

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN TRÍ NHỚ, CHÚ Ý Ở BỆNH NHÂN NGHIỆN RƯỢU

Nguyễn Sinh Phúc

Bệnh viện 103 - Học viện Quân y

Phạm Quang Lịch

Bệnh viện Tâm thần Thái Bình

I. Đặt vấn đề

Ở nước ta, uống rượu đã trở thành tệ nạn xã hội ngày càng nghiêm trọng. Rượu đã trở thành một thứ không thể thiếu không chỉ trong các dịp lễ tết, hội hè, mà còn cả trong những dịp gặp gỡ bạn bè. Sự tràn ngập thị trường thương mại bia và các loại rượu mạnh cùng với sự ô nhiễm của loại rượu sản xuất thủ công tại nhà với các chất độc phụ gia thêm, kéo theo lượng người lạm dụng rượu ngày càng gia tăng. Theo báo cáo của *Dự án chăm sóc sức khỏe tâm thần* hợp tác với Tổ chức Y tế thế giới năm 2000 - 2001, ước tính có khoảng 8% dân số nước ta lạm dụng rượu, 4% ở vào tình trạng lệ thuộc rượu (Trần Việt Nghị và cộng sự, 2001).

Cùng với lạm dụng rượu, tác hại do rượu gây ra cũng ngày càng lớn, cả phương diện gia đình, xã hội, kinh tế và sức khỏe. Trước đây, các bệnh tâm thần do rượu rất hiếm, các công trình nghiên cứu về rượu còn ít. Trong những năm gần đây, bệnh lý do rượu tăng rất nhanh. Từ năm 1990 đến năm 1994, số bệnh nhân điều trị bệnh lý do rượu tại bệnh viện tâm thần các tỉnh, các thành phố đã tăng gấp 22 lần.

Trong bài viết này, chúng tôi trình bày kết quả nghiên cứu từ việc sử dụng một số trắc nghiệm tâm lý để nghiên cứu những rối loạn trí nhớ, chú ý ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính.

II. Khách thể và phương pháp nghiên cứu

1. Khách thể nghiên cứu: Nhóm bệnh nhân nghiên cứu gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là nghiện rượu mạn tính, có độ tuổi từ 28 đến 58. Tất cả các bệnh nhân này đều là nam, được điều trị nội trú tại Khoa Tâm thần - Bệnh viện 103 và Bệnh viện Tâm thần Thái Bình từ tháng 6 năm 2002 đến tháng 6 năm 2003. Để tiện so sánh, chúng tôi cũng chọn một nhóm 31 người, khỏe mạnh có cùng độ tuổi, giới (nam), tương đồng về trình độ văn hóa và nghề nghiệp.

2. Phương pháp: Để đánh giá một số rối loạn trí nhớ, chú ý của bệnh nhân nghiện rượu mạn tính, chúng tôi sử dụng các trắc nghiệm: Thang trí nhớ Wechsler, bảng Bourdon và bảng Shulte.

a) **Thang trí nhớ Wechsler** (The Wechsler Memory Scale): Thang đo này bao gồm 7 tiểu test: thông tin, định hướng, kiểm định tâm lý, nhớ lôgic, nhớ dãy số, tái hiện thị giác và nhớ liên tưởng. Tổng số điểm thô của từng khách thể được quy ra điểm chuẩn tùy theo tuổi. Từ điểm chuẩn có thể xác định được chỉ số trí nhớ MQ (Memory Quotient). Theo Wechsler, chỉ số MQ tương đương với chỉ số trí tuệ IQ.

b) **Bảng số Schulte**: 5 bảng số, mỗi bảng có 25 ô (5 ô dọc và 5 ô ngang). Các số từ 1, 2, 3... đến 25 được điền một cách ngẫu nhiên vào các ô số này. Nhiệm vụ của bệnh nhân là đọc lần lượt từng bảng. Có thể đánh giá khả năng di chuyển chú ý của đối tượng thông qua thời gian đọc từng bảng.

c) **Bảng Bourdon**: Gồm 50 dòng, mỗi dòng 40 chữ cái (có 8 loại), các chữ này nằm theo một trật tự ngẫu nhiên. Chúng tôi thực hiện phương án đối tượng được yêu cầu đọc lần lượt từng dòng và gạch chéo tất cả những chữ cái giống với chữ đầu dòng. Bài tập được tiến hành trong vòng 6 phút. Có thể đánh giá sự phân bố và di chuyển chú ý thông qua các chỉ số về độ chính xác (Cx) và năng suất của công việc (N).

