

liên quan ý nghĩa với huyết thanh dương tính ($p = 0,052$; $OR = 0,31$; KTC 95%: 0,103–0,951). Trong khi đó, WBC, ALT và AST không có sự khác biệt có ý nghĩa, cho thấy ác chỉ số này thiếu độ nhạy và độ đặc hiệu để được sử dụng như công cụ sàng lọc hoặc định hướng chẩn đoán riêng lẻ cho Toxocariasis. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Kim Hong Seok tại Hàn Quốc [8] xác định rằng eosinophil có thể là dấu hiệu gợi ý, nhưng không đặc hiệu trong chẩn đoán. Sự hiện diện của chỉ số cận lâm sàng bình thường không loại trừ khả năng nhiễm, đặc biệt trong các trường hợp tiềm ẩn thường gặp tại cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ huyết thanh dương tính với Toxocara spp. trong 395 người được khảo sát là 27,6%
- Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là ngứa da và rối loạn tiêu hóa.
- Nhiều yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê như ăn rau sống, không rửa tay sau tiếp xúc chó/mèo, không tẩy giun vật nuôi và vệ sinh chuồng thú nuôi kém ($p < 0,05$).
- Các yếu tố nhân khẩu học như giới tính, độ tuổi, giới tính, nghề nghiệp không có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rostami A, Riahi SM, Holland CV, Taghipour A, Khalili-Fomeshi M, Fakhri Y, et al. Seroprevalence estimates for toxocariasis in people worldwide: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Negl Trop Dis*. 2019 Dec 19;13(12): e0007809. doi: 10.1371/journal.pntd. 0007809.
2. Thân Trọng Quang, Trần Vũ Hòa, Nguyễn Trần Uyên Phương. Tỷ lệ huyết thanh dương tính với ấu trùng Toxocara canis và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Đại học Tây Nguyên, năm 2021. *Tạp Chí Y Học Việt Nam*. 2022;518(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v518i1.3369>.
3. Nguyen Dong, Le Minh Tai, Nguyen Vu Quoc Binh, Le Quang Loi, Ly Thi My Chau, Truong Thi Tim, et al. Seroprevalence of IgG antibodies of human toxocariasis and associated risk factors in Khanh Hoa province. *Vietnam J Infect Dis*. 2023;4(44):17–23. doi:10.59873/vjid.v4i44.324.
4. Phan Văn Trọng, Nguyễn Long Anh, Phan Hoàng Thái Bảo. Tỷ lệ huyết thanh dương tính ấu trùng Toxocara canis ở người dân phường An Lộc, thị xã Bình Long, tỉnh Bình Phước. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024 Jan;533(2). doi:10.51298/vmj.v533i2.7976.
5. Lê Nguyễn Uyên Phương, Trần Thị Huệ Vân, Phạm Lê Duy. Tỷ lệ nhiễm và các yếu tố liên quan đến nhiễm Toxocara canis trên bệnh nhân mày đay mạn tính đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh năm 2022–2023. *Viet Med J*. 2023;530(2). doi:10.51298/vmj.v530i2.6852.
6. Mubarak AG, Mohammed ES, Elaadli H, Alzaylaee H, Hamad RS, Elkholi WA, et al. Prevalence and risk factors associated with Toxocara canis in dogs and humans in Egypt: A comparative approach. *Vet Med Sci*. 2023 Nov;9(6):2475–2484. doi: 10.1002/vms3.1228. Epub 2023 Sep 29. PMID: 37772411; PMCID: PMC10650255.
7. Nguyễn Thị Thanh Quyên. Đánh giá kết quả và tính an toàn của Albendazol, Ivermectin trên bệnh nhân ấu trùng giun đũa chó tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất - Đồng Nai (2022 - 2023). *Tạp Chí Y học cộng đồng*. 2024;65(CD1 - Liên chi hội Phẫu thuật ban tay). doi:10.52163/yhc.v65iCD1.968.
8. Kim HS, Jin Y, Choi MH, Kim JH, Lee YH, Yoon CH, Hwang EH, Kang H, Ahn SY, Kim GJ, Hong ST. Significance of serum antibody test for toxocariasis in healthy healthcare examinees with eosinophilia in Seoul and Gyeongsangnam-do, Korea. *J Korean Med Sci*. 2014 Dec;29(12): 1618–1625. doi:10.3346/jkms.2014.29.12.1618.

