Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 64, Special Issue 5 (2023) 130-135

# CHARACTERISTICS OF EATING BEHAVIOR IN DAYCARE TREATMENT SCHIZOPHRENIA PATIENTS

Nguyen Khac Dung*

*Mai Huong Daycare Psychiatric Hospital - No.4 Hong Mai, Hai Ba Trung, Hanoi, Vietnam*

Received 14/04/2023
Revised 20/05/2023; Accepted 19/06/2023

**ABSTRACT**

Schizophrenia is a severe, progressive psychotic disorder with diverse clinical manifestations. In the treatment procedure, besides taking medicine regularly, diet and nutrition also play an important role. The problems related to eating behaviors among schizophrenia patients can be caused by positive symptoms (delusions of being poisoned, hallucinations...) or negative symptoms (dullness, lack of purposes). Each schizophrenia patient may have different eating/nutrition problems. Therefore, it is extremely necessary to pay attention to the eating behaviors of schizophrenia patients in both the acute and maintenance treatment phases. **Objective:** The study aims to describe the characteristics of eating behavior among schizophrenia patients receiving daycare treatment at Mai Huong Daycare Psychiatric Hospital, 2022. **Subjects and research methods:** A descriptive study on 108 schizophrenia patients receiving daycare treatment at Mai Huong Daycare Hospital from February 2022 to October 2022. **Results:** Eating behaviors such as anorexia, changes in appetite, and less drinking were common symptoms in the study group, with the same results in both men and women. The prevalence of anorexia symptoms in the study group is 51.9%. The sex difference in anorexia group is statistically significant with $p$-value = 0.04. The rate of changes in taste in the study group was 66.7%. Symptoms of resistance to eating were found in 5 acute-symptom cases. This difference was statistically significant with 99% confidence ($p$ = 0.00). In the study, there were no binge eating patients as well as dirty eating patients. The percentage of patients who rarely drinks in the study group was 63.9%.

*Keywords:* Eating behavior, schizophrenia, daycare inpatients, psychiatric patients.

*Corressponding author
Email address: dr.ngkhacdung@gmail.com
Phone number: (+84) 375 946 276
https://doi.org/10.52163/yhc.v64i4.692

# ĐẶC ĐIỂM HÀNH VI ĂN UỐNG Ở BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ BAN NGÀY

Nguyễn Khắc Dũng*

*Bệnh viện Tâm thần ban ngày Mai Hương - Số 4 phố Hồng Mai, Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 14 tháng 04 năm 2023
Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 05 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 19 tháng 06 năm 2023

## TÓM TẮT

Tâm thần phân liệt (TTPL) là một bệnh loạn thần nặng, tiến triển mạn tính và có biểu hiện lâm sàng đa dạng. Trong quá trình điều trị, bên cạnh việc uống thuốc đều thì chế độ dinh dưỡng, ăn uống cũng đóng vai trò quan trọng. Các vấn đề về hành vi ăn uống của người bệnh TTPL có thể là ảnh hưởng do các triệu chứng dương tính (hoang tưởng bị đầu độc, ảo giác...) hoặc do các triệu chứng âm tính (cùn mòn, thiếu mục đích), cũng có thể do sự hạn chế từ người chăm sóc (quá bận rộn, thiếu quan tâm …) hoặc ảnh hưởng của các bệnh cơ thể phối hợp [1]. Mỗi một người bệnh TTPL lại có thể có những vấn đề ăn uống/ dinh dưỡng khác nhau. Chính vì vậy, việc quan tâm đến hành vi ăn uống của người bệnh TTPL là vô cùng cần thiết trong điều trị cả giai đoạn cấp và giai đoạn điều trị duy trì. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm hành vi ăn uống ở bệnh nhân TTPL điều trị nội trú ban ngày tại Bệnh viện Tâm thần ban ngày Mai Hương năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 108 bệnh nhân tâm thần phân liệt điều trị nội trú ban ngày tại Bệnh viện Tâm thần ban ngày Mai Hương từ tháng 02/2022 đến tháng 10/2022. **Kết quả:** Các hành vi ăn uống như chán ăn, thay đổi khẩu vị, ít uống là các triệu chứng phổ biến trong nhóm nghiên cứu, gặp ở cả nam và nữ. Tỷ lệ xuất hiện triệu chứng chán ăn trong nhóm nghiên cứu là 51,9%, sự khác biệt về giới tính trong nhóm chán ăn có ý nghĩa thống kê với p =0,04. Tỷ lệ thay đổi khẩu vị ở nhóm nghiên cứu là 66,7%. Triệu chứng chống đối ăn gặp ở 5 trường hợp cấp tính, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% (p=0,00). Trong nghiên cứu, không gặp bệnh nhân ăn vô độ cũng như bệnh nhân ăn bậy, ăn bẩn. Tỷ lệ bệnh nhân ít uống trong nhóm nghiên cứu là 63,9%.

