

TÌNH HÌNH TỰ TỬ NHẬP VIỆN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN TỈNH GIALAI: YẾU TỐ XÃ HỘI TÂM THẦN VÀ PHƯƠNG THỨC TỰ TỬ

Trần Thị Kim Chung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu thêm về yếu tố xã hội tâm thần của người bệnh, các phương thức tự tử (TT) đồng thời có một vài nhận xét và khuyến cáo.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu cắt ngang 224 ca nhập viện từ tháng 7/2015-1/2016.

Kết quả: Nam 62,5%, tỉ lệ nam/nữ 1,6/1. Tuổi trung bình 28,99± 10,52. Trước 30 tuổi 62,05% Dân tộc thiểu số nhiều hơn tỉ lệ 63,39%. Người kinh tỉ lệ 36,61%. 86,16% người bệnh ở vùng huyện và 66,52% sống vùng xa xôi. 85,27% làm nông, Trẻ em TT hầu như thôi đến trường. Nghèo và cận nghèo chiếm hơn nửa 59,36%, Những kích xúc thúc đẩy TT là xung đột vợ chồng 33,04%, cha mẹ la rầy ở thiếu niên 9,82%. Khai thác được 8,93% có yếu tố rối loạn tâm thần, tỉ lệ dùng rượu ở người TT chiếm 43,57%. Phương thức TT đa số là hóa chất dùng trong nông nghiệp. Các nguy cơ TT có thể gặp nhiều hơn ở Nam > nữ, trước 30 tuổi, người đồng bào thiểu số, nghèo sống nông thôn vùng xa, thiếu niên không đến trường, rượu, xung đột vợ chồng, thanh niên cha mẹ la rầy, có dấu hiệu trầm cảm, có toan tính TT trước đó.

Kết luận: Ở các người bệnh của chúng tôi đa số TT như là một dịch tễ địa phương và được sao chép theo mẫu với cách thức dễ thực hiện với độc chất trong tầm tay.

Từ khóa: Yếu tố xã hội tâm thần.

ABSTRACT

SITUATION OF SUICIDE ADMITTED

AT INTENSIVE CARE AND POISON CONTROL DEPARTEMENT OF GIALAI HOSPITAL: SOCIAL, PSYCHIATRIC FACTORS AND METHODS OF SUICIDE

Tran Thi Kim Chung * Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Supplement of Vol. 20 - No 6 - 2016: 85 - 90

Objective: Situation of suicide admitted at intensive care and poison control departement of gialai hospital: social, psychiatric factors and methods of suicide.

Method: Study of 224 cases hospitalized from July 2015 to January 2016.

Result: Male suicide rate was 62.5%, the male-to-female ratio was estimated at 1.6:1. Average age was 28.99± 10.52. The rate of people younger than age 30 years was 62.05%. Ethnic minorities had suicide rate of 63.39%. 86.16% suicidal patients living in urban areas and 66.52% patients living in rural areas. Among professions, farmers have the highest suicide rate (85.27%). Suicidal children tend to drop out of school. 59.36% of suicidal patients are poor and near-poor people. 33.4% of people who commit suicide have marital conflicts. The second highest rate (9.82%) was young adults scolded by their parents. Psychiatric problem had rate of 8.92%. Drinking alcohol before suicidality was 43.57%. Orally taking agricultural chemicals was the most common method of suicide. Risk factors includes: male, people younger than 30 years old, ethnic minorities, the poor in rural areas, school dropouts, alcohol, family conflicts, depression, history of suicide attempts.

Conclusion: Majority of our patients who commit suicide have specific characteristics of local epidemics and copycat acts with poison within reach.

* Bệnh viện đa khoa tỉnh Gia Lai..

Tác giả liên lạc: CN Trần Thị Kim Chung, ĐT: 059 3823 088, Email: tuyetphan1270@yahoo.com.vn.