III. Kết quả và bàn luận

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi được trình bày trong các bảng dưới đây:

Bảng 1: Kết quả trắc nghiệm trí nhớ Wechsler

Test	Điểm chuẩn	Nhóm bệnh nhân nghiện rượu mạn tính (n = 60)		Nhóm đối chứng (n = 31)		p
		$(\bar{X} \pm SD)$	%	$(\bar{X} \pm SD)$	%	
1	6	3,67 ± 1,07	61,2	4,47 ± 0,17	79,5	<0,01
2	5	3,57 ± 0,89	71,4	4,74 ± 0,45	94,8	
3	9	3,58 ± 0,91	39,7	4,58 ± 0,96	50,8	
4	23	9,21 ± 1,85	40,0	11,98 ± 1,92	52,0	
5	15	10,33 ± 1,22	68,8	10,94 ± 0,68	72,9	<0,05
6	14	6,02 ± 1,30	43,0	8,36 ± 1,52	59,7	<0,01
7	21	9,47 ± 2,36	45,0	13,47 ± 2,06	64,1	<0,01
Tổng		46,40 ± 5,63		58,7 ± 6,25		<0,01

Kết quả ở bảng 1 cho thấy, có đến 4/7 tiểu test của bệnh nhân đạt kết quả thấp, dưới trung bình so với điểm chuẩn, đặc biệt là tiểu test 3 và 4. Đó là các tiểu test: kiểm định tâm lý, nhớ lô gíc, tái hiện thị giác và nhớ liên tưởng. Ở nhóm đối chứng, kết quả các tiểu test này cũng đạt thấp so với điểm tối đa. Mặc dù vậy, những kết quả này vẫn cao hơn rất nhiều so với nhóm nghiện rượu mạn tính ($p < 0,01$).

Năm 1887, Korxakov, một nhà tâm thần học người Nga đã mô tả lần đầu tiên hội chứng rối loạn trí nhớ trong bệnh nghiện rượu mạn tính có viêm nhiều dây thần kinh. Hội chứng này gồm có: quên thuận chiều do ghi nhận kém, loạn nhớ (hay nhớ giả). Tuy nhiên, đối với các sự việc cũ trước khi bị bệnh thì vẫn nhớ đúng và chính xác. Hội chứng này được mang tên ông và trở thành kinh điển trong Tâm thần học.

Những năm gần đây, việc nghiên cứu, đánh giá mức độ ảnh hưởng của rượu đối với các chức năng trí nhớ, chú ý vẫn là vấn đề thời sự. Welch, L.W. và cộng sự (1997) đã sử dụng tiểu test tái hiện thị giác trong Thang trí nhớ Wechsler sửa đổi trên những người nghiện rượu. Các tác giả đã thông báo hiện tượng nhớ bịa khi thực hiện tái hiện thị giác, 6 trên 30 bệnh nhân nghiện rượu nặng có hiện tượng này.

Cùng với thời gian, trí nhớ của con người cũng sẽ có những dấu hiệu giảm sút. Do vậy, để tiện so sánh trí nhớ giữa các độ tuổi, Wechsler đã đưa ra thang MQ. Việc xác lập điểm chuẩn MQ cho từng độ tuổi đã được ông thực hiện như những gì mà ông xây dựng nên Thang IQ nổi tiếng.

Bởi chúng ta chưa có Thang chuẩn về MQ, nên trong nghiên cứu của mình, chúng tôi đã lựa chọn nhóm người khoẻ mạnh, có các đặc điểm tương đồng với nhóm bệnh nhân, ngoại trừ yếu tố nghiện rượu mạn tính để làm đối chứng.