*Từ khóa:* Hành vi ăn uống, tâm thần phân liệt, nội trú ban ngày, người bệnh tâm thần.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt (TTPL) là một bệnh loạn thần nặng tiến triển, có khuynh hướng mạn tính [2]. Biểu hiện triệu chứng của TTPL rất đa dạng với các rối loạn cơ bản và đặc trưng về tư duy, tri giác, cảm xúc và hành vi. Trong quá trình điều trị, bên cạnh việc uống thuốc đều thì chế độ dinh dưỡng, ăn uống cũng đóng vai trò quan trọng trong điều trị và nâng cao thể trạng cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh TTPL. Các vấn đề về hành vi ăn uống của người bệnh TTPL có thể là ảnh hưởng do các triệu chứng dương tính (hoang tưởng bị đầu độc, ảo giác...) hoặc do các triệu chứng âm tính (cùn mòn, thiếu mục đích), cũng có thể do sự

*Tác giả liên hệ
Email: dr.ngkhacdung@gmail.com
Điện thoại: (+84) 375 946 276
https://doi.org/10.52163/yhc.v64i4.692

hạn chế từ người chăm sóc (quá bận rộn, thiếu quan tâm …) hoặc ảnh hưởng của các bệnh cơ thể phối hợp [2]. Mỗi một người bệnh TTPL lại có thể có những vấn đề ăn uống/ dinh dưỡng khác nhau. Chính vì vậy, việc quan tâm đến chế độ ăn uống của người bệnh TTPL là vô cùng cần thiết trong điều trị cả giai đoạn cấp và giai đoạn điều trị duy trì.

Tại Việt Nam cũng như tại Bệnh viện Tâm thần ban ngày Mai Hương, chưa có nghiên cứu nào về đặc điểm hành vi ăn uống ở người bệnh TTPL. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài ***"Đặc điểm hành vi ăn uống ở bệnh nhân tâm thần phân liệt điều trị nội trú ban ngày"*** với mục tiêu sau: *"Mô tả đặc điểm hành vi ăn uống ở bệnh nhân TTPL điều trị nội trú ban ngày tại Bệnh viện Tâm thần ban ngày Mai Hương năm 2022".*

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 108 bệnh nhân tâm thần phân liệt được điều trị nội trú ban ngày tại Bệnh viện Tâm thần ban ngày Mai Hương từ tháng 02/2022 đến tháng 10/2022.

**2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn:** Đủ tiêu chuẩn chẩn đoán các thể tâm thần phân liệt theo ICD10 (WHO-1992). Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án (nội trú ban ngày) tại bệnh viện Tâm thần ban ngày Mai Hương, chẩn đoán xác định là tâm thần phân liệt.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. Các bệnh nhân được khám, phỏng vấn, ghi chép vào bệnh án nghiên cứu theo mẫu. Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.

**2.4. Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu được tính theo công thức "Ước tính một tỷ lệ trong quần thể":

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

P: Xác suất triệu chứng rối loạn hành vi ăn uống ở bệnh nhân tâm thần, lấy 20,4% theo nghiên cứu của Foulon và cs (2003)

Δ: Độ sai lệch mong muốn giữa mẫu và quần thể, lấy bằng 0,08. Áp dụng vào công thức trên tính được n = 97.5. *Như vậy, cỡ mẫu của nghiên cứu tối thiểu là 98 bệnh nhân.*

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thực hiện trên 108 bệnh nhân

**2.5. Đạo đức nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp điều trị của bác sĩ, không hây hại cho bệnh nhân.Các thông tin về nghiên cứu được phổ biến trực tiếp, đầy đủ cho người đại diện pháp lý và đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành khi có sự chấp thuận tự nguyện tham gia của người đại diện pháp lý và/hoặc đối tượng nghiên cứu.Tất cả thông tin được đảm bảo giữ bí mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, theo dõi điều trị. Các đối tượng có thể rút khỏi bất kỳ thời điểm vào trong quá trình nghiên cứu mà không cần đưa ra lý do.Nghiên cứu được tiến hành khi thông qua hội đồng đề cương cấp cơ sở của Bệnh viện Tâm thần ban ngày Mai Hương và được sự chấp thuận của Ban giám đốc cùng các khoa, phòng trong bệnh viện.

