....	.....	...../.....	.....	...../.....	.....	.....	.....
Triệu chứng liên quan đến trạng thái tâm thần	9. Chóng mặt / không vững/ngất xỉu 10. Tri giác sai thực tại 11. Sợ mất kiểm chế 12. Sợ bị chết	.....	.....	.....	...../.....	.....	...../.....	.....	.....	.....
Triệu chứng toàn thân	13. Con nóng / lạnh 14. Cảm giác tê cứng / kim châm	.....	.....	.....	...../.....	.....	...../.....	.....	.....	.....
Triệu chứng căng thẳng	15. Căng cơ/đau đớn 16. Bồn chồn 17. Căng thẳng tâm thần 18. Cảm giác khô trong họng	.....	.....	.....	...../.....	.....	...../.....	.....	.....	.....
Triệu chứng không đặc hiệu khác	19. Dễ giật mình 20. Khó tập trung 21. Cầu kính dai dẳng 22. Khó ngủ vì lo lắng Lo lắng	.....	.....	.....	...../.....	.....	...../.....	.....	.....	.....

*Nhẹ: có cảm giác, không chú ý đến, chịu đựng được*

*Vừa: có cảm giác, chú ý đến, chịu đựng được*

*Nặng: Có cảm giác, chú ý đến, không chịu đựng được*

**Tuân thủ hướng dẫn:** 1. Tốt 2. Không tốt  
**Tham gia đầy đủ:** 1. Có 2. Không  
Số buổi tập:...../tuần. Tổng số buổi tập:.....

**Tự nhận thức về liệu pháp thư giãn sau tập:**

1. Có hiệu quả tốt
2. Hiệu quả ít
3. Không hiệu quả
4. Có hại
6. Khác:.....

**Áp dụng sau khi ra viện:**

1. Sẽ áp dụng thường xuyên
2. Không chắc chắn
3. Không áp dụng

**Lí do bỏ nghiên cứu:**

1. Không cải thiện triệu chứng Cụ thể:.....
2. Không tin tưởng vào liệu pháp thư giãn luyện tập
3. Không tập được
4. Khác:.....

**Chuyển đổi cách thức điều trị:** 1. Có 2. Không

Thời điểm: Sau vào viện:.....ngày

**Thuốc dùng kèm theo**

Tên:.....; Liều.....; Số ngày dùng.....  
Tên:.....; Liều.....; Số ngày dùng.....  
Tên:.....; Liều.....; Số ngày dùng.....  
Tên:.....; Liều.....; Số ngày dùng.....  
Tên:.....; Liều.....; Số ngày dùng.....  
Tên:.....; Liều.....; Số ngày dùng.....  
Tên:.....; Liều.....; Số ngày dùng.....  
Tên:.....; Liều.....; Số ngày dùng.....

Bác sĩ điều trị                      Hướng dẫn nghiên cứu                      Nghiên cứu viên

**PHỤ LỤC 3**  
**THANG ĐÁNH GIÁ LO ÂU HAMILTON**

**Bệnh viện Bạch Mai**  
**Viện Sức khỏe Tâm thần**  
**Phòng Trắc nghiệm Tâm lý**

**THANG ĐÁNH GIÁ LO ÂU HAMILTON**

*(Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS))*

Họ và tên :..... Tuổi :..... Giới :..... Nghề nghiệp :.....

Địa chỉ :..... Chẩn đoán :..... Ngày làm :.....

**Mức độ: 0 = Không có; 1 = Nhẹ; 2 = Trung bình; 3 = Nặng; 4 = Rất nặng.**

<b>TRIỆU CHỨNG</b>	<b>BIỂU HIỆN</b>	<b>MỨC ĐỘ</b>
Trạng thái lo âu	Lo lắng, tiên đoán biểu hiện xấu nhất, dự đoán một cách sợ hãi, bứt rứt.	
Căng thẳng	Cảm giác căng thẳng, mệt mỏi, hoảng hốt, xúc cảm dễ khóc, run sợ, cảm giác bất an, mất khả năng thư giãn.	
Sợ hãi	Sợ bóng tối, sợ người lạ, sợ cô đơn, sợ thú vật, sợ xe cộ, đám đông	
Mất ngủ	Khó ngủ, dễ thức giấc, ngủ không ngon giấc, mệt mỏi khi thức dậy, chiêm bao, ác mộng, kinh hãi bóng đêm.	
Trí tuệ	Khó tập trung, trí nhớ kém.	
Trạng thái trầm cảm	Mất hứng thú, không thích giải trí, trầm cảm, mất ngủ.	
Thực thể (cơ bắp)	Đau nhức, co rúm, căng cứng, con co giật, nghiến răng, giọng không đều, tăng trương lực cơ.	

