

- Neurol - Neuroimmunol Neuroinflammation. 2019;6(5). doi:10.1212/NXI.0000000000000583
2. **Wingerchuk DM.** Neuromyelitis optica: effect of gender. *J Neurol Sci.* 2009;286(1-2):18-23. doi:10.1016/j.jns.2009.08.045
  3. **Wingerchuk DM, Banwell B, Bennett JL, et al.** International consensus diagnostic criteria for neuromyelitis optica spectrum disorders. *Neurology.* 2015;85(2):177-189. doi:10.1212/WNL.0000000000001729
  4. **Kurtzke JF.** Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology.* 1983;33(11):1444-1452. doi:10.1212/wnl.33.11.1444
  5. **Papp V, Magyari M, Aktas O, et al.** Worldwide Incidence and Prevalence of Neuromyelitis Optica: A Systematic Review. *Neurology.* 2021;96(2):59-77. doi:10.1212/WNL.00000000000011153
  6. **Li Z, Yuan M, Zhang C, Gu H, Wang Y, Shi FD.** Incidence of neuromyelitis optica spectrum disorder (NMOSD) in China: A national population-based study. *Lancet Reg Health - West Pac.* 2020; 2:100021. doi:10.1016/j.lanwpc.2020.100021
  7. **Pandit L, Asgari N, Apiwattanakul M, et al.** Demographic and clinical features of neuromyelitis optica: A review. *Mult Scler Houndmills Basingstoke Engl.* 2015;21(7):845-853. doi: 10.1177/1352458515572406
  8. **Kunchok A, Malpas C, Nytrova P, et al.** Clinical and therapeutic predictors of disease outcomes in AQP4-IgG+ neuromyelitis optica spectrum disorder. *Mult Scler Relat Disord.* 2020; 38:101868. doi:10.1016/j.msard.2019.101868

## MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI RỐI LOẠN HÀNH VI Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN HỖN HỢP HÀNH VI VÀ CẢM XÚC KHỞI PHÁT TUỔI THANH THIẾU NIÊN

Bùi Văn Lợi<sup>1,2</sup>, Nguyễn Văn Tuấn<sup>1,2</sup>, Lê Thị Thu Hà<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số yếu tố liên quan với rối loạn hành vi ở người bệnh rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc khởi phát tuổi thanh thiếu niên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang người bệnh rối loạn hỗn hợp cảm xúc và hành vi khởi phát bệnh từ 10-19 tuổi điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia- Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 08 năm 2022. **Kết quả:** Nhóm rối loạn hành vi phổ biến nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là nhóm hành vi "thường vi phạm các quy tắc phù hợp với lứa tuổi" với tỷ lệ 62,9%. Tỷ lệ người bệnh có hành vi gây hấn chiếm đến 67%. Trong nhóm nghiên cứu, có đến 18,6% có ý tưởng tự sát và 14,3% có hành vi tự sát. Các yếu tố tuổi, giới và tình trạng kinh tế- xã hội không liên quan đến các nhóm rối loạn hành vi ở người bệnh. Nhóm có hành vi gây hấn có đặc điểm tuổi và tuổi khởi phát cao hơn đáng kể so với nhóm không có hành vi gây hấn. Giới tính nam có tỷ lệ có mức độ rối loạn hành vi nặng cao hơn nữ ( $p=0,04$ ). Không có sự liên quan giữa rối loạn trầm cảm với các nhóm rối loạn hành vi. **Kết luận:** Phần lớn trẻ có rối loạn hành vi có biểu hiện vi phạm các quy tắc phù hợp lứa tuổi. Hành vi gây hấn và ý tưởng và hành vi tự sát xảy ra phổ biến ở trẻ rối loạn hành vi. Tuổi có liên quan đến sự xuất hiện hành vi gây hấn nhưng không ở các nhóm rối loạn hành vi ở người

bệnh rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc khởi phát tuổi thanh thiếu niên. Giới tính nam có liên quan đến mức độ rối loạn hành vi nặng hơn. Sự tồn tại đồng diễn rối loạn trầm cảm không có ảnh hưởng đến các nhóm rối loạn hành vi.

