Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 9, 56-60

CARDIOVASCULAR SYMPTOM CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDER AT THE NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, BACH MAI HOSPITAL

Duong Danh Khai[1*], Tran Thi Ha An[1,2]

[1]*Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam*
[2]*National Institute of Mental Health, Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam*

Received: 16/06/2026
Revised: 25/07/2026; Accepted: 18/09/2026

ABSTRACT

Objective: To describe cardiovascular symptom characteristics (prevalence, frequency, and severity) in inpatients with generalized anxiety disorder (GAD) at the National Institute of Mental Health (NIMH), Bach Mai Hospital, 2025–2026.

Methods: Cross-sectional descriptive study on 139 GAD inpatients (F41.1, ICD-10) at NIMH, August 2025 – May 2026. Data were collected via structured clinical interviews and analysed with SPSS 20.0.

Results: Of 139 patients (73.4% female; mean age 52.10 ± 13.28 years), 71.2% had at least one cardiovascular symptom. The three most prevalent were tachycardia (63.3%), palpitations (62.6%), and dizziness/presyncope (57.6%). Among those with cardiovascular symptoms, the mean number of symptoms was 4.72 ± 1.07. Palpitations were the highest symptom rated as severe (29.9%).

Conclusion: Cardiovascular symptoms are highly prevalent in hospitalised GAD patients. Systematic assessment of these symptoms and exclusion of organic cardiac disease should be integrated into routine clinical evaluation.

Keywords: Generalized anxiety disorder, cardiovascular symptoms, palpitations.

*Corresponding author
Email: ddkhai1999@gmail.com **Phone:** (+84) 968249281 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6743

ĐẶC ĐIỂM TRIỆU CHỨNG TIM MẠCH Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN LO ÂU LAN TOẢ TẠI VIỆN SỨC KHOẺ TÂM THẦN, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Dương Danh Khải[1*], Trần Thị Hà An[1,2]

[1]Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam
[2]Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 16/06/2026
Ngày sửa: 25/07/2026; Ngày đăng: 18/09/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm triệu chứng tim mạch (tỷ lệ xuất hiện, tần suất và mức độ nặng) ở người bệnh rối loạn lo âu lan tỏa (RLLALT) điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai năm 2025–2026.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 139 người bệnh RLLALT (F41.1, ICD-10) điều trị nội trú từ tháng 8/2025 đến tháng 5/2026. Số liệu thu thập qua phỏng vấn lâm sàng trực tiếp, phân tích bằng SPSS 20.0.

Kết quả: Trong 139 người bệnh (73,4% nữ; tuổi trung bình 52,10 ± 13,28), có 71,2% xuất hiện ít nhất một triệu chứng tim mạch. Ba triệu chứng thường gặp nhất là tim đập nhanh (63,3%), hồi hộp đánh trống ngực (62,6%) và choáng váng/xây xẩm/cảm giác sắp ngất (57,6%). Trung bình 4,72 ± 1,07 triệu chứng/người bệnh có triệu chứng. Hồi hộp đánh trống ngực là triệu chứng có mức độ nặng cao nhất (29,9%).

Kết luận: Triệu chứng tim mạch gặp phổ biến ở người bệnh RLLALT nội trú. Cần đánh giá hệ thống triệu chứng tim mạch và loại trừ bệnh lý tim thực tổn trong thăm khám lâm sàng thường quy.

Từ khóa: Rối loạn lo âu lan tỏa, triệu chứng tim mạch, hồi hộp đánh trống ngực.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lo âu lan tỏa (RLLALT) là một trong những rối loạn tâm thần phổ biến nhất, với tỷ lệ mắc suốt đời 3,7% và tỷ lệ mắc trong 12 tháng 1,8% theo Sáng kiến Khảo sát Sức khỏe Tâm thần Thế giới của WHO [1]. Rối loạn này đặc trưng bởi lo âu kéo dài ít nhất 6 tháng kèm nhiều biểu hiện cơ thể, trong đó nổi bật là các triệu chứng tim mạch như hồi hộp, đánh trống ngực, tim đập nhanh, đau tức ngực và choáng váng. Mặc dù có các phương pháp điều trị hiệu quả, chỉ khoảng 1/4 số người mắc rối loạn lo âu nhận được chăm sóc phù hợp [2].