Keywords: *Suicide admitted.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tự tử (TT) (hoặc tự sát) là một cái chết tự nguyện do chính mình gây ra hay nói cách khác là một hành động tự đem lại cái chết cho bản thân. Mưu toan TT là một hành vi dẫn đến tự hủy hoại bản thân không gây tổn thương hoặc tổn thương không nguy kịch. Ý tưởng TT là suy nghĩ về, xem xét hoặc kế hoạch cho TT.

Chưa có số liệu chính thức công bố trong nước, Năm 2013 thế giới có 842.000 người chết do TT, Trung Quốc và Ấn Độ chiếm 50%. Trong số 240 nguyên nhân tử vong, TT là nguyên nhân thứ 14, một số quốc gia nằm ở top 10, ví dụ Nhật thứ 5, Mỹ thứ 7. Tại Khoa Hồi sức Tích cực Chống độc (HSTC-CĐ) Bệnh viện tỉnh Gia Lai năm 2013 có 417 ca TT đứng hàng thứ hai bệnh lý vào khoa, và tử vong thứ 2 sau tai biến mạch máu não. Số lượng người bệnh TT không giảm qua nhiều năm, nhiều nhất là tự độc thuốc trừ sâu phospho hữu cơ, nặng nhất và tỉ lệ tử vong cao là ngộ độc Paraquat, rất nhiều loại thuốc bảo vệ thực vật. hoặc tân dược được dùng để tự độc.

Mục tiêu nghiên cứu

Tìm hiểu thêm về yếu tố xã hội tâm thần của người bệnh, các phương thức TT đồng thời có một vài nhận xét và khuyến cáo.

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả các người bệnh TT theo định nghĩa CDC (Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ)⁽¹⁾ nhập viện từ 7/2015 đến 1/2016. Những người bệnh sống ra viện được gọi là mưu toan TT, nhưng để thuận tiện chúng tôi gộp chung là TT.

Với Protocol có sẵn chúng tôi phỏng vấn người bệnh nếu còn tỉnh táo và hợp tác, nếu không chúng tôi phỏng vấn gia đình, hoặc phối hợp cả hai (Protocol đính kèm).

Về hoàn cảnh kinh tế gia đình đánh giá chuẩn hộ nghèo chúng tôi áp dụng theo Quyết định 09/2011/QĐ-TTg⁽⁵⁾.

Một số triệu chứng rối loạn tâm thần gợi ý trầm cảm, rối loạn lo âu, tâm thần phân liệt dựa

theo tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-V⁽⁴⁾.

Chẩn đoán độc chất người bệnh đã dùng dựa vào nhãn mác chai lọ, nếu không có dựa vào màu sắc mùi màu, hoặc các hội chứng đặc hiệu trên lâm sàng.

Nghiên cứu tiền cứu cắt ngang và xử lý số liệu thống kê thông thường.

KẾT QUẢ

Tổng số 224 ca.

Giới

Nam 140 ca tỉ lệ: 62,5%. Nữ 84 tỉ lệ 37,5%. Nam nhiều hơn nữ tỉ lệ 1,6/1.

Tuổi:

Bảng 1. Tuổi

Tuổi	n	%
<15	11	4,9,1
15-19	50	22,32
20-29	78	34,82
30-39	38	16,96
40-49	25	11,16
50-59	12	5,35
60-69	6	2,67
70-71	4	1,78
Tổng số	224	100

Tuổi trung bình 28,99± 10,52 trước 30 tuổi; 139/ 224 = 62,05% trước 40 tuổi là 79,02%, nhỏ nhất 11 tuổi, lớn nhất 71 tuổi ca.

Dân tộc

Kinh: 82/224 ca tỉ lệ: 36,61% Dân tộc thiểu số: 142/224 ca tỉ lệ 63,39% (trong đó Giarai 120/142 tỉ lệ 84,51%, Bana 15/142 = 10,56%.