**Từ khóa:** rối loạn hành vi, rối loạn hỗn hợp cảm xúc và hành vi, thanh thiếu niên

### SUMMARY

#### RELATED FACTORS OF CONDUCT DISORDER SYMPTOMS IN PATIENTS WITH MIXED DISORDERS OF CONDUCT AND EMOTION WITH ONSET IN ADOLESCENCE

**Objectives:** To describe some related-factors of conduct disorder in patients with mixed disorders of conduct and emotion with onset in adolescence. **Subjects and methods:** Cross-sectional description of patients with mixed disorders of conduct and emotion with onset of illness from 10-19 years of age who were inpatients at the National Institute of Mental Health - Bach Mai Hospital from August 2021 to August 2022. **Results:** In our research, the most common conduct disturbance type is "usually violate age-appropriate norms" with prevalence of 62,9%. There are 67% patients with aggressive behaviours. In our research group, 18,6% had suicidal idea and 14,3% had suicidal attempts. There was no relationship between age, gender, socioeconomic status and the four categories of conduct disorder. Aggressive behaviour group were significantly older than those that expressed no aggressive behaviour. Male gender has higher rate of severe conduct disorder than female ( $p=0,04$ ). There was no association between comorbid depressive disorder and conduct disorder groups. **Conclusion:** The majority of children with conduct disorder exhibit violations of

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Viện Sức khỏe Tâm thần

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Lợi

Email: buitriinhloi@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2022

Ngày duyệt bài: 30.11.2022

age-appropriate norms. Aggressive behavior and suicidal ideation and behavior are common among children with conduct disorder. Age was associated with the occurrence of aggressive behavior but not in the conduct disorder categories in patients with mixed disorders of conduct and emotion with adolescent onset. Gender male was associated with higher severity of conduct disorder. Co-existence of depressive disorder had no effect on conduct disorder categories.

**Keywords:** conduct disorder, mixed disorders of conduct and emotion, adolescence.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn hành vi là một trong các rối loạn tâm thần hay gặp nhất ở trẻ em và thanh thiếu niên. Rối loạn này được biểu hiện với hành vi lặp đi lặp lại và kéo dài trong đó các quyền cơ bản của người khác hay các chuẩn mực xã hội bị vi phạm. Phối hợp với rối loạn hành vi, thanh thiếu niên thường xuất hiện các biểu hiện rối loạn cảm xúc.<sup>1</sup> Có nhiều yếu tố liên quan đến rối loạn hành vi ở lứa tuổi thanh thiếu, đó là các yếu tố cá nhân, gia đình và xã hội. Các yếu tố nguy cơ quan trọng nhất dự đoán rối loạn hành vi bao gồm giới tính nam, tính bốc đồng, chỉ số thông minh và thành tích học tập thấp, cha mẹ kém sự giám sát, sự trừng phạt hoặc kỷ luật thất thường của cha mẹ, thái độ lạnh nhạt của cha mẹ, lạm dụng thể chất trẻ em, xung đột của cha mẹ, gia đình tan vỡ, cha mẹ chống đối xã hội, quy mô gia đình lớn, thu nhập gia đình thấp, bạn bè chống đối xã hội. Tuy nhiên, đối với nhiều yếu tố nguy cơ, hiện tại chưa xác định được rõ quan hệ nhân quả.<sup>2</sup>

Nhằm góp phần tìm hiểu về một số yếu tố liên quan đến rối loạn hành vi ở người bệnh rối loạn hỗn hợp cảm xúc và hành vi khởi phát tuổi

thanh thiếu niên, giúp đánh giá các yếu tố nguy cơ: Mô tả một số yếu tố liên quan với rối loạn hành vi ở người bệnh rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc khởi phát tuổi thanh thiếu niên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu:** 70 người bệnh được chẩn đoán rối loạn hỗn hợp về hành vi và cảm xúc điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia- Bệnh viện Bạch Mai, thời gian từ tháng 08 năm 2021 đến tháng 06 năm 2022.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh được chẩn đoán rối loạn hỗn hợp về hành vi và cảm xúc (F92.) theo tiêu chuẩn của ICD-10 và bệnh khởi phát ở lứa tuổi thanh thiếu niên: từ 10 đến 19 tuổi.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh hoặc người nhà không đồng ý tham gia vào nhóm nghiên cứu, hoặc không tuân thủ các yêu cầu của nghiên cứu.