Triệu chứng tim mạch trong RLLALT gây ra thách thức lớn trong thực hành lâm sàng do sự chồng chéo đáng kể với biểu hiện của bệnh tim thực tổn. Tại một nghiên cứu hồi cứu ở Bắc Ireland, có tới 58,7% người bệnh vào khoa cấp cứu vì đau ngực được chẩn đoán cuối cùng là đau ngực không do tim [3]. Những người bệnh này thường trải qua nhiều lượt khám chuyên khoa tim mạch với xét nghiệm tốn kém nhưng kết quả bình thường trước khi được chuyển đến chuyên khoa tâm thần [4]. Nhận biết sớm đặc điểm triệu chứng tim mạch trong RLLALT giúp rút ngắn thời gian chẩn đoán và giảm gánh nặng chi phí y tế không cần thiết.

Tại Việt Nam, dữ liệu về đặc điểm triệu chứng tim mạch ở người bệnh RLLALT còn hạn chế. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả tỷ lệ xuất hiện, tần suất và mức độ nặng của triệu chứng tim mạch ở người bệnh RLLALT điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai năm 2025–2026.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được chẩn đoán xác định RLLALT (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.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Có bệnh lý thực thể ảnh hưởng đến hoạt động chức năng não, tổn thương thực thể não kèm theo. Người bệnh mắc các bệnh lý thực thể khác có biểu hiện triệu chứng tim mạch. Nghiện chất hoặc lạm dụng chất. Người bệnh không có khả năng hiểu, trả lời trong quá trình thu thập thông tin và thực hiện thang đo tâm lý, không tuân thủ quá trình nghiên cứu.

Để loại trừ nguyên nhân thực thể của các triệu chứng tim mạch, mỗi người bệnh được khai thác tiền sử, thăm khám lâm sàng, rà soát các thuốc đang sử dụng có thể gây triệu chứng tim mạch, ghi điện tâm đồ, xét nghiệm công thức máu và sinh hóa máu các chỉ số cơ bản (ure, creatinin, AST, ALT, điện giải đồ), hội chẩn chuyên khoa tim mạch nếu nghi ngờ. Người bệnh được xác định có bệnh lý thực thể đủ để giải thích các triệu chứng tim mạch sẽ được loại khỏi nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 8/2025 đến tháng 5/2026 tại Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai. Đề cương được Hội đồng Đạo đức phê duyệt cho giai đoạn tháng 8/2025 đến tháng 7/2026; số liệu được khóa vào cuối tháng 5/2026 khi đã thu nhận đủ 139 người bệnh.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Tổng số đối tượng thu thập được là 139 người bệnh rối loạn lo âu lan toả. Chọn mẫu thuận tiện.

2.4. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.5. Biến số nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu bao gồm đặc điểm nhân khẩu học và đặc điểm triệu chứng tim mạch của người bệnh. Đặc điểm nhân khẩu học gồm tuổi, giới tính, nơi sinh sống, trình độ học vấn, tình trạng sử dụng rượu bia, hút thuốc lá, thói quen tập thể dục, chỉ số khối cơ thể (BMI).

Biến kết cục chính là triệu chứng tim mạch. Các triệu chứng được khảo sát bao gồm: tim đập nhanh, hồi hộp đánh trống ngực, choáng váng/xây xẩm/cảm giác sắp ngất, cảm giác tim bỏ nhịp hoặc nhịp tim không đều, đau ngực hoặc khó

*Tác giả liên hệ
Email: ddkhai1999@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 968249281 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6743

chịu vùng ngực, tức ngực hoặc đè nặng ngực, hụt hơi hoặc cảm giác khó thở, đỏ mặt/nóng bừng mặt và lạnh đầu chi/tay chân lạnh/cơn ớn lạnh.