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ SA SÚT TRÍ TUỆ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI THÀNH PHỐ QUẢNG NGÃI

Võ Đình Kỳ¹, Nguyễn Hoàng Thùy Linh²

TÓM TẮT

Sa sút trí tuệ là một trong những bệnh lý mạn tính ngày càng phổ biến trong cộng đồng, thường gặp ở người cao tuổi, gây suy giảm nhận thức, ảnh hưởng

đến trí nhớ, định hướng, tính toán, khả năng học tập, ngôn ngữ và phán đoán, thay đổi khả năng kiểm soát cảm xúc, hành vi làm ảnh hưởng đến hoạt động sống bản thân, gia đình và xã hội. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 568 người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) đang sinh sống tại Thành phố Quảng Ngãi. Nghiên cứu được tiến hành qua 2 giai đoạn: sàng lọc bằng thang đo MMSE, khám chuyên khoa xác định sa sút trí tuệ. Kết quả tỷ lệ hiện mắc sa sút trí tuệ bằng thang đo MMSE là 26,9 %, tỷ lệ hiện mắc sa sút trí tuệ theo ICD - 10 là 24,1%. Phân tích hồi qui đa biến logistic các yếu tố liên quan đến sa sút trí tuệ: Tuổi, kinh tế gia đình, bệnh mạn tính, tiền sử gia đình

¹Bệnh viện Tâm thần tỉnh Quảng Ngãi

²Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Thùy Linh

Email: nhtlinh@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

mắc rối loạn tâm thần và chất lượng cuộc sống ($p < 0,05$). **Từ khóa:** Sa sút trí tuệ, người cao tuổi, thang đo MMSE, ICD-10

SUMMARY

PREVALENCE OF DEMENTIA AND ASSOCIATED FACTORS AMONG ELDERLY IN QUANG NGAI CITY

Dementia is an increasingly prevalent chronic condition, particularly among the elderly. It leads to progressive cognitive impairment, affecting memory, orientation, thinking, language, learning ability, judgment, and emotional and behavioral regulation, thereby reducing the quality of life of patients, their families, and society. Determining the prevalence and associated factors of dementia in the community is essential for prevention and management strategies. A cross-sectional descriptive study was conducted on 568 elderly individuals (≥ 60 years old) residing in Quang Ngai City, Vietnam. The study consisted of two phases: initial screening for suspected dementia using the Mini-Mental State Examination (MMSE) scale, followed by specialist examination to confirm diagnosis based on ICD-10 criteria. Multivariate logistic regression analysis was applied to identify factors associated with dementia, with statistical significance set at $p < 0.05$. The prevalence of dementia was 26.9% based on MMSE screening and 24.1% according to ICD-10 criteria. Factors significantly associated with dementia included: older age, lower household economic status, presence of chronic diseases, family history of mental disorders, and poor quality of life ($p < 0.05$). Dementia is a notable public health issue among the elderly in Quang Ngai City, with a high prevalence and significant associations with socio-economic, health, and quality of life factors. Early screening, risk factor management, and community-based interventions are recommended to reduce the burden of dementia.

Keywords: Dementia; elderly; MMSE; ICD-10.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sút trí tuệ là bệnh lý suy giảm trí nhớ tiến triển gây ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày của người bệnh đồng thời gây ra gánh nặng chăm sóc nặng nề cho gia đình cũng như xã hội. Sa sút trí tuệ phổ biến trên toàn thế giới với 44,35 triệu người bệnh vào năm 2013, dự kiến 75,62 triệu người bệnh vào năm 2030 và dự đoán lên đến 81,1 triệu người bệnh vào năm 2040. Theo báo cáo của hội bệnh Alzheimer Thế giới năm 2015, cứ mỗi 3 giây là thế giới có 1 người bị bệnh sa sút trí tuệ. Đến nay, có hơn 50 triệu người trên thế giới bị chứng sa sút trí tuệ, trong đó khoảng 45% xảy ra ở các nước Châu Á. Chi phí dành cho chăm sóc, điều trị bệnh nhân sa sút trí tuệ hàng năm trên toàn thế giới ước tính khoảng 800 tỷ USD (tương đương 1% GDP toàn cầu), và sẽ đạt tới 2.000 tỷ USD vào năm 2030 (WHO) [5].

