

RỐI LOẠN KHẢ NĂNG CHÚ Ý TRONG GIAI ĐOẠN TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN CẢM XÚC LƯỢNG CỰC

Nguyễn Việt Chung, Nguyễn Văn Tuấn

Trường Đại học Y Hà Nội

Rối loạn khả năng chú ý trong giai đoạn trầm cảm ở bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực thường gặp và đa dạng, trong thực hành lâm sàng hiện nay còn chưa được quan tâm và đánh giá đúng mức; Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 34 bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện giai đoạn trầm cảm điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia từ 9/2017 tới 8/2018 với mục tiêu nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn khả năng chú ý trong giai đoạn trầm cảm ở bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực. Kết quả thu được: tỷ lệ rối loạn duy trì chú ý (73,5%), rối loạn di chuyển chú ý (59,4%), rối loạn tập trung chú ý (44,1%). Rối loạn gặp nhiều hơn trên nhóm bệnh nhân trầm cảm mức độ nặng, trên 2 giai đoạn trầm cảm trong quá khứ. Sự suy giảm chú ý đạt thuyên giảm hoàn toàn sau điều trị; Rối loạn khả năng duy trì chú ý thường gặp nhất, rối loạn chú ý thường gặp hơn ở các bệnh nhân có trên 2 giai đoạn trầm cảm trong quá khứ, trầm cảm mức độ nặng.

Từ khóa: rối loạn khả năng chú ý, rối loạn cảm xúc lưỡng cực, trầm cảm lưỡng cực

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn trầm cảm là một chẩn đoán thường gặp trong thực hành lâm sàng. Theo Grande và cộng sự (2016), rối loạn cảm xúc lưỡng cực gặp ở hơn 1% dân số thế giới nói chung, trong đó có 31% tới 52% đáp ứng với các tiêu chuẩn của một giai đoạn trầm cảm [1].

Rối loạn này thường khởi phát sớm trong độ tuổi từ 18 đến 22 nên ảnh hưởng rất lớn đến việc học tập, sự phát triển trong nghề nghiệp, các chức năng gia đình và xã hội, ... từ đó mang lại gánh nặng, tổn thất lớn về cả tinh thần và vật chất cho gia đình và xã hội. Một trong những nguyên nhân quan trọng gây ra tình trạng này được cho là do khả năng chú ý bị suy giảm đặc biệt là sự duy trì chú ý [2 - 3].

Rối loạn khả năng chú ý bao gồm khả năng tập trung, duy trì, di chuyển sự chú ý. Bệnh nhân thường hay than phiền rằng bị mất tập trung, hay sao nhãng, khó khăn để duy trì và hoàn thành công việc hàng ngày hàng ngày, gây suy giảm các chức năng nghề nghiệp, gia đình, xã hội, khả năng thích ứng với môi trường xung quanh, ... Rối loạn cũng gây ảnh hưởng tới mọi hoạt động hàng ngày [4] [5]. Bên cạnh đó các triệu chứng rối loạn chú ý lại gián tiếp làm giảm khả năng mã hoá trí nhớ và các chức năng điều hành, dẫn đến bệnh nhân càng có nhiều trải nghiệm khó khăn, căng thẳng, áp lực trong cuộc sống, trong điều trị. Đây là nguy cơ cao thúc đẩy tái phát của một giai đoạn bệnh tiếp theo [6]. Trong khi đó các triệu chứng này có thể nhận biết bởi các bác sĩ điều trị, nhằm có biện pháp can thiệp, giúp bệnh nhân tuân thủ điều trị và hạn chế hậu quả của rối loạn lên các mặt hoạt động hàng ngày của bệnh nhân.