Các đặc điểm triệu chứng tim mạch được đánh giá gồm: tỷ lệ xuất hiện triệu chứng, số lượng triệu chứng tim mạch trên mỗi người bệnh, tần suất xuất hiện của từng triệu chứng (1–2 ngày/tuần, 3–4 ngày/tuần hoặc gần như mỗi ngày) và mức độ nặng của triệu chứng (không có, nhẹ, vừa hoặc nặng).

2.6. Phương pháp thu thập thông tin

Công cụ nghiên cứu gồm: bệnh án nghiên cứu (được thiết kế riêng phù hợp với nghiên cứu). Người bệnh được phỏng vấn trực tiếp bởi nghiên cứu viên đã được tập huấn, thông tin được ghi vào bệnh án nghiên cứu được thiết kế riêng phù hợp với nghiên cứu, kiểm tra và mã hóa trước khi xử lý.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 với trung bình (mean) và độ lệch chuẩn (SD) cho biến định lượng, tần số và tỷ lệ (%) cho biến định tính. Tỷ lệ xuất hiện triệu chứng được tính trên toàn mẫu nghiên cứu; tần suất và mức độ nặng của từng triệu chứng được mô tả trong nhóm người bệnh có triệu chứng tương ứng, dữ liệu thiếu, nếu có, được xử lý theo quy ước phân tích.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

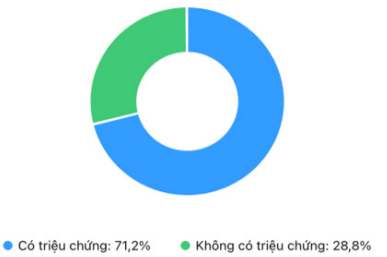
Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp vào phương pháp điều trị. Nghiên cứu được sự đồng ý của người bệnh/gia đình và ký cam kết đồng ý tham gia. Nghiên cứu tiến hành được sự chấp thuận của lãnh đạo Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai (265/BM – HĐĐĐ), đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc đạo đức và bảo mật thông tin người bệnh.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của người bệnh (n=139)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	37	26,6
	Nữ	102	73,4
	Tuổi: Mean ± SD (min – max)	52,10 ± 13,28 (24 – 78)	
Nơi sinh sống	Thành thị	53	38,1
	Nông thôn	86	61,9
Trình độ học vấn	< THPT	75	54,0
	≥ THPT	64	46,0
Sử dụng rượu bia	Không	116	83,5
	Có	23	16,5
Hút thuốc lá	Không	121	87,1
	Có	18	12,9
Tập thể dục	Có	87	62,6
	Không	52	37,4
BMI (kg/m^2)	< 18,5 (Thiếu cân)	6	4,3
	18,5–22,9 (Bình thường)	82	58,9
	≥ 23 (Thừa cân/Béo phì)	51	36,7

Mẫu nghiên cứu gồm 139 người bệnh RLLALT, trong đó nữ chiếm 73,4%, tỷ số nam:nữ xấp xỉ 1:2,75. Tuổi trung bình 52,10 ± 13,28 tuổi (dao động 24–78). Phần lớn người bệnh sống ở nông thôn (61,9%), có trình độ học vấn dưới THPT (54,0%), không sử dụng rượu bia (83,5%) và không hút thuốc lá (87,1%). Hơn một nửa có thói quen tập thể dục (62,6%) và BMI bình thường (58,9%); 36,7% thừa cân/béo phì.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ người bệnh có triệu chứng tim mạch trong mẫu nghiên cứu

Trong 139 người bệnh, 99 người (71,2%) có ít nhất một triệu chứng tim mạch; 40 người (28,8%) không có triệu chứng tim mạch.