Người bệnh có các bệnh thực thể nặng: chấn thương sọ não, viêm não...

Người bệnh được thay đổi chẩn đoán trong quá trình điều trị.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp mô tả cắt ngang với cách chọn mẫu thuận tiện.

**2.3. Phân tích, xử lý số liệu:** Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS22.0.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp vào phương pháp điều trị của bác sĩ. Nghiên cứu được sự đồng ý của người bệnh và gia đình. Nghiên cứu được tiến hành khi được sự đồng ý của Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Một số đặc điểm rối loạn hành vi**

Một số đặc điểm rối loạn hành vi		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm triệu chứng rối loạn hành vi	Phá hủy tài sản của mình hoặc của người khác	5	7,1
	Tấn công về thể chất hoặc đe dọa nguy hại đến cơ thể	8	11,4
	Hành vi trộm cắp, hành vi lừa dối	2	2,9
	Thường vi phạm các quy tắc phù hợp với lứa tuổi	44	62,9
Hành vi gây hấn	Có	47	67
	Không	23	33
Đặc điểm ý tưởng, hành vi tự sát, hành vi tự hủy hoại	Ý tưởng tự sát	13	18,6
	Hành vi tự sát	10	14,3
	Hành vi tự hủy hoại	10	14,3

**Nhận xét:** Nhóm hành vi thường vi phạm các quy tắc phù hợp với lứa tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 62,9%, tiếp theo đó là biểu hiện nhóm tấn công về thể chất hoặc đe dọa nguy hại đến cơ thể chiếm 11,4%, nhóm phá hủy tài sản của mình hoặc của người khác chiếm 7,1%, hành vi trộm cắp hoặc hành vi lừa dối chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,9%. Tỷ lệ người bệnh có biểu hiện gây hấn chiếm 67%. Tỷ lệ người bệnh có ý tưởng tự sát là 18,6%, đã có hành vi tự sát là 14,3%, có hành vi tự hủy hoại là 14,3%.

**Bảng 2. Liên quan giữa các yếu tố tuổi, tuổi khởi phát bệnh và triệu chứng rối loạn hành vi**

Biến số		Tuổi	p-value	Tuổi khởi phát	p-value
Phá hủy tài sản	Không (n=65)	16,4 ± 2,26	0,85	15,3 ± 1,9	0,59
	Có (n=5)	16,2 ± 3,27		14,8 ± 2,3	
Tấn công thể chất	Không (n=62)	16,3 ± 2,23	0,34	15,2 ± 1,9	0,42
	Có (n=8)	17,1 ± 2,9		15,9 ± 1,8	
Trộm cắp	Không (n=68)	16,4 ± 2,3	0,25	15,3 ± 1,9	0,19
	Có (n=2)	14,5 ± 0,7		13,5 ± 2,1	
Vi phạm quy tắc	Không (n=26)	16,1 ± 2,19	0,52	15,2 ± 1,9	0,86
	Có (n=44)	16,52 ± 2,39		15,3 ± 1,9	
Đặc điểm gây hấn	Không (n=23)	15,7 ± 1,5	<b>0,005</b>	14,9 ± 1,6	<b>0,05</b>
	Có (n=47)	17,7 ± 3,0		15,9 ± 2,2	

**Nhận xét:** Sự khác biệt về tuổi giữa các nhóm hành vi phá hủy tài sản, tấn công thể chất, trộm cắp và vi phạm quy tắc không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Nhóm có hành vi gây hấn có tuổi khởi phát và tuổi tại thời điểm thăm khám cao hơn đáng kể so với nhóm không có hành vi gây hấn.