Thực thể (giác quan)	Ù tai, mắt mờ, các cơ bùng mặt nóng lạnh, cảm giác yếu mệt đau nhói.	
Triệu chứng tim mạch	Tim đập nhanh, hồi hộp, đánh trống ngực, mạch máu nhảy mạnh, cảm giác ngất xỉu, mất nhịp.	
Triệu chứng hô hấp	Nặng ngực hoặc thắt ngực, cảm giác nghẹt thở, thở dài, khó thở.	
Triệu chứng tiêu hóa	Khó nuốt, đầy hơi, đau bụng, cảm giác ợ nóng, đầy bụng buồn nôn, nôn, sôi ruột, hay đi phân lỏng, sụt cân, táo bón.	
Triệu chứng tiết niệu – sinh dục	Tiểu nhiều lần, tiểu gấp, mất kinh, rong kinh, yếu khả năng sinh dục, xuất tinh sớm, mất khoái cảm, liệt dương.	
Triệu chứng hệ thần kinh tự động	Khô miệng, bùng mặt, xanh xao, hay đổ mồ hôi, choáng váng, đau căng đầu, rụng tóc.	
Thái độ lúc phỏng vấn	Bồn chồn, bất an, run tay, cau mày mặt căng thẳng, thở nhanh hoặc thở dài, mắt tái xanh, nuốt nước bọt, ợ hơi, máy cơ mặt, giãn đồng tử, lồi mắt.	

## PHỤ LỤC 4

### CHỈ SỐ CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ PITTSBURGH (PSQI)

**Bệnh viện Bạch Mai**

**Viện Sức khỏe Tâm thần**

**Phòng Tâm lý lâm sàng**

---o0o---

### THANG ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ PITTSBURGH (PSQI)

Tên bệnh nhân: ..... Tuổi..... Giới tính..... Nghề nghiệp.....

Địa chỉ: ..... Chẩn đoán..... Ngày làm.....

*Các câu hỏi sau đây chỉ liên quan đến thói quen đi ngủ thường ngày của anh (chị) trong tháng vừa qua. Anh (chị) hãy trả lời về tình trạng giấc ngủ của mình gần đúng nhất với tình trạng của anh (chị) trong đa số ngày và đêm của tháng vừa qua. Xin hãy trả lời tất cả các câu hỏi.*

1. Trong tháng qua, anh (chị) thường lên giường đi ngủ lúc mấy giờ?.....
2. Trong tháng qua, mỗi đêm anh (chị) thường mất bao nhiêu phút mới chợp mắt được?.....
3. Trong tháng qua, anh (chị) thường thức giấc ngủ buổi sáng lúc mấy giờ?.....
4. Trong tháng qua, mỗi đêm anh (chị) thường ngủ được mấy tiếng đồng hồ?.....

5. Trong tháng qua, anh (chị) có thường gặp các vấn đề sau gây mất ngủ cho anh (chị) không?	<i>Không có trong tháng qua(0)</i>	<i>Ít hơn 1 lần 1 tuần (1)</i>	<i>1 hoặc 2 lần 1 tuần (2)</i>	<i>3 hoặc hơn 3 lần 1 tuần (3)</i>
a. Không thể ngủ được trong vòng 30 phút				
b. Tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng				
c. Phải thức dậy để tắm				
d. Khó thở				