Việt Nam đang có tốc độ già hóa dân số rất nhanh, hiện số người từ 60 tuổi trở lên chiếm khoảng 11% dân số và tỷ lệ này được dự đoán tiếp tục tăng cao trong những năm tới. Nghiên cứu về sa sút trí tuệ ở Việt Nam đã được tiến hành nhiều nơi với tỉ lệ sa sút trí tuệ ở người cao tuổi khá cao. Tại địa bàn Quảng Ngãi các nghiên cứu về sa sút trí tuệ chưa nhiều, đặc biệt là nghiên cứu tại cộng đồng rất ít. Vì vậy, chúng tôi chọn đề tài: "Nghiên cứu tỷ lệ sa sút trí tuệ và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại Thành phố Quảng Ngãi", với mục tiêu (1) Xác định tỷ lệ sa sút trí tuệ ở người cao tuổi tại Thành phố Quảng Ngãi. (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến sa sút trí tuệ ở đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn. Người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) và người chăm sóc chính (trong trường hợp đối tượng hạn chế trong giao tiếp), có hộ khẩu thường trú tại Thành phố Quảng Ngãi.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Đối tượng và gia đình không hợp tác hoặc từ chối nghiên cứu.

- Đang mắc bệnh nặng, mất khả năng nghe nhìn không thể trả lời phỏng vấn được.

2.2. Địa điểm nghiên cứu. Gồm 04 xã, phường được chọn trên địa bàn Thành phố Quảng Ngãi

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2023 đến tháng 6/2024.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4.2. Phương pháp chọn mẫu

a. Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2} DE$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu; p là tỷ lệ ước đoán từ nghiên cứu trước đó: Chọn $p = 21,4\%$ [1]; $Z_{\alpha/2}$ là giá trị từ phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê (1,96, mức ý nghĩa thống kê = 5%); d là mức sai số chấp nhận 5%; Hệ số thiết kế DE là 2. Để giảm sai số, nhân với hệ số thiết kế DE = 2 và lấy thêm 10% dự trừ, cỡ mẫu tối thiểu $n = 560$. Cỡ mẫu thu được $n = 568$.

b. Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu 2 giai đoạn.

Giai đoạn 1: Bước 1: Chia các xã/phường làm 02 khu vực nội thành và ngoại thành

- Vùng ngoại thành gồm 14 xã, có dân số 149.357 người, trong đó có 14.376 NCT

- Vùng nội thành gồm 9 phường, có dân số 129.139 người, trong đó có 13.357 NCT

Bước 2: Chọn xã/phường và cỡ mẫu tương ứng.

- Vùng ngoại thành chọn 2 xã: Tịnh Thiện và Nghĩa Dũng.

- Vùng nội thành chọn 2 phường: Trương Quang Trọng và Lê Hồng Phong.

Giai đoạn 2: Trong 04 xã, phường được chọn, tiếp tục chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống dựa vào danh sách đối tượng đã lập. Khoảng mẫu $k = N/n = 8$.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

+ Bước 1: Đối tượng người cao tuổi được chọn theo danh sách đã lập sẵn, đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu, được giải thích mục đích nghiên cứu, thực hiện cam kết nghiên cứu. Phỏng vấn trực tiếp bộ câu hỏi.

+ Bước 2: Đối tượng nghiên cứu được bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc cử nhân tâm lý thực hiện Test MMSE.

+ Bước 3: Đối tượng nghiên cứu có kết quả Test MMSE nghi ngờ có suy giảm nhận thức sẽ được Bác sĩ chuyên khoa tâm thần khám để chẩn đoán xác định SSTT bằng ICD - 10.

2.6. Biến số nghiên cứu

2.5.1. Biến số phụ thuộc

SSTT ở người cao tuổi: Chẩn đoán SSTT thực hiện các bước như sau:

+ Làm test MMSE để sàng lọc các trường hợp có suy giảm nhận thức.