Địa chỉ

Bảng 2. Địa chỉ

Thành phố, huyện thị	n	%
THÀNH PHỐ PLEIKU	29	12,95
CHU' PAH	15	6,70
CHU' SẾ	22	9,82
CHU' PRONG	65	29,02
CHU' PU'	31	13,84
ĐAK ĐOÀ	16	7,14
ĐỨC CƠ	3	1,34
IA GRAI	16	7,14
IA PA	3	1,34

Thành phố, huyện thị	n	%
KBANG	2	0,89
MANG YANG	15	6,70
PHÚ THIÊN	3	1,34
NGOẠI TỈNH	2	0,89
KHÔNG RÕ	2	0,89
TỔNG SỐ	224	100

Thành phố Pleiku 29/224= 10,7% Các huyện 193/224 = 86,16%. Chưprong, Chưpưh là 2 huyện nhiều nhất. Không thấy người bệnh huyện thị Ayunpa. An Khê, Kong Chro, Đak Pơ.

Phân bố Thành phố, thị trấn, xã.

Thành phố: 19/224 tỉ lệ 8,48%.

Thị Trấn: 56/ 224 tỉ lệ 25%.

Xã 149 /224 tỉ lệ 66,52%.

Hơn một nửa người bệnh sống vùng nông thôn xã.

Nghề nghiệp

Bảng 3: Nghề nghiệp

Nghề nghiệp	n	%
Nông	191	85,27
CNVC	3	1,34
Nghề tự do	5	2,23
Trẻ em phụ giúp gia đình	17	7,59
Học sinh	4	1,79

Yếu tố thúc đẩy tự tử

Bảng 4. Yếu tố thúc đẩy tự tử

Yếu tố thúc đẩy tự tử			n	%	Ghi chú
Xung đột vợ chồng	Cãi vã	74	33,04	20 ca uống rượu	
	Chồng uống rượu	3	1,34		
	Bạo lực	3	1,34		
	Ngoại tình	1	0,45		
Con cái	Buồn vì con cái	13	5,80	< 25 tuổi nam>nữ 15/22 ca	
	Cha mẹ la rầy	22	9,82		
	Cha mẹ đánh đập	1	0,45		
Nam nữ	Mâu thuẫn nam nữ	6	2,68		
	Thất tình	5	2,23		
	Chia tay	3	1,34		
	Cản trở hôn nhân	2	0,89		
Mâu thuẫn xã hội	Mâu thuẫn xã hội	2	0,89		
	Bạn bè	3	1,34		
	Anh em	5	2,23		
	Hàng xóm	0	0,00		
Kinh tế	Làm ăn thất bại	2	0,89		
	Nợ nần	1	0,45		
	Vấn đề kinh tế khác	3	1,34		
Không khai thác được		75	33,48	Người bệnh hôn mê, gia đình không biết, người bệnh không hợp tác	
Tổng số		224	100		

Nghề nghiệp	n	%
Già	2	0,89
Phạm nhân	2	0,89
Tổng số	224	100

Làm nông là chủ yếu, các trẻ em tự tử hầu như không đi học, trong đó 63% đồng bào dân tộc thiểu số.

Hoàn cảnh gia đình:

Nghèo: 110/224 tỉ lệ 49,11%.

Cận nghèo: 23/224 tỉ lệ 10,27%.

Nghèo và cận nghèo 133/224 tỉ lệ 59,36%.

Trung bình: 87/224 tỉ lệ 38,83%.

Khá giả: 04/224 tỉ lệ 1,78%.

Nghèo và cận nghèo chiếm tỉ lệ cao nhất 59,36%.

Tiền sử bệnh tật liên quan

Nghiện rượu: 22/224 tỉ lệ 9,82%.

Rối loạn tâm thần 5/224 tỉ lệ 2,83%.

Rối loạn tâm thần + nghiện rượu 1/224.

Dùng ma túy: 1

Động kinh: 0.

Yếu tố nhiều nhất là cãi vã vợ chồng 33,04%, cha mẹ la rầy 9,82%, không khai thác được do tế nhị, không hợp tác: 33,48%.