e. Ho hoặc ngáy to				
f. Cảm thấy rất lạnh				
g. Cảm thấy rất nóng				
h. Có ác mộng				
i. Thấy đau				
k. Lý do khác: hãy mô tả..... ..... Trong tháng qua, vấn đề này có thường gây mất ngủ cho anh (chị) không?				
6. Trong tháng qua, anh (chị) có thường phải sử dụng thuốc ngủ không (sử dụng theo đơn hoặc tự mua về dùng)?				
7. Trong tháng qua, anh (chị) có hay gặp khó khăn để giữ đầu óc tỉnh táo lúc lái xe, lúc ăn hay lúc tham gia vào các hoạt động xả hơi hay không?				
8. Trong tháng qua, anh (chị) có gặp khó khăn để duy trì hứng thú hoàn thành các công việc không?				
	<i>Rất tốt (0)</i>	<i>Tương đối tốt (1)</i>	<i>Tương đối kém (2)</i>	<i>Rất kém (3)</i>
9. Trong tháng qua, nhìn chung anh (chị) đánh giá về chất lượng giấc ngủ của mình như thế nào?				

***Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!***

**PHỤ LỤC 4**  
**THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM BECK (BDI)**

**Bệnh viện Bạch Mai**  
**Viện Sức khỏe Tâm thần**  
**Phòng Trắc nghiệm Tâm lý**

---o0o---

**NGHIỆM PHÁP BECK**  
**(BDI)**

*Họ và tên: ..... Tuổi: ..... Giới: ..... Nghề: .....*

*Địa chỉ: ..... Chẩn đoán: ..... Ngày làm.....*

***Trong bảng này gồm 21 đề mục được đánh số từ 1 đến 21, ở mỗi đề mục có ghi một số câu phát biểu. Trong mỗi một đề mục hãy chọn ra một câu mô tả gần giống nhất tình trạng mà bạn cảm thấy trong 1 tuần trở lại đây, kể cả ngày hôm nay. Khoanh tròn vào con số bên trái câu phát biểu mà bạn đã chọn. Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!***

---

1. 0 Tôi không cảm thấy buồn.  
1 Nhiều lúc tôi cảm thấy buồn.  
2 Lúc nào tôi cũng cảm thấy buồn.  
3 Tôi rất buồn hoặc rất bất hạnh đến mức không thể chịu được.
2. 0 Tôi không nản lòng về tương lai.  
1 Tôi cảm thấy nản lòng về tương lai hơn trước.  
2 Tôi cảm thấy mình chẳng có gì mong đợi ở tương lai cả.  
3 Tôi cảm thấy tương lai tuyệt vọng và tình hình chỉ có thể tiếp tục xấu đi.
3. 0 Tôi không cảm thấy như bị thất bại.

- 1 Tôi thấy mình thất bại nhiều hơn những người khác.
- 2 Nhìn lại cuộc đời, tôi thấy mình đã có quá nhiều thất bại.
- 3 Tôi cảm thấy mình là một người hoàn toàn thất bại.
4. 0 Tôi còn thích thú với những điều mà trước đây tôi vẫn thường thích.
  - 1 Tôi ít thấy thích những điều mà trước đây tôi vẫn thường ưa thích.
  - 2 Tôi còn rất ít thích thú về những điều trước đây tôi vẫn thường thích.
  - 3 Tôi không còn chút thích thú nào nữa.
5. 0 Tôi hoàn toàn không cảm thấy có tội lỗi gì ghê gớm cả.
  - 1 Phần nhiều những việc tôi đã làm tôi đều cảm thấy có tội.
  - 2 Phần lớn thời gian tôi cảm thấy mình có tội.
  - 3 Lúc nào tôi cũng cảm thấy mình có tội.
6. 0 Tôi không cảm thấy đang bị trừng phạt.
  - 1 Tôi cảm thấy có lẽ mình đang bị trừng phạt.
  - 2 Tôi mong chờ bị trừng phạt.
  - 3 Tôi cảm thấy mình đang bị trừng phạt.
7. 0 Tôi thấy bản thân mình vẫn như trước kia.
  - 1 Tôi không còn tin tưởng vào bản thân.
  - 2 Tôi thất vọng với bản thân.
  - 3 Tôi ghét bản thân mình.
8. 0 Tôi không phê phán hoặc đổ lỗi cho bản thân hơn trước kia.
  - 1 Tôi phê phán bản thân mình nhiều hơn trước kia.
  - 2 Tôi phê phán bản thân về tất cả những lỗi lầm của mình.
  - 3 Tôi đổ lỗi cho bản thân về tất cả mọi điều tồi tệ xảy ra.
9. 0 Tôi không có ý nghĩ tự sát.
  - 1 Tôi có ý nghĩ tự sát nhưng không thực hiện.
  - 2 Tôi muốn tự sát.
  - 3 Nếu có cơ hội tôi sẽ tự sát.
10. 0 Tôi không khóc nhiều hơn trước kia.