Bảng 2. Tỷ lệ và số lượng triệu chứng tim mạch (n=139)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng tim mạch (n=139)		
Tim đập nhanh	88	63,3
Hồi hộp đánh trống ngực	87	62,6
Choáng váng/xây xẩm/cảm giác sắp ngất	80	57,6
Đau ngực/khó chịu vùng ngực	52	37,4
Tức ngực/đè nặng ngực	49	35,3
Cảm giác tim bỏ nhịp/nhịp không đều	43	30,9
Đỏ mặt/nóng bừng mặt	35	25,2
Lạnh đầu chi/tay chân lạnh/cơn ớn lạnh	21	15,1
Hụt hơi/cảm giác khó thở	12	8,6
Số lượng triệu chứng tim mạch mỗi người bệnh (n=99)		
1 triệu chứng	0	0
2 triệu chứng	6	6,1
3 triệu chứng	7	7,1
4 triệu chứng	17	17,2
5 triệu chứng	48	48,5
6 triệu chứng	21	21,2
7 triệu chứng	0	0
8 triệu chứng	0	0
9 triệu chứng	0	0
Trung bình ± SD (min – max)	4,72 ± 1,07 (2 – 6)	

Ba triệu chứng thường gặp nhất là tim đập nhanh (63,3%), hồi hộp đánh trống ngực (62,6%) và choáng váng/xây xẩm/cảm giác sắp ngất (57,6%). Đau ngực và tức ngực xuất hiện ở lần lượt 37,4% và 35,3% người bệnh. Trong nhóm có triệu chứng tim mạch, số triệu chứng trung bình là 4,72 ± 1,07; nhóm có 5 triệu chứng đồng thời chiếm tỷ lệ cao nhất (48,5%)

Bảng 3. Tần suất xuất hiện triệu chứng tim mạch trong nhóm có triệu chứng

Triệu chứng tim mạch	Nhóm có triệu chứng	1–2 ngày/ tuần		3–4 ngày/ tuần		Gần như mỗi ngày	
	n	n	%	n	%	n	%
Tim đập nhanh	88	7	8,0	63	71,6	18	20,5
Hồi hộp đánh trống ngực	87	2	2,3	10	11,5	75	86,2
Choáng váng/xây xẩm/cảm giác sắp ngất	80	16	20,0	45	56,3	19	23,8
Đau ngực/khó chịu vùng ngực	52	26	50,0	21	40,4	5	9,6
Tức ngực/đè nặng ngực	49	22	44,9	25	51,0	2	4,1
Cảm giác tim bỏ nhịp/nhịp không đều	43	32	74,4	11	25,6	0	0,0
Đỏ mặt/nóng bừng mặt	35	12	34,3	21	60,0	2	5,7
Lạnh đầu chi/tay chân lạnh/cơn ớn lạnh	21	10	47,6	9	42,9	2	9,5
Hụt hơi/cảm giác khó thở	12	0	0,0	5	41,7	7	58,3

Trong nhóm người bệnh có từng triệu chứng tương ứng, hồi hộp đánh trống ngực là triệu chứng có tần suất xuất hiện nhiều nhất, với 75/87 người bệnh (86,2%) ghi nhận gần như mỗi ngày. Tim đập nhanh chủ yếu xuất hiện ở mức 3–4 ngày/ tuần, chiếm 71,6%, trong khi 20,5% xuất hiện gần như mỗi ngày. Ngược lại, cảm giác tim bỏ nhịp/nhịp không đều chủ yếu xuất hiện 1–2 ngày/tuần (74,4%) và không ghi nhận trường hợp nào xuất hiện gần như mỗi ngày.