MMSE bao gồm 30 câu hỏi đánh giá các vùng chức năng: định hướng về thời gian và không gian (10 điểm), sự ghi nhận (3 điểm), sự chú ý và làm toán (5 điểm), trí nhớ gần (3 điểm), ngôn ngữ và chức năng thực hiện các hoạt động kết hợp (8 điểm) và cấu trúc thị giác (1 điểm). Cách đánh giá: Trả lời đúng 1 câu: cho 1 điểm, không trả lời được hoặc trả lời không chính xác: cho 0 điểm. Tổng điểm dao động từ 0-30 điểm [6]. MMSE được đánh giá theo 2 mức có/không dựa theo trình độ học vấn: MMSE <18 (Dưới tiểu học), MMSE <21 (Tiểu học), MMSE <24 (THCS trở lên) [2].

+ Chẩn đoán xác định SSTT bằng tiêu chuẩn ICD-10. Căn cứ vào các tiêu chuẩn sau: Các triệu chứng tồn tại ít nhất 6 tháng; Suy giảm trí nhớ: đặc biệt là giảm khả năng ghi nhận các thông tin mới và khả năng nhớ lại các kiến thức đã học được trước kia; Suy giảm các hoạt động nhận thức khác: Vong ngôn, Vong tri, Vong hành, Giảm khả năng tư duy trừu tượng, khả năng tính toán, lập kế hoạch, sáng tạo, quyết định, khả năng phối hợp, theo dõi và thực hiện các hoạt động phức tạp; Các triệu chứng không thuộc lĩnh vực nhận

thức có thể có; Các triệu chứng trên xảy ra mà không có rối loạn ý thức kèm theo.

2.5.2. Biến độc lập

**Yếu tố cá nhân - kinh tế - xã hội.* Tuổi, giới, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tôn giáo, nơi ở của gia đình, hoàn cảnh kinh tế gia đình, tình trạng hôn nhân, hoàn cảnh sống.

**Yếu tố bệnh tật của đối tượng.* Tiền sử bệnh, tiền sử điều trị sa sút trí tuệ của bản thân, tiền sử mắc Rối loạn tâm thần trong gia đình, chỉ số khối cơ thể, chất lượng cuộc sống, chất lượng giấc ngủ

**Yếu tố tâm lý - xã hội - hành vi.* Thói quen giải trí, thói quen thể dục thể thao, sử dụng rượu bia, sử dụng thuốc lá.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng thống kê mô tả (tần số và tỷ lệ %); Sử dụng test Chi square và Fisher's exact test ở mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ để so sánh sự khác biệt giữa 2 hay nhiều tỷ lệ; Sử dụng mô hình hồi quy đa biến logistic để kiểm định các yếu tố liên quan đến SSTT ở đối tượng nghiên cứu.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được sự đồng ý của Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y Sinh học Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế. Nghiên cứu chỉ được thực hiện với sự chấp thuận của đối tượng nghiên cứu, tôn trọng bí mật riêng tư của đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 568 người cao tuổi (Từ 60 tuổi trở lên) trên địa bàn 04 xã/phường của Thành phố Quảng Ngãi Từ tháng 6/2023 đến tháng 6/2024, chúng tôi thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n = 568)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Giới tính		
Nam	171	30,1
Nữ	397	69,9
Dân tộc		
Kinh	568	100,0
Thiểu số	0	0
Hôn nhân		
Không lập gia đình	26	4,6
Đã lập gia đình	542	95,4
Trình độ học vấn		
Mù chữ	55	9,7
≤ Trung học cơ sở	467	82,2
≥ Trung học phổ thông	46	8,1
Chỉ số khối cơ thể (BMI)		
Gầy	15	2,6
Bình thường	440	75,5
Thừa cân, béo phì	113	19,9

Nghề nghiệp hiện tại		
Có làm việc	99	17,4
Không làm việc	469	82,6
Kinh tế gia đình		
Hộ nghèo	69	12,1
Không phải hộ nghèo	499	87,9
Hoàn cảnh sống		
Một mình	70	12,3
Sống chung với gia đình	498	87,7
Tôn giáo		
Không	500	88,0
Phật giáo	55	9,7
Thiên Chúa giáo	3	0,5
Khác	10	1,8
Tiền sử điều trị SSTT		
Có	7	4,5
Không	146	95,5