- 1 Tôi hay khóc nhiều hơn trước.
  - 2 Tôi thường hay khóc vì những điều nhỏ nhặt.
  - 3 Tôi thấy muốn khóc nhưng không thể khóc được.
11. 0 Tôi không dễ bòn chòn và căng thẳng hơn thường lệ.
- 1 Tôi cảm thấy dễ bòn chòn và căng thẳng hơn thường lệ.
  - 2 Tôi cảm thấy bòn chòn và căng thẳng đến mức khó có thể ngồi yên được.
  - 3 Tôi thấy rất bòn chòn và kích động đến mức liên tục phải đi lại hoặc làm việc gì đó.
12. 0 Tôi không mất sự quan tâm đến những người xung quanh hoặc các hoạt động khác.
- 1 Tôi ít quan tâm đến mọi người, mọi việc xung quanh hơn trước.
  - 2 Tôi mất hầu hết sự quan tâm đến mọi người, mọi việc xung quanh.
  - 3 Tôi không còn quan tâm đến bất kỳ điều gì nữa.
13. 0 Tôi quyết định mọi việc cũng tốt như trước.
- 1 Tôi thấy khó quyết định mọi việc hơn trước.
  - 2 Tôi thấy khó quyết định mọi việc hơn trước rất nhiều.
  - 3 Tôi chẳng còn có thể quyết định được việc gì cả.
14. 0 Tôi không cảm thấy mình là người vô dụng.
- 1 Tôi không cho rằng mình có giá trị và có ích như trước kia.
  - 2 Tôi cảm thấy mình vô dụng hơn so với những người xung quanh.
  - 3 Tôi cảm thấy mình là người hoàn toàn vô dụng.
15. 0 Tôi thấy mình vẫn tràn đầy sức lực như trước đây.
- 1 Sức lực của tôi kém hơn trước.
  - 2 Tôi không đủ sức lực để làm được nhiều việc nữa.
  - 3 Tôi không đủ sức lực để làm được bất cứ việc gì nữa.
16. 0 Không thấy có chút thay đổi gì trong giấc ngủ của tôi.
- 1a Tôi ngủ hơi nhiều hơn trước.
  - 1b Tôi ngủ hơi ít hơn trước.

- 2a Tôi ngủ nhiều hơn trước.
- 2b Tôi ngủ ít hơn trước.
- 3a Tôi ngủ hầu như suốt cả ngày.
- 3b Tôi thức dậy 1-2 giờ sớm hơn trước và không thể ngủ lại được.
17. 0 Tôi không để cái kính và bực bội hơn trước.
- 1 Tôi để cái kính và bực bội hơn trước.
- 2 Tôi để cái kính và bực bội hơn trước rất nhiều.
- 3 Lúc nào tôi cũng để cái kính và bực bội.
18. 0 Tôi ăn vẫn ngon miệng như trước.
- 1a Tôi ăn kém ngon miệng hơn trước.
- 1b Tôi ăn ngon miệng hơn trước.
- 2a Tôi ăn kém ngon miệng hơn trước rất nhiều.
- 2b Tôi ăn ngon miệng hơn trước rất nhiều.
- 3a Tôi không thấy ngon miệng một chút nào cả.
- 3b Lúc nào tôi cũng thấy thèm ăn.
19. 0 Tôi có thể tập trung chú ý tốt như trước.
- 1 Tôi không thể tập trung chú ý được như trước.
- 2 Tôi thấy khó tập trung chú ý lâu được vào bất kỳ điều gì.
- 3 Tôi thấy mình không thể tập trung chú ý được vào bất kỳ điều gì nữa.
20. 0 Tôi không mệt mỏi hơn trước.
- 1 Tôi dễ mệt mỏi hơn trước.
- 2 Hầu như làm bất kỳ việc gì tôi cũng thấy mệt mỏi.
- 3 Tôi quá mệt mỏi khi làm bất kỳ việc gì.
21. 0 Tôi không thấy có thay đổi gì trong hứng thú tình dục.
- 1 Tôi ít hứng thú với tình dục hơn trước.
- 2 Hiện nay tôi rất ít hứng thú với tình dục.
- 3 Tôi hoàn toàn mất hứng thú tình dục.