Bảng 4. Mức độ nặng của các triệu chứng tim mạch (n=139)

Triệu chứng tim mạch	Người bệnh có triệu chứng	Vừa		Nặng		Nhẹ	
	n	n	%	n	%	n	%
Tim đập nhanh	88	48	54,5	40	45,5	0	0,0
Hồi hộp đánh trống ngực	87	11	12,6	50	57,5	26	29,9
Choáng váng/xây xẩm/cảm giác sắp ngất	80	42	52,5	38	47,5	0	0,0
Đau ngực/khó chịu vùng ngực	52	39	75,0	13	25,0	0	0,0
Tức ngực/đè nặng ngực	49	40	81,6	9	18,4	0	0,0
Cảm giác tim bỏ nhịp/nhịp không đều	43	42	97,7	1	2,3	0	0,0
Đỏ mặt/nóng bừng mặt	35	29	82,9	6	17,1	0	0,0
Lạnh đầu chi/tay chân lạnh/cơn ớn lạnh	21	17	81,0	4	19,0	0	0,0
Hụt hơi/cảm giác khó thở	12	2	16,7	10	83,3	0	0,0

Trong nhóm người bệnh có từng triệu chứng tương ứng, tim đập nhanh là triệu chứng có số người ghi nhận nhiều nhất với 88 trường hợp, trong đó 54,5% ở mức nhẹ và 45,5% ở mức vừa. Hồi hộp đánh trống ngực đứng thứ hai với 87 trường hợp, nhưng là triệu chứng duy nhất có mức nặng, chiếm 29,9%; đồng thời 57,5% ở mức vừa. Các triệu chứng ít gặp hơn như lạnh đầu chi và hụt hơi/cảm giác khó thở có số trường hợp thấp hơn, lần lượt là 21 và 12 người bệnh

4. BÀN LUẬN

Nữ giới chiếm 73,4% trong mẫu nghiên cứu (tỷ số nam:nữ 1:2,75), phù hợp với xu hướng dữ liệu dịch tễ học quốc tế. Vesga-López và cộng sự (2008) xác nhận nữ giới có nguy cơ mắc RLLALT cao gấp khoảng hai lần so với nam giới [5]. Ưu thế nữ trong nghiên cứu của chúng tôi rõ rệt hơn so với nghiên cứu này, phù hợp với đặc thù quần thể nội trú – thường có mức độ bệnh nặng hơn và nhu cầu can thiệp cao hơn.

Tuổi trung bình 52,10 ± 13,28 phản ánh xu hướng tập trung nhóm trung niên. Ở độ tuổi này, các triệu chứng tim mạch như hồi hộp và tim đập nhanh dễ gợi lo ngại về bệnh tim thực tổn, thúc đẩy hành vi tìm kiếm chăm sóc y tế chuyên sâu. Kujanpää và cộng sự (2017) ghi nhận người bệnh RLLALT kèm triệu chứng cơ thể nổi bật có tần suất khám bệnh cao hơn đáng kể [4].

Tỷ lệ 71,2% người bệnh có ít nhất một triệu chứng tim mạch khẳng định đây là biểu hiện lâm sàng nổi bật của RLLALT nội trú. Sự hiện diện nổi bật của hồi hộp đánh trống ngực và tim đập nhanh phản ánh cơ chế sinh bệnh học cốt lõi: lo âu mạn tính làm suy yếu điều hòa phó giao cảm qua dây thần kinh phế vị, dẫn đến mất cân bằng giao cảm–phó giao cảm và tăng nhịp tim [6]. Ngoài ra, lo âu duy trì tăng hoạt hóa trục hạ đồi–tuyến yên–thượng thận với giải phóng liên tục catecholamine và cortisol, trực tiếp tạo ra các triệu chứng tim mạch [11]. Choáng váng/xây xẩm/cảm giác sắp ngất gặp ở 57,6% người bệnh. Cơ chế liên quan đến tăng thông khí thoáng qua và co mạch não do lo âu, dẫn đến cảm giác choáng váng mà không có bất thường huyết động học thực sự [8]. Demiryoguran và cộng sự ghi nhận chóng mặt là một trong các triệu chứng kèm thường gặp nhất ở người bệnh lo âu trình bày với đau ngực, góp phần vào vòng xoắn lo sợ mắc bệnh tim [7]. Đau ngực (37,4%) và tức ngực (35,3%) xuất hiện ở hơn một phần ba người bệnh. Hamel và cộng sự (2022) xác nhận RLLALT là rối loạn tâm thần phổ biến thứ hai ở bệnh nhân đau ngực không do tim, đồng thời nhấn mạnh nhóm này có tỷ lệ tái khám cấp cứu và thăm dò tim mạch tốn kém cao hơn đáng kể [9]. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết nhận biết sớm đặc điểm triệu chứng vùng ngực trong RLLALT để tránh lạm dụng cận lâm sàng.

