

## ĐẶC ĐIỂM TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG DỰA TRÊN CHỈ SỐ KHỐI CƠ THỂ Ở NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Thị Dịu<sup>1</sup>, Phạm Đức Minh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định đặc điểm chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index - BMI) và một số yếu tố liên quan ở người bệnh (NB) tâm thần phân liệt (TTPL). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên 144 NB TTPL được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ICD-10 (1992). Xác định nhân trắc cơ thể thông qua khám lâm sàng và khai thác thông tin bệnh sử, quá trình điều trị qua bệnh án. **Kết quả:** Đa số NB (76,4%) có dùng thuốc chống loạn thần trước thời điểm nghiên cứu và sử dụng thuốc thế hệ mới là chủ yếu (52,1%). Thời gian điều trị trung bình kéo dài (38,7 tháng). Phần lớn (51,4%) NB có BMI  $\geq 23$ . Một số yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tình trạng dinh dưỡng như dùng thuốc > 6 tháng tăng nguy cơ thừa cân (BMI  $\geq 23$  với OR = 5,24; BMI  $\geq 25$  với OR = 6,53). Sử dụng thuốc thế hệ mới (SGAP) gây tăng BMI so với nhóm còn lại (BMI  $\geq 23$  với OR = 7,63; BMI  $\geq 25$  với OR = 8,11). NB không hoạt động thể lực có nguy cơ tăng (BMI  $\geq 23$  với OR = 4,9; BMI  $\geq 25$  với OR = 11,23). NB hút thuốc lá có nguy cơ tăng (BMI  $\geq 23$  với OR = 3,68; BMI  $\geq 25$  với OR = 8,11) so với nhóm còn lại. **Kết luận:** Tình trạng dinh dưỡng của NB TTPL bị ảnh hưởng, có nhiều nguy cơ gây tăng chỉ số BMI, mắc bệnh thừa cân, béo phì. Các yếu tố nguy cơ như thời gian điều trị kéo dài, dùng thuốc chống loạn thần thế hệ mới (SGAP), hút thuốc lá, không hoạt động thể lực.

\* Từ khóa: Tâm thần phân liệt; Thuốc chống loạn thần; Chỉ số khối cơ thể.

### **Characteristics of the Nutritional Status Based on Body Mass Index in Schizophrenia Patients and some Related Factors**

#### **Summary**

**Objectives:** To determine the prevalence and characteristics of the metabolic syndrome according to diagnostic standards NCEP - ATP III in schizophrenic patients. **Subjects and methods:** A descriptive, cross-sectional study on 144 schizophrenic patients diagnosed according to ICD-10 criteria (1992). Determining body anthropometry through clinical examination and exploiting medical history information and treatment process through medical records. **Results:** Most patients (76.4%) used antipsychotics before this study, and new-generation drugs were mainly (52.1%). The average duration of treatment was long (38.7 months). The majority of patients (51.4%) had BMI  $\geq 23$ . Some risk factors had an influence on nutritional status, such as taking the drug for more than 6 months caused an increase in BMI  $\geq 23$  with OR = 5.24;

---

<sup>1</sup>Bộ môn - Khoa Dinh dưỡng, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y  
Người phản hồi: Phạm Đức Minh (drminh103@yahoo.com)

Ngày nhận bài: 16/12/2021

Ngày được chấp nhận đăng: 21/12/2021

BMI  $\geq$  25 with OR = 6.53. Using the second-generation antipsychotics (SGAP) caused an increase in BMI compared with the rest (BMI  $\geq$  23 with OR = 7.63; BMI  $\geq$  25 with OR = 8.11). Inactive patients had an increased risk (BMI  $\geq$  23 with OR = 4.9; BMI  $\geq$  25 with OR = 11.23). Smokers had an increased risk (BMI  $\geq$  23 with OR = 3.68; BMI  $\geq$  25 with OR = 8.11). **Conclusion:** The nutritional status of people with schizophrenia is affected, and there is a high risk of increasing BMI, being overweight, and obese. Risk factors such as long-term treatment, use of second-generation antipsychotics (SGAP), smoking, no physical activity.