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $74,05 \pm 7,49$ tuổi, nhỏ nhất là 60 tuổi và lớn nhất là 97 tuổi. Từ 70 -79 chiếm tỷ lệ cao nhất 49,5%; nhóm tuổi từ 60-69 tuổi chiếm 29,2%, nhóm từ 80 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất 21,3%. Nữ giới chiếm đa số với 69,9%, nam giới chiếm tỷ lệ 30,1%. Dân tộc kinh chiếm 100%. Trình độ học vấn dưới THCS chiếm tỷ lệ cao nhất với 82,2%, nhóm mù chữ chiếm 9,7%, thấp nhất là nhóm có trình độ học vấn trên THPT với 8,1%. Đã lập gia đình chiếm tỷ lệ 95,4%, nhóm không lập gia đình chiếm 4,6%. Có làm việc chiếm tỷ lệ 17,4%, không làm việc chiếm 82,6%. Hộ nghèo chiếm tỷ lệ 12,1%, không phải hộ nghèo 87,9%. Hoàn cảnh sống: sống một mình 12,3%, sống chung với người thân chiếm đa số chiếm 87,7%.

Tình hình sức khỏe của đối tượng: Có tiền sử điều trị SSTT chiếm tỷ lệ 4,5%, không có tiền sử điều trị SSTT chiếm tỷ lệ 95,5%. Chỉ số khối cơ thể đối tượng nghiên cứu có phân loại BMI gầy chiếm 2,6%, BMI trung bình chiếm 75,5%, BMI thừa cân, béo phì chiếm 19,9%.

3.2. Tỷ lệ suy giảm nhận thức bằng thang đo MMSE và tỷ lệ sa sút trí tuệ theo ICD-10 người từ 60 tuổi trở lên

Bảng 3.2. Tỷ lệ suy giảm nhận thức bằng thang đo MMSE và tỷ lệ sa sút trí tuệ theo ICD-10 (n=568)

Suy giảm nhận thức (MMSE)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Sa sút trí tuệ (ICD-10)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có	153	26,9	Có	137	24,1
Không	415	73,1	Không	431	75,9
Tổng	568	100,0	Tổng	568	100,0

Đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ suy giảm nhận thức bằng thang đo MMSE là 26,9%

Đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ SSTT bằng ICD-10 là 24,1%

3.3. Mức độ sa sút trí tuệ ở người từ 60 tuổi trở lên.

Bảng 3.3. Mức độ sa sút trí tuệ ở người từ 60 tuổi trở lên (n=568)

Mức độ SSTT	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nặng	4	0,7
Vừa	40	7,0
Nhẹ	93	16,4
Không	431	75,9
Tổng	568	100,0

Đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ sa sút trí tuệ theo ICD -10 là 24,1%. Trong đó tỷ lệ SSTT mức độ nhẹ 16,4%, SSTT mức độ vừa 7,0%, SSTT mức độ nặng là 0,7%.

3.4. Một số yếu tố liên quan đến sa sút trí tuệ

Bảng 3.4. Mô hình hồi qui đa biến logistic các yếu tố liên quan đến SSTT ($p < 0,05$)

Biến độc lập	OR	Khoảng tin cậy (95% CI)	p
Nhóm tuổi			
60-69	1	-	
70-79	1,614	0,820-3,479	0,190
≥ 80	6,357	2,862-14,118	<0,001
Kinh tế gia đình			
Nghèo	2,247	1,033 – 4,885	0,041
Không nghèo	1	-	
Bệnh mạn tính			
Không mắc bệnh	1	-	
Có 1 bệnh	2,255	0,883-5,761	0,089
Có ≥ 2 bệnh	13,592	5,322-34,716	<0,001
Tiền sử gia đình có người RLTT			
Có	6,016	1,483-24,411	0,012
Không	1	-	
Chất lượng cuộc sống			
Tốt	1	-	
Bình thường	3,761	1,839-7,470	0,001
Tệ	1,245	0,630-2,462	0,529

Mô hình hồi qui đa biến logistic cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến SSTT bao gồm: Tuổi, kinh tế gia đình, bệnh mạn tính, tiền sử gia đình mắc RLTT và chất lượng cuộc sống.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ suy giảm nhận thức bằng thang đo MMSE. Tỷ lệ suy giảm nhận thức bằng thang đo MMSE là 26,9%. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Trần Kỳ Hậu và Đoàn Vương Diễm Khánh (2015) tại Bình Định, tỷ lệ MMSE (+) là 21,4% [1]. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Đặng Cao Khoa (2020) tại Thừa Thiên Huế, với tỷ lệ SSTT bằng thang đo MMSE là 28,1% [2]. Có thể có sự khác biệt về phương

pháp nghiên cứu, phương pháp chọn mẫu.