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm hành vi ăn uống và giới

***Bảng 1: Đặc điểm hành vi ăn uống và giới***

| Đặc điểm | Nam | | Nữ | | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | n | Tỷ lệ (%) | n | Tỷ lệ (%) | |
| Chán ăn | 41 | 37,96 | 15 | 13,89 | **0,04** |
| Thay đổi khẩu vị | 47 | 43,52 | 25 | 23,15 | 0,67 |
| Ít uống | 42 | 38,89 | 27 | 25,00 | 0,39 |
| Chống đối ăn | 3 | 2,78 | 2 | 1,85 | 0,85* |
| Nôn, buồn nôn | 6 | 5,56 | 2 | 1,85 | 0,71* |

Giá trị p: Kiểm định Chi-Square test

Giá trị p*: kiểm định Fisher's Exact test

Các hành vi ăn uống như chán ăn, thay đổi khẩu vị, ít uống là các triệu chứng phổ biến trong nhóm nghiên cứu, gặp ở cả nam và nữ. Tỷ lệ xuất hiện triệu chứng chán ăn trong nhóm nghiên cứu là 51,9%.

**3.2. Đặc điểm hành vi ăn uống và giai đoạn bệnh**

***Bảng 2: Đặc điểm hành vi ăn uống và giai đoạn bệnh***

| Đặc điểm | Cấp tính | | Duy trì | | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | n | Tỷ lệ (%) | n | Tỷ lệ (%) | |
| Chán ăn | 12 | 11,11 | 44 | 40,74 | 0,66 |
| Thay đổi khẩu vị | 14 | 12,96 | 58 | 53,70 | 0,19 |
| Ít uống | 17 | 15,74 | 52 | 48,15 | 0,62 |
| Chống đối ăn | 5 | 4,63 | 0 | **0** | **0,00*** |
| Nôn, buồn nôn | 1 | 0,93 | 7 | 6,48 | 0,67* |

Các triệu chứng chán ăn, thay đổi khẩu vị và ít uống phổ biến trong cả giai đoạn cấp tính và duy trì. Triệu chứng chống đối ăn gặp ở 5 trường hợp cấp tính, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% (p=0,00). Tỷ lệ chống đối ăn trong nhóm nghiên cứu là 4,63% (5/108) và là 20% (5/25) trong nhóm bệnh nhân cấp tính.

**3.3. Đặc điểm hành vi ăn uống và thể bệnh**

***Bảng 3: Đặc điểm hành vi ăn uống và thể bệnh***

| Đặc điểm | F20.0 | F20.4 | F20.5 | p |
|---|---|---|---|---|
| Chán ăn | 10 | 25 | 14 | 0,72 |
| Thay đổi khẩu vị | 12 | 31 | 25 | 0,33 |
| Ít uống | 15 | 33 | 18 | 0,21 |
| Chống đối ăn | 2 | 2 | 1 | 0,61* |
| Nôn, buồn nôn | 1 | 3 | 4 | 0,63* |

Theo bảng 3, không có sự khác biệt về triệu chứng hành vi ăn uống giữa 3 nhóm thể bệnh với p>0,05. Tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng chán ăn, thay đổi khẩu vị và ít uống khá tương đồng trong 3 thể bệnh. Tỷ lệ bệnh nhân ít uống trong nhóm nghiên cứu là 63,9%.. Triệu chứng nôn và buồn nôn gặp ở 7,4% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu, gặp cả ở 3 thể bệnh F20.0 (1); F20.4(3) và F20.5(4).

**3.4. Đặc điểm chế độ ăn trong hành vi ăn uống ở người bệnh**

*Bảng 4: Đặc điểm chế độ ăn trong hành vi ăn uống*

| Đặc điểm | | Cấp tính | Duy trì | p |
|---|---|---|---|---|
| Lượng ăn | Ăn ít | 10 | 12 | **0.01** |
| | Ăn bình thường | 11 | 59 | |
| | Ăn nhiều | 4 | 12 | |
| Số bữa | Ít hơn 3 bữa | 12 | 22 | 0,12 |
| | 3 bữa | 12 | 55 | |
| | Nhiều hơn 3 bữa | 1 | 6 | |
| Sự quan tâm GĐ | Ít quan tâm | 12 | 29 | 0,23 |
| | Quan tâm | 13 | 54 | |

Sự khác biệt giữa 3 nhóm ăn ít, ăn bình thường và ăn nhiều trong 2 giai đoạn cấp tính và duy trì có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99%.