Hồi hộp đánh trống ngực nổi bật cả về tần suất (86,2% gần như mỗi ngày) và mức độ nặng (29,9% mức nặng, là triệu chứng duy nhất đạt mức này). Điều này phản ánh nhạy cảm tự chủ gia tăng trong RLLALT: người bệnh đánh giá quá mức và phản ứng thái quá với các cảm giác tim mạch bình thường, duy trì vòng xoắn lo sợ–triệu chứng [10].

Hụt hơi/cảm giác khó thở tuy ít gặp (8,6%) nhưng đáng chú ý: 58,3% xuất hiện gần như mỗi ngày và 83,3% ở mức vừa. Đây là biểu hiện của rối loạn xử lý tín hiệu cảm giác cơ thể, trong đó người bệnh diễn giải các cảm giác hô hấp bình thường như dấu hiệu nguy hiểm, khuếch đại cảm nhận triệu chứng [6]. Các triệu chứng còn lại (tim bỏ nhịp, lạnh đầu chi, đỏ mặt) chủ yếu ở mức nhẹ và tần suất thấp, phản ánh thay đổi tuần hoàn ngoại vi thoáng qua do hoạt hóa giao cảm.

Phân bố số lượng triệu chứng cho thấy không ghi nhận người bệnh nào chỉ có một triệu chứng đơn độc và không có người bệnh nào có từ 7 triệu chứng trở lên, với phân phối tập trung ở mức 5 triệu chứng (48,5%). Một số nghiên cứu sử dụng phân tích mạng lưới triệu chứng gợi ý rằng các triệu chứng sinh lý của lo âu như hồi hộp, khó thở và chóng mặt có thể liên kết thành cụm, điều này gợi ý phản ánh bản chất kích hoạt hệ thần kinh tự chủ trong RLLALT: khi lo âu mạn tính duy trì trạng thái tăng hoạt hóa giao cảm liên tục, các triệu chứng tim mạch có xu hướng xuất hiện theo cụm chứ không đơn

lẻ [12]. Tuy nhiên, thiết kế cắt ngang với danh mục khảo sát gồm 9 triệu chứng trong nghiên cứu này chưa đủ để lý giải cơ chế của hình thái phân bố nói trên, phân bố này có thể chịu ảnh hưởng của cách xây dựng danh mục triệu chứng được khảo sát, cách mã hóa và quy ước ghi nhận. Nghiên cứu hiện tại không bao gồm phân tích mạng lưới hay dữ liệu theo dõi dọc, do đó không cho phép kết luận rằng các triệu chứng kích hoạt lẫn nhau. Cần các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và phương pháp phân tích phù hợp để làm rõ cấu trúc đồng xuất hiện của các triệu chứng tim mạch trong RLLALT.

Thiết kế mô tả cắt ngang và chọn mẫu thuận tiện tại một cơ sở tuyến cuối hạn chế khả năng suy rộng ra quần thể ngoại trú hoặc cộng đồng. Người bệnh nội trú có mức độ bệnh nặng hơn, do đó tỷ lệ và mức độ triệu chứng tim mạch có thể cao hơn thực tế ở cộng đồng. Ngoài ra, triệu chứng được đánh giá qua tự báo cáo, có thể chịu ảnh hưởng của xu hướng chú ý vào cơ thể đặc trưng của RLLALT.