\* Keywords: Schizophrenia; Antipsychotic; Body Mass Index.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2015), chỉ có > 50% NB TTPL được chăm sóc. Trong số NB không được điều trị tập trung, khoảng 90% ở các nước nghèo hoặc có thu nhập trung bình. Đối với NB được điều trị bằng thuốc chống loạn thần (AP), 87,7% sử dụng thuốc chống loạn thần thế hệ mới (SGAP), trong đó 64,9% sử dụng đơn trị liệu [2].

Để cắt các triệu chứng loạn thần, phải điều trị bằng thuốc chống loạn thần và sốc điện, trong đó thuốc chống loạn thần là nền tảng chính và lâu dài. Hiện nay, thuốc chống loạn thần được chia thành hai nhóm chính gồm nhóm chống loạn thần cổ điển và nhóm chống loạn thần mới [3]. Phân loại thuốc dựa trên tính ái lực và hoạt tính với các thụ thể của chất dẫn truyền thần kinh đặc hiệu của chúng. Thuốc chống loạn thần thế hệ thứ hai (Thioridazin, haloperidol, olanzapin, risperidon và ziprasidon) có thể mang lại một số ưu điểm và giảm khả năng gây rối loạn vận động tự phát và các tác dụng không mong muốn có liên quan. Tuy nhiên, nguy cơ gây tăng cân, mắc hội chứng chuyển hóa, thay đổi tình trạng dinh dưỡng lớn hơn so với thuốc chống loạn thần cổ điển [3, 4].

Tăng cân, thay đổi BMI là một trong những thay đổi tình trạng dinh dưỡng hay gặp của NB TTPL. Trong đó, nguyên nhân chính là do NB TTPL thay đổi lối sống, ít vận động, chế độ ăn uống không thích hợp và tác dụng phụ của dùng thuốc chống loạn thần [4]. NB mắc bệnh tâm thần nặng có nguy cơ thừa cân và béo phì cao gấp 2 - 3 lần so với dân số chung và có liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh và tử vong sớm hơn đáng kể [6].

Nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng thông qua thay đổi cân nặng và đánh giá BMI rất cần thiết trong mô hình điều trị đa mô thức nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống của NB TTPL. Ở Việt Nam hiện nay, chưa có nhiều báo cáo về tình trạng dinh dưỡng ở NB rối loạn tâm thần. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành nhằm: *Xác định đặc điểm chỉ số khối cơ thể và một số yếu tố liên quan ở NB tâm thần phân liệt.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

- Người bệnh TTPL được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ICD-10 (1992) điều trị tại Khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103.

- Thời gian và địa điểm: Từ tháng 9/2018 - 5/2019 tại Bệnh viện Quân y 103.

## **2. Phương pháp nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả, cắt ngang kết hợp hồi cứu.

- Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{pq}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu;

p: Tỷ lệ NB TTPL tăng cân theo Sadock và CS (2007)  $p = 0,3$  [3];

$q = 1 - p$ ;

d: Khoảng sai lệch, chọn  $d = 8\% = 0,08$ ;

$\alpha$ : Mức ý nghĩa thống kê,  $\alpha = 0,05$ .

Khi đó  $Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ . Thay vào công thức trên được  $n = 139$ .

- Chọn mẫu: Toàn bộ NB thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn đều được chọn vào nghiên cứu cho tới khi đủ cỡ mẫu. Trên thực tế đã lấy số liệu của 144 NB.

*\* Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:*

- Tiêu chuẩn chẩn đoán TTPL theo ICD-10 (1992):

+ Thời gian mắc bệnh TTPL là thời gian từ khi khởi phát bệnh đến thời điểm nghiên cứu, tính bằng năm.

+ Tình trạng dùng thuốc chống loạn thần: Trường hợp có dùng thuốc chống loạn thần là NB sử dụng ít nhất một trong các thuốc chống loạn thần với liều khuyến cáo hằng ngày và liên tục trong vòng ít nhất 4 tuần, lần sử dụng cuối cùng phải < 3 tháng trước thời điểm khảo sát. Nhóm chống loạn thần cổ điển, nhóm chống loạn thần mới, kết hợp 2 nhóm.

+ Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới, sử dụng chỉ số BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), trước đây gọi là chỉ số Quetelet, để nhận định về tình trạng dinh dưỡng [7].