Hiện tại ở Việt Nam chưa có nghiên cứu

Tác giả liên hệ: Nguyễn Việt Chung, Trường Đại học Y Hà Nội

Email: nvchungmu@gmail.com

Ngày nhận: 23/05/2019

Ngày được chấp nhận: 19/06/2019

nào về chủ đề này, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn khả năng chú ý trong giai đoạn trầm cảm ở bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực điều trị nội trú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

34 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn trầm cảm theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10, điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần trong thời gian từ tháng 9/2017 đến tháng 8/2018. Loại trừ những bệnh nhân có tiền sử sa sút trí tuệ, bệnh nhân có tiền sử chậm phát triển tâm thần, bệnh nhân có tổn thương não được nhận thấy qua thăm khám trên lâm sàng, bệnh nhân hoặc người nhà không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2. Phương pháp

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Bệnh nhân nhập viện tại Viện Sức khỏe Tâm thần được bác sĩ bệnh phòng chẩn đoán rối loạn cảm xúc lưỡng cực giai đoạn trầm cảm sẽ được nghiên cứu viên đánh giá lại chẩn đoán bệnh theo tiêu chuẩn ICD-10. Các bệnh nhân có chẩn đoán không phù hợp hoặc nghi ngờ chẩn đoán sẽ bị loại.

Bệnh nhân được đánh giá:

- Các yếu tố nhân khẩu-xã hội học; các yếu tố liên quan đến bệnh: số giai đoạn trầm cảm trong quá khứ, số đợt tái phát, thời gian bị bệnh.

- Đánh giá các khả năng chú ý ở thời điểm vào viện và ra viện:

- Tập trung chú ý: Đánh giá qua thăm khám trên lâm sàng, khả năng tập trung vào những sự việc đang diễn ra xung quanh, qua phản hồi từ người nhà về việc bệnh nhân không tập trung khi nói chuyện.

- Duy trì chú ý: Đánh giá qua thực hiện nghiệm pháp trong thang đánh giá nhận thức MoCA; Bệnh nhân được yêu cầu gõ tay xuống bàn khi nghe thấy người làm trắc nghiệm đọc "A", người làm trắc nghiệm sẽ đọc lần lượt các chữ cái và ghi lại số lần bệnh nhân làm sai, nếu từ 2 lỗi trở lên là rối loạn.

- Di chuyển chú ý: Đánh giá qua thực hiện nghiệm pháp trong thang đánh giá nhận thức MoCA, bệnh nhân được yêu cầu nói lần lượt các ký tự số 1,2,3,4,5 xen kẽ với các ký tự A, B, C, D, E. nếu bệnh nhân nói sai là có rối loạn sự di chuyển chú ý.

- Các chức năng trí nhớ, chức năng điều hành được đánh giá dựa trên các mục của thang đánh giá chức năng nhận thức MoCA và thăm khám lâm sàng.

Số liệu được phân tích, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Với các thuật toán tỷ lệ, giá trị trung bình, kiểm định khi bình phương.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu phục vụ khoa học, nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh; Loại hình nghiên cứu mô tả nên không ảnh hưởng hay can thiệp gì đến quá trình điều trị khách quan của bệnh nhân; Nghiên cứu được hội đồng đề cương luận văn thạc sĩ Trường Đại Học Y Hà Nội thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

