

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lo âu lan tỏa (RLLALT) 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. Lo âu là triệu chứng chính trong tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn lo âu lan tỏa (RLLALT). Tuy nhiên, bệnh nhân đến các phòng khám không phải vì triệu chứng lo âu mà vì các triệu chứng đi kèm. Theo Montgomery (2010), bệnh nhân đến các phòng khám vì lo âu chỉ khoảng 13,3%. 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). Sự đa dạng và phong phú của các triệu chứng của RLLALT gây nhiều khó khăn cho bác sĩ đa khoa và các bác sĩ chuyên ngành tâm thần. Do đó, xác định chính xác các đặc điểm lâm sàng của GAD là cần thiết để chẩn đoán chính xác và điều trị hiệu quả. 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 có hiệu quả trong việc làm thuyên giảm các triệu chứng lo âu và các triệu chứng khác của RLLALT. Liệu pháp hóa dược 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.

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 tâm căn và đã cho thấy có hiệu quả. Cho đến nay, liệu pháp còn ít được áp dụng trong điều trị RLLALT do chưa có bằng chứng khoa học. 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.

Những đóng góp mới của luận án

1. Cung cấp đầy đủ, chi tiết và rõ ràng về đặc điểm lâm sàng của RLLALT giúp các bác sĩ lâm sàng chuyên ngành tâm thần có thể phát hiện sớm, chẩn đoán chính xác và do vậy điều trị sẽ có hiệu quả.

2. Cung cấp các bằng chứng khoa học về hiệu quả điều trị RLLALT bằng phương pháp thư giãn luyện tập. Từ đó giúp cho các bác sĩ lâm sàng chuyên ngành tâm thần có thêm kinh nghiệm trong việc sử dụng phương pháp này để điều trị cho bệnh nhân RLLALT.

Bố cục luận án

Luận án có nội dung dài 129 trang với 4 chương, 36 bảng, 7 biểu đồ và 177 tài liệu tham khảo được xếp theo thứ tự xuất hiện trong luận án.

Luận án được bố cục như sau:

Đặt vấn đề: 2 trang

Chương 1: Tổng quan tài liệu 39 trang

Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 15 trang

Chương 3: Kết quả 30 trang

Chương 4: Bàn luận 39 trang

Kết luận và kiến nghị 4 trang

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đặc điểm lâm sàng RLLALT

1.1.1. Đặc điểm lâm sàng triệu chứng lo âu trong RLLALT

1.1.1.1. 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.

Khó kiểm soát lo lắng. Người bình thường, khi lo lắng tăng lên thì có thể giảm hoặc dừng sự lo lắng. Bệnh nhân RLLALT luôn khó khăn trong việc kiểm soát lo lắng.

Khó kiểm soát chủ ý. Hirsch và cộng sự cho biết bệnh nhân RLLALT không thể tập trung chú ý vào vấn đề khác ngoài vấn đề đang lo

1.1.1.2. 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 khu 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%. 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%). 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.

1.1.1.3. 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.

1.2.3. Đặc điểm lâm sàng triệu chứng khác của RLLALT

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10, 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*. Đặc điểm chung của 22 triệu chứng bao gồm:

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

Triệu chứng có thể đi trước, đi cùng hoặc đi sau triệu chứng lo âu hoặc triệu chứng cơ thể khác.

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.

Tóm lại, các triệu chứng của RLLALT xuất hiện rất đa dạng, phong phú. Các triệu chứng này có thể điều trị bằng liệu pháp tâm lý hoặc liệu pháp hóa dược.

1.2. Liệu pháp thư giãn luyện tập

1.2.1. 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.

1.2.2. 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.

1.2.3. 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.

1.2.3.1. Liệu pháp nhóm

Liệu pháp tâm lý nhóm là một hình thức điều trị bằng cách sử dụng tác động tâm lý từ bác sĩ lên toàn bộ nhóm hoặc lên từng thành viên riêng biệt và sự 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.

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.

1.2.3.2. 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, đó 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

1.2.4. 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.

Năm 1979 – 1982, 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.

Năm 1979, Nguyễn Việt, Trần Di Ái, Nguyễn Sĩ Long nghiên cứu điều trị bằng liệu pháp thư giãn luyện tập trên 50 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh tâm căn suy nhược điều trị ngoại trú tại Khoa Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai.

Năm 1984, một nghiên cứu trên 42 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh tâm sinh điều trị chủ yếu bằng liệu pháp thư giãn – luyện tập.

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.

Năm 1994, Đinh Đăng Hòe nghiên cứu điều trị bệnh nhân được chẩn đoán bệnh tâm sinh tại viện Sức khỏe tâm thần .

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

CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân nam và nữ được chẩn đoán RLLALT, điều trị nội trú tại Viện sức khỏe Tâm thần, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2013 đến tháng 10/2017, đủ 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 1 tháng.

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 1 tháng.

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

2.2. Phương pháp và nội dung nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

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

Mục tiêu 2, sử dụng phương pháp can thiệp lâm sàng, theo dõi điều trị trong thời gian 1 tháng, theo dõi trước và sau điều trị.

2.3.2. Cỡ mẫu

Mục tiêu 1: chọn mẫu ngẫu nhiên theo công thức mô tả:

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

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

Mục tiêu 2: chọn mẫu thuận tiện. 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.

2.3. Phương pháp tiến hành

Mô tả đặc điểm lâm sàng và theo dõi điều trị theo mẫu bệnh án nghiên cứu thông nhất.

2.3.1. Mô tả đặc điểm lâm sàng

Thu thập các biến số nghiên cứu: biến số nền, biến số phụ thuộc, biến số độc lập tại thời điểm T0

2.3.2. Điều trị bằng liệu pháp thư giãn luyện tập

Mỗi buổi tập có 01 bác sĩ, 01 cán bộ tâm lý và 01 điều dưỡng hướng dẫn và theo dõi. 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.

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

Phần 3 (10 phút): bác sĩ/cử nhân tâm lý hướng dẫn tập *luyện tập thở*.

Phần 4 (10 phút): bác sĩ/cử nhân tâm lý hướng dẫn tập *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.

Theo dõi tại các thời điểm điều trị

Khám lại tại thời điểm sau điều trị 2 tuần (T2), kết thúc điều trị (T4).

2.4. Nhập và phân tích số liệu

Bước 1: mã hóa và nhập bằng phần mềm EpiData 3.1.

Bước 2: làm sạch số liệu.

Bước 3: xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 12.0.

2.5. Hạn chế, sai số và biện pháp khắc phục

Hạn chế lớn nhất của đề tài là không có nhóm chứng.

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

Sai số có thể do nhập liệu không chính xác

Khắc phục hạn chế không có nhóm chứng bằng cách chia nhiều thời điểm để đánh giá. Khắc phục sai số do nhớ lại bằng cách khám, phỏng vấn nhiều lần. Khắc phục sai số do nhập liệu bằng cách kiểm tra lại sau khi nhập.

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	33,8	20	19,0	42	24,7
36 - 45	16	24,6	26	24,8	42	24,7
46 - 55	7	10,8	30	28,5	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 \pm 14,3		44,8 \pm 12,8		43,2 \pm 13,6	

Nhận xét: Nhóm 26 – 35 tuổi và 36 - 45 tuổi có tỉ lệ cao nhất: 24,47%.

3.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RLLALT

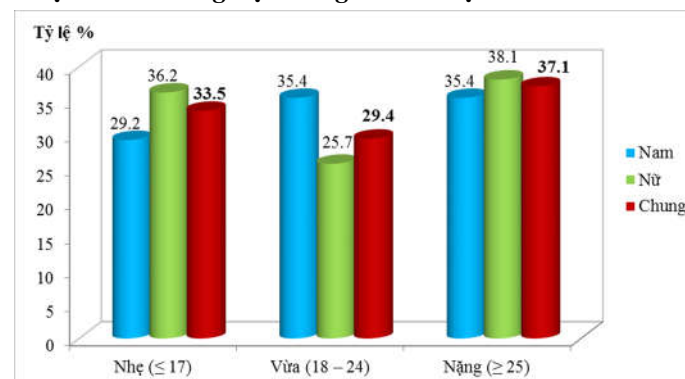
Bảng 3.6. Đặc điểm các triệu chứng khởi phát của bệnh nhân (n=170)

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

Nhận xét: Thường gặp là triệu chứng hồi hộp/ tim đập mạnh/ nhanh (40%).