+ Chỉ số khối cơ thể:

$$\text{BMI} = \text{Cân nặng (kg)} / [\text{Chiều cao (m)}]^2$$

Phân loại dựa vào BMI theo tiêu chuẩn dành cho người châu Á: Suy dinh dưỡng ( $\text{BMI} < 18,5$ ), bình thường ( $\text{BMI}$  từ  $18,5 - 22,9$ ), thừa cân ( $\text{BMI}$  từ  $23 - 24,9$ ), béo phì ( $\text{BMI} \geq 25$ ) [1].

*\* Phương pháp thu thập số liệu:*

- Hỏi bệnh: Phỏng vấn NB và người nhà NB để thu thập thông tin cá nhân về đối tượng nghiên cứu. Khai thác số sức khỏe, bệnh án, thu thập thêm thông tin của NB qua sổ theo dõi sức khỏe, hồ sơ bệnh án lưu tại Bệnh viện.

- Khám nhân trắc dinh dưỡng:

+ Cân nặng: Đứng ở vị trí giữa bàn cân, hai bàn chân sát nhau, mắt nhìn thẳng. Kết quả được ghi chính xác tới 0,1 kg.

+ Chiều cao: Sử dụng thước gỗ 3 mảnh đo chiều cao đứng. Đặt thước ở mặt phẳng chắc chắn, bằng phẳng và dựa vào tường. Đối tượng nghiên cứu đứng chân trần lên tấm đặt trên mặt đất của thước. Hai bàn chân hơi cách nhau. Các điểm gót chân, bắp chân, mông, bả vai và cằm chạm vào tấm thẳng đứng của thước. Đọc kết quả và ghi lại chiều cao của đối tượng nghiên cứu theo cm và độ chính xác tới 0,1 cm.

*\* Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

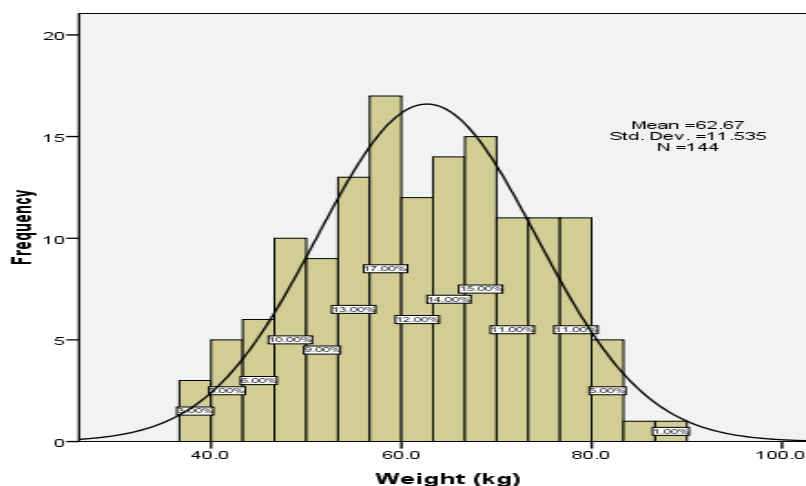
**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

*Bảng 1: Đặc điểm về tuổi, giới tính, thói quen sinh hoạt của đối tượng nghiên cứu.*

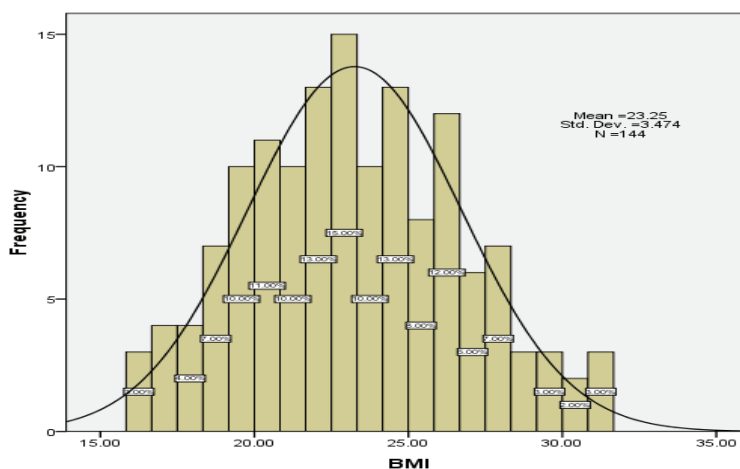
Đặc điểm (n = 144)		n (%)
Giới tính	Nam	110 (76,4)
	Nữ	34 (23,6)
Tuổi (năm)	< 30	71 (49,3)
	30 - 39	37 (25,7)
	40 - 49	23 (16,0)
	≥ 50	13 (9,0)
	Trung bình; nhỏ nhất - lớn nhất	32,4 ± 11,5; 13 - 78
Hoạt động thể lực	Có	75 (52,1)
	Không	69 (47,9)
Uống rượu	Có	2 (1,4)
	Không	142 (98,6)
Hút thuốc lá	Có	25 (17,4)
	Không	119 (82,6)