Sử dụng rượu, ma túy, thuốc trước khi tự tử

Rượu: 61 ca tỉ lệ 27,23%, tính trên nam giới là 61/140 =43,57%.

Ma túy 1 ca.

Thuốc điều trị rối loạn tâm thần: 4 ca.

Ý định, kế hoạch tự tử, số lần tự tử

Có ý định và kế hoạch: 2 ca.

Tự tử nhiều lần: 2 lần: 4 ca, 3 lần 1 ca, 4 lần: 1 ca.

Rất nhiều ca là ý định nhất thời rồi thực hiện ngay, cũng có khi khó khai thác được.

Biểu hiện tâm thần kinh trước tự tử

Hành vi trầm cảm: 14.

Mất hứng thú trong các hoạt động: 01.

Mất ngủ: 01.

Tư tưởng suy nghĩ chẳng có gì giá trị hoặc phạm tội: 01.

Suy nghĩ về cái chết: 01.

Con hoang loạn: 3.

Triệu chứng trên xảy ra 20 ca /224 ca tỉ lệ 8,93%.

Hình thức tự tử

Hóa chất 223/224 99,55% ca tỉ lệ.

Thắt cổ: 1/224 tỉ lệ 0,45%.

Độc chất

Bảng 5: Độc chất

Nhóm	n	%	Ghi chú
Thuốc trừ sâu phosphor hữu cơ	108	48,43	
Paraquat	62	27,80	
Glyphosate	19	8,52	
Thuốc diệt cỏ	16	7,17	
Cypermethrine	4	1,79	
Clo hữu cơ	2	0,90	
Carbamat	2	0,90	
Diệt nấm	2	0,90	
Thuốc diệt chuột	1	0,45	
Thuốc tăng trưởng	1	0,45	
Thuốc tân dược	5	2,24	Aminazin 01

Nhóm	n	%	Ghi chú
Chất sát khuẩn	1	0,45	
TỔNG SỐ	223	100	

Đa số tự độc bằng thuốc trừ sâu, diệt cỏ và bảo vệ thực vật: 217/223 ca tỉ lệ 97,31%, tự tử bằng thuốc tân dược rất ít.

Tham gia phỏng vấn

Người bệnh: 54/224 ca, tỉ lệ 24,11%.

Người bệnh + gia đình: 78/224 ca, tỉ lệ 34,82%.

Gia đình: 92/224 ca, tỉ lệ 41,07%.

BÀN LUẬN

Giới

Số liệu của chúng tôi nam > nữ tỉ lệ 1,6/1 ngược với các báo cáo khác: Bệnh viện Nhi Đồng 1 TP.HCM 2005 bệnh nhi nữ 60%, bệnh nhi nam 40%, Báo cáo Bệnh viện Đà Nẵng 2004 Nữ/Nam=2/1⁽⁶⁾, y văn thế giới Nam/nữ 1/2-3. Cần phân tích tâm lý, nhân cách, dễ tổn thương hơn của người đàn ông so phụ nữ, có ghi nhân ở người trẻ <25 tuổi, TT vì cha mẹ la rầy, Nam > nữ, tỉ lệ nam 68,18%, hai vợ chồng cãi vã thì đàn ông TT trước! (41/74 ca tỉ lệ 55,5%), uống rượu cũng góp phần đảo ngược tỉ lệ nam/nữ TT.

Tuổi

Gặp nhiều nhất <30 tuổi 62,05%, phù hợp với số liệu bệnh viện Đà Nẵng 22-45 tuổi⁽⁶⁾, khác với số liệu Hoa kỳ: sau 25 tuổi, tỉ lệ mắc mới TT tăng theo tuổi cho đến 65 tuổi và già hơn⁽¹⁾. Người Việt Nam TT ở độ tuổi trẻ hơn, có lẽ do suy nghĩ thiếu chín chắn và ít trách nhiệm hơn với gia đình.