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: Thường gặp mức độ nặng chiếm tỉ lệ 37,1%.

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

Vấn 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	79,4
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: 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

Vấn đề lo âu trong ngày	Nam(n=65)		Nữ(n=105)		Chung(n=170)	
	SL	%	SL	SL	%	SL
2 vấn đề	16	24.6	34	32.4	50	29.4
3 vấn đề	23	35.4	45	42.9	68	40
4 vấn đề	25	38.5	24	22.8	49	28.8
5 vấn đề	1	1.5	2	1.9	3	1.8
Tổng	65	100	105	100	170	100

Nhận xét: Thường gặp nhất là bệnh nhân có 3 vấn đề lo âu (40%)

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=170)

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 kích thích thần kinh thực vật là 2,5 ± 1,0. Thường xuất hiện 8,6 ± 3,2 triệu chứng trong tổng số 22 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 kích thích thần kinh thực vật	Hồi hộp/ Tim đập mạnh/ nhanh	55	84,6	97	92,3	152	89,4
	Vã mồ hôi	44	67,6	63	60,0	107	62,9
	Run	36	55,3	64	60,9	100	58,8
	Khô miệng	19	29,2	50	47,6	69	40,5
Triệu chứng liên quan đến vùng ngực, bụng	Khó thở	37	56,9	67	63,8	104	61,1
	Cảm giác nghẹn	13	20,0	32	30,4	45	26,4
	Đau/khó chịu ngực	20	30,7	41	39,1	61	35,8
	Buồn nôn/ khó chịu ở bụng	30	46,1	63	60,0	93	54,7
Triệu chứng toàn thân	Cơn nóng / lạnh	30	46,1	64	60,9	94	55,2
	Cảm giác tê cứng/kim châm	24	36,9	48	45,7	72	42,3

Nhận xét: Triệu chứng hồi hộp/ tim đập mạnh/ nhanh thường gặp nhất 89,4%.

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	93,5
	Căng thẳng tâm thần	45	69,2	77	73,3	122	71,7
	Cảm giác khối trong họng	4	6,1	14	13,3	18	10,5
Triệu chứng không đặc hiệu khác	Đễ 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	97,0

Nhận xét: Hầu hết gặp triệu chứng bồn chồn và căng thẳng tâm thần.

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	61,2
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	65,3
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: Tỷ lệ của hồi hộp + vã mồ hôi + khô miệng là cao nhất (65,3%).

3.3. HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG LIỆU PHÁP THU GIẢM 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: Có sự thuyên giảm mức độ lo âu ở tuần thứ 2 và tuần thứ 4.

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, 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 thuyên giảm tại thời điểm điều trị T2 và T4.

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	9,32 ± 3,0	7,8 ± 3,1	4,2 ± 3,9	< 0,0001	< 0,0001

Nhận xét: Tất cả 22 triệu chứng đều được cải thiện sau các tuần điều trị.

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: Nhóm triệu chứng kích thích thần kinh thực vật giảm rõ rệt sau các tuần điều trị tại T2 và T4.

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: Nhóm triệu chứng liên quan đến vùng ngực, bụng, có sự thuyên giảm sau T2 và T4.

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	%		
Cơn nóng / lạnh	56	56,6	45	45,4	20	20,2	0,0128	<0,0001
Cảm giác tê công / kim châm	46	46,5	30	30,3	16	16,1	0,0006	<0,0001

Nhận xét: Nhóm triệu chứng toàn thân có sự thuyên giảm tại T2 và T4.

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	0,0001	<0,0001
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	0,0086	<0,0001
Sợ bị chết	33	33,3	19	19,1	9	9,1	0,0014	<0,0001

Nhận xét: Nhóm triệu chứng liên quan đến trạng thái tâm thần giảm mạnh từ thời điểm T0 đến T2 và T4.

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/dầu đón	55	55,6	46	46,4	25	25,2	0,0343	< 0,0001
Bồn chồn	96	96,9	96	96,9	52	52,5	0,4999	< 0,0001
Căng thẳng tâm thần	78	78,8	54	54,5	33	33,3	< 0,0001	< 0,0001
Cảm giác khó trong họng	13	13,1	8	8,1	5	5,1	0,0684	< 0,0086

Nhận xét: Nhóm triệu chứng căng thẳng giảm tại các thời điểm T2 và T4

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 kinh 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: Nhóm triệu chứng không đặc hiệu khác giảm mạnh từ thời điểm bắt đầu điều trị đến thời điểm T2 và thời điểm T4.

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 nhận thấy 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 vấn 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. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Revicki (2008), của Hunt và của Kessler.

RLLALT phổ biến ở nữ giới với 61,8% hơn ở nam giới với 38,2%. Tỉ lệ nữ giới gấp tỉ lệ nam giới xấp xỉ 2:1 lần. Tương tự nghiên cứu của Wittchen và cộng sự tiên cho kết quả: tỉ lệ nữ mắc RLLALT là 6,6% và tỉ lệ nam là 3,6%. Tỉ lệ nữ : nam là khoảng 2:1

4.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RLLALT

4.2.1. Đặc điểm các triệu chứng khởi phát

Triệu chứng khởi phát thường gặp của bệnh nhân nghiên cứu là triệu chứng hồi hộp, tim đập mạnh/ nhanh. 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%. Có sự khác biệt này có thể là do có sự khác nhau về cỡ mẫu nghiên cứu.

4.2.2. Đặc điểm triệu chứng 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. Tiếp theo là mức độ lo âu nhẹ. Điều này cho thấy, hầu hết bệnh nhân RLLALT đến khám và điều trị khi tình trạng bệnh ở mức độ nặng.

Đặc điểm nội dung lo âu. Theo tiêu chuẩn chẩn đoán ICD 10, bệnh nhân RLLALT thường lo lắng về nhiều vấn đề, ít khi khư trú vào một vấn đề nhất định. Các vấn đề lo âu của bệnh nhân là các vấn đề thường gặp trong cuộc sống hàng ngày, các vấn đề nhỏ nhặt, vụn vặt. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy phần lớn các chủ đề được bệnh nhân quan tâm là vấn đề về gia đình (79,4) và các vấn đề về tai nạn, bệnh tật (bảng 3.10). Sau những vấn đề về gia đình và tai nạn bệnh tật, vấn đề kinh tế cũng là vấn đề được bệnh nhân quan tâm. Các vấn 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 vấn đề lo âu thường gặp là gia đình, tài chính, công việc, bệnh tật và vấn đề nhỏ. 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. Dugas cho biết tỉ lệ bệnh nhân RLLALT lo âu về bệnh tật / sức khỏe / thương tích và các vấn đề khác nhiều hơn lo âu về tài chính so với nhóm chứng. 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 giá 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 vấn đề về gia đình và tai nạn, bệnh tật.

Đặc điểm số vấn đề lo âu. Trong một nghiên cứu phân tích gộp của Holaway và cộng sự, vấn đề lo âu của bệnh nhân RLLALT thường có sự lan tỏa và thay đổi liên tục. Những vấn 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. Nghiên cứu nhận thấy bệnh nhân RLLALT thường có 3 vấn đề lo lắng (40%). Tiếp theo là những bệnh nhân có 2 vấn đề lo lắng và 4 vấn đề lo lắng. Ít gặp nhất là bệnh nhân có 5 vấn đề lo lắng (bảng 3.10)

4.2.3. Đặc điểm triệu lâm sàng triệu chứng khác của RLLALT

Bệnh nhân RLLALT thường có $2,5 \pm 1,0$ triệu chứng trong nhóm kích thích thần kinh thực vật và có $8,6 \pm 3,2$ trong số 22 triệu chứng (bảng 3.14).

4.2.3.1. Đặc điểm lâm sàng các triệu chứng cơ thể của RLLALT

Nhóm triệu chứng kích thích thần kinh thực vật. Kết quả bảng 3.15 cho thấy hầu hết là triệu chứng hồi hộp, tim đập nhanh với. 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. 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. 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%. 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. Đây cũng là triệu chứng khiến bệnh nhân đi khám và điều trị ở chuyên khoa tiêu hóa. 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. 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.

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 cóng / kim châm. Triệu chứng cơn nóng / lạnh và cảm giác tê cóng / 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 cóng / 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 cơn nóng / lạnh.

