

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRIỆU CHỨNG HÀNH VI Ở NGƯỜI BỆNH ALZHEIMER ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

Đinh Thị Linh¹, Trần Thị Hà An^{1,2}, Dương Minh Tâm^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng triệu chứng hành vi ở người bệnh Alzheimer điều trị nội trú. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 86 người bệnh Alzheimer điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia - Bệnh viện Bạch Mai và khoa Sức khỏe Tâm thần Bệnh viện Lão khoa Trung Ương từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 5 năm 2025. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh có triệu chứng hành vi là 89,5% trong đó triệu chứng kích động chiếm tỷ lệ cao nhất (81,4%) đặc biệt là hành vi không gây hấn chiếm tỷ lệ 69,7%. Tỷ lệ người bệnh cáu kỉnh, mất kiểm soát, rối loạn hành vi thức ngủ, rối loạn hành vi ăn uống lần lượt là: 30,2%; 22,1%; 69,8%; 23,3%. Trong nhóm suy giảm nhận thức mức độ nặng hay gặp nhất là hành vi không gây hấn (82,3%). Trong nhóm suy giảm nhận thức mức độ vừa hay gặp nhất là rối loạn hành vi thức ngủ (68,7%). Đối với suy giảm nhận thức mức độ nhẹ các triệu chứng cáu kỉnh, lời nói không gây hấn thường hay gặp. **Kết luận:** Triệu chứng hành vi là triệu chứng rất thường gặp ở người bệnh Alzheimer. Các triệu chứng hành vi xuất hiện đa dạng và có sự khác biệt theo mức độ suy giảm nhận thức của người bệnh.

Từ khóa: triệu chứng hành vi, bệnh Alzheimer

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF BEHAVIORAL SYMPTOMS INPATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE

Research objective: To describe the clinical characteristics of behavioral symptoms inpatients with Alzheimer's disease. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 86 inpatients with Alzheimer's disease at the National Institute of Mental Health - Bach Mai Hospital and the Department of Mental Health National Geriatric Hospital from August 2024 to June 2025. **Results:** The prevalence of patients with behavioral symptoms was 89.5%, with agitation being the most common symptom (81.4%), particularly non-aggressive behaviors (69.7%). The rates of irritability, loss of control, nighttime behaviors, and eating symptoms were 30.2%, 22.1%, 69.8%, and 23.3%, respectively. Among patients with severe cognitive impairment, non-aggressive behaviors were the most frequently observed (82.3%). In the moderate cognitive impairment group, nighttime behaviors were the most common (68.7%). For those with mild cognitive

impairment, irritability and non-aggressive speech were frequently encountered. **Conclusion:** Behavioral symptoms are very common in patients with Alzheimer's disease. These symptoms vary and differ depending on the severity of cognitive impairment. **Keywords:** behavioral symptoms, Alzheimer's disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Alzheimer là một bệnh thoái hóa thần kinh tiến triển đặc trưng bởi hội chứng sa sút trí tuệ với ba nhóm triệu chứng: nhóm triệu chứng nhận thức, nhóm triệu chứng ngoài nhận thức và biểu hiện suy giảm các hoạt động sống hằng ngày. Ước tính có khoảng 6,9 triệu người Mỹ từ 65 tuổi trở lên đang sống chung với bệnh Alzheimer. Con số này có thể tăng lên 13,8 triệu vào năm 2060 nếu không có sự phát triển đột phá y tế để ngăn ngừa và điều trị bệnh Alzheimer. Năm 2021 đã ghi nhận 119,399 trường hợp tử vong do bệnh Alzheimer.¹