### 3.5. Đặc điểm các triệu chứng tiêu hóa trong hành vi ăn uống của người bệnh

*Bảng 5: Đặc điểm các triệu chứng tiêu hóa trong hành vi ăn uống*

| Đặc điểm | F20.0 | F20.4 | F20.5 | p |
|---|---|---|---|---|
| Khô miệng | 8 | 14 | 8 | 0,57 |
| Đau miệng | 1 | 5 | 4 | 0,63 |
| Táo bón | 8 | 21 | 7 | **0,04** |

Các triệu chứng khô miệng, táo bón xuất hiện nhiều trên cả 3 thể bệnh. Triệu chứng táo bón xuất hiện ở 64,8% bệnh nhân nghiên cứu. Sự khác biệt về triệu chứng táo bón giữa 3 thể bệnh có ý nghĩa thống kê với p <0,05. Táo bón xuất hiện nhiều nhất ở nhóm bệnh nhân TTPL thể trầm cảm sau phân liệt (21/46 bệnh nhân - 45,65%), tiếp theo là TTPL thể Paranoid (8/22 bệnh nhân – 36,36%) và TTPL thể di chứng (7/34 bệnh nhân – 20,59%).

## 4. BÀN LUẬN

Theo bảng 1, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước như Bùi Sỹ Khoái (2007) trên 66 bệnh nhân TTPL điều trị nội trú là 42,4%, trên nhóm bệnh nhân ngoại trú là 65,2%. Tác giả Ferguson (1988) nhận xét tỷ lệ chán ăn ở bệnh nhân TTPL là 50,2% [3]. Chán ăn là một trong những vấn đề thường gặp nhất ở người bệnh mạn tính nói chung và bệnh TTPL nói riêng. Về giới tính, phần lớn các tác giả nhận xét nam giới xuất hiện các triệu chứng chán ăn nhiều hơn nữ giới như Roux (2013), Cheung (1995) và Khalil (2011). Tác giả Stein (2005) báo cáo tỷ lệ chán ăn ở cả 2 giới tương tự nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ chán ăn ở xuất hiện ở bệnh nhân nam là 59,4% (41/69) và bệnh nhân nữ là 38,5% (15/39), sự khác biệt về giới tính trong nhóm chán ăn là có ý nghĩa thống kê với p =0,04. Tỷ lệ thay đổi khẩu vị ở nhóm nghiên cứu là 66,7%. Không có sự khác biệt về giới tính trong nhóm thay đổi khẩu vị và ít uống. Các triệu chứng chống đối ăn và nôn/ buồn nôn ít gặp ở nhóm nghiên cứu, và không có sự khác biệt của các triệu chứng này với giới tính.

Theo bảng 2, các triệu chứng chán ăn, thay đổi khẩu vị và ít uống phổ biến trong cả giai đoạn cấp tính và duy trì. Nhiều tác giả báo cáo sự thay đổi khẩu vị có thể là giảm khẩu vị dẫn đến không ngon miệng Strigel (1999) hay Yum (2000); hoặc có thể là do tăng khẩu vị dẫn tới thèm ăn nhiều hơn như trong báo cáo của Kluge (2007) [4]. Triệu chứng chống đối ăn trong nghiên cứu của

chúng tôi tương đồng với các tác giả khác như tác giả Ngô Thành Phong và cộng sự (2014) cũng báo cáo triệu chứng bỏ ăn/ chống đối ăn là 1,99% (296/14560). Các nghiên cứu trong và ngoài nước đều nhất trí rằng chống đối ăn thường gặp trong giai đoạn cấp tính, chủ yếu do rối loạn tư duy, tri giác chi phối [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không gặp bệnh nhân ăn vô độ cũng như bệnh nhân ăn bậy, ăn bẩn.

Về biểu hiện của các triệu chứng ít uống nước: phần lớn bệnh nhân thường ít uống nước, và có nhiều bệnh nhân chỉ uống nước khi uống thuốc hoặc nhai/ uống thuốc luôn không cần nước.Việc ít uống nước làm giảm quá trình chuyển hóa và hấp thu của thuốc, và có thể ảnh hưởng đến nồng độ thuốc trong máu, tăng nguy cơ xuất hiện những tác dụng không mong muốn trên tim mạch hoặc đường tiêu hóa. Buồn nôn và nôn cũng là những vấn đề thường gặp trong ăn uống của người bệnh TTPL.