Dân tộc

Tỉ lệ đồng bào thiểu số 63,39%. Nếu tỉ lệ chung đồng bào thiểu số nhập viện tại khoa trung bình 44,7%, thì đồng bào dân tộc TT nhiều hơn người kinh có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Địa dư

Đa số người bệnh TT ở huyện 86,16%, và ở xã xa xôi 66,52%.

Loại trừ yếu tố sinh học, tâm thần, thì yếu tố môi trường ở thành thị có lẽ "sạch" hơn huyện xã. Một số huyện không thấy TT như Ayunpa. An Khê, Kong Chro, Đak Pơ có vẻ thuộc về sự thuận tiện nhập viện các trung tâm y tế khác, hoặc bản thân tuyến đó có khả năng xử lý điều trị được.

Nghề nghiệp

Đa số làm nông 85,27%, trẻ em TT không thấy đi học và đa số đồng bào thiếu số.

Hoàn cảnh gia đình

Nghèo và cận nghèo 59,36%, trong đó đa số là người đồng bào thiếu số 80,45% làm nông.

Yếu tố tâm thần, rượu, ma túy liên quan TT

Theo y văn hơn 90% người bệnh TT có rối loạn tâm thần (RLTT). Theo PGS.TS Cao Tiến Đức- Chủ nhiệm khoa Tâm thần Bệnh viện Quân Y 103, mỗi năm số người TT do trầm ở Việt Nam lên đến 36-40000 người. Hiện có khoảng 30% dân số bị RLTT, hầu hết TT đều do trầm cảm: 75%, 22% nghiện rượu, ma túy, chỉ có 3% do tâm thần phân liệt. Chúng tôi không thể chẩn đoán chuyên khoa được, nhưng một số triệu chứng của trầm cảm, rối loạn lo âu, tâm thần phân liệt chỉ với tỉ lệ 8,93%. Thật ra chẩn đoán rối loạn tâm thần phải trước khi TT với ý tưởng TT hoặc sau mưu toan TT không thành. Theo CDC tét rượu dương tính trong 33,3% TT, 20,8% ma túy. Tỉ lệ sử dụng rượu của chúng tôi tương đương 27,23%, nhưng dùng ma túy chỉ 1 ca.

Yếu tố kích xúc thúc đẩy TT hay gặp nhất là cãi vã vợ chồng 33,04%. Có 9,82% cha mẹ la rầy, đứng lý do và đa số < 25 tuổi, tuy nhiên 33,48% không rõ yếu tố thúc đẩy do người bệnh và gia đình không hợp tác. Ly dị, ly thân, góa bụa là yếu tố nguy cơ, nhưng chúng tôi chỉ có 02 ca ly dị.

Để ngăn ngừa TT, phải phát hiện ra ý tưởng TT của người bệnh. Khảo sát của Bệnh viện Bạch mai 2010 trong 10500 người có tới 25% đã tìm cách kết thúc cuộc sống của mình, 73% đã trải qua cảm giác buồn chán và 7,5%

toan tính TT⁽⁶⁾. Ở Mỹ 1/2- 2/3 người bệnh đến Bác sĩ với ý tưởng đó 1 tháng trước khi TT, ở Việt Nam chưa có báo cáo chăm sóc sức khỏe tâm thần như vậy, số liệu của chúng tôi quá ít ca có ý tưởng TT, và cũng chỉ có khoảng 9% ca có dấu hiệu rối loạn tâm thần, yếu tố thúc đẩy thì không hẳn là một áp lực tâm thần không giải quyết được, để lý giải tại sao TT, cần nghiên cứu về tâm lý, tâm thần xã hội và sinh học, theo chúng tôi, tình trạng TT ở đây có thể xem như là một dịch tể địa phương và được sao chép theo mẫu với cách thức dễ thực hiện.

Yếu tố nguy cơ

Sau khi phân tích số liệu kết quả, chúng tôi rút ra một số yếu tố nguy cơ TT gặp nhiều hơn.