4.2.3.1. 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. Tình trạng này có thể do rối loạn nhịp thở dẫn đến rối loạn nồng độ CO₂ và O₂ trong máu. Đây là 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.

Nhóm triệu chứng căng thẳng. Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu có triệu chứng bồn chồn chiếm tỉ lệ (bảng 3.16). Tỉ lệ bệnh nhân bồn chồn bất an ở nam và nữ tương đương nhau. 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. 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. Kết quả nghiên cứu tương tự nghiên cứu của Nguyễn Phước Bình.

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. Triệu chứng này thường gặp ở cả nam và nữ (bảng 3.16). Tsypes (2013) cho biết có khoảng 74% bệnh nhân RLLALT có triệu chứng rối loạn giấc ngủ. 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. Nghiên cứu của Bélanger cho biết đặc điểm thường gặp nhất là khó giữ được giấc ngủ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với kết quả nghiên cứu của Bélanger có thể do cỡ mẫu và tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau.

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

Mức độ lo âu. 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%. Ở tuần thứ 2 điều trị, tỉ lệ bệnh nhân nặng đã giảm xuống còn 22,2%. Ở tuần thứ 4 là tuần kết thúc điều trị, tỉ lệ bệnh nhân có mức độ lo âu nặng còn có 11,1%. Tỉ lệ mức độ lo âu vừa ở tuần thứ nhất tăng lên sau tuần thứ 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.

Tần suất xuất hiện triệu chứng lo âu. Sau tuần thứ 2 điều trị tần suất xuất hiện triệu chứng lo âu giảm xuống so với tuần đầu tiên bắt đầu điều trị khoảng 2 lần trong tuần. Kết thúc điều trị tần suất xuất hiện triệu chứng lo âu trung bình chỉ còn $1,3 \pm 2,0$ lần trong tuần. Thời gian tồn tại ngắn nhất và dài của triệu chứng lo âu cũng giảm thuyên giảm sau các tuần điều trị. (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”. Nghiên cứu của Michalsen cũng cho thấy mức độ lo âu giảm đáng kể sau khi luyện tập bằng yoga. 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. 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.

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 trong nhóm triệu chứng kích thích thần kinh thực vật có sự thuyên giảm tại các thời điểm T2 và T4. Số lượng triệu chứng khi kết thúc điều trị đã giảm xuống một nửa so với lúc bắt đầu điều trị. Tổng số triệu chứng của RLLALT giảm xuống $9,5 \pm 3,8$ triệu chứng (T2) và xuống $5,1 \pm 4,9$ triệu chứng (T4). 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 noepinephrine 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. 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. 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. 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 $p < 0,01$.

Nhóm triệu chứng toàn thân. 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. Kết quả bảng 3.25 cho thấy số bệnh nhân có cảm giác tê cứng / kim châm giảm đều tại 2 thời điểm điều trị T2 và T4. Triệu chứng cảm giác tê cứng / 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 cứng / kim châm. 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 $p < 0,05$.

Nhóm triệu chứng liên quan đến vùng ngực, bụng. Kết quả bảng 3.24 cho thấy liệu pháp thư giãn – luyện tập có thể làm thuyên giảm được các triệu chứng thuộc nhóm triệu chứng liên quan đến vùng ngực, bụng. 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 $p < 0,0001$. 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. 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). 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 $p < 0,05$.

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. Bảng 3.26 cho thấy triệu chứng chóng mặt / không vững / ngất xỉu 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. 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 thể làm giảm được các triệu chứng sợ mất kiểm chế, “hóa điên”, sợ bị chết.

Nhóm triệu chứng căng thẳng. Trong nghiên cứu, triệu chứng bồn chồn không thuyên giảm ở cuối tuần thứ 2 điều trị. Tuy nhiên, so sánh tại thời điểm điều trị T0 với thời điểm điều trị T2 không có sự khác biệt. 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. 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. Triệu chứng căng thẳng tâm thần có sự thuyên giảm ở cuối tuần thứ 2 và kết thúc điều trị. 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 ỉu”. 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. 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. 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.

Nhóm triệu chứng không đặc hiệu khác. 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. Điều này cho thấy, liệu pháp thư giãn luyện tập chưa làm thuyên giảm được triệu chứng khó ngủ khó ngủ vì lo lắng sau 2 tuần điều trị. Triệu chứng dễ giật mình và triệu chứng khó tập trung có sự thuyên giảm qua các tuần điều trị. 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. Một nghiên cứu trên 120 bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp yoga trong 8 tuần cũng cho thấy triệu chứng khó tập trung, triệu chứng cấu kính đã thuyên giảm đáng kể trước và sau điều trị.

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. 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.

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 chóng mặt (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 công/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.

INTRODUCTION

Generalized anxiety disorder (GAD) is characterized by excessive and uncontrolled anxiety about a variety of themes, without specific situations, often lasting several months. Anxiety is the main symptoms of the diagnostic criteria for GAD. However, patients do not often come to the clinic because of symptoms of anxiety. According to Montgomery (2010), patients came to the clinic because of anxiety only accounted for about 13.3%. Patients who visited for other reasons accounted for a higher proportion: 47.8% came for psychosomatic symptoms (34.7% for pain and 32.5% for sleep disorders). The diversity and abundance of the symptoms of GAD make it is difficult for general practitioners and psychiatrists to diagnose and provide treatment. Therefore, accurate identification of clinical characteristics of GAD is essential for accurate diagnosis and effective treatment.

In clinical practice, GAD may be treated by pharmacological therapy, psychotherapy, or both of them. They are effective in relieving anxiety and other symptoms of GAD. Pharmacological therapy is more likely effective in acute periods, and psychotherapy is more likely effective in remain periods and preventing relapse. According to Baldwin, the recurrent rate of GAD after treating with psychotherapy was lower than pharmacological therapy.

At the National Institute of Mental Health, Bach Mai Hospital, Vietnam, since the 1970s, relaxation - training therapy has been used effectively to treat the neuroses. So far, this therapy hasn't already been used in the treatment for GAD because of the lack of scientific evidence. With the desire to clarify clinical features and determine the effectiveness of relaxation - training therapy in the treatment of GAD, we conducted the thesis: "Evaluation of the effectiveness of relaxation training therapy in treating general anxiety disorder " with two objectives:

1. Describing clinical features of generalized anxiety disorder according to ICD-10.
2. Evaluating the effectiveness of relaxation training therapy in treating general anxiety disorder.

New contributions of the thesis

1. Providing sufficient, detailed and clear evidence of clinical characteristics of generalized anxiety disorder to help psychiatrists to have early identifiability, correct diagnosis, and treatment effects.

2. Providing scientific evidence the effectiveness of relaxation training therapy in treating general anxiety disorder. This can help psychiatrists to have more experience in the use of this therapy to treat patients with GAD.

Contents of the thesis

The thesis is composed of 129 pages (exclude appendices and references) with 4 chapters, 36 tables, 7 diagrams and 177 references. Appendices consist of patients list, studying profile.

The thesis includes

Introduction: 2 pages

Chapter 1: Overview (39 pages)

Chapter 2: Subject and method (15 pages)

Chapter 3: Results (30 page)

Chapter 4: Discussion (39 pages)

Conclusions and recommendations (4 pages)

CHAPTER 1: OVERVIEW

1.1. Clinical features of GAD

1.1.1. Clinical features of anxiety in GAD

1.1.1.1. The level and ability to control anxiety

Excessive anxiety. Anxiety is manifested by the state of increasing anxiety more than normal occurrence, repetition of thoughts, judgments, inferior inferences with uncertainty about results.

Difficulty in controlling anxiety. When anxiety rises, people are usually able to reduce or stop it. However, patients with GAD have difficulty in managing anxiety.

Difficulty in controlling attention. Hirsch et al reported that patients with GAD could not focus on other issues besides anxiety.

1.1.1.2. The content of anxiety in GAD

The content of anxiety in patients with GAD tends to be more pervasive and less focus on a specific issue. The topics of anxiety are usually small and trivial problems such as events in daily life. Dugas found that patients with anxiety for family issues accounted for 70%. Other studies found that anxiety topic included health problems, illness (30.6%), work (30.4%), school (36.6%), economic (10.8%) and minor problems (25.2% - 31.3%). The point is that patients with GAD often worry about future problems rather than immediate ones.