Tỷ lệ nam giới chiếm chủ yếu (76,4%). Tuổi trung bình  $32,4 \pm 11,5$ , lớn nhất 78 tuổi, nhỏ nhất 13 tuổi. Nhóm tuổi < 30 chiếm tỷ lệ cao nhất (49,3%), nhóm ≥ 50 tuổi thấp nhất (9,0%). Một số thói quen sinh hoạt của NB: Hoạt động thể lực (52,1%), uống rượu (1,4%), hút thuốc lá (17,4%).



*Biểu đồ 1: Đặc điểm về cân nặng của đối tượng nghiên cứu.*

Cân nặng trung bình của NB là  $62,7 \pm 11,5$  kg.



**Biểu đồ 2:** Đặc điểm chỉ số BMI của đối tượng nghiên cứu.

BMI trung bình của NB là  $23,3 \pm 3,5$ , dao động từ 16 - 31.

**Bảng 2:** Đặc điểm về thời gian mắc bệnh và tình trạng dùng thuốc chống loạn thần.

Đặc điểm trị liệu	n (%)
Dùng thuốc chống loạn thần (n = 144)	110 (76,4)
Dùng thuốc thế hệ mới (n = 144)	75 (52,1)
Tuổi khởi phát bệnh (trung bình; lớn nhất - nhỏ nhất) (n = 144) (năm)	$26,1 \pm 9,8$ ; 12 - 58
Thời gian mắc bệnh (trung bình; lớn nhất - nhỏ nhất) (n = 144) (năm)	$6,3 \pm 6,9$ ; 0,08 - 32
Thời gian điều trị (trung bình; lớn nhất - nhỏ nhất) (n = 81) (tháng)	$38,7 \pm 54,2$

Phần lớn NB dùng thuốc chống loạn thần (76,4%) và dùng thuốc thế hệ mới là chính (52,1%). Tuổi khởi phát TTPL trung bình là 26,1; thời gian mắc bệnh trung bình 6,3 năm và thời gian điều trị trung bình 38,7 tháng.

## 2. Một số yếu tố liên quan giữa chỉ số BMI và đặc điểm bệnh

**Bảng 3:** Liên quan giữa sự thay đổi chỉ số BMI và đặc điểm bệnh.

BMI (n = 144) (n, %)	Tuổi khởi phát (năm)	Thời gian mắc bệnh (năm)	Thời gian điều trị (tháng)
< 18,5 (n = 13; 9%)	$23,9 \pm 8,8$	$5,1 \pm 8,7$	$12,8 \pm 44,2$
18,5 -< 23 (n = 57; 39,6%)	$26,6 \pm 10,8$	$5,5 \pm 6,4$	$15,8 \pm 42,7$
23 -< 25 (n = 30; 20,8%)	$23,5 \pm 9,5$	$6,9 \pm 8,0$	$14,3 \pm 35,3$
$\geq 25$ (n = 44; 30,6%)	$27,9 \pm 8,6$	$7,2 \pm 6,1$	$51,9 \pm 114,8$
p	0,216	0,55	0,049

Không có sự khác biệt về tuổi khởi phát bệnh giữa các nhóm có chỉ số BMI khác nhau ( $p > 0,05$ ). Ở nhóm có chỉ số BMI cao, thời gian mắc bệnh có xu hướng dài hơn ( $p > 0,05$ ) và thời gian uống thuốc lâu hơn ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ BN có chỉ số BMI  $\geq 23$  chiếm 51,4% (74/144 NB).