Nam giới > nữ giới.

Trước 30 tuổi.

Đồng bào thiếu số.

Nghèo sống nông thôn vùng xa.

Ở thiếu niên không đến trường.

Rượu.

Xung đột vợ chồng.

Thanh niên cha mẹ la rầy.

Có dấu hiệu trầm cảm.

Có toan tính TT trước đó.

Phương thức TT

Đa số là dùng hóa chất, nhiều nhất là thuốc trừ sâu phospho hữu cơ và thuốc diệt cỏ Paraquat. Ngược với phương tây TT với súng đạn, ở Việt nam, nhất là nông thôn, thuốc trừ sâu diệt cỏ trong tầm tay.

KẾT LUẬN

Tìm hiểu 224 ca TT, chúng tôi thấy tỉ lệ nam giới nhiều hơn nữ, tỉ lệ 1,6/1, 62,05% trước 30 tuổi, 66,39% là đồng bào thiếu số. Hoàn cảnh kinh tế nghèo và cận nghèo chiếm 59,38% làm nông chiếm đa số và không đến trường ở tuổi đi học. Yếu tố thúc đẩy TT nhiều nhất là xung đột vợ chồng chiếm 33,04%. Tuổi thanh niên TT với lý do đơn giản bị cha mẹ la rầy tỉ lệ 9,82%. Rượu là yếu tố hỗ trợ thêm khi 43,57% nam giới uống

ruợu trước khi TT. Dấu hiệu rối loạn tâm thần chỉ tìm thấy khoảng 8,93%. Phương thức TT với hóa chất dùng trong nông nghiệp là chủ yếu. Lý giải tại sao TT? Không phải yếu tố rối loạn tâm thần chiếm đa số dẫn đến TT trong đa số y văn, chúng tôi nghĩ có thể xem TT như là một dịch tễ địa phương và được sao chép theo mẫu với cách thức dễ thực hiện với độc chất trong tầm tay.

KIẾN NGHỊ

Để giảm tình trạng TT hiện nay, một số biện pháp nên thực hiện sau:

Giáo dục nhân cách sống lành mạnh với vai trò của học đường và gia đình.

Hỗ trợ của gia đình và xã hội các trường hợp có nguy cơ.

Quản lý thuốc diệt cỏ, thuốc trừ sâu phosphor hữu cơ có độc tính cao.

Phát hiện, quản lý và điều trị các rối loạn tâm thần có ý định và toan tính TT.

Thông điệp của Ngày phòng chống TT thế giới 10/9/2016 là kết nối, tiếp cận chăm sóc người có nguy cơ TT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ali Kazim (2014). Ferri's Clinical Advisor, p. 1223.e1-1223.e3.
2. Cao Tiến Đức (2016). Mỗi năm có 40000 người Việt Nam tự tử do trầm cảm 22/4/2016. <http://suckhoedoisong.vn/moi-nam-khoang-40000-nguoi-viet-nam-tu-vong-do-tram-cam--n115522.html>.
3. Đào Trần Thái (2016), Tự sát trong tâm thần học. Trang web Bệnh viện tâm thần TP Hồ Chí Minh, <http://www.bvtt-phcm.org.vn/n-vn-1535-100/cac-van-de-khac/tu-sat-trong-tam-than-hoc.html>.
4. Donald WB, Jon EG (2014). DSM-5™ Guidebook (The Essential Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition).
5. Jennifer Schreiber, Larry Culpepper (2016). Suicidal ideation and behavior in adults. Uptodate Aug 08.
6. Văn Cương (2015). TTTGDSK, trang web Trung tâm giáo dục sức khỏe Thừa Thiên Huế 4/9/2015. <http://t4g.thuathienhue.gov.vn/>

Ngày nhận bài báo: 21/10/2016

Ngày phản biện nhận xét bài báo: 24/10/2016

Ngày bài báo được đăng: 05/12/2016