Các triệu chứng suy giảm nhận thức là đặc trưng cơ bản của bệnh Alzheimer cũng như sa sút trí tuệ tuy nhiên những triệu chứng hành vi lại là nguyên nhân chính gây đau khổ, suy giảm nghiêm trọng chất lượng cuộc sống cho cả người bệnh và người chăm sóc, sự hiện diện của triệu chứng hành vi làm tăng số lần nhập viện, tăng chi phí chăm sóc và điều trị. Triệu chứng hành vi thuộc nhóm triệu chứng ngoài nhận thức, là một rối loạn tâm thần thường gặp ở người bệnh Alzheimer đặc biệt là giai đoạn vừa và nặng. Phát hiện và hiểu rõ hơn đặc điểm lâm sàng triệu chứng hành vi ở người bệnh Alzheimer là nền tảng góp phần điều trị và quản lý người bệnh tốt hơn, giảm các gánh nặng cho gia đình và xã hội. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục đích: *Mô tả đặc điểm lâm sàng triệu chứng hành vi ở người bệnh Alzheimer điều trị nội trú.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: 86 người bệnh được chẩn đoán Sa sút trí tuệ trong bệnh Alzheimer điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia - Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Lão khoa Trung Ương từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 5 năm 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả người bệnh được chẩn đoán Sa sút trí tuệ trong bệnh Alzheimer (F00) theo bảng phân loại hệ thống bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD 10) trong giai đoạn nghiên cứu điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia - Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia
Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Linh
Email: dinhlinh2047@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.4.2025
Ngày phản biện khoa học: 13.5.2025
Ngày duyệt bài: 12.6.2025

Lão khoa Trung Ương.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh sa sút trí tuệ do các nguyên nhân khác. Người bệnh có tiền sử sử dụng chất tác động tâm thần (cocain, chất dạng amphetamine, opioid, cần sa, nghiện rượu...). Người bệnh và/hoặc người đại diện không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang với cách chọn mẫu thuận tiện tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn nêu trên.

2.3. Phân tích, xử lý số liệu: Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng khoa học Trường Đại học y Hà Nội, sự cho phép của lãnh đạo Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Lão khoa Trung Ương. Đây là nghiên cứu không can thiệp vào chẩn đoán và điều trị, không ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n	%
Tuổi	< 65	13	15.1
	65 - 74	23	26.7
	75 - 84	30	34.9
	>= 85	20	23.3
	Tuổi trung bình hiện tại	75,49±10,1	
Tuổi khởi phát	Khởi phát sớm (<65 tuổi)	13	15.1
	Khởi phát muộn (≥65 tuổi)	73	84.9
Giới tính	Nam	21	24.4
	Nữ	65	75.6
Trình độ học vấn	Mù chữ	1	1.2
	Tiểu học	14	16.3
	Trung học cơ sở	42	48.8
	Trung học phổ thông	23	26.7
	Trung cấp, cao đẳng, đại học, sau đại học	6	7
Nghề nghiệp cũ	Lao động trí óc	29	33.7
	Lao động chân tay	57	66.3
Nơi sống	Thành thị	44	51.2
	Nông thôn	42	48.8

Nhận xét: Giới tính: Nghiên cứu của chúng tôi đã thu thập được 86 người bệnh, trong đó tỷ lệ nam:nữ ~ 1:3 kết quả này khá tương đồng với kết quả của Nguyễn Thanh Bình nam:nữ ~ 1:2,5 (nam chiếm 38,4%, nữ chiếm 61,6%).² Nhiều nghiên cứu cho thấy nữ giới có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nam giới điều này được giải thích do tuổi thọ trung bình của nữ giới thường cao

hơn nam giới, ngoài ra theo cơ chế bệnh sinh một nghiên cứu 2021 đã chỉ ra nữ giới mang gen APOE ε4 có nguy cơ mắc bệnh Alzheimer cao hơn so với nam giới cùng mang gen này, bên cạnh đó nồng độ protein Tau trong dịch não tủy của nữ giới cũng cao hơn nam giới đáng kể.³

Tuổi: Nhóm tuổi 75– 84 tuổi hay gặp nhất chiếm 34,9%, tuổi trung bình là 75,49 ± 10,1 tuổi. Kết quả này tương tự kết quả của Nguyễn Đình Nam với độ tuổi trung bình là 76,13 ± 8,39.⁴

Tuổi khởi phát: Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn người bệnh khởi phát bệnh muộn (từ 65 tuổi trở lên) chiếm 84,9%, nhóm người bệnh khởi phát sớm chiếm 15,1%. Điều này phù hợp với đặc điểm chung bệnh Alzheimer là nguyên nhân hàng đầu gây sa sút trí tuệ ở người bệnh ≥65 tuổi.