**Bảng 4:** Liên quan sự thay đổi chỉ số BMI với tình trạng dùng thuốc chống loạn thần.

BMI	Uống thuốc > 6 tháng, n (%)			Dùng thuốc thế hệ mới, n (%)		
	Có	Không	OR (95%CI); p	Có	Không	OR (95%CI); p
≥ 18,5	60 (98,4)	71 (85,5)	10,14 (1,28 - 80,26) p = 0,006	56 (93,3)	75 (89,3)	1,68 (0,49 - 5,73) p = 0,558
< 18,5	1 (1,6)	12 (14,5)		4 (6,7)	9 (10,7)	
≥ 23	45 (73,8)	29 (34,9)	5,24 (2,53 - 10,84) p < 0,001	47 (78,3)	27 (32,1)	7,63 (3,55 - 16,42) p < 0,001
< 23	16 (26,2)	54 (65,1)		13 (21,7)	57 (67,9)	
≥ 25	32 (52,5)	12 (14,5)	6,53 (2,96 - 14,41) p < 0,001	33 (55,0)	11 (13,1)	8,11 (3,60 - 18,28) p < 0,001
< 25	29 (47,5)	71 (85,5)		27 (45,0)	73 (86,9)	

Thời gian uống thuốc có ảnh hưởng đến chỉ số BMI, NB uống thuốc > 6 tháng có nguy cơ tăng: BMI ≥ 18,5 với OR (95%CI): 10,14 (1,28 - 80,26), p = 0,006; BMI ≥ 23 với OR (95%CI): 5,24 (2,53 - 10,84), p < 0,001; BMI ≥ 25 với OR (95%CI): 6,53 (2,96 - 14,41); p < 0,001. Thuốc thế hệ mới (SGAP) có ảnh hưởng đến BMI: BMI ≥ 23 với OR (95%CI): 7,63 (3,55 - 16,42), p < 0,001; BMI ≥ 25 với OR (95%CI): 8,11 (3,60 - 18,28), p < 0,001.

**Bảng 5:** Liên quan sự thay đổi chỉ số BMI với thói quen sinh hoạt, tập luyện.

BMI	Không hoạt động thể lực, n (%)			Hút thuốc lá, n (%)		
	Có	Không	OR (95%CI); p	Có	Không	OR (95%CI); p
≥ 18,5	68 (98,6)	63 (84,0)	12,95 (1,64 - 102,5) p = 0,002	25 (100,0)	106 (89,1)	p = 0,125
< 18,5	1 (1,4)	12 (16,0)		0 (0,0)	13 (10,9)	
≥ 23	49 (71,0)	25 (33,3)	4,9 (2,41 - 9,94) p < 0,001	19 (76,0)	55 (46,2)	3,68 (1,37 - 9,87) p = 0,008
< 23	20 (29,0)	50 (66,7)		6 (24,0)	64 (53,8)	
≥ 25	37 (53,6)	7 (9,3)	11,23 (4,52 - 27,92) p < 0,001	14 (56,0)	30 (25,2)	3,78 (1,55 - 9,20) p = 0,004
< 25	32 (46,4)	68 (90,7)		11 (44,0)	89 (74,8)	

Hoạt động thể lực có ảnh hưởng đến BMI, NB không hoạt động thể lực có nguy cơ tăng: BMI ≥ 18,5 với OR (95%CI): 12,95 (1,64 - 102,5); p = 0,002; BMI ≥ 23 với OR (95%CI): 4,9 (2,41 - 9,94), p < 0,001; BMI ≥ 25 với OR (95%CI): 11,23 (4,52 - 27,92), p < 0,001. Thói quen hút thuốc lá có ảnh hưởng đến BMI: BMI ≥ 23 với OR (95%CI): 3,68 (1,37 - 9,87), p = 0,008; BMI ≥ 25 với OR (95%CI): 8,11 (3,60 - 18,28), p < 0,001.



## BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Thống kê cho thấy tình trạng quá nhẹ cân và quá thừa cân đều liên quan đến sự tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong. Chỉ số BMI có liên quan chặt chẽ với tỷ lệ khối tế bào trong cơ thể, do đó đây là chỉ số được Tổ chức Y tế Thế giới khuyến nghị để đánh giá mức độ dinh dưỡng và tình trạng sức khỏe cơ thể [1].

Trong nghiên cứu, cân nặng trung bình của NB  $62,7 \pm 11,5$  kg; BMI trung bình  $23,3 \pm 3,5$ , thấp nhất 16, cao nhất 31. Mức BMI trung bình này thuộc nhóm thừa cân theo phân loại của châu Á.

Phần lớn NB dùng thuốc chống loạn thần (76,4%) và dùng thuốc thể hệ mới là chính (52,1%), thời gian điều trị trung bình là 38,7 tháng (Bảng 2). Nhiều nghiên cứu chỉ ra sự tăng cân và rối loạn chuyển hóa ở NB TTPL có liên quan đến thời gian và tình trạng dùng thuốc chống loạn thần. Tác dụng này có thể xuất hiện ngay từ đầu, nhưng sẽ rõ ràng sau 2 - 3 tháng điều trị [8]. Với thời gian điều trị dài, hiện tượng tăng cân và tăng chỉ số BMI thường gặp và khó kiểm soát [6].

Nhiều nghiên cứu đã được tiến hành nhưng dường như việc sử dụng thuốc chống loạn thần mới đã tạo nguy cơ tăng cân, mắc hội chứng chuyển hóa, thay đổi tình trạng dinh dưỡng lớn hơn so với thuốc chống loạn thần cổ điển [8].

### 2. Một số yếu tố liên quan giữa đặc điểm điều trị và chỉ số BMI của NB

Thuốc chống loạn thần cổ điển (chống loạn thần điển hình) có ưu điểm ít gây kích thích ăn uống, ít tăng cân, ít có rối loạn chuyển hóa. Tuy nhiên, hạn chế là hay tạo ra hội chứng Parkinson do thuốc

và thường xảy ra trong giai đoạn đầu của quá trình điều trị, dẫn đến khó khăn trong áp dụng trị liệu trên tại nhà [3].

Để khắc phục, thuốc chống loạn thần mới (SGAP) có tác dụng chống loạn thần, nhưng không gây ngoại tháp ở liều điều trị. Tuy nhiên, thuốc mới có tác dụng gây ngủ nhiều hơn và đặc biệt là tình trạng thèm ăn, tăng chuyển hóa, vì vậy thuốc được khuyến không dùng cho người béo và người có bệnh đái tháo đường. Trên lâm sàng, NB có bệnh nền phổi hợp nên được chỉ định trị liệu phối hợp nhằm mục đích đảm bảo yêu cầu trị liệu và hạn chế tác dụng phụ [9].

Ở nhóm NB có chỉ số BMI cao, thời gian mắc bệnh có xu hướng dài hơn ( $p > 0,05$ ) và thời gian uống thuốc lâu hơn ( $p < 0,05$ ) (Bảng 3). Điều đó chứng tỏ thời gian uống thuốc có ảnh hưởng đến chỉ số BMI. Cụ thể, xử lý tương quan cho thấy NB uống thuốc  $> 6$  tháng có nguy cơ thừa cân, béo phì: BMI  $\geq 23$  với OR = 5,24; BMI  $\geq 25$  với OR = 6,53. Số liệu cũng cho thấy, NB được dùng thuốc thể hệ mới (SGAP) có ảnh hưởng đến chỉ số BMI khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm không dùng: BMI  $\geq 23$  với OR = 7,63 ( $p < 0,001$ ); BMI  $\geq 25$  với OR = 8,11 ( $p < 0,001$ ).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với một số nghiên cứu khác về yếu tố nguy cơ gây rối loạn chuyển hóa, tăng cân trên NB TTPL như lớn tuổi, thời gian mắc bệnh và thời gian điều trị kéo dài [10, 11].