---

***Xin hãy kiểm tra lại xem còn đề mục nào bạn chưa đánh dấu hay không!***

**PHỤ LỤC 5**  
**TRẮC NGHIỆM TÂM LÝ EYSENCK (EPI)**

**Bệnh viện Bạch Mai**  
**Viện Sức khỏe Tâm thần**  
**Phòng Trắc nghiệm Tâm lý**

---o0o---

**BẢNG NGHIỆM KÊ NHÂN CÁCH EYSENCK (EPI)**

Họ và tên: ..... Tuổi: ..... Giới: ..... Nghề: .....

Địa chỉ: ..... Chẩn đoán: ..... Ngày làm: .....

*Hãy đọc kỹ từng câu sau đây, trả lời các câu hỏi bằng cách đánh dấu chéo  
“X” vào ô “Đúng” hoặc “Không đúng”.*

<b>STT</b>	<b>Câu hỏi</b>	<b>Đúng</b>	<b>Không đúng</b>
1.	Bạn thường mong muốn những điều mới lạ, gây hồi hộp.		
2.	Bạn cần những người bạn có thể hiểu, đồng viên, an ủi mình.		
3.	Bạn là người vô tư, không bận tâm đến điều gì.		
4.	Bạn cảm thấy khó khăn trong việc từ chối một điều gì đó		
5.	Bạn có suy nghĩ kỹ trước khi quyết định một việc gì đó.		
6.	Bạn luôn giữ lời hứa bất kể điều đó có thuận lợi hay không đối với bạn.		
7.	Tâm trạng của bạn thường hay thất thường.		
8.	Bạn thường hành động hay phát ngôn rất nhanh không cần suy nghĩ.		
9.	Bạn thường cảm thấy mình bất hạnh mà không rõ nguyên nhân.		
10.	Bạn thường bảo vệ đến cùng ý kiến của mình trong các cuộc tranh luận.		
11.	Bạn thường cảm thấy rụt rè, ngưng ngừng khi nói chuyện với người khác giới không quen.		

12.	Đôi lúc bạn không kiểm chế được và nổi nóng.		
13.	Bạn thường hành động một cách bùng bột.		
14.	Bạn thường day dứt vì đã làm một việc lẽ ra không nên làm.		
15.	Bạn thường thích đọc sách hơn là gặp gỡ mọi người.		
16.	Bạn dễ tự ái, phật lòng.		
17.	Bạn thích nhập hội với bạn bè.		
18.	Đôi lúc bạn có ý nghĩ mà bạn đâu không muốn cho người khác biết.		
19.	Đôi khi bạn cảm thấy mình đầy nghị lực, nhiệt tình làm mọi việc nhưng có lúc lại hoàn toàn uể oải.		
20.	Bạn thích thà ít bạn nhưng thân còn hơn.		
21.	Bạn hay mơ mộng.		
22.	Bạn phản ứng lại ngay khi người ta nói nặng lời với bạn.		
23.	Bạn thường day dứt khi mình có lỗi.		
24.	Tất cả những thói quen của bạn đều là tốt và cần thiết.		
25.	Bạn có khả năng truyền cảm hứng và gây cười trong nhóm bạn bè.		
26.	Bạn là một người nhạy cảm.		
27.	Bạn là một người hoạt bát, vui vẻ.		
28.	Sau khi làm một việc quan trọng, bạn thường có cảm giác rằng lẽ ra có thể làm việc đó tốt hơn.		
29.	Bạn thường im lặng ở chốn có người lạ.		
30.	Bạn cũng có lúc đồn chuyện, phao tin.		
31.	Bạn thường mất ngủ vì những ý nghĩ khác nhau trong đầu.		
32.	Nếu muốn biết điều gì đó bạn thường thích tự tìm hiểu hơn là hỏi người khác.		
33.	Bạn thường hay hỏi hớp.		
34.	Bạn thích công việc đòi hỏi phải tập trung chú ý liên tục.		
35.	Cũng có lúc bạn run lên vì vui sướng hay sợ hãi.		
36.	Bạn luôn trả cước phí giao thông đầy đủ mặc dù không bị kiểm soát.		
37.	Bạn cảm thấy khó chịu khi ở nơi mà người ta hay chằm chọc		