1.1.1.3. Features time and nature of anxiety in GAD

Anxiety in GAD occurs with a gradual nature, fluctuates at least once a day, ranges from a few minutes to an hour, occurring any time per day, most commonly in the morning and At night, appear most days of the week and last for at least 6 months. In severe cases, anxiety appears to be continuous and prolonged throughout the day.

1.2.2. Other clinical symptoms of GAD

According to the diagnostic criteria for ICD 10, at least 4 of the 22 symptoms must be present and at least one of them must be in the group of Autonomic arousal symptoms. Common clinical features of 22 symptoms include:

The accompanying symptoms are usually functional symptoms, there is no organic disease.

Symptoms can be preceded by, concurrent or followed by symptoms of anxiety or other body symptoms.

The level of symptoms increases when the level of anxiety increases. The level of symptoms decreases when the level of anxiety decreases when patients relax or sleep.

In summary, the symptoms of GAD appear very diverse and abundant. These symptoms can be treated with psychotherapy or pharmacological therapy

1.2. Relaxation training therapy

1.2.1. Definition of relaxation training therapy

Relaxation training therapy is the psychological therapy that creates a balance between muscle tone and emotional tone. The letter “relaxation” is considered to be mental relaxation and muscular relaxation. Relax in combination with qigong exercises and Yoga to enhance the effect of relaxation, put the body into the state of maximize muscle relaxation. Soft muscle relaxes the back of the mind. Mental relaxation can affect the muscles, result in relaxation all body.

1.2.2. History of relaxation training therapy

Nowadays, there are many methods of relaxation in the world. Each author has his own nuance, but all methods originate from the two classical methods of Jacobson and Schultz.

Jacobson was the first person who found the connection between muscle relaxation and mental relaxation and the term "relaxation" was used in Chicago in 1905. He found that anxiety and mental tension are always accompanied by muscle tension. In contrast, the muscles in the

relaxed state do not accompany by anxiety, mental stress. Jacobson developed a method that created muscles relaxation and made patients feel calm and relax. The method is called "progressive muscle relaxation".

In Germany, Schultz (1926) also found a link between muscle relaxation and mental relaxation and built up the therapy "Autogenes Training". In contrast to the "progressive muscle relaxation" approach, Schultz used self-suggestion to increase the effectiveness of this method.

In Vietnam, since 1970, after studying treatment of neuroses and mental illness, Professor Nguyen Viet has developed the therapy "relaxation training". The therapy is also based on the relationship between muscle relaxation and mental relaxation. Research has shown that therapy can have profound effects on personality and long-term effects on these patients

The basis of relaxation training therapy

Relaxation - training can be used to treat neuroses base on group psychotherapy and self-suggestive and biofeedback mechanisms.

1.2.3.1. Group therapy

Group psychotherapy is a form of treatment that uses psychological effects from the doctor on the whole group or on individual members and the psychological impact of the group members (impact reciprocal), while group therapies use group dynamics development as a treatment tool

The purpose of group therapy is not only to alleviate pathological disorders through altering emotional responses to disorders but also establishes behavioral and cognitive changes as well as how to resolve the difficulty. Therefore, this therapy not only focus on symptoms but also focus on personality and behaviors

1.2.3.2. The mechanism of self-suggestion and biofeedback

Relaxation therapy derived from the theory of "neuromuscular stress" which is the basis of many negative emotional states and neuroses. Thus, relaxation - training therapy is based on two main mechanisms:

Self-suggestive mechanism: it is the active reception of psychological effects from oneself. Therefore, the patients learn how to control emotions, increasing the ability to pay attention.

Biological feedback mechanism is the use of self-suggestion and training to control the body, trying to reduce muscle tone, maximize

muscle relaxation. Muscle relaxation will affect the central nervous system, reducing the emotional tone.

1.2.4. The study of relaxation training therapy

In Vietnam, during a period of 1976-1977, in the Department of Psychiatry is the National Institute of Mental Health, Vietnam, Dr. Trinh Binh Di, Tran Viet Nghi, Vo Van Ban used relaxation training therapy in a trial with healthy students.

During 1979 - 1982, Nguyen Viet and Vo Van Ban used relaxation training therapy to treat 27 patients diagnosed with neurasthenia.

In 1979, Nguyen Viet, Tran Di Ai and Nguyen Si Long a study used relaxation training therapy to treat 50 outpatient diagnosed with neurasthenia in the Department of Psychiatry, Bach Mai Hospital.

In 1984, a study in 42 patients with a psychogenic disorder who treated with relaxation training therapy.

In October 1987, a report at the national cardiovascular conference in Vietnam showed that relaxation training therapy can treat neurosis hypertension.

In 1994, Dinh Dang Hoe used relaxation training therapy to treat patients diagnosed with the psychogenic disorder.

In summary, studies have found that relaxation training therapy is an effective, appropriate and economical therapy for neurasthenia and neuroses. However, there has been no study of relaxation training therapy in patients with GAD.

CHAPTER 2: OBJECTIVES AND RESEARCH METHODS

2.1. Research subjects

Patients were diagnosed with GAD, inpatient treatment at the Mental Health Institute, Bach Mai Hospital from October 2013 to October 2017, eligible for selection and exclusion criteria.

**** Standard selection***

Patients were diagnosed with a generalized anxiety disorder (F41.1) according to diagnostic criteria of ICD 10.

Full information (administrative, personal and family history, medical history, clinical examination, paraclinical parameters) until the end of the study.

Attend 20 full training sessions in a month.

Accept not to use GAD medications.

**** Exclusion criteria***

Patients with physical pathology affect on brain function, brain damage associated with it.

Patients with substance abuse, harmful use.

Patients who do not receive relaxation - training therapy or participate in 20 training sessions during a month

Use of GAD drugs during the study period.

2.2. Method and content of research

2.2.1. Research design

Goal 1, using the cross-sectional descriptive method.

Goal 2, using non-control clinical intervention method.

2.3.2. Sample size

Objective 1: Select random samples according to the descriptive formula

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

Apply the formula, the sample size is at least 158 patients. Adding a dropout rate of 10% to the sample was about 173 patients. In the study, 170 patients met the criteria for selection and exclusion.

Goal 2: Choose a convenient sample. Only 99 patients participated in a total of 20 sessions of relaxation therapy and not treated by medications of GAD

2.3. Methodology:

Describe the clinical characteristics and follow up on a unified clinical sample.

2.3.1. Description of clinical characteristics:

Collection of research variables: background variable, dependent variable, independent variable at time T0

2.3.2. Treat with relaxation - training therapy

Each session includes 01 doctor, 01 psychiatrist and 01 nurse guide and follows up. Each training session is divided into 5 parts:

Part 1 (15 minutes): The psychiatrist evaluates the results of the previous training session/analysis and explains and discusses with the patients about the disease.

Part 2 (20 minutes): Doctor / Bachelor Degree Psychology Instructor Relaxing Part.

Part 3 (10 minutes): Psychiatrist / Instructor teaches breathing exercises.

Part 4 (10 minutes): Doctor/bachelor psychology instructor training posture

Session 5 (5 minutes): Summary of the session, homework assignment, follow-up patient guidance, self-assessment and group discussion.

Follow up at the time of treatment

Revise at a time after 2 weeks (T2), end of treatment (T4).

2.4. Data entry and analysis

Step 1: Encode and Import using EpiData 3.1.

Step 2: Clean up the data.

Step 3: Process and analyze data using Stata 12.0 software.

2.5. Limitations, errors and corrective solutions

The biggest drawback of the study was that there was no control group.

Errors may be encountered due to recall, providing complete and accurate information.

The error may be due to incorrect input

Overcome the lack of control groups by dividing the time for evaluation. Overcome the error of recall by examination, interview many times. The errors caused by the input were checked after typing.

CHAPTER 3: RESULTS

3.1. General characteristics of the research objectives

Table 3.1. Age distribution of patients (n = 170)

Age	Male (n=65)		Female (n=105)		General (n=170)	
	n	%	n	%	n	%
18 - 25	7	10,8	7	6,7	14	8,2
26 - 35	22	33,8	20	19,0	42	24,7
36 - 45	16	24,6	26	24,8	42	24,7
46 - 55	7	10,8	30	28,5	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 \pm 14,3		44,8 \pm 12,8		43,2 \pm 13,6	

Comment: The group 26-35 years old and 36-45 years old had the highest rate: 24.47%.