**Bảng 3. Liên quan giữa giới tính và rối loạn hành vi**

Triệu chứng rối loạn hành vi		Nữ		Nam		P
		n	%	n	%	
Nhóm triệu chứng	Phá hủy tài sản của mình hoặc của người khác	3	8,8	2	5,6	0,67
	Tấn công về thể chất hoặc đe dọa nguy hại đến cơ thể	6	17,6	2	5,6	0,15
	Hành vi trộm cắp, hành vi lừa dối	0	0	2	5,6	Không so sánh
	Thường vi phạm các quy tắc phù hợp với lứa tuổi	20	58,8	24	66,7	0,49
Mức độ bộc lộ triệu chứng	Nhẹ	12	33,3	6	17,7	0,34
	Vừa	18	50	16	47	0,17
	Nặng	6	16,7	12	35,4	0,04
Hành vi gây hấn	Có	8	22,2	15	44,1	0,051
	Không	28	77,8	19	55,9	

**Nhận xét:** Giới tính và tỷ lệ gặp các nhóm triệu chứng không liên quan đến nhau. Nam giới có tỷ lệ gặp mức độ rối loạn hành vi nặng cao hơn nữ giới ( $p = 0,04$ ). Tỷ lệ xuất hiện hành vi gây hấn không có sự khác biệt ở cả 2 giới ( $p = 0,051$ ).

**Bảng 4. Liên quan giữa tình trạng kinh tế xã hội và rối loạn hành vi**

Triệu chứng rối loạn hành vi		Cao, ổn định (62)		Thấp, khó khăn (8)		P
		n	%	n	%	
Nhóm triệu chứng rối loạn hành vi	Phá hủy tài sản của mình hoặc của người khác	3	4,8	2	25	0,23
	Tấn công về thể chất hoặc đe dọa nguy hại đến cơ thể	6	9,7	2	25	0,23
	Hành vi trộm cắp, hành vi lừa dối	2	3,2	0	0	Không so sánh
	Thường vi phạm các quy tắc phù hợp với lứa tuổi	39	62,9	5	62,5	1
Mức độ rối loạn hành vi	Nhẹ	16	25,8	2	25	0,72
	Trung bình	31	50	3	37,5	
	Nặng	15	24,2	3	37,5	
Hành vi gây hấn	Có	20	32,3	3	37,5	1
	Không	42	67,7	5	62,5	

**Nhận xét:** Không có mối liên quan giữa các mức độ tình trạng kinh tế xã hội và các nhóm rối loạn hành vi cũng như mức độ rối loạn hành vi và hành vi gây hấn.

**Bảng 5. Liên quan giữa rối loạn trầm cảm và các triệu chứng rối loạn hành vi**

Biến số	Rối loạn trầm cảm		OR	95% CI của OR	P
	Có (n,%)	Không (n,%)			

Phá hủy tài sản	Có	2	6,9	3	7,3	0,94	0,15-6,00	1
	Không	27	93,1	38	92,7			
Tấn công thể chất	Có	2	6,9	6	14,6	0,43	0,081-2,31	0,46
	Không	27	91,3	35	85,4			
Hành vi trộm cắp	Có	1	3,4	1	2,4	1,43	0,08 - 23,8	1
	Không	28	96,6	40	97,6			
Vi phạm quy tắc	Có	17	58,6	27	65,9	0,74	0,28 - 1,96	0,54
	Không	12	41,4	14	34,1			

**Nhận xét:** Sự xuất hiện rối loạn trầm cảm đồng diễn không tạo nên sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các triệu chứng phá hủy tài sản, tấn công thể chất, hành vi trộm cắp và vi phạm quy tắc.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng khi phân loại các triệu chứng rối loạn hành vi thành 4 dưới nhóm thì nhóm hành vi "thường vi phạm các quy tắc phù hợp với lứa tuổi" chiếm tỷ lệ cao nhất 62,9%, tiếp theo đó là nhóm hành vi "tấn công về thể chất hoặc đe dọa nguy hại đến cơ thể", nhóm hành vi "trộm cắp hoặc hành vi lừa dối" chiếm tỷ lệ thấp nhất. Năm 2011, Breslau và cộng sự khi tìm hiểu về mối liên quan giữa các dưới nhóm của rối loạn hành vi có đủ khác biệt trong mối tương quan về gia đình, tâm thần và cuộc sống để phân biệt các dưới nhóm này có thể thành chẩn đoán riêng biệt hay không đã đưa ra kết quả là nhóm triệu chứng "hành vi trộm cắp, hành vi lừa dối" chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là nhóm "thường vi phạm các quy tắc phù hợp với lứa tuổi", "tấn công về thể chất hoặc đe dọa nguy hại đến cơ thể", cuối cùng là nhóm "phá hủy tài sản của mình hoặc của người khác".<sup>3</sup>