4.2. Tỷ lệ sa sút trí tuệ theo ICD -10. Tỷ lệ sa sút trí tuệ theo ICD -10 là 24,1%. Trong đó tỷ lệ SSTT mức độ nhẹ là 16,4%, SSTT mức độ vừa 7,0%, SSTT mức độ nặng là 0,7%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đương của Thân Hà Ngọc Thế (2022) tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy, tỉnh Tiền Giang, nghiên cứu cắt ngang, SSTT được chẩn đoán theo DSM-V, tỷ lệ SSTT là 24,51% [3].

4.3. Một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ sa sút trí tuệ ở đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi từ 60- 69 có tỷ lệ SSTT 14,5%, độ tuổi từ 70-79 có tỷ lệ SSTT 20,3%, độ tuổi ≥ 80 có tỷ lệ SSTT 46,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trong mô hình hồi qui đa biến logistic cũng cho thấy đối tượng nghiên cứu từ 80 tuổi trở lên có tỷ lệ sa sút trí tuệ cao gấp 6,35 lần nhóm tuổi 60-69 tuổi ($p < 0,001$) (OR = 6,35, 95% CI: 2,86 – 14,11). Nghiên cứu của chúng tôi tương tự Đặng Cao Khoa (2020) tại huyện Nam Đông, Thừa Thiên Huế, cho thấy tỷ lệ hiện mắc SSTT theo MMSE tăng dần theo độ tuổi, tỷ lệ mắc thấp nhất ở nhóm từ 60 – 69 tuổi (20,9%) và tăng dần đạt tỷ lệ mắc cao nhất ở nhóm từ 80 tuổi trở lên (60,8%) [2].

Tỷ lệ mắc SSTT thuộc đối tượng nghèo là 47,8%, không thuộc hộ nghèo 20,8 %. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) cho thấy mối liên hệ rõ rệt giữa tình trạng kinh tế gia đình và nguy cơ mắc SSTT. Trong phân tích hồi qui đa biến, đối tượng nghiên cứu thuộc hộ nghèo có tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ cao gấp 2,24 lần so với đối tượng không thuộc hộ nghèo ($p < 0,05$) (OR = 2,24, 95% CI: 1,035 – 4,88). Nghiên cứu chúng tôi tương tự của Trần Kỳ Hậu và Đoàn Vương Diễm Khánh (2015) tại Qui Nhơn, Bình Định, tỷ lệ SSTT trong nhóm thu nhập thấp cao gấp đôi so với nhóm thu nhập cao [1].

Đối tượng nghiên cứu không mắc bệnh mạn tính có tỷ lệ SSTT 7,6%, mắc 1 bệnh mạn tính có tỷ lệ SSTT 12,2%, có từ 2 bệnh mạn tính trở lên có tỷ lệ SSTT 55%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trong phân tích hồi qui đa biến, nhóm đối tượng mắc ≥ 2 bệnh có tỷ lệ sa sút trí tuệ cao gấp 13,5 lần so với nhóm không mắc bệnh mạn tính với $p < 0,001$, (OR = 13,59, 95% CI: 5,32 - 34,71). Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Jing-jing Zhang (2023) tại Trung Quốc, cho thấy có mối liên hệ độc lập giữa SSTT với các yếu tố như lối sống không lành mạnh và lối sống lành mạnh trung bình, cũng như các tình trạng bệnh như tăng huyết áp, tiểu đường và bệnh mạch máu

não (OR = 1,39, 95% CI: 1,12-1,72) [8].