	nhau.		
38.	Bạn dễ nổi giận.		
39.	Bạn thích công việc đòi hỏi hành động nhanh chóng.		
40.	Bạn thấy hồi hộp khi cảm thấy những việc bất lợi có thể xảy ra.		
41.	Bạn đi đứng ung dung, chậm rãi.		
42.	Đã có lúc bạn đến nơi hẹn hoặc đi làm muộn.		
43.	Bạn thường có ác mộng.		
44.	Bạn thích trò chuyện đến nỗi không bao giờ bỏ qua cơ hội bắt chuyện với cả những người không quen biết.		
45.	Bạn hay lo lắng vì có chỗ đau nào đó trên cơ thể.		
46.	Bạn cảm thấy khô sở khi lâu không được giao thiệp rộng rãi với mọi người.		
47.	Bạn là người dễ cáu kỉnh.		
48.	Trong số những người quen có những người bạn không thích.		
49.	Bạn là người rất tự tin.		
50.	Bạn dễ phật ý khi có người chỉ ra các khuyết điểm của bạn.		
51.	Bạn nghĩ rằng khó có thể thực sự thoải mái ở các cuộc liên hoan.		
52.	Bạn cảm thấy không yên tâm khi thua kém bạn bè ở điểm nào đó.		
53.	Bạn dễ dàng mang lại sự vui vẻ cho một cuộc họp mặt khá tẻ nhạt.		
54.	Bạn thường hay nói về những vấn đề mà mình chưa nắm chắc.		
55.	Bạn lo lắng về sức khỏe của mình.		
56.	Bạn thích trêu đùa người khác.		
57.	Bạn bị mất ngủ.		

---

***Hãy đừng bỏ sót câu nào!***



**PHỤ LỤC 6**  
**THANG ĐÁNH GIÁ CHUNG SỰ BIỂU HIỆN LÂM SÀNG (CGI)**  
**THANG ĐÁNH GIÁ CHUNG VỀ LÂM SÀNG (CGI)**

Họ và tên: \_\_\_\_\_ Giới: \_\_\_\_\_ Tuổi \_\_\_\_\_

CGI gồm 3 phần:

- Mức độ bệnh tật
- Sự cải thiện chung
- Chỉ số hiệu quả

<b>I. Mức độ nặng của bệnh tại thời điểm khám</b>	<b>Điểm</b>	<b>2. Sự cải thiện chung</b>	<b>Điểm</b>
Không đánh giá được	0	Không đánh giá được	0
Bình thường	1	Cải thiện rất nhiều	1
Trạng thái ranh giới	2	Cải thiện rõ rệt	2
Bệnh mức độ nhẹ	3	Cải thiện ít	3
Bệnh mức độ trung bình	4	Không thay đổi	4
Bệnh mức độ rõ rệt	5	Bệnh nặng thêm một chút	5
Bệnh mức độ nặng	6	Bệnh nặng lên nhiều	6
Bệnh mức độ rất nặng (Bệnh nhân nặng nhất)	7	Bệnh tiến triển rất trầm trọng	7

**3. Đánh giá chỉ số hiệu quả**

<b>Tác dụng phụ</b>	<b>Hiệu quả điều trị</b>			
	<b>Không</b>	<b>Không gây trở ngại đáng kể đến sinh hoạt của bệnh nhân</b>	<b>Gây trở ngại đáng kể đến sinh hoạt của bệnh nhân</b>	<b>Nặng hơn cả hiệu quả điều trị</b>
Rõ rệt (thuyên giảm toàn bộ hoặc gần như toàn bộ các triệu chứng)	01	02	03	04
Trung bình (thuyên giảm 1 phần các triệu chứng)	05	06	07	08
Ít	09	10	11	13
Không đổi hoặc nặng thêm	13	14	15	16

Clinical global impression scale (CGI)