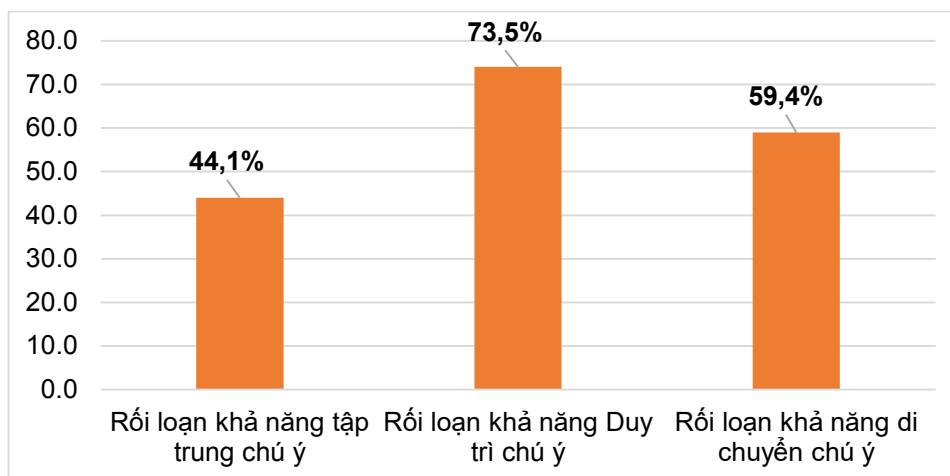
1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	8	23,5
	Nữ	26	76,5
Tuổi	Tuổi trung bình	42,85 ± 15,70	
Nơi sống	Thành thị	20	58,8
	Nông thôn	14	41,2
Trình độ học vấn	THCS	9	26,5
	THPT	7	20,6
	Cao đẳng / đại học	18	52,9
Chẩn đoán bệnh	F31.3	12	35,3
	F31.4	10	29,4
	F31.5	12	35,3

Bệnh nhân nam chiếm 23,5%. Tổng số bệnh nhân nữ cao hơn gấp 3,26 lần so với số bệnh nhân nam. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 42,85 ± 15,7. Một nửa số bệnh nhân có trình độ học vấn là học cao đẳng/đại học (52,9%). Bệnh nhân trong giai đoạn trầm cảm nặng chiếm 64,7%.

2. Đặc điểm lâm sàng rối loạn chú ý



Biểu đồ 1. Tỷ lệ rối loạn các khả năng chú ý

Đa số bệnh nhân có suy giảm sự duy trì chú ý (73,5%)

Sự suy giảm khả năng tập trung chú ý và di chuyển chú ý gặp với tần suất thấp hơn, với tỉ lệ lần lượt là 59,4% và 44,1%

3. Đặc điểm rối loạn chú ý trên các nhóm bệnh nhân

Bảng 2. Tỷ lệ rối loạn chú ý trên các nhóm bệnh nhân

Rối loạn chú ý		Rối loạn khả năng Tập trung chú ý (%)	Rối loạn khả năng Duy trì chú ý (%)	Rối loạn khả năng Di chuyển chú ý (%)
Mức độ	Mức độ vừa	41,7	58,3	50
trầm cảm	Mức độ nặng	45,5	81,8	65
Số giai đoạn trầm cảm trong quá khứ	1 - 2 giai đoạn	42,3	69,2	50
	> 2 giai đoạn	50	87,5	75
Số đợt tái phát bệnh	< 4 đợt	39,1	69,6	61,9
	≥ 4 đợt	54,5	81,8	54,5
Thời gian bị bệnh	≤ 36 tháng	45	75	70
	> 36 tháng	42,9	71,4	41,7

Tỷ lệ rối loạn tập trung chú ý gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân trầm cảm nặng (45,5%), có trên 2 giai đoạn trầm cảm trong quá khứ (50%), có từ 4 đợt tái phát bệnh trở lên (54,5%), và có thời gian bị bệnh từ dưới 36 tháng (45%)

Tỷ lệ rối loạn sự duy trì chú ý gặp nhiều hơn trong nhóm bệnh nhân trầm cảm nặng (82,8%), có trên 2 giai đoạn trầm cảm trong quá khứ (87,5%), có từ 4 giai đoạn tái phát bệnh trở lên (81,8%), thời gian bị bệnh từ dưới 36 tháng (75%)

Tỷ lệ rối loạn sự di chuyển chú ý gặp nhiều hơn trong nhóm bệnh nhân trầm cảm nặng (65%), có trên 2 giai đoạn trầm cảm trong quá khứ (75%), có dưới 4 đợt tái phát bệnh (61,9%) và có thời gian bị bệnh từ dưới 36 tháng (70%).