Kết quả nghiên cứu cho thấy mối liên quan rõ rệt giữa tiền sử gia đình có người bị rối loạn tâm thần và tỷ lệ sa sút trí tuệ. Tiền sử gia đình có người bị RLTT có tỷ lệ mắc SSTT là 63,2%, không có tiền sử gia đình mắc SSTT là 22,8%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trong phân tích hồi qui đa biến liên quan giữa tiền sử gia đình có người RLTT mắc sa sút trí tuệ cao hơn 6 lần so với đối tượng tiền sử gia đình không có RLTT ($p < 0,05$) (OR = 6,01, 95% CI: 1,48 – 24,41). Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của nghiên cứu của Jia-Hao Sun (2015), phát hiện có một mối liên quan giữa tiền sử gia đình mắc bệnh tâm thần và SSTT, những người có cha mẹ hoặc anh chị em mắc các bệnh về tâm thần có nguy cơ mắc SSTT cao hơn [7].

Đối tượng nghiên cứu có chất lượng cuộc sống tốt có SSTT chiếm tỷ lệ 16,3%, đối tượng nghiên cứu có chất lượng cuộc sống bình thường có SSTT chiếm tỷ lệ 17,4%, đối tượng nghiên cứu có chất lượng cuộc sống tệ có SSTT chiếm tỷ lệ 46,1%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trong phân tích hồi qui đa biến, liên quan giữa nhóm chất lượng cuộc sống tệ và bình thường, mắc sa sút trí tuệ cao hơn so với nhóm chất lượng cuộc sống tốt ($p < 0,05$), (OR: 3,76, 95% CI: 1,83–7,47).

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ suy giảm nhận thức bằng thang đo MMSE là 26,9% và tỷ lệ sa sút trí tuệ theo ICD-10 là 24,1%. Tỷ lệ này là khá cao, tương tự với nhiều nghiên cứu trong nước hiện nay. Điều này cho thấy SSTT trong cộng đồng rất nhiều, chưa được phát hiện và điều trị kịp thời. Bên cạnh đó nhiều yếu tố bất lợi liên quan đến SSTT cần được quan tâm, hiểu đúng và có kế hoạch dự phòng hiệu quả như: Tuổi, kinh tế gia đình, bệnh mạn tính, tiền sử gia đình có người rối loạn tâm thần, chất lượng cuộc sống... Nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống, dự phòng SSTT cho người cao tuổi, chúng ta cần tuyên truyền nâng cao nhận thức cho cộng đồng về sức khỏe tổng quát, sức khỏe tâm thần, những yếu tố nguy cơ sa sút trí tuệ để biết cách phòng tránh. Sử dụng thang đo sàng lọc MMSE trong chẩn đoán suy giảm nhận thức, có kế hoạch điều trị, chăm sóc hợp lý để giảm thiểu các biến chứng do sa sút trí tuệ gây ra. Tăng cường các hoạt động hướng đến việc vận động thể chất nhẹ nhàng và tăng cường khả năng hoạt động trí não của người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Kỳ Hậu và cs** (2015), "Tỷ lệ sa sút trí tuệ và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại thành phố Qui Nhơn tỉnh Bình Định năm 2015", Y học cộng đồng * Số 37- Tháng 3+4/2017, tr. 141-147.
2. **Đặng Cao Khoa** (2020), "Sa sút trí tuệ và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại huyện Nam Đông, tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2020", Tạp chí Khoa học Đại học Huế: Khoa học Xã hội và Nhân văn * Tập 132, Số 6D, 2023, tr. 57- 66.
3. **Thân Hà Ngọc Thế, Trần Văn Huyền** (2023), "Tỷ lệ sa sút trí tuệ ở người cao tuổi và kiến thức về sa sút trí tuệ, nhu cầu hỗ trợ của người chăm sóc tại khoa lão Bệnh viện đa khoa khu vực Cai Lậy", Tạp chí Y học Lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế * Số 84-2023. tr. 25
4. **Ali Ezzati, Andrea R Zammit, Mindy J Katz** (2019), "Health-related quality of life, cognitive performance, and incident dementia in a community-based elderly cohort", Alzheimer Disease & Associated Disorders, 33(3), tr. 240-245.
5. **Anders Wimo, Maëlen Guerchet, Gemma-Claire Ali** (2017), "The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010", Alzheimer's & Dementia, 13(1), tr. 1-7.
6. **Folstein** (1975), "Mini-Mental State Examination: MMSE", J. psychiaf. Res., 1975, Vol.12, pp.189-198. Pergamon Press. Printed in Great Britain.
7. **Jia-Hao Sun, Lan Tan, Hui-Fu Wang** (2015), "Genetics of vascular dementia: systematic review and meta-analysis", Journal of Alzheimer's Disease, 46(3), tr. 611-629.
8. **Jing-jing Zhang, Zhao-xia Wu, Wei Tan** (2023), "Associations among multidomain lifestyles, chronic diseases, and dementia in older adults: a cross-sectional analysis of a cohort study", Frontiers in Aging Neuroscience, 15, tr. 1200671.