Trình độ học vấn: Đa số người bệnh có trình độ học vấn trung học cơ sở chiếm 48,8%, có một người bệnh mù chữ chiếm 1,2%, người bệnh có trình độ trung cấp/cao đẳng/đại học/sau đại học chiếm tỷ lệ khá thấp 7%. Nhiều nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng trình độ học vấn thấp được xem là một yếu tố nguy cơ của bệnh.¹

Nghề nghiệp: Nghề nghiệp trước đây của người bệnh chủ yếu là lao động chân tay chiếm 66,3%. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình cũng cho kết kết tương tự với tỷ lệ người bệnh trước đây là lao động chân tay chiếm 55,6%.²

Nơi sống: Tỷ lệ người bệnh sống ở thành thị, nông thôn là sắp xỉ nhau lần lượt là 51,2% và 48,8%. Kết quả này tương tự kết quả của Nguyễn Đình Nam với tỷ lệ người bệnh sống ở thành thị và nông thôn tương đồng nhau đều là 50%.⁴

Bảng 2. Phân loại mức độ sa sút trí tuệ theo thang điểm MMSE tại thời điểm vào viện

Mức độ sa sút trí tuệ	n	%
Nhẹ (20-23 điểm)	3	3.5
Vừa (14-19 điểm)	32	37.2
Nặng (< 14 điểm)	51	59.3

Nhận xét: Phần lớn người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có mức độ suy giảm nhận thức nặng (59,3%), suy giảm nhận thức vừa cũng chiếm tỷ lệ khá cao (37,2%), mức độ suy giảm nhận thức nhẹ có 3 người bệnh chiếm 3,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Trịnh Thị Vân Anh với tỷ lệ người bệnh có mức độ suy giảm nhận thức nặng chiếm tỷ lệ cao nhất (67,7%).⁵

3.2. Đặc điểm triệu chứng hành vi ở nhóm người bệnh Alzheimer

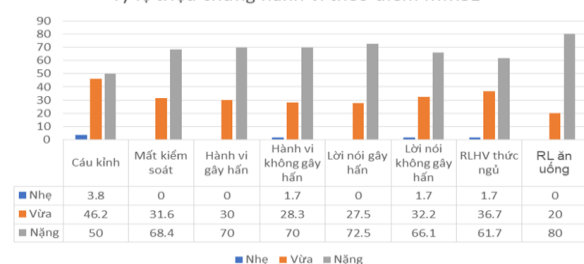
Bảng 3. Tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng hành vi

Triệu chứng hành vi	n	%
Cáu kỉnh	26	30,2

Mất kiểm soát		19	22,1
Kích động	Hành vi gây hấn	30	34,8
	Hành vi không gây hấn	60	69,7
	Lời nói gây hấn	51	59,3
	Lời nói không gây hấn	59	68,6
	Tổng	70	81,4
Rối loạn hành vi thức ngủ		60	69,8
Rối loạn hành vi ăn uống		20	23,3

Nhận xét: Hiện nay hầu như chưa có nghiên cứu nào trên thế giới nghiên cứu riêng lẻ triệu chứng hành vi trên người bệnh Alzheimer chủ yếu nghiên cứu tập trung vào nhóm triệu chứng tâm thần và hành vi nên kết quả so sánh sẽ có phần khác biệt. Trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là người bệnh có mức độ suy giảm nhận thức vừa và nặng trong đó có tới 89,5% người bệnh có ít nhất một triệu chứng hành vi, kích động là triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất (81,4%) đặc biệt là hành vi không gây hấn chiếm 69,7%. Trong nhóm triệu chứng kích động, gây hấn bằng lời nói chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm kích động, gây hấn bằng hành vi. Rối loạn hành vi thức ngủ là rối loạn phổ biến thứ hai (69,8%), triệu chứng cấu kinh, rối loạn hành vi ăn uống, mất kiểm soát lần lượt là 30,2%; 23,3%; 22,1%. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình trên những người bệnh có mức độ suy giảm nhận thức nặng có tới 88,8% người bệnh có ít nhất một triệu chứng tâm thần và hành vi, trong các triệu chứng hành vi phổ biến nhất là hành vi kích động chiếm 51,5%, đứng thứ hai là rối loạn hành vi thức ngủ (48,5%).² Một nghiên cứu William James Deardorff và Grossberg (2019) nhận thấy rằng triệu chứng kích động chiếm khoảng 40% (dao động từ 11% - 68%), rối loạn hành vi thức ngủ chiếm 39% (dao động từ 14% - 69%).⁶ Mặc dù có sự khác biệt về tỷ lệ các triệu chứng tuy nhiên các nghiên cứu đều ghi nhận kích động và rối loạn hành vi thức ngủ là triệu chứng phổ biến ở người bệnh Alzheimer, sự khác biệt có thể là do cỡ mẫu nghiên cứu, cách chọn thang đánh giá các triệu chứng hành vi là khác nhau giữa các nghiên cứu.