3.2. Clinical features of GAD

Table 3.6. Characteristics of onset symptoms of patients (n = 170)

Symptoms of onset	Male (n=65)		Female (n=105)		General (n=170)	
	n	%	n	n	%	n
Palpitations or pounding heart, or accelerated heart rate	34	52,3	34	32,4	68	40
Sweating	2	3,1	4	3,8	6	3,5
Trembling or shaking	3	4,6	11	10,5	14	8,2
Difficulty breathing	5	7,7	6	5,7	11	6,5
Feeling of choking	1	1,5	0	0,0	1	0,6
Chest pain or discomfort	0	0,0	1	0,9	1	0,6
Nausea or abdominal distress	6	9,2	13	12,4	19	11,2
Feeling dizzy, unsteady, faint or light-headed	5	7,7	17	16,2	22	12,9
Fear of dying	1	1,5	0	0,0	1	0,6
Hot flushes or cold chills	3	4,6	5	4,8	8	4,7
Numbness or tingling sensations	3	4,6	7	6,7	10	5,9
Muscle tension or aches and pains	4	6,2	8	7,6	12	7,1
Restlessness and inability to relax	23	35,4	37	35,2	60	35,3
Mental tension	9	13,8	20	19,0	20	11,8
A sensation of a lump in the throat	1	1,5	0	0,0	1	0,6
Sleep disturbance	10	15,4	18	17,1	28	16,2

Comments: Common symptoms are palpitations or pounding heart, or accelerated heart with rate (40%).

3.2.2. Clinical features of GAD according to ICD 10

3.2.2.1. Clinical manifestations of anxiety symptoms of GAD patients

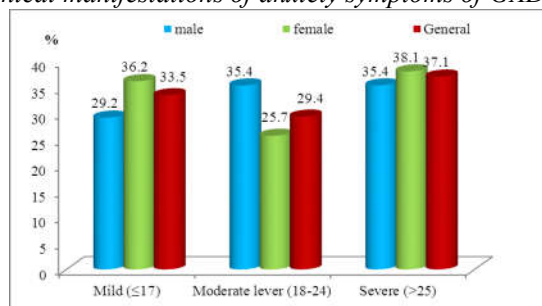


Figure 3.5. Characteristics of anxiety levels according to HAM-A (n = 170)

Comments: The most common occurrence is severe (37.1%).

Table 3.10. The frequency of patient anxiety (n = 170)

Frequency	($\bar{X} \pm SD$)	Min	Max
Frequency of occurrence	5,4 \pm 2,6	1	14
Existence	Short	21,6 \pm 9,1	1
	Long	31,3 \pm 14,0	5

Comment: Frequency of Anxiety is on average 5.4 \pm 2.6 times/week. The shortest and longest exist time was 21.6 \pm 9.1 minutes and 31.3 \pm 14.0 minutes.

Table 3.11. Time of anxiety symptoms worsen with gender (n = 170)

Time of anxiety symptoms worsening	Male (n=65)		Female (n=105)		General (n=170)	
	n	%	n	n	%	n
Afternoon	22	33,8	23	21,9	45	26,5
Evening	39	60,0	77	73,3	116	68,2
Anytime	4	6,2	5	4,8	9	5,3
Total	65	100	105	100	170	100

Comment: The time of anxiety symptoms worsen up mostly in the evening (68.2%).

3.2.2.2. Clinical manifestations of other symptoms of GAD

Table 3.12. Characteristics of the number of other symptoms (n = 170)

Number of symptoms	($\bar{X} \pm SD$)	Min	Max
Symptoms item 1 - 4	2,5 \pm 1,0	1	4
Symptoms of 22 symptoms	8,6 \pm 3,2	3	18
Symptoms from item 5 to 22	11,2 \pm 3,7	4	22

Comment: Number of Autonomic arousal symptoms was 2.5 \pm 1.0. Usually, 8.6 \pm 3.2 symptoms were present in a total of 22 symptoms.

Table 3.13. Physical symptoms characteristic of patients (n = 170)

Associated symptoms		Male (n=65)		Female (n=105)		General (n=170)	
		n	%	n	n	%	n
Autonomic arousal symptoms	Palpitations	55	84,6	97	92,3	152	89,4
	Sweating	44	67,6	63	60,0	107	62,9
	Trembling or shaking	36	55,3	64	60,9	100	58,8
	Dry mouth	19	29,2	50	47,6	69	40,5
Symptoms concerning chest and abdomen	Difficulty breathing	37	56,9	67	63,8	104	61,1
	Feeling of choking	13	20,0	32	30,4	45	26,4
	Chest pain or discomfort	20	30,7	41	39,1	61	35,8
General symptoms	Nausea or abdominal distress	30	46,1	63	60,0	93	54,7
	Hot flushes or cold chills	30	46,1	64	60,9	94	55,2
	Numbness or tingling sensations	24	36,9	48	45,7	72	42,3

Comment: The most frequent symptom of palpitations is 89.4%.

Table 3.14. Psychiatric symptoms characteristic of patients (n = 170)

Associated symptoms		Male (n=65)		Female (n=105)		General (n=170)	
		n	%	n	n	%	n
Symptoms concerning brain and mind	Feeling dizzy, unsteady, faint or light-headed	36	55,3	75	71,4	111	65,2
	Derealization	2	3,1	2	1,9	4	2,3
	Fear of losing control	17	26,1	26	24,7	43	25,2
	Fear of dying	25	38,4	20	19,1	45	26,4
Symptoms of tension	Muscle tension or aches and pains	27	41,5	28	26,6	55	32,3
	Restlessness	61	93,8	98	93,3	159	93,5
	Mental tension	45	69,2	77	73,3	122	71,7
Other non-specific symptoms	A sensation of a lump in the throat	4	6,1	14	13,3	18	10,5
	Being startled	34	52,3	53	50,4	87	51,1
	Difficulty in concentrating	40	61,5	59	56,1	99	58,2
	Persistent irritability	29	44,6	38	36,1	67	39,4
	Difficulty getting to sleep because of worrying	64	98,4	101	96,1	165	97,0

Comment: Most of the symptoms are restlessness and mental tension

Table 3.15. Characteristic features of autonomic arousal symptoms (n = 170)

Symptom	Male (n=65)		Female (n=105)		General (n=170)	
	n	%	N	n	%	n
Palpitations + Sweating	37	56,9	67	63,8	104	61,2
Palpitations + Trembling	13	20,0	32	30,5	45	26,5
Palpitations + Dry mouth	20	30,8	41	39,0	61	35,9
Palpitations + Sweating + Trembling	30	46,2	63	60,0	93	54,7
Palpitations + Sweating + Dry mouth	36	55,4	75	71,4	111	65,3
Palpitations + Trembling + Dry mouth	2	3,1	2	1,9	4	2,4
Trembling + Dry mouth + Palpitations	17	26,2	26	24,8	43	25,3
Palpitations + Sweating + Trembling + Dry mouth	25	38,5	20	19,0	45	26,5

Comment: The rate of Palpitations + Sweating + Dry mouth is the highest (65.3%).

3.3. Effect of treatment by relaxation training therapy

3.3.1. Treatment efficacy of anxiety symptoms at the times of treatment.

Table 3.18. Treatment efficacy for anxiety levels on HAM-A scale at the times of treatment (n = 99)

Level of anxiety	T0		T2		T4		p (T0-T2)	p (T0-T4)
	n	%	n	%	n	%		
Mild	34	34,3	53	53,6	52	52,5	< 0,0001	0,0001
Moderate level	20	20,2	24	24,2	36	36,4	0,1582	< 0,0001
Severe	45	45,5	22	22,2	11	11,1	< 0,0001	< 0,0001

Comment: There was an improvement in anxiety level at week 2nd and 4th.

Table 3.19. The frequency of anxiety symptoms at the time of treatment

Features	T0		T2		T4		p (T0-T2)	p (T0-T4)
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
Frequency of occurrence	5,2 ± 2,7	3,4 ± 2,6	1,3 ± 2,0	<0,0001	<0,0001			
Exist	Short	21,9 ± 8,7	11,3 ± 8,9	5,9 ± 5,1	<0,0001	<0,0001		
	Long	32,1 ± 14,81	20,6 ± 21,6	12,1 ± 22,7	<0,0001	<0,0001		

Comment: The frequency of occurrence in remission at the time of T2 and T4 treatment.