Về lượng ăn của người bệnh, hầu hết các tác giả đều nhận thấy, ở giai đoạn cấp tính, người bệnh có thể ăn ít do ảnh hưởng của các triệu chứng loạn thần chi phối như hoang tưởng bị đầu độc, hoang tưởng bị chi phối, bị kiểm tra hoặc các ảo thanh ra lệnh, ảo khứu giác thấy mùi thối, mùi ôi thiu [5]. Một số bệnh nhân có thể ăn nhiều, ăn vô độ cũng do hoang tưởng, ảo giác chi phối[5]

Theo bảng 5, táo bón là triệu chứng khá phổ biến, đặc biệt khi người bệnh dùng các thuốc chống loạn thần mới [6] hoặc các thuốc chống trầm cảm. Có nhiều trường hợp, người bệnh sợ táo bón đến mức tự ý bỏ thuốc [6]. Nhiều tác giả báo cáo tỷ lệ táo bón cao ở nhóm bệnh nhân tâm thần phân liệt thể trầm cảm sau phân liệt như Wilson (2009) 32,6%; Miotto (2010) 42,16%. Điều này do các thuốc chống loạn thần và thuốc chống trầm cảm tác động chủ yếu vào hệ thống các chất dẫn truyền thần kinh như Dopamin hay Serotonin, các chất dẫn truyền thần kinh này không chỉ tác động đến các hoạt động tâm thần mà còn tác động đến nhiều giai đoạn của hoạt động tiêu hóa như quá trình nhu động ruột, quá trình tiết acid của dạ dày, quá trinh tái hấp thu nước ở đại tràng [6].

## 5. KẾT LUẬN

Các hành vi ăn uống như chán ăn, thay đổi khẩu vị, ít uống là các triệu chứng phổ biến trong nhóm nghiên cứu, gặp ở cả nam và nữ. Tỷ lệ xuất hiện triệu chứng chán ăn trong nhóm nghiên cứu là 51,9%, sự khác biệt về giới tính trong nhóm chán ăn có ý nghĩa thống kê với p =0,04. Tỷ lệ thay đổi khẩu vị ở nhóm nghiên cứu là 66,7%. Triệu chứng chống đối ăn gặp ở 5 trường hợp cấp tính, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% (p=0,00). Trong nghiên cứu, không gặp bệnh nhân ăn vô độ cũng như bệnh nhân ăn bậy, ăn bẩn. Tỷ lệ bệnh nhân ít uống trong nhóm nghiên cứu là 63,9%. Triệu chứng nôn và buồn nôn gặp ở 7,4% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu, gặp cả ở 3 thể bệnh F20.0, F20.4 và F20.5. Triệu chứng khô miệng xuất hiện 27,8% trong nghiên cứu và khá tương đồng ở cả nam (18/69 – 26,09%) và nữ (12/39 – 30,77%). Triệu chứng táo bón xuất hiện ở 64,8% bệnh nhân nghiên cứu. Sự khác biệt về triệu chứng táo bón giữa 3 thể bệnh có ý nghĩa thống kê với p <0,05. Táo bón xuất hiện nhiều nhất ở nhóm bệnh nhân TTPL thể trầm cảm sau phân liệt (21/46 bệnh nhân - 45,65%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Eaton WW, Chen C, Epidemiology, Textbook of Schizophrenia, American Psychiatric Publishing, Arlington, 17-37, 2006.

[2] Zhou Y, Rosenheck R, Mohamed S et al., Comparison of burden among family members of patients diagnosed with schizophrenia and bipolar disorder in a large acute psychiatric hospital in China. BMC Psychiatry, 16(1), 283-293, 2016.

[3] Ferguson JM, Damluji NF, “Anorexia nervosa and schizophrenia,” International Journal of Eating Disorders, vol. 7, no. 3, pp. 343–352, 1988.

[4] Miotto P, Pollini B, Restaneo A et al., “Symptoms of psychosis in anorexia and bulimia nervosa,” Psychiatry Research, vol. 175, no. 3, pp. 237–243, 2010

[5] Foulon C, “Schizophrenia and eating disorders,” Encephale, vol. 29, no. 5, pp. 463–466, 2003.

[6] Awad G, Voruganti LNP, “The impact of newer atypical antipsychotics on patient-reported outcomes in schizophrenia,” CNS Drugs, vol. 27, no. 8, pp. 625–636, 2013.