5. KẾT LUẬN

Triệu chứng tim mạch gặp phổ biến ở người bệnh RLLALT điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai, với 71,2% có ít nhất một triệu chứng tim mạch và trung bình 4,72 ± 1,07 triệu chứng/người bệnh có triệu chứng. Ba triệu chứng nổi bật nhất là tim đập nhanh (63,3%), hồi hộp đánh trống ngực (62,6%) và choáng váng (57,6%). Hồi hộp đánh trống ngực là triệu chứng duy nhất đạt mức độ nặng và có tần suất xuất hiện rất cao (gần như mỗi ngày ở 86,2% người bệnh có triệu chứng này).

Kết quả này gợi ý cần đánh giá hệ thống và toàn diện triệu chứng tim mạch – bao gồm sự hiện diện, tần suất và mức độ nặng – trong thăm khám người bệnh RLLALT, đồng thời cần loại trừ bệnh lý tim mạch thực tổn khi có chỉ định, nhằm định hướng điều trị phù hợp và tránh lạm dụng thăm dò cận lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Ruscio, A. M., et al. (2017). Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. JAMA Psychiatry, 74(5), 465–475. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056

[2] Alonso, J., et al. (2018). Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. Depression and Anxiety, 35(3), 195–208. https://doi.org/10.1002/da.22711

[3] McDevitt-Petrovic, O., Kirby, K., & Shevlin, M. (2017). The prevalence of non-cardiac chest pain (NCCP) using emergency department (ED) data: A Northern Ireland based study. BMC Health Services Research, 17, Article 549. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2493-8

[4] Kujanpää, T. S., et al. (2017). The association of generalized anxiety disorder and somatic symptoms with frequent attendance to health care services: A cross-sectional study from the Northern Finland Birth Cohort 1966. International Journal of Psychiatry in Medicine, 52(2), 147–159. https://doi.org/10.1177/0091217417720894

[5] Vesga-López, O., et al. (2008). Gender differences in generalized anxiety disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). Journal of Clinical Psychiatry, 69(10), 1606–1616. https://doi.org/10.4088/JCP.v69n1011

[6] Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. Journal of Affective Disorders, 61(3), 201–216. https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00338-4

[7] Demiryoguran, N. S., et al. (2006). Anxiety disorder in patients with non-specific chest pain in the emergency setting. Emergency Medicine Journal, 23(2), 99–102. https://doi.org/10.1136/emj.2005.025163

[8] Immink, R. V., et al. (2014). Hyperventilation, cerebral perfusion, and syncope. Journal of Applied Physiology, 116(7), 844–851. https://doi.org/10.1152/japplphysiol.00637.2013

[9] Hamel, S., et al. (2022). Anxiety disorders in patients with noncardiac chest pain: Association with health-related quality of life and chest pain severity. Health and Quality of Life Outcomes, 20(1), Article 7. https://doi.org/10.1186/s12955-021-01912-8

[10] Teed, A. R., et al. (2022). Association of generalized anxiety disorder with autonomic hypersensitivity and blunted ventromedial prefrontal cortex activity during peripheral adrenergic stimulation: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, 79(4), 323–332. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.4225

[11] Young, E. A., Abelson, J. L., & Liberzon, I. (2008). Stress hormones and anxiety disorders. In R. J. Blanchard, D. C. Blanchard, G. Griebel, & D. Nutt (Eds.), Handbook of anxiety and fear (pp. 455–473). Elsevier.

[12] Pizzolla, E., et al. (2026). A network analysis of panic disorder, agoraphobia, and generalized anxiety disorder in 463 patients from a psychiatric hospital. Brain and Behavior, 16(2), Article e71241. https://doi.org/10.1002/brb3.71241