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy rằng 67% người bệnh có biểu hiện gây hấn. Sự gây hấn gồm có biểu hiện gây hấn công khai như hăm dọa, bắt nạt người khác, tàn ác với súc vật hoặc với người khác, tham gia vào các cuộc chiến và gây hấn được che đậy như việc nói dối, trốn học. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng có mối quan hệ giữa biểu hiện gây hấn công khai và phát triển rối loạn hành vi. Trong các nghiên cứu theo chiều dọc về rối loạn hành vi ở trẻ trai sự gây hấn dường như suy giảm theo tuổi, đồng thời khi so sánh hành vi gây hấn ở nam và nữ, nữ giới thường gây hấn với các thành viên trong gia đình hoặc bạn bè và nam giới thường cực kỳ hung hăng với người lạ.<sup>4</sup>

Số lượng người bệnh có ý tưởng hoặc hành vi tự sát chiếm 32,9%, tỷ lệ bệnh nhân đã có hành vi tự sát là 14,3%, cũng như có 14,3% người bệnh có các biểu hiện của hành vi tự hủy hoại. Ann Vander và cộng sự (2011) nghiên cứu về nguy cơ xảy ra ý tưởng tự sát và hành vi tự sát ở thanh thiếu niên rối loạn hành vi đơn thuần là 11,11%.<sup>5</sup>

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tuổi và tuổi khởi phát không có liên quan đến tỷ lệ các nhóm triệu chứng rối loạn hành vi như phá hủy tài sản, tấn công thể chất, trộm cắp, vi phạm quy tắc. Lahey và cộng sự khi nghiên cứu mối liên quan giữa tuổi khởi phát với các nhóm hành vi và mức độ nghiêm trọng của rối loạn hành vi ở trẻ em và thanh thiếu niên đã chỉ ra rằng những thanh thiếu niên có độ tuổi bắt đầu rối loạn hành vi sớm hơn mắc phải nhiều vấn đề về hành vi hơn những thanh thiếu niên có độ tuổi khởi phát muộn hơn. Cụ thể những thanh thiếu niên có độ tuổi khởi phát sớm có nhiều khả năng tham gia và tấn công về thể chất, thường xuyên nói dối, trộm cắp và phá hoại đồ đạc và ít có khả năng trốn học. Có sự khác biệt này là do nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu tại bệnh viện điều trị nội trú, cỡ mẫu còn nhỏ nên không đại diện được cho quần thể, trong khi nghiên cứu của Lahey là nghiên cứu tại cộng đồng, cỡ mẫu lớn. Tuổi khởi phát có ý nghĩa trong việc tiên lượng các hành vi xảy ra sau này, khả năng tham gia vào các hành vi có tính chất gây hấn.

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy rằng tuổi càng cao tỷ lệ biểu hiện gây hấn càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,005$  và tuổi khởi phát muộn có mối liên quan đến gây hấn nhiều hơn. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng trong quỹ đạo phát triển của hành vi tỷ lệ phạm pháp không gây hấn sẽ tăng lên theo tuổi và các hành vi gây hấn có xu hướng giảm trong cùng thời kỳ nhưng tần suất và bạo lực thường tăng theo độ tuổi ở thanh thiếu niên cho đến 20 tuổi và sau đó mới giảm dần (Barker và cộng sự 2007; Lacourse và cộng sự 2002; Lacourse, Dupéré và Loeber 2008; Loeber và cộng sự năm 1993). Nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là  $16,4 \pm 2,3$  tuổi, đồng thời nhóm tuổi trên 19 chỉ chiếm 10%.

Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng nam giới có tỷ lệ gây hấn cao hơn nữ giới 2,76 lần, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,051$ , đồng thời giới tính nam cũng

có liên quan với rối loạn hành vi mức độ nặng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,04$ . Nghiên cứu của Van Hulle và cộng sự (2018) về sự khác biệt về giới tính đối với rối loạn hành vi có biểu hiện gây hấn và không gây hấn đã chỉ ra rằng nam giới có biểu hiện gây hấn cao hơn nữ giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p<0,001$ .<sup>6</sup> Giới tính là một yếu tố liên quan đáng kể tới mức độ trầm trọng của rối loạn hành vi cũng như các hành vi bạo lực, tỷ lệ này cao hơn ở nam giới. Trong quá trình phát triển của con người từ thời thơ ấu đến thời kỳ thanh thiếu niên, trường thành đều có sự đồng thuận rằng sự phát triển các hành vi gây rối ở nam nhiều hơn ở nữ.<sup>7</sup> Từ lứa tuổi mẫu giáo trở đi, trẻ trai có xu hướng tham gia vào các hoạt động chống đối xã hội, hung hăng nhiều hơn đáng kể so với trẻ gái, xu hướng này trở nên rõ ràng hơn trong những biểu hiện về vấn đề rối loạn hành vi. Như nó đã được xác định trong DSM sự phổ biến của rối loạn hành vi ở nam nhiều hơn nữ. Hơn nữa mức độ nghiêm trọng của triệu chứng rối loạn hành vi cao hơn đáng kể đối với nam giới, đặc biệt là các trường hợp liên quan đến tấn công về thể chất hoặc đe dọa nguy hại đến cơ thể. Tuy nhiên sự khác biệt về tỷ lệ này ít rõ ràng hơn vào giữa tuổi vị thành niên. Một số giả thuyết đã được đưa ra để giải thích cho vấn đề này đó là các trẻ gái đạt điểm cao hơn trong xếp hạng về sự đồng cảm, ngoài ra trẻ gái dường như có kỹ năng giao tiếp xã hội tốt hơn ở độ tuổi sớm so với trẻ trai, hay có nhiều suy đoán liên quan đến vai trò của hormone giới tính như testosterone trong việc bắt đầu các hành vi có vấn đề. Cuối cùng sự phát triển các vấn đề hành vi có liên quan đến sự tương tác giữa giới tính và phản ứng của cha mẹ đối với các hành vi đó. Bằng chứng cho thấy cha mẹ có thể phản ứng khác nhau với những đặc điểm tính khí thất thường và chống đối xã hội, rối loạn hành vi thể hiện của trẻ gái so với trẻ trai.<sup>8</sup>

Dựa vào kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng kinh tế- xã hội không có liên quan đến tỷ lệ các nhóm triệu chứng rối loạn hành vi cũng như hành vi gây hấn. Nghiên cứu của Garbarino nhận thấy rằng những đặc điểm như sống trong gia đình có sự chia rẽ, không được cung cấp mạng lưới chăm sóc, thiếu sự ủng hộ của xã hội, nghèo đói là một yếu tố nguy cơ của các hành vi có tính chất gây hấn.<sup>9</sup> Mặc dù trước đây các nhà khoa học đã chỉ ra rằng tình trạng kinh tế xã hội là trung tâm của hầu hết các giải thích xã hội học trước đây về rối loạn hành vi, điều kiện kinh tế thấp về mặt lý thuyết có liên quan đến tần

suất phạm pháp. Trên thực tế, các nhà khoa học đã phát hiện ra rằng điều kiện kinh tế xã hội thấp chỉ liên quan đến rối loạn hành vi trong trường hợp không có các yếu tố nguy cơ khác. Trẻ em xuất phát từ các gia đình có thu nhập thấp có thể làm tăng khả năng tiếp xúc với các khu dân cư có nhiều tội phạm, bạo lực, căng thẳng và giảm hỗ trợ từ cộng đồng, học tập.<sup>8</sup> Tuy nhiên hầu hết các nghiên cứu thực nghiệm đều không tìm thấy mối liên hệ nào giữa tình trạng kinh tế xã hội trong việc biểu hiện các rối loạn hành vi. Bởi lẽ ngày nay các nhà khoa học đã tìm được phần nào những cơ chế của rối loạn hành vi liên quan đến yếu tố di truyền, yếu tố sinh hóa não, giải phẫu chức năng.