KIẾN THỨC VÀ THÁI ĐỘ CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VỀ BÁO CÁO PHẢN ỨNG CÓ HẠI CỦA THUỐC TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN TỈNH CÀ MAU

Phạm Thành Suôi^{1,2}, Trần Yên Hảo¹, Nguyễn Thắng¹,
Trần Thị Tuyết Phụng¹, Nguyễn Thiên Vũ²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức và thái độ của nhân viên y tế (NVYT) về báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) làm cơ sở đề xuất các can thiệp nhằm nâng cao năng lực báo cáo ADR. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại ba bệnh viện tỉnh Cà Mau thông qua Bộ câu hỏi khảo sát kiến thức và thái độ của NVYT về báo cáo ADR. Đánh giá đạt khi trả lời đúng $\geq 80\%$ mỗi nội dung. **Kết quả:** Điểm trung bình kiến thức là $5,23 \pm 1,89$ với tỷ lệ NVYT đạt yêu cầu là 2,7%. Điểm trung bình thái độ là $7,85 \pm 1,86$ với tỷ lệ đạt là 57,5%. Tại thời điểm khảo sát, chỉ 12,3% NVYT được tập huấn về Cảnh giác Dược. Chuyên ngành là yếu tố duy nhất liên quan đến tỷ lệ đạt yêu cầu kiến thức; trong đó, tỷ lệ đạt kiến thức trong nhóm bác sĩ cao hơn so với điều dưỡng (OR=3,88; p=0,047). **Kết luận:** Kiến thức về báo cáo ADR của các NVYT còn thấp, trong khi thái độ ở mức trung bình. Cần triển khai can thiệp phân tầng theo chuyên ngành, kết hợp tập huấn với các biện pháp hỗ trợ nhằm tăng cường hiệu quả báo cáo ADR.

Từ khóa: Phản ứng có hại của thuốc, kiến thức, thái độ, nhân viên y tế, tỉnh Cà Mau

SUMMARY

KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thành Suôi

Email: ptsuoi@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

HEALTHCARE WORKERS TOWARD ADVERSE DRUG REACTION REPORTING IN SELECTED HOSPITALS OF CA MAU PROVINCE

Objective: To assess the knowledge and attitudes of healthcare workers (HCWs) toward adverse drug reactions (ADRs) as a basis for proposing interventions to strengthen ADR reporting capacity. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted at three hospitals in Ca Mau using a questionnaire on HCWs' knowledge and attitudes toward ADR reporting. Adequacy was defined as achieving $\geq 80\%$ correct responses in each domain. **Results:** The mean knowledge score was 5.23 ± 1.89 , with only 2.7% of HCWs meeting the adequacy criterion. The mean attitude score was 7.85 ± 1.86 , with 57.5% achieving adequacy. At the time of the survey, only 12.3% of HCWs had received pharmacovigilance training. Professional category was the only factor significantly associated with adequate knowledge: physicians were more likely than nurses to reach adequacy (OR=3.88; p=0.047). **Conclusion:** Knowledge of ADR reporting among HCWs was low, whereas attitudes were moderate. Stratified interventions tailored by professional category, combining training with supportive measures, are needed to enhance the effectiveness of ADR reporting.

Keywords: Adverse drug reactions; knowledge; attitudes; healthcare workers; Ca Mau Province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hướng dẫn Quốc gia về Cảnh giác Dược năm 2021 nhấn mạnh tầm quan trọng của đào tạo và bồi dưỡng nhân viên y tế (NVYT) [1]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ ra thiếu kiến thức lâm sàng và hiểu biết về phản ứng có hại