Bảng 2: So sánh mức độ chỉ số MQ giữa 2 nhóm

MQ	Nhóm bệnh nhân nghiện rượu mạn tính (60)		Nhóm đối chứng (31)		p
	n	%	n	%	
≥ 120	0	0,0	3	9,7	>0,05
110 - 119	0	0,0	4	12,9	<0,05
90 - 110	11	18,3	23	74,2	
80 - 89	26	43,3	1	3,2	<0,01
70 - 79	19	31,7	0	0,0	
50 - 69	4	6,7	0	0,0	>0,05
$\bar{X} \pm SD$	81,77 ± 9,37		103,77 ± 9,01		<0,01

Kết quả ở bảng 2 cho thấy trị số MQ trung bình của nhóm đối chứng ở mức độ trung bình ($103,77 \pm 9,01$), có nghĩa là cũng khá phù hợp với Thang MQ dành cho người bình thường. Trong khi đó, ở nhóm nghiện rượu mạn tính trị số này chỉ đạt $81,77 \pm 9,73$. Sự khác biệt rất đáng kể ($p < 0,01$). Ở nhóm nghiện rượu mạn tính, chỉ số MQ tập trung chủ yếu trong khoảng từ 80 - 89; nhóm đối chứng chủ yếu trong khoảng 90 - 110. Ngoài ra, ở nhóm nghiện rượu mạn tính có 4 trường hợp giảm sút trí nhớ rất rõ rệt. Nhóm đối chứng không gặp trường hợp nào có chỉ số trí nhớ MQ dưới 80.

Bảng 3: Liên quan giữa kết quả trắc nghiệm Wechsler với thời gian nghiện rượu

Test	Điểm chuẩn	≤ 5 năm		6 - 10 năm		≥ 10 năm	
		$\bar{X} \pm SD$	%	$\bar{X} \pm SD$	%	$\bar{X} \pm SD$	%
1	6	4,13 ± 1,03	68,8	3,58 ± 1,18	59,6	3,25 ± 0,96	54,2
2	5	4,25 ± 0,05	85,0	3,67 ± 0,82	73,4	3,50 ± 0,89	70,0
3	9	4,15 ± 1,10	39,7	3,55 ± 0,69	39,4	3,51 ± 0,76	39,0
4	23	9,75 ± 1,98	42,3	9,21 ± 1,72	40,0	8,06 ± 1,43	35,0
5	15	10,53 ± 1,31	68,8	10,21 ± 1,02	68,0	9,75 ± 1,26	65,0
6	14	6,29 ± 1,37	44,9	5,88 ± 1,26	42,0	5,63 ± 1,19	40,2
7	21	11,86 ± 0,63	46,9	9,83 ± 2,09	46,8	8,51 ± 1,19	40,5
Tổng	93	50,96 ± 3,96	54,7	45,93 ± 4,32	50,32	42,21 ± 3,84	45,4

P < 0,01.

Một điều dễ nhận thấy là nếu thời gian uống rượu càng dài thì sự suy giảm trí nhớ càng trở nên nghiêm trọng. Điều này được phản ánh rõ ràng trên bảng 3. Sự khác biệt về kết quả của Thang trí nhớ Wechsler giữa 3 nhóm nghiện rượu: từ 1 đến 5 năm, từ 6 đến 10 năm và trên 10 năm là rất đáng kể ($p < 0,01$).

Bảng 4: Thời gian đọc trung bình (sec) của bảng Schulte ($\bar{X} \pm SD$)

Bảng	Nhóm nghiện rượu mạn tính	Nhóm đối chứng	p
I	61,82 ± 13,21	45,07 ± 10,05	< 0,01
II	63,28 ± 12,98	44,65 ± 10,05	
III	63,82 ± 11,71	44,36 ± 9,45	
IV	66,60 ± 9,27	44,58 ± 8,63	
V	68,23 ± 15,17	45,36 ± 10,57	
TB	64,43 ± 11,46	44,80 ± 8,96	

Bảng 5: Kết quả trắc nghiệm Bourdon ($\bar{X} \pm SD$)

Nhóm	Thời gian	2 phút đầu	2 phút giữa	2 phút cuối	Trung bình
Nhóm nghiện rượu mạn tính (n = 60) (I)	Cx	0,96 ± 0,05	0,95 ± 0,51	0,95 ± 0,06	0,95 ± 0,23
	N	29,20 ± 8,98	27,49 ± 0,27	26,40 ± 8,95	26,67 ± 8,77
Nhóm đối chứng (n = 31) (II)	Cx	0,98 ± 0,02	0,98 ± 0,02	0,98 ± 0,02	0,98 ± 0,02
	N	53,10 ± 16,3	5,02 ± 14,66	48,53 ± 0,40	50,74 ± 3,41
P _(I,II)	Cx	> 0,05		< 0,05	> 0,05
	N	< 0,01			

Kết quả của 2 phương pháp khảo sát chú ý Buordon và Schulte được trình bày trong bảng 4 và bảng 5. Nhìn chung, độ chính xác của nhóm nghiện rượu mạn tính

không cao. Đặc biệt, chỉ số năng suất của nhóm bệnh nhân thấp hơn hẳn so với nhóm đối chứng ($p < 0,01$).