Khi nghiên cứu mối liên hệ giữa rối loạn trầm cảm và 4 nhóm triệu chứng rối loạn hành vi là phá hủy tài sản của mình hoặc của người khác, tấn công về thể chất hoặc đe dọa nguy hại đến cơ thể, hành vi trộm cắp, hành vi lừa dối, vi phạm các quy tắc phù hợp với lứa tuổi nghiên cứu của chúng tôi không chỉ ra được sự khác biệt ở các nhóm này. Đồng thời rối loạn trầm cảm cũng không liên quan đến biểu hiện hành vi gây hấn. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng nhóm trầm cảm có mức độ rối loạn hành vi mức độ trung bình, nặng ít hơn nhóm không có trầm cảm, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,001$ . Mối liên hệ giữa trầm cảm và rối loạn hành vi có thể được giải thích bằng mô hình theo đó trầm cảm ở trẻ vị thành niên cản trở mối quan hệ với những người bạn cùng nhóm và góp phần vào xung đột giữa các cá nhân, củng cố sự tồn tại dai dẳng của rối loạn hành vi ở tuổi thanh niên. Ann Vander và cộng sự (2011) nghiên cứu về nguy cơ xảy ra ý tưởng tự sát và hành vi tự sát ở thanh thiếu niên sớm xảy ra đồng thời biểu hiện trầm cảm và rối loạn hành vi đã chỉ ra rằng tỷ lệ ý tưởng hoặc hành vi tự sát chiếm tỷ lệ 26,61%, đồng thời tỷ lệ này cao hơn hẳn so với các nhóm chỉ có trầm cảm đơn thuần là 10,28%, rối loạn hành vi đơn thuần là 11,11%.<sup>5,8</sup>

## V. KẾT LUẬN

Phần lớn trẻ biểu hiện rối loạn hành vi có biểu hiện vi phạm các quy tắc phù hợp lứa tuổi. Hành vi gây hấn và ý tưởng và hành vi tự sát xảy ra phổ biến ở trẻ rối loạn hành vi. Tuổi có liên quan đến sự xuất hiện hành vi gây hấn nhưng không ở các nhóm rối loạn hành vi ở người bệnh rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc khởi phát tuổi thanh thiếu niên. Giới tính nam có liên quan đến mức độ rối loạn hành vi nặng hơn. Sự tồn tại đồng diễn rối loạn trầm cảm không có ảnh hưởng đến các nhóm rối loạn hành vi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **INSERM Collective Expertise Centre.** Conduct: Disorder in Children and Adolescents. Institut national de la santé et de la recherche médicale; 2005. Accessed August 7, 2022. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7133/>
2. **Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A.** Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry.* 2003; 60(8):837-844. doi:10.1001/archpsyc.60.8.837
3. **Breslau J, Saito N, Tancredi DJ, Nock M, Gilman SE.** Classes of conduct disorder symptoms and their life course correlates in a US national sample. *Psychol Med.* 2012;42(5):1081-1089. doi:10.1017/S003329171100198X
4. **Olsson M.** DSM diagnosis of conduct disorder (CD)--a review. *Nord J Psychiatry.* 2009;63(2):102-112. doi:10.1080/08039480802626939
5. **Vander Stoep A, Adrian M, Mc Cauley E, Crowell SE, Stone A, Flynn C.** Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts Associated with Co-occurring Depression and Conduct Problems in Early Adolescence: Comorbidity and Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 2011;41(3):316-329. doi:10.1111/j.1943-278X.2011.00031.x
6. **Van Hulle CA, Waldman I, Lahey BB.** Sex Differences in the Genetic and Environmental Influences on Self-Reported Non-aggressive and Aggressive Conduct Disorder Symptoms in Early and Middle Adolescence. *Behav Genet.* 2018; 48(4):271-282. doi:10.1007/s10519-018-9907-1
7. **Lacourse E.** Late Childhood Risk Factors Associated with Conduct Disorder Subtypes in Early Adolescence: A Latent Class Analysis of a Canadian Sample.; 2012.
8. **Essau CA, ed.** Conduct and Oppositional Defiant Disorders: Epidemiology, Risk Factors, and Treatment. 1st edition. Routledge; 2015.
9. **Bassarath L.** Conduct disorder: a biopsychosocial review. *Can J Psychiatry.* 2001;46(7):609-616. doi:10.1177/070674370104600704