4. Đặc điểm rối loạn các chức năng nhận thức giữa hai thời điểm bệnh nhân vào viện và ra viện

Bảng 3. Đặc điểm rối loạn các chức năng nhận thức giữa hai thời điểm bệnh nhân vào viện và ra viện

Chức năng nhận thức bị rối loạn	Vào viện		Ra viện		p	
	n	%	n	%		
Chú ý	Tập trung chú ý	15	44,1	1	2,9	< 0,001
	Duy trì chú ý	25	73,5	6	17,6	< 0,001

Chức năng nhận thức bị rối loạn	Vào viện		Ra viện		p	
	n	%	n	%		
Di chuyển chú ý	18	58,1	9	29	0,022	
Trí nhớ	Trí nhớ gần	30	88,2	4	11,8	< 0,001
	Trí nhớ lời nói	21	61,8	4	11,8	< 0,001
	Nhớ lại có trì hoãn	21	61,8	5	14,7	< 0,001
	Trí nhớ hình ảnh	21	61,8	11	32,4	0,013
	Kiến tạo thị giác	23	67,6	17	50	0,07
Chức năng điều hành	Chậm chạp tâm thần vận động	24	70,6	6	17,6	< 0,001
	Khả năng tư duy trừu tượng	27	79,4	13	38,2	< 0,001
	Lên kế hoạch	18	54,5	2	6,1	< 0,001
	Sự Sắp xếp	7	20,6	2	5,9	0,063
	Khả năng Giải quyết vấn đề	16	47,1	2	5,9	0,001

So sánh giữa hai thời điểm vào viện và ra viện thấy có sự khác biệt rõ rệt về tỷ lệ rối loạn các chức năng chú ý: tập trung chú ý ($p < 0,001$), duy trì chú ý ($p < 0,001$), di chuyển chú ý ($p = 0,022$). Sự rối loạn trí nhớ: trí nhớ gần ($p < 0,001$), trí nhớ lời nói ($p < 0,001$), nhớ lại có trì hoãn ($p < 0,001$), trí nhớ hình ảnh ($p = 0,013$). Sự rối loạn các chức năng điều hành: chậm chạp tâm thần vận động ($p < 0,001$), khả năng tư duy trừu tượng ($p < 0,001$), lên kế hoạch ($p < 0,001$), giải quyết vấn đề ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Trong 34 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ nữ gấp khoảng 3,26 lần so với nam. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu tổng quan của Arianna Diflorio và Ian Jones năm 2010, nữ giới có tỷ lệ cao hơn bị mắc RLCXLC II [7].

Độ tuổi trung bình của nhóm là $42,85 \pm 15,7$, kết quả tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Thu Hà là 42,34 tuổi [8]. Tỷ lệ bệnh nhân có trình độ học vấn Cao đẳng/Đại học chiếm tỷ lệ cao nhất 52,9%, đây là nguồn nhân lực cho các vùng thành thị, phù hợp với tỷ lệ bệnh nhân sống ở thành thị chiếm tới 58,8%. Nhóm bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực giai

đoạn trầm cảm điều trị nội trú thường ở mức độ nặng chiếm 64,7%.

Rối loạn chú ý đã được biết đến trong trầm cảm, và được coi là một trong những triệu chứng chẩn đoán bệnh. Trong nghiên cứu, có 44,1% bệnh nhân có suy giảm sự tập trung chú ý, bệnh nhân khó có thể tập trung hay quan tâm đến những sự việc, sự kiện diễn ra xung quanh mình; 75,5% bệnh nhân có suy giảm sự duy trì chú ý với các biểu hiện không duy trì được sự tập trung trong công việc, duy trì cuộc nói chuyện với người khác hay làm một công việc cần sự tập trung kéo dài, bệnh nhân

không trả lời đúng khi thực hiện test 100-7, hoặc khi đánh giá sự duy trì chú ý bằng việc bảo bệnh nhân gõ tay xuống bàn để ra hiệu khi nghe thấy ký tự “A”, nghiên cứu viên đọc lần lượt các ký tự theo mẫu, bệnh nhân thường bị lơ đãng và bỏ sót các ký tự “A”; 59,4% số bệnh nhân có suy giảm sự di chuyển chú ý với biểu hiện bệnh nhân không theo kịp những sự thay đổi trong câu chuyện hàng ngày, khó tiếp nhận và lưu trữ thông tin mới, đáp ứng chậm với kích thích mới khi chuyển từ kích thích này sang kích thích khác.