Bên cạnh đó, thói quen sinh hoạt và hoạt động thể lực cũng ảnh hưởng tới cân nặng và chỉ số khối của NB TTPL. NB không hoạt động thể lực tăng nguy cơ thừa cân có chỉ số BMI  $\geq 23$  với OR = 4,9 ( $p < 0,001$ ); BMI  $\geq 25$  với OR = 11,23

( $p < 0,001$ ). Tương tự, một số nghiên cứu cũng ghi nhận thói quen hút thuốc lá có ảnh hưởng đến chỉ số BMI: BMI  $\geq 23$  với OR = 3,68 ( $p < 0,01$ ); BMI  $\geq 25$  với OR = 8,11 ( $p < 0,001$ ). Như vậy, thói quen hút thuốc lá có ảnh hưởng đến chỉ số BMI và cần cai thuốc để bảo vệ sức khỏe [12].

### KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 144 NB TTPL điều trị nội trú tại Khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103 cho thấy:

Cân nặng trung bình của NB là  $62,7 \pm 11,5$  kg. Chỉ số BMI trung bình của NB ở mức thừa cân (23,3) theo phân loại dành cho châu Á, trong đó phần lớn (51,4%) có BMI  $\geq 23$ . Đa phần NB điều trị dùng thuốc chống loạn thần (76,4%) và sử dụng thuốc thế hệ mới (52,1%), thời gian điều trị trung bình kéo dài (38,7 tháng).

Một số yếu tố nguy cơ như dùng thuốc > 6 tháng sẽ gây tăng nguy cơ thừa cân so với nhóm còn lại như: BMI  $\geq 23$  với OR = 5,24; BMI  $\geq 25$  với OR = 6,53. Sử dụng thuốc thế hệ mới (SGAP) gây tăng BMI so với nhóm không dùng: BMI  $\geq 23$  với OR = 7,63 ( $p < 0,001$ ); BMI  $\geq 25$  với OR = 8,11 ( $p < 0,001$ ). Thói quen hút thuốc và hoạt động thể lực có ảnh hưởng tới cân nặng và chỉ số khối của NB TTPL. NB không hoạt động thể lực có nguy cơ tăng: BMI  $\geq 23$  với OR = 4,9 ( $p < 0,001$ ); BMI  $\geq 25$  với OR = 11,23 ( $p < 0,001$ ). NB hút thuốc lá có nguy cơ tăng BMI  $\geq 23$  với OR = 3,68 ( $p < 0,01$ ); BMI  $\geq 25$  với OR = 8,11 ( $p < 0,001$ ).

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Appropriate body mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet* 2004; 363 (9403):157-163.

2. Jalenques I, et al. Psychiatrists' decision making and monitoring of antipsychotic prescription for elderly schizophrenia patients. *Encephale* 2016; 42 (2):124-129.

3. Sadock BJ, Sadock VA. Concise textbook of clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins: New York 2007:532-570.

4. Sahpolat M, M Ari. Higher prevalence of metabolic syndrome and related factors in patients with first-episode psychosis and schizophrenia: A cross-sectional study in Turkey. *Nord J Psychiatry* 2021; 75 (1):73-78.

5. Casey DE, et al. Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities: Implications for increased mortality in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (Suppl 7):4-18; quiz 19-20.

6. Whicher CA, et al. Liraglutide and the management of overweight and obesity in people with schizophrenia, schizoaffective disorder and first-episode psychosis: Protocol for a pilot trial. *Trials*, 2019; 20 (1):633.

7. Eknoyan G. Adolphe Quetelet (1796-1874) - the average man and indices of obesity. *Nephrol Dial Transplant* 2008; 23 (1):47-51.

8. Bak M, et al. Almost all antipsychotics result in weight gain: A meta-analysis. *PLoS ONE* 2014; 9 (4):e94112.

9. Gelder GM, Adreasen NC, et al. New Oxford textbook of psychiatry. Oxford University press 2011:521-594.

10. Lee JS, et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with schizophrenia in Korea: A multi-center nationwide cross-sectional study. *Psychiatry Investig* 2017; 14 (1):44-50.

11. Cerit C, E Ozten, M Yildiz. The prevalence of metabolic syndrome and related factors in patients with schizophrenia. *Turk Psikiyatri Derg* 2008; 19 (2):124-132.

12. Chiolero A, et al. Consequences of smoking for body weight, body fat distribution, and insulin resistance. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2008; 87 (4):801-809.