3.3.2. Effective treatment of other symptoms at the time

Table 3.20. Effective treatment of other symptoms at the time

Number of symptoms	T0		T2		T4		p (T0-T2)	p (T0-T4)
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
Symptoms item 1 - 4	2,5 ± 1	1,7 ± 1,1	0,9 ± 1,1	< 0,0001	< 0,0001			
Symptoms of 22 symptoms	11,8 ± 3,5	9,5 ± 3,8	5,1 ± 4,9	0,0003	< 0,0001			
Symptoms from 5 to 22	9,32 ± 3,0	7,8 ± 3,1	4,2 ± 3,9	< 0,0001	< 0,0001			

Comment: All 22 symptoms have improved after weeks of treatment.

Table 3.21. Efficacy of treatment for autonomic arousal symptoms at different treatment times (n = 99).

Associated symptoms	T0		T2		T4		p (T0-T2)	p (T0-T4)
	n	%	n	%	n	%		
Palpitations	88	88,9	73	73,7	43	43,4	< 0,0001	< 0,0001
Sweating	59	59,6	36	36,3	16	16,1	< 0,0001	< 0,0001
Trembling	57	57,6	34	34,3	17	17,1	< 0,0001	< 0,0001
Dry mouth	38	38,4	25	25,2	16	16,2	0,0036	< 0,0001

Comment: Group autonomic arousal symptoms reduced after the week at T2 and T4 treatment.

Table 3.22. Effective treatment of symptoms related to group the chest, abdomen according to the time of treatment (n = 99)

Symptom	T0		T2		T4		p (T0-T2)	p (T0-T4)
	n	%	n	%	n	%		
Difficulty breathing	56	56,6	46	46,4	25	25,2	0,0213	< 0,0001
Feeling of choking	25	25,3	16	16,1	11	11,1	0,0187	0,0006
Chest pain or discomfort	37	37,4	27	27,2	14	14,1	0,0189	< 0,0001
Nausea or abdominal distress	61	61,6	46	46,4	26	26,2	0,001	< 0,0001

Comment: Group symptoms concerning chest and abdomen reduced after the week at T2 and T4 treatment

Table 3.23. Effective treatment of symptoms related to group the general symptoms according to the time of treatment (n = 99)

Symptoms	T0		T2		T4		p (T0-T2)	p (T0-T4)
	SL	%	SL	%	SL	%		
Hot flushes or cold chills	56	56,6	45	45,4	20	20,2	0,0128	<0,0001
Numbness or tingling sensations	46	46,5	30	30,3	16	16,1	0,0006	<0,0001

Comment: Group systemic symptoms have significantly decreased in T2 and T4

Table 3.24. Effective treatment of group symptoms related to mental status during the time of treatment (n = 99)

Symptoms	T0		T2		T4		p (T0-T2)	p (T0-T4)
	SL	%	SL	%	SL	%		
Feeling dizzy, unsteady, faint or light-headed	66	66,7	48	48,4	32	32,3	0,0001	<0,0001
Derealization	1	1,0	1	1,01	0	0,00	0,9999	0,1574
Fear of losing control	31	31,3	20	20,2	10	10,1	0,0086	<0,0001
Fear of dying	33	33,3	19	19,1	9	9,1	0,0014	<0,0001

Comment: The group of symptoms associated with mental status decreased sharply from T0 to T2 and T4.

Table 3.25. Effective treatment of symptoms of tension at treatment time (n = 99).

Symptoms	T0		T2		T4		p (T0-T2)	p (T0-T4)
	SL	%	SL	%	SL	%		
Muscle tension or aches and pains	55	55,6	46	46,4	25	25,2	0,0343	<0,0001
Restlessness	96	96,9	96	96,9	52	52,5	0,4999	<0,0001
Mental tension	78	78,8	54	54,5	33	33,3	<0,0001	<0,0001
A sensation of a lump in the throat	13	13,1	8	8,1	5	5,1	0,0684	<0,0086

Comment: Group symptoms of tension decreases at times of T2 and T4

Table 3.26. The effectiveness of treatment for other non-specific symptoms at the time of treatment (n = 99)

Symptoms	T0		T2		T4		p (T0-T2)	p (T0-T4)
	SL	%	SL	%	SL	%		
Being startled	61	61,6	28	28,2	13	13,1	<0,0001	<0,0001
Difficulty in concentrating	65	65,7	29	29,2	11	11,1	<0,0001	<0,0001
Persistent irritability	47	47,5	21	21,2	7	7,1	<0,0001	<0,0001
Difficulty getting to sleep because of worrying	96	96,9	96	96,9	75	75,7	0,4999	<0,0001

Comment: Group other non-specific symptoms decreases at times of T2 and T4

CHAPTER 4 DISCUSSION

4.1. General characteristics

4.1.1. Characteristics of age

In the study, the ratio of GAD varies significantly between age groups. People under 25 and over 65 years of age are at much lower risk for developing GAD compared with people in the others age groups. The most common age was 26 to 35 and 36 to 45 years. The mean age of the study group was 43.2 ± 13.6 (Table 3.1). The study found that between age 36 and 55, GAD was more common in women than in men. It is possible that the fluctuations of women during this period have affected the health and endocrine in the body leading to decreased resistance to environmental factors. Women have to undergo pregnancy, birth to lead to health decline compared to before. Moving into stages 36 to 55, women have more problems to worry about at work, in caring for their husbands, children, and families. At menopause progress, they have the hormones disorder in the body. If the age of 26 to 55 is the most labor-intensive age to contribute to society, then this age is most affected by GAD. The results of our study are similar to those of Revicki (2008), Hunt and Kessler.

GAD is more common in women with 61.8% than in men with 38.2%. The ratio of females to males is approximately 2:1. Similar research by Wittchen et al. Shows that the ratio of GAD in women is 6.6% and that of men is 3.6%. Female: male is approximate 2: 1.

4.2. Clinical presentation of GAD

4.2.1. Characteristics of onset symptoms

The common onset symptoms of the study patient are palpitations, pounding heart/ accelerated heart rate. In contrast to Nguyen Phuoc Binh's study, most patients with GAD got difficult to sleep (74%), the second most common symptom was palpitations, pounding heart (62%). This difference may be due to differences in sample size.

4.2.2. Clinical features of anxiety

Characteristics of anxiety levels according to HAM - A. Figure 3.5 shows that, with 170 participants, we found that the level of anxiety experienced by HAM-A patients was severe. Followed by mild anxiety. This indicates that most patients come to the hospital for medical examination and treatment when the condition is severe.

The frequency of anxiety. The GAD diagnostic criteria appear most days of the week. Our study found that the frequency of anxiety symptoms mean 5.4 ± 2.6 times a week (Table 3.10). The duration of anxiety symptoms usually ranged from 21.6 ± 9.1 to 31.3 ± 14.0 minutes. This shows that GAD patients spend a lot of time worrying.

Time of anxiety symptoms is severe. The results from Table 3.11 show that the majority of anxiety symptoms tends to severe in the evening.

A meta-analysis of Holaway et al showed that 38% manifested anxiety symptoms at least once a day; 19.4% worried every 2-3 days and 15.3% worried once a month. In the study, patients were assessed how long their anxiety periods last. Approximate 24% reported that the anxiety lasted less than 1 minute, and 38% lasted 1-10 minutes. Others confirmed typical long-term anxiety (18% from 10-60 minutes, 11% from 1-2 hours, 9% from two hours or more). In addition, participants reported that they were most worried at night or early morning and their concerns often occurred in response to impending problems, such as upcoming events or interaction between individuals.

Explain for some differences compared to our study. First, the sample size of the studies was larger than the sample size in our study. Secondly, the way we measure and evaluate the frequency and content of anxiety may differ from our own. Finally, the demographic differences between the samples, especially in terms of age, sex, and occupation, can affect the frequency of problems.

4.2.3. Characteristic of others clinical symptoms of GAD

Patients with GAD often have 2.5 ± 1.0 of autonomic arousal symptoms group and 8.6 ± 3.2 in 22 symptoms (Table 3.12).