Tỷ lệ triệu chứng hành vi theo điểm MMSE

**Bảng 4. Đặc điểm triệu chứng hành vi theo****mức độ suy giảm nhận thức**

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy rằng các triệu chứng hành vi xuất hiện phổ biến ở nhóm người bệnh có mức độ suy giảm nhận thức vừa và nặng. Trong nhóm suy giảm nhận thức mức độ nặng hay gặp nhất là hành vi không gây hấn (82,3%). Trong nhóm suy giảm nhận thức mức độ vừa hay gặp nhất là rối loạn hành vi thức ngủ (68,7%). Đối với suy giảm nhận thức mức độ nhẹ cấu kinh là triệu chứng thường gặp nhất. Điều này được lý giải rằng trong bệnh Alzheimer giai đoạn đầu triệu chứng cấu kinh xuất hiện với tỷ lệ cao có thể là phản ứng lo lắng, bối rối của người bệnh khi thực hiện các công việc hằng ngày do khó khăn trong việc ghi nhớ, định hướng xung quanh hay do các triệu chứng hoang tưởng, ảo giác chi phối. Tuy nhiên khi mức độ suy giảm nhận thức ngày càng nặng hơn do thoái hóa các tế bào thần kinh, tổn thương các vùng não chức năng, nồng độ các chất dẫn truyền thần kinh suy giảm nghiêm trọng thì các triệu chứng lo âu, trầm cảm sẽ giảm dần, các triệu chứng hoang tưởng, ảo giác, rối loạn hành vi vận động tăng dần. Đặc biệt ở giai đoạn nặng mức độ suy giảm nhận thức trở nên trầm trọng, các rối loạn hành vi sẽ giảm dần thay vào đó người bệnh thường biểu hiện bàng quan, vô cảm với môi trường xung quanh, nguy cơ tử vong cao do các biến chứng loét do tỳ đè, viêm phổi do sặc, viêm nhiễm hay các bệnh lý cơ thể phối hợp. Nghiên cứu của Nguyễn Đình Nam cũng thấy rằng nhóm suy giảm nhận thức nặng và vừa triệu chứng kích động là khá phổ biến lần lượt là 80%; 56,3%. Nhóm suy giảm nhận thức nhẹ triệu chứng rối loạn hành vi thức ngủ phổ biến hơn trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 47,1%.⁴

Bảng 5. Đặc điểm triệu chứng hành vi theo thể bệnh

Triệu chứng		n	%
Cấu kinh	Khởi phát sớm	1	3,8
	Khởi phát muộn	25	96,2
Mất kiểm soát	Khởi phát sớm	1	5,3
	Khởi phát muộn	18	94,7
Hành vi gây hấn	Khởi phát sớm	2	6,7
	Khởi phát muộn	28	93,3
Hành vi không gây hấn	Khởi phát sớm	8	13,3
	Khởi phát muộn	52	86,7
Lời nói gây hấn	Khởi phát sớm	6	11,8
	Khởi phát muộn	45	88,2
Lời nói không gây hấn	Khởi phát sớm	10	16,9
	Khởi phát muộn	49	83,1
RLHV thức ngủ	Khởi phát sớm	1	13,3
	Khởi phát muộn	25	86,7

RLHV ăn uống	Khởi phát sớm	3	15
	Khởi phát muộn	17	85

Nhận xét: Ở nhóm người bệnh khởi phát sớm thường mang các biến thể gene TYROBP, PSEN, SORL1 người bệnh thường rối loạn chức năng vận động, thị giác không gian, teo hồi hải mã cũng như vỏ não thái dương bên, thùy đỉnh trái, các triệu chứng hoang tưởng, kích động ít gặp hơn trên lâm sàng.⁷ Bệnh Alzheimer khởi phát muộn thường mang gene ApoE ε4, teo hồi hải mã, thùy thái dương giữa, vỏ não hồi đại do đó trên lâm sàng lĩnh vực trí nhớ bị ảnh hưởng rõ rệt, các triệu chứng hoang tưởng, kích động, rối loạn hành vi thức ngủ thường phổ biến hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng hành vi gặp khá ít trên nhóm người bệnh khởi phát sớm, phổ biến nhất là lời nói không gây hấn chiếm 76,9%. Đối với nhóm người bệnh khởi phát muộn các triệu chứng hành vi khá đa dạng phổ biến nhất là hành vi không gây hấn chiếm 71,2%, thấp nhất là rối loạn hành vi ăn uống có 17 người bệnh chiếm 23,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với cơ chế bệnh sinh bệnh Alzheimer, khá tương đồng với nghiên cứu của N. Altomari (2022) khi so sánh triệu chứng tâm thần và hành vi giữa nhóm người bệnh khởi phát sớm và muộn, thấy rằng người bệnh Alzheimer khởi phát sớm triệu chứng BPSD có tỷ lệ cao hơn nhưng thường xuất hiện muộn hơn so với nhóm người bệnh khởi phát muộn.⁸