Như vậy, có thể thấy qua bảng 4: thời gian đọc trung bình cả 5 bảng số và ở từng bảng của trắc nghiệm Schulte ở nhóm bệnh nhân đều cao hơn nhóm đối chứng ($p < 0,01$).

Ponce A.G. và cộng sự đã sử dụng thang Wender Utal Rating Scale (WURS) để nhằm mục tiêu đánh giá sớm mức độ có thể bị rối loạn chú ý ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính. Các tác giả đã thu được những cứ liệu về mối liên quan chặt chẽ giữa nghiện rượu mạn tính và rối loạn chú ý (kém chú ý và phân tán chú ý). Trên cơ sở nghiên cứu 117 bệnh nhân nghiện rượu mạn tính và 52 đối chứng, các tác giả đã kết luận: Nhóm bệnh nhân nghiện rượu mạn tính có điểm WURS cao là những người sớm bị rối loạn chú ý.

Cann Mc., Simpson T.L. và cộng sự (2000) đã xác lập bộ công cụ để đánh giá rối loạn chú ý gồm 2 test: Test kiểm soát, phát hiện nghiện: Drug Abuse Screening Test (DAST) và Test xác định những rối loạn do sử dụng rượu: Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).

Đây mới chỉ là 2 trong số rất nhiều những nghiên cứu về tâm lý nói chung, chú ý, trí nhớ nói riêng ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính. Điều này chứng tỏ những vấn đề về tâm lý của bệnh nhân nghiện rượu vẫn còn đang là thời sự ngay cả ở các nước khác, những nơi mà vấn đề nghiện rượu cũng như rối loạn tâm thần đã được đề cập đến từ lâu.

IV. Kết luận

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở nhóm bệnh nhân nghiện rượu mạn tính có sự giảm sút rõ rệt về trí nhớ và chú ý. Thời gian nghiện rượu càng kéo dài, sự giảm sút càng nặng nề.

Tài liệu tham khảo

1. Cao Tiến Đức, Nguyễn Sinh Phúc (1994). *Nhận xét một số biến đổi trí nhớ, chú ý ở bệnh nhân động kinh*. Trong cuốn *Y học thực hành*, Bộ Y tế, trang 1-18.
2. Kecbicop O.V., Natgiarop R.A và cộng sự (1980). *Tâm thần học*. NXB Mir, Matxcova, (tài liệu tiếng Việt do BS Đặng Đình Huấn dịch), trang 182-186.
3. Nguyễn Sinh Phúc (1996). *Các phương pháp khảo sát tâm lý, nhân cách trong lâm sàng tâm thần*. Trong cuốn *Một số chuyên đề tâm thần học*, Học viện Quân y, Hà Nội, trang 129-136.
4. Nguyễn Viết Thiềm (1998). *Lạm dụng rượu*. Tài liệu tập huấn chăm sóc, quản lý sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng, Bệnh viện Tâm thần Trung ương, trang 20-26.
5. Tổ chức Y tế thế giới (1992). *ICD-10F về các rối loạn tâm thần và hành vi*. Geneva, trang 296.

6. Bowden S.C. et al (1997). *Confirmatory factor analysis of the Wechsler Memory Scale. Revised in a sample of clients with alcohol dependency*, J Clin Exp, Neuropsychol, 19 (5), 755-762.
7. Cann Mc. B.S. et al (2000). *Reliability and validity of screening instrument for drug and alcohol abuse in adult seeking evaluation for attention - deficit/hyperactivity disorder*. Am. J. Addict, 2000 Winter, 9 (1), 1-9.
8. Ponce A.G. et al (2000). *Attention deficit hyperactivity disorders and vulnerability to the development of alcoholism use of the Wender Utal rating scale for retrospective diagnostic of ADHD in the childhood of alcoholic patients*. Actas, Exp. Psy. 28 (6), 357-66.
9. Trull T.J., Phares E.J. (2001). *Clinical psychology - 6th edition*. Wadsworth - USA.
10. Welch L.W. et al (1997). *Wineglass confabulations among brain-damaged alcoholics on the Wechsler memory scale - Revised visual reproduction subtest*. Cortex, 33 (3), 543-551.