4.2.3.1. Clinical presentation of physical symptoms of GAD

Group of autonomic arousal symptoms. Table 3.13 shows that the most symptoms are palpitations, accelerated heart rate. Next, 2 symptoms appeared in patients with the same rate of symptoms are sweating and trembling symptoms. Less common is dry mouth. The results of our study are similar to Nguyen Phuoc Binh's study. The authors found that in patients with GAD, most symptoms are palpitations, accelerated heart rate. Analysis of the study found, in the autonomic arousal symptoms group, most have a combination of at least 2 symptoms. Table 3.15 shows that the combination of 3 symptoms: palpitations + sweating + dry mouth most common with 65.3%. In the pathogenesis of GAD, physical symptoms of GAD appear due to neurotransmitter disorders and to autonomic nervous system disorders. Hyperactivity of sympathetic nervous system increases the production of neurotransmitters such as adrenalin and noradrenalin. Neurotransmitters are released causing many effects on the systemic system, thus resulting in clinical symptoms. All symptoms are functional symptoms. In the heart, it increases the heart rate, increases the force of the heart muscle. In sweat glands, increased sweating.

Group of symptoms concerning chest and abdomen. Table 3.13 shows that most patients have symptoms of nausea and abdominal distress. This is also a symptom that patients go to medical examination and treatment in gastroenterology. Because the sympathetic nervous system works in the intestine, causing muscle tone increases and decreased bowel movement, which results in abdominal distress. Beside nausea/abdominal distress, difficulty breathing is also common. The results of our study are similar to the results of some authors in the country when studying the clinical characteristics of GAD.

General symptoms. Table 3.13 shows that the ratio of hot flushes or cold chills symptoms is higher than numbness or tingling sensation. These symptoms are more common in women than men. The reason for this clinical appearance is due to disorders of neurotransmitter and autonomic nervous system disorders. Especially sympathetic nervous disturbances, abnormal vasodilatation or vasoconstriction, resulting in hot flushes or cold chills symptoms. Abnormal vasoconstriction in the small arteries disturbs the distribution of blood to the tissues and organs leading to the appearance of numbness or tingling sensation. These symptoms usually cause the patient to go to the neurologist for treatment before going to a psychiatrist.

Nguyen Phuoc Binh also showed similar results with more than 80% of patients with heat/cold symptoms of GAD.

4.2.3.1. *Clinical presentation of mental disorders of GAD*

Group of symptoms related to mental status. Table 3.14 shows that the majority of patients feeling dizziness/unsteady/faint or light-headed. This condition may be due to arrhythmias leading to disturbances in the concentration of CO₂ and O₂ in the blood. This is the reason for the patients' visit reason and treatment in neurology. Our results are similar to those of some authors in Vietnam.

Symptoms of tension. Most of the patients in the study showed restlessness (Table 3.14), the ratio in men and women is similar. Next is the symptoms of muscle tension or aches and pain. In muscle tension or aches and pain symptoms, the prevalence in the male is more common among female patients. Neurotransmitter disorders and autonomic disorder of GAD lead to disorders of muscle contraction, dysfunction of the blood distribution in the body causing the appearance of muscle tension and pain. These symptoms usually cause the patient to visit a neurologist or general practitioner. The results of the study are similar to that of Nguyen Phuoc Binh.

Other non-specific syndromes. In addition to the common symptoms of palpitations, pounding heart of the 22-symptom group, sleep disturbances were most common in patients with GAD. This symptom is common in both men and women (Table 3.14). Tsypes (2013) reported that approximately 74% of patients with GAD have sleep disorder symptoms. Monti's study reported insomnia have the highest rate of 22 symptoms in patients with GAD. According to the author, patients with GAD tend to be overly anxious, diffuse and uncontrollable. Therefore, the tendency to anxiety before going to bed and in bed caused sleep disorders. Bélanger's research shows that the most common sleep problem is sleep-maintenance insomnia. Our results differ from the results of Bélanger's study, which may be due to different sample sizes and diagnostic criteria.

4.3. Efficacy of relaxation training

4.3.1. *Efficacy of relaxation training on anxiety symptoms during hospitalize time.*

4.3.1.1. *Effectively treat the level of anxiety symptoms at the time of treatment*

Level of anxiety. As shown in Table 3.18, at the beginning of the study, the rate of severe cases accounted for 45.5%. After two weeks of

treatment, this incidence was reduced to 22.2%, and after four weeks which was the end-point of treatment, it was continued to reduce to 11.1%. The rate of moderate cases was increased after two weeks. There may be a decline of anxious level in patients with severe anxiety after the two weeks of treatment.

The frequency of anxiety symptoms. After the second week, the frequency of anxiety symptoms decreased compared to the first week of treatment. It appears about twice a week. At the end of treatment, it was averaged 1.3 ± 2.0 times a week. Shortest and longest duration of anxiety symptoms also decreased after treatment. (Table 3.19). Similar to our results, Holland et al. also found a reduction in the level of anxiety after treatment with "self-generated exercise". Michalsen's study also showed a significant reduction in anxiety after exercising yoga. Kanji et al. found that the anxious level was significantly reduced after treatment with "self-generated exercise" for 8 weeks. These authors suggested that self-suggestion caused the reduction of anxiety levels by decreasing amygdala activity, increasing the activity of the prefrontal cortex and activating the hippocampus.

4.3.2. *Efficacy of relaxation training on the somatic and mental symptoms of GAD*

The number of symptoms. The results on Table 3.20 show that the number of autonomic arousal symptoms was improved at the time T2 and T4. The number of symptoms at the end of treatment was reduced by half in comparison with the time of initiation. The total number of symptoms of GAD was decreased to 9.5 ± 3.8 (T2) and 5.1 ± 4.9 (T4). This suggests that relaxation - training therapy cannot only relieve anxiety symptoms but also reduce other symptoms of GAD.

4.3.2.1. *Efficacy of somatic symptoms.*

Autonomic arousal symptoms. As shown in Table 3.21, at the initiation of treatment, most patients had palpitations and strong/rapid heart rhythm (n=88). At the end of the second week, the number of these patients was 73. Thus, from the initiation of treatment to the end of the second week, the number of these patients was reduced to only 15. However, at the end of treatment, the number of patients with these symptoms was only 43. This suggests that the number of patients with this symptom was markedly reduced during the period from the second week to the end of treatment. GAD occurs due to neurotransmitter disturbance and increased sympathetic activity. Increased sympathetic

nervous system activity caused increasing the secretion of norepinephrine, which results in palpitation, strong/rapid heart rhythm, sweating, and tremor. Relaxation exercises can reduce the activity of the sympathetic nervous system, which can reduce the occurrence of autonomic arousal symptoms. We have also found that palpitation, strong/rapid heart rhythm was relieved after treatment. Similar to our results, Kanji found a significant improvement of rapid heart rhythm symptom after eight weeks of "self-generated exercise" treatment in patients with post-traumatic stress disorder. Shenbagavalli had used both yoga and "spontaneous exercise" in combination for 12 weeks and he also found that these therapies resulted in a significant reduction of heart rhythm after treatment in comparison with the control group. According to Lee, rapid heart rhythm was significantly reduced after qigong treatment in comparison with the control group ($p < 0.01$) [121].

General symptoms. We found that relaxation training therapy could relieve hot flushes or cold chills symptoms. These symptoms were modestly decreased after two weeks, but then they fell sharply. After two weeks, the number of patients with these symptoms was only reduced 11 patients. The results of Table 3.23 show that the number of patients with numbness/tingling sensations decreased at both T2 and T4. These symptoms are caused by hyperactivity of sympathetic nervous system which results in abnormal spasm in the capillaries, disturbs the distribution of blood in tissues and organs. Symptoms were relieved when the patients could relieve anxiety, stress or relax. Relaxation - training therapy can be effective on numbness and/or tingling sensations. Remission of these symptoms was statistically significant ($p < 0.0001$). Similar to the results of our study, a study showed that yoga therapy was effective in relieving hot flushes after 8 weeks of treatment ($p < 0.05$).

Symptoms concerning chest and abdomen. We found that relaxation-training therapy can relieve symptoms concerning chest and abdomen of GAD (Table 3.22). Relaxation therapy with Qi Gong exercises can affect internal organs of the abdomen. Abdominal breathing helps the diaphragm to rise and massage the stomach and intestines. We also found that there was a significant reduction of nausea or abdominal distress after two weeks and at the endpoint of treatment ($p < 0.0001$). Qi Gong breathing exercises can control breathing, reducing the excitability of the sympathetic nervous system. Abdominal breathing

can increase the vital capacity, and further increase the exposure time of the air in the alveoli in the retention of breath after inhalation, increase the exchange of air, which reduces the symptoms of difficulty breathing. Our study found that symptoms of difficulty breathing were reduced at the end of the second week (down from 56 patients to 46 patients) and then it continued to reduce significantly at the end of treatment (to 21 patients). Our results were similar to what Chattha found in his study. He used yoga therapy to treat 120 patients for 8 weeks and found that there was a significant improvement of difficulty breathing, abdominal symptoms ($p < 0.05$).