Kết quả nghiên cứu này tương đồng với kết quả từ nghiên cứu của Tae Hyon Ha và cộng sự, bệnh nhân RLCXLC trong giai đoạn trầm cảm giảm khả năng tập trung chú ý trên Continuous Performance Test và giảm khả năng di chuyển sự chú ý trên Trail Making Test-B so với nhóm chứng là người khoẻ mạnh [9].

Rối loạn chức năng trong vỏ não trước trán và các nếp cuộn thể trai trong các nghiên cứu hình ảnh học thần kinh được cho là nguyên nhân chính của sự suy giảm trong việc tập trung chú ý ở những bệnh nhân trầm cảm được đánh giá thông qua test dãy số và Stroop Test [10].

Sự suy giảm chú ý gặp nhiều hơn trong nhóm bệnh nhân nặng do sự ức chế toàn bộ các hoạt động tâm thần trong trầm cảm, và sự ức chế này mạnh mẽ hơn trên các bệnh nhân trầm cảm càng nặng. Những bệnh nhân có tiền sử tái phát nhiều giai đoạn trầm cảm hơn cũng như có số đợt tái phát bệnh nói chung cao hơn thường sẽ dẫn đến hậu quả rối loạn nhiều hơn trong khả năng chú ý của bệnh nhân. Theo Philip và cộng sự (2008), có thể thấy ở những bệnh nhân trầm cảm có sự rối loạn trong hệ thống phản hồi của trục HPA. Các chức năng bị rối loạn có thể là một hậu quả của việc trải qua nhiều giai đoạn trầm cảm và do tiếp xúc

lâu dài với những căng thẳng, trầm trọng hoặc kéo dài, dẫn đến làm giảm các thụ thể gắn với glucocorticoid được điều hòa ngược và ảnh hưởng xấu trên các cấu trúc não, có liên quan gián tiếp đến suy giảm nhận thức. Những rối loạn tích lũy của số đợt tái phát bệnh tác động dẫn tới rối loạn các chức năng nhận thức [11].

Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng tỷ lệ rối loạn sự chú ý gặp nhiều hơn trên nhóm bệnh nhân có thời gian bị bệnh từ dưới 36 tháng so với nhóm bị bệnh kéo dài hơn. Điều này do trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có thời gian bị bệnh dưới 36 tháng lại gặp tỷ lệ những bệnh nhân trầm cảm nặng nhiều hơn so với nhóm bị bệnh kéo dài.

Khi so sánh tỷ lệ rối loạn chú ý ở hai thời điểm vào viện và ra viện, chúng ta nhận thấy cả 3 khả năng chú ý đều được hồi phục và sự khác biệt giữa 2 thời điểm là có ý nghĩa thống kê. Các chức năng nhận thức bị suy giảm trong giai đoạn trầm cảm có thể được cải thiện dần khi các triệu chứng thuyên giảm ở thời điểm bệnh nhân ra viện (trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân trầm cảm đều đạt thuyên giảm bệnh). Nghiên cứu của Ramona và Loana (2015) cũng cho thấy sự cải thiện các triệu chứng nhận thức về khả năng chú ý, trí nhớ lời nói, các chức năng điều hành khi cũng so sánh giữa hai thời điểm khi bệnh nhân vào viện và khi bệnh nhân ở giai đoạn thuyên giảm các triệu chứng [12]. Nguyên nhân, do sự suy giảm chú ý có liên quan mật thiết đến giai đoạn bệnh trầm cảm trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực, do sự ức chế toàn bộ các hoạt động tâm thần trong giai đoạn trầm cảm khiến bệnh nhân gặp khó khăn trong khả năng tập trung, duy trì và di chuyển sự chú ý. Khi bệnh thuyên giảm, tình trạng ức chế tâm thần này được cải thiện nên bệnh nhân được hồi phục các chức năng này.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 34 bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực trong giai đoạn trầm cảm điều trị nội trú nhận thấy rối loạn khả năng duy trì chú ý thường gặp nhất; Suy giảm nhiều hơn ở các bệnh nhân đã có trên 2 giai đoạn trầm cảm trong quá khứ, trầm cảm mức độ nặng. Suy giảm khả năng chú ý đạt thuyên giảm hoàn toàn sau điều trị.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin bày tỏ lòng biết ơn đến Bộ môn Tâm thần Trường Đại học Y Hà Nội, Viện Sức khoẻ Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai đã cho phép và giúp đỡ chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu.