## ĐIỂM H<sub>2</sub>FPEF CỦA NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP KÈM KHÓ THỞ CHƯA RÕ NGUYÊN NHÂN

Hoàng Văn Kỳ<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Minh Lý<sup>1,2</sup>, Bùi Văn Nhơn<sup>1,2</sup>  
Nguyễn Đỗ Quân<sup>1</sup>, Đoàn Đức Dũng<sup>1</sup>, Nguyễn Lâm Hiếu<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm khảo sát thang điểm H<sub>2</sub>FPEF của người bệnh tăng huyết áp kèm khó thở chưa rõ nguyên nhân, có phân suất tống máu thất trái EF ≥ 50% tại phòng khám ngoại trú. **Kết quả:** điểm H<sub>2</sub>FPEF trung bình 2,75 ± 1,42, cao nhất 7 điểm, thấp nhất 0 điểm. Theo từng yếu tố thang điểm, tỉ lệ bệnh nhân có béo phì (BMI > 30 kg/ m<sup>2</sup>) chỉ chiếm 2,2%, rung nhĩ chiếm 10,4%. Điểm H<sub>2</sub>FPEF cao hơn ở nhóm có bệnh thận mạn tính (p=0,005). Chỉ số NT-pro BNP cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân có điểm H<sub>2</sub>FPEF cao (p<0,001). Chỉ số thể tích nhĩ trái (LAVI) tăng tương ứng với điểm số H<sub>2</sub>FPEF cao (p < 0,001). **Kết luận:** Điểm H<sub>2</sub>FPEF trung bình ở nhóm bệnh nhân thấp hơn các nghiên cứu khác do nhóm nghiên cứu có chỉ số BMI trung bình thấp hơn, tỉ lệ có béo phì, rung nhĩ (hai yếu tố quan trọng trong thang điểm) thấp hơn. Bệnh thận mạn tính, NT-proBNP và chỉ số thể tích nhĩ trái (LAVI) có liên quan chặt chẽ với điểm số H<sub>2</sub>FPEF.

**Từ khóa:** H<sub>2</sub>FPEF Score, suy tim phân suất tống máu bảo tồn, tăng huyết áp, EF ≥ 50%.

## SUMMARY

### ASSESSMENT THE H<sub>2</sub>FPEF SCORE IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH UNEXPLAINED DYSPNEA

**Aims:** The study aimed to investigate the H<sub>2</sub>FPEF SCORE in hypertensive patients with unexplained dyspnea and have a ejection fraction (EF) ≥ 50% at the outpatient clinics. **Results:** the average H<sub>2</sub>FPEF SCORE was 2.75 ± 1.42, the highest was 7 points, the lowest was 0 points. According to each scale factor, the proportion of patients with obesity (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>) accounted for only 2.2%, atrial fibrillation accounted for 10.4%. The H<sub>2</sub>FPEF SCORE was higher in the group with chronic kidney disease (p=0.05). The NT-pro BNP index was statistically significantly higher in the group of patients with high H<sub>2</sub>FPEF score (p<0.001). Left atrial volume index (LAVI) increased in proportion to high H<sub>2</sub>FPEF score (p < 0.001). **Conclusion:** the average H<sub>2</sub>FPEF SCORE is lower than other studies due to lower average BMI, a lower prevalence of obesity, atrial fibrillation (two important factors in the scale. Chronic kidney disease, NT-proBNP, and left atrial volume index (LAVI) were strongly associated with H<sub>2</sub>FPEF scores.

**Keywords:** H<sub>2</sub>FPEF SCORE, heart failure with preserved ejection fraction, hypertension, EF≥50%.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoảng 50% bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu thất trái trong giới hạn bình

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Kỳ

Email: hoangky.vtm@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2022

Ngày duyệt bài: 29.11.2022