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng hành vi là triệu chứng phổ biến và xuất hiện thường xuyên ở người bệnh Alzheimer. Các triệu chứng hành vi xuất hiện đa

dạng và có sự khác biệt theo mức độ suy giảm nhận thức của người bệnh, gây đau khổ, suy giảm nghiêm trọng chất lượng cuộc sống cho cả người bệnh và người chăm sóc. Do đó, cần phát hiện sớm và điều trị kịp thời nhằm giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alzheimer's Association.** 2024 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia* 2024;20(5):3708-3821. doi:10.1002/alz.13809
2. **Nguyễn Thanh Bình.** Đặc điểm lâm sàng và gánh nặng chăm sóc cho bệnh nhân Alzheimer giai đoạn nặng. Luận án Tiến Sĩ y học. 2018.
3. **Scheltens P, De Strooper B, Kivipelto M, et al.** Alzheimer's disease. *Lancet Lond Engl.* 2021;397(10284):1577-1590. doi:10.1016/S0140-6736(20)32205-4
4. **Nguyễn Đình Nam.** Đặc điểm triệu chứng tâm thần ở bệnh nhân Alzheimer. Luận văn thạc sĩ y học. 2021.
5. **Trịnh Thị Vân Anh.** Đặc điểm triệu chứng loạn thần ở bệnh nhân Alzheimer. Luận văn thạc sĩ y học. 2018
6. **Deardorff WJ, Grossberg GT.** Behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's dementia and vascular dementia. *Handbook of Clinical Neurology.* 2019;165:5-32. doi:10.1016/B978-0-444-64012-3.00002-2
7. **Pottier C, Ravenscroft TA, Brown PH, et al.** TYROBP genetic variants in early-onset Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging.* 2016; 48:222.e9-222.e15. doi:10.1016/j.neurobiolaging.2016.07.028
8. **Altomari N, Bruno F, Laganà V, et al.** A Comparison of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) and BPSD Sub-Syndromes in Early-Onset and Late-Onset Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's Disease.* 2022;85(2):691-699. doi:10.3233/JAD-215061

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN PHỔ VIÊM TỦY THỊ THẦN KINH

Đặng Phúc Đức¹, Nguyễn Hồng Quân³,
Trần Hậu Hoàng^{2*}, Trần Thị Thúy Hằng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị dự phòng ở bệnh nhân rối loạn phổ viêm tủy thị thần kinh (NMOSD). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên 43 bệnh nhân (BN) được chẩn

đoán NMOSD theo tiêu chuẩn của Hội đồng thuận Quốc tế về chẩn đoán viêm tủy thị thần kinh (IPND) 2015, điều trị tại khoa Nội thần kinh, bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** Bệnh chủ yếu gặp ở nữ giới (93,4%), tuổi khởi phát trung bình là $44,2 \pm 13,9$ với thời gian mắc bệnh trung bình $24,19 \pm 43,55$ tháng. 83,7% BN có kháng thể kháng aquaporin-4 (AQP4) dương tính. Bệnh có tỉ lệ tái phát cao, 65,8% trong năm đầu và 89,5% trong 5 năm đầu mắc bệnh. Điều trị dự phòng nói chung làm giảm 65,9% tỉ lệ tái phát. Rituximab (RTX) làm giảm 82,4% tái phát với 58,3% thuyên giảm hoàn toàn và tỉ lệ điều trị thất bại thấp 16,7%. Cả Azathioprine (AZA) và Mycophenolate mofetil (MMF) làm giảm tái phát lần lượt 58,8% và 42,4% nhưng đều có tỉ lệ điều trị thất bại cao (41,2%

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân Y

²Học viện Quân Y

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hậu Hoàng

Email: dr.hoangtranqy17@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025