Chúng tôi xin cam đoan nghiên cứu này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được sự xác nhận và chấp nhận của cơ sở nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Grande I, Berk M, Birmaher B et al (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, **387(10027)**, 1561 – 1572.
2. Maalouf F.T., Klein C., Clark L. et al (2010). Impaired sustained attention and executive dysfunction: Bipolar disorder versus depression-specific markers of affective disorders. *Neuropsychologia*, **48(6)**, 1862 – 1868.
3. Merikangas KR, Jin R, He J et al (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, **68(3)**, 241 – 251.
4. Julita S và Alina B (2014). Cognitive

functioning in a depressive period of bipolar disorder. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, **16(4)**, 27 – 37.

5. Marvel C.L. và Paradiso S. (2004). Cognitive and neurological impairment in mood disorders. *Psychiatr Clin North Am*, **27(1)**, 19 – viii.
6. Chun M.M. và Turk-Browne N.B. (2007). Interactions between attention and memory. *Current Opinion in Neurobiology*, **17(2)**, 177 – 184.
7. Diflorio A và Jones I (2010). Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. *International Review of Psychiatry*, **22(5)**, 437 – 452.
8. Lê Thị Thu Hà, Nguyễn Kim Việt, Trần Hữu Bình và cộng sự (2018). Nhận xét một số đặc điểm thực trạng điều trị trầm cảm ở người bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực. *Tạp chí Y Học Việt Nam*, **463(1)**, 165 – 169.
9. Ha T.H, Chang J.S, Oh S.Het al (2014). Differential patterns of neuropsychological performance in the euthymic and depressive phases of bipolar disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **68(7)**, 515 – 523.
10. Vasques P.E, Moraes H, Silveira H et al (2011). Acute exercise improves cognition in the depressed elderly: the effect of dual-tasks. *Clinics*, **66(9)**, 1553 – 1557.
11. Philip G, Emmanuelle C, Bruno F et al (2008). Toxic Effects of Depression on Brain Function: Impairment of Delayed Recall and the Cumulative Length of Depressive Disorder in a Large Sample of Depressed Outpatients. *AJP*, **165(6)**, 731 – 739.
12. Ramona P và Loana M (2015). Outcome of cognitive performances in bipolar euthymic patients after a depressive episode: a longitudinal naturalistic study. *Annals of General Psychiatry*, **14**, 32.

Summary
ATTENTION DYSFUNCTION
IN A DEPRESSIVE PERIOD OF BIPOLAR DISORDER

Attention dysfunction in a depressive period of bipolar disorder is common and manifests in a diversity of symptoms. However, it is rarely noticed or assessed in current clinical practice. A cross-sectional was performed on 34 in-patients at National Institute of Mental Health during 9/2017 - 8/2018 to described clinical features of attention dysfunction in a depressive period of bipolar disorder. The rate of attention dysfunction was as follows: sustained (73.5%), divided (59.4%), concentration (44.1%). There was a high prevalence in the severe patients group (more than two depressive episodes in the past). Attention dysfunction is fully recovered after treatment.

Keywords: attention dysfunction, bipolar disorder, bipolar depressive