4.3.2.2. *Efficacy of mental symptoms*

Symptoms related to mental states. Table 3.24 shows that dizziness / unsteady / fainting was relieved after two and four weeks of treatment. After two weeks, 48 patients had these symptoms and after four weeks, only 32 patients had them. Comparing with the initiation of treatment, we found that the number of patients had these symptoms was reduced by more than half after four weeks. This remission was statistically significant. In patients with GAD, when the level of anxiety increase, some areas of the brain are stimulated. This causes increasing amygdala activity which results in some symptoms such as fear of uncontrol, "insane" or afraid of death. Some studies suggested that focusing on relaxation exercises or yoga exercises may reduce the activity of the amygdala, which in turn reduces these symptoms.

Symptoms of tension. In our study, restlessness was not relieved after two weeks of treatment. However, at the end of treatment, there was a sharp decrease of patients with this symptom (from 96 patients down to 52 patients). Some studies have shown that self-generated therapy or yoga can reduce the activity of the autonomic nervous system and increase the concentration of GABA in the brain. Symptoms of tension are remitted at the end of the second week and at the end of treatment. This suggests that relaxation –training therapy can be effective on symptoms of tension. "Relaxed Psychiatry" exercise has helped patients to feel "the whole body is very comfortable, psychic well-being, surrounding is also quiet." Muscle tension /pains are caused by the distribution of blood into tissues and organs. Sympathetic nervous system disturbance results in disturbing muscle contraction in blood vessels. "Muscle relaxant", "body warming" exercises and stretching muscles in yoga exercises soften the muscles, warms the body and helps

to distribute blood regularly to tissues and organs. Results from Table 3.25 show that relaxation - training therapy relieved the muscle tension and pains at the time of T2 and T4. A symptom of a sensation of a lump in the throat was also reduced significantly ($p < 0.0001$) after two and four weeks of treatment. Yurtkuran also yielded similar results. A 12-week study of treatment by yoga showed that muscle tension and pains were reduced by 37% from baseline. Another 8-week study of yoga showed that there was significant remission of symptoms of tension and that muscle tension/pains after treatment.

Other non-specific symptoms. In this study, we found that most patients had insomnia because of anxiety, accounted for 96.9% (Table 3.26). At the end of the second week, the number of patients with insomnia was still 96. This suggests that relaxation-training therapy did not relieve symptoms of insomnia due to anxiety after 2 weeks of treatment. Symptoms of startling and difficulty in concentrating were reduced during the treatment process. Relaxation therapy can reduce stress because it can reduce the respondent of the nervous system. Relaxed controlled breathing can relieve the nervous system activity, making the nervous system less responsive. Relaxation-training therapy can reduce the stress response. A study of 120 patients treated with yoga for 8 weeks showed that there were significant reductions of difficulty in concentrating, irritable symptom after treatment.

Efficacy of CGI scale. The CGI score was evaluated after two weeks and four weeks. The scale was evaluated by their attending doctor or investigator at the time T2 and T4 to assess the remission of symptoms after treatment. An "obvious" score was corresponding to the remission of all or almost symptoms. The "average" score was corresponding to partial remission of symptoms. "Little or no change" was corresponding to not relieved or only relieved 1 symptom. The results of Table 3.29 show that only one patient had significant improvement at the time of T2, 40 patients had moderate remission and almost patients had little or no remission. However, at the end of treatment, patients with little or no remission was reduced by half, the number of patients with moderate remission decreased to 30 patients and the number of patients with significant improvement was increased to 40. "A little or no change" at the time T4 was significantly reduced in comparison with the time T2. "Average remission" at the time T4 was also significantly reduced in comparison with the time T2 ($p = 0.0203$). In contrast, the "significant

improvement" at the time T4 was significantly increased ($p < 0.0001$). These results show that relaxation therapy was effective in patients at the time T2 and the most obvious effect was expressed at the time T4 (after 1 month of treatment).

CONCLUDE

By means of a cross-sectional descriptive study and clinical intervention with comparative longitudinal follow-up on treatment of 170 inpatients at the Bach Mai Institute of Mental Health, I would like to draw the following conclusions:

1. Clinical features of generalized anxiety disorder according to ICD-10 (170 patients)

The mean age of the study group was 44.2 ± 12.5 years; Most of the patients were female with 62.6%; Secondary education accounts for the highest proportion, of which 45.3% had psychological trauma

1.1. Symptoms of anxiety

Topics of anxiety are not fixed, not systematic, changeable during the course of the disease. In which: most of them are family topics (79.4%) and accidents (72.46%). Most commonly, patients had three topics of anxiety (40%)

The level of anxiety is usually severe with HAM-A (45.5%).

Frequency of "attacks" average anxiety of patients was 5.2 ± 2.7 times/week. The point in time of anxiety symptoms was worse in the evening (66.7%).

1.2. Characteristics of other symptoms

About 8.6 ± 3.2 symptoms occurred in a total of 22 symptoms. Symptoms of autonomic arousal symptoms were 2.5 ± 1.0 .

The autonomic arousal symptoms are: Palpitations (89.4%)

The most common psychiatric symptoms were anxiety (97.0%), restlessness (93.5%) and mental tension symptoms (71.7%).

The most common somatic symptoms are: sweating (62.9%), difficulty breathing (61.1%), trembling (55.8%) and hot flushes or cold chills (55.2%).

2. Efficacy of treatment for generalized anxiety disorder with relaxation – training therapy (99 patients)

2.1. Efficacy of treatment for anxiety symptoms:

The level of anxiety has decreased from 45.5% to 11.1% at end of treatment ($p < 0.0001$)

The frequency of anxiety symptoms decreased from 5.2 ± 2.7 times/week to 1.3 ± 2.0 times/week

Longest-lived symptoms decreased from 32.1 ± 14.81 minutes to 12.1 ± 22.7 minutes.

2.2. Effectively treat other symptoms

An average of 11.8 ± 3.5 of the 22 symptoms decreased to 5.1 ± 4.9 at the end of treatment.

Early and significant effects on symptomatic groups

Group of autonomic arousal symptoms and symptoms of tension group: 4 symptoms of palpitations/palpitations; sweating; tremor and dryness in the autonomic arousal symptoms group of patients were significantly reduced after treatment weeks at T2 and T4 ($p < 0.0001$). Autonomic arousal symptoms decreased from 2.5 ± 0.9 to 0.9 ± 1.1 symptoms ($p < 0.0001$). In the group of tensional symptoms, the rate of three muscle strain/pain symptoms; mental stress

The group of symptoms associated with mental status improved significantly from the beginning of treatment to the end of treatment.

Symptoms associated with chest and abdominal distention were better at T2 and T4 ($p < 0.05$).

The systemic symptoms group: hot flushes or cold chills and sensation of numbness/tingling decreased from 56.5% and 46.4% to 20.2% and 16.1% at the end of treatment. ($p < 0.0001$).

Non-specific symptoms syndrome: startling symptoms; difficulty concentrating; irregular tingling decreased sharply from baseline to T2 and T4 ($p < 0.0001$)

Efficacy is less with some symptoms

Particularly, insomnia did not improve after the second week of treatment. However, the end of treatment for insomnia was reduced but not much, from 96.9% to 75.7%.

The symptoms restlessness unchanged at T2 (96.9%) and decreased slightly to 52.5% at T4.

Derealization was not relieved after the second week of treatment. The end of treatment was also relieved but not statistically significant ($p = 0.1574$).

Reduction of symptoms in groups of introversion - neuroticism personality at the end of treatment.

RECOMMENDATIONS

Base on the research, we give some recommendations:

Need to strengthen, add and update knowledge about clinical characteristics, diagnosis of GAD for general practitioners and psychiatrists to help the physician in Internal Medicine and Psychiatry doctor early detection, correct diagnosis so that treatment is effective, reducing the burden on society, the patient and his family.

Relaxation - training therapy should be used more and more for treating patients with GAD and spreading out this therapy in hospitals, psychiatric foundations throughout the country.

we need study more research to compare the effective treatment of relaxation - training therapy with other therapies.