

đổi thông tin cho NBT với khách hàng và trang thiết bị phục vụ bảo quản. 100,0% NBT đều có trình độ chuyên môn dược tối thiểu theo quy định. Nhưng chỉ 10,0% nhà thuốc có hiện diện của dược sĩ phụ trách. Phần lớn hoạt động bán thuốc đều được tự thực hiện bởi các nhân viên nhà thuốc, trong đó hơn 70,0% là trung cấp dược và 30,0% không có trong hồ sơ đăng ký của nhà thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **K. Holloway, L.V. Dijk** (2011). The World Medicines Situation 2011, Rational Use of Medicines. WHO/EMP/MIE/2011.2.2.
2. **Nguyễn Văn Yên, Nguyễn Thị Minh Hương** (2011). Nghiên cứu các yếu tố về cơ sở vật chất và nhân lực của các nhà thuốc quận Ba Đình thành phố Hà Nội. Tạp chí Dược học, 5.4/2011.
3. **Quốc hội** (2012). Luật Chất lượng sản phẩm, hàng hóa, số hiệu 05/2007/QH12.
4. **Trịnh Hồng Minh, Phạm Đình Luyện, Phan Văn Bình** (2013). Khảo sát thực trạng hoạt động của hệ thống bán lẻ thuốc trên địa bàn tỉnh Đồng Nai. Tạp chí Y - Dược Học Quân Sự, 5.6/ 2013.
5. **Hà Văn Thúy** (2016). Phân tích khả năng duy trì thực hiện Tiêu chuẩn thực hành nhà thuốc tốt-GPP của các cơ sở bán lẻ thuốc tại thành phố Hải Phòng. Tạp chí Dược học, 08/2016.
6. **Stenson B., Syhakhang L., Eriksson B., et al.** (2001). Real world pharmacy: assessing the quality of private pharmacy practice in the Lao People's Democratic Republic. Department of Public Health Sciences, Karolinska Institutet.
7. **O. Sivan, E.R. Anbarasi** (2005). Assessing the quality of health services provided by informal drug sellers in rural Cambodia. The 133rd Annual Meeting & Exposition (December 10–14, 2005) of APHA.

RỐI LOẠN TÂM LÝ CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ALZHEIMER GIAI ĐOẠN TRUNG BÌNH

Nguyễn Thanh Bình¹, Phạm Ngọc Huân², Lê Thị Ngọc³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả rối loạn tâm lý và mối liên quan với gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc bệnh nhân Alzheimer giai đoạn trung bình. Nghiên cứu được tiến hành trên 52 người chăm sóc chính người bệnh Alzheimer giai đoạn trung bình, khám hoặc điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 6 năm 2020. Kết quả: Tuổi trung bình của người chăm sóc là 53,75 ± 15,58 tuổi; nam nhiều hơn nữ (53,8% so với 46,2%). Gánh nặng chăm sóc trung bình theo thang điểm Zarit là: 40,08 ± 17,12 (thấp nhất là: 4 – cao nhất là: 69). Các rối loạn tâm lý ở người chăm sóc chính theo thang điểm DASS gồm rối loạn lo âu chiếm tỷ lệ nhiều nhất 40,4% trường hợp (21,2% mức độ vừa, 19,2% mức độ nhẹ); trầm cảm 30,8% trường hợp (19,2% mức độ nhẹ, 11,6% mức độ vừa), và 25% trường hợp có triệu chứng căng thẳng (hầu hết là căng thẳng nhẹ 23,1%). Không có sự khác biệt giữa rối loạn tâm lý của người chăm sóc bệnh nhân Alzheimer khởi phát sớm và khởi phát muộn. Gánh nặng chăm sóc tương quan tuyến tính đồng biến chặt chẽ với tổng điểm DASS ($r=0,835$ với $p=0,000$), lo âu của người chăm sóc ($r=0,763$ với $p=0,000$) và căng thẳng của người chăm sóc ($r=0,798$ với $p=0,000$); trầm cảm ở người chăm sóc ($r=0,725$

với $p=0,000$) với kiểm định Spearman.

Từ khóa: Rối loạn tâm lý, người chăm sóc, bệnh Alzheimer, giai đoạn trung bình

SUMMARY

PSYCHOLOGICAL DISORDERS OF CAREGIVER IN THE MIDDLE STAGE OF ALZHEIMER'S DISEASE

Objectives: Assess the psychological disorders and their relationship with caregiver burden in the middle stage of Alzheimer's disease. From August 2019 to June 2020, 52 main caregivers of people with Alzheimer disease was registered in National Geriatric Hospital. Results: Average age of caregiver was 53.75 ± 15.58 and male/female: 53.8/46.2. The average care burden (ZBI) is 40.08 ± 17.12. Psychological disorders in primary caregivers included 40.4% of cases with anxiety (21.2% moderate, 19.2% mild); 30.8% of cases were depressed (19.2% mild, 11.6% moderate), and 25% of cases had symptoms of stress (mostly mild stress 23.1%). There was no difference between the psychosocial distress of caregivers of early-onset and late-onset Alzheimer's patients. Burden of caregiver was strongly linearly correlated with total DASS score ($r=0.835$ with $p=0,000$), anxiety ($r=0.763$ with $p=0,000$) and stress ($r=0.798$ with $p=0,000$); depression ($r=0.725$ with $p=0,000$).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Alzheimer là bệnh lý thoái hóa thần kinh được đặc trưng bởi sự suy giảm các chức năng nhận thức xu hướng nặng dần và không hồi phục. Ở giai đoạn trung bình, não teo tiến triển, các dấu hiệu và triệu chứng trở nên rõ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình

³Bệnh viện Lão khoa Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Bình

Email: nguyenminhben@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2023

Ngày duyệt bài: 11.9.2023

ràng, bệnh nhân thường bắt đầu mất dần năng lực tiếp xúc và phụ thuộc vào người chăm sóc. Trong giai đoạn này bệnh nhân có nhiều rối loạn tâm thần và hành vi như hoang tưởng, ảo giác, trầm cảm, kích động, rối loạn hành vi ban đêm... và các triệu chứng này khiến người chăm sóc phải chịu nhiều tác động tiêu cực ảnh hưởng cả về sức khoẻ thể chất và sức khoẻ tâm thần cũng như gây thiệt hại về tài chính và đời sống xã hội. Gánh nặng cho người chăm sóc rất nhiều và thậm chí nhiều hơn các giai đoạn khác. Các nghiên cứu cho thấy người chăm sóc bệnh nhân Alzheimer có cả gánh nặng cơ thể, xã hội, tài chính và gánh nặng tâm lý. Gánh nặng tâm lý hay gánh nặng tinh thần là những căng thẳng về tâm lý gây ra do việc chăm sóc như lo âu, trầm cảm, căng thẳng hoặc những triệu chứng liên quan đến cơ thể như mệt mỏi, dao động về cân nặng, rối loạn về hoạt động tình dục. Tỷ lệ trầm cảm ở những người chăm sóc bệnh nhân sa sút trí tuệ cao hơn so với dân số nói chung[1]. Tại Việt Nam các rối loạn tâm lý của người chăm sóc ở giai đoạn này chưa được đánh giá. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả rối loạn tâm lý và mối liên quan với gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc bệnh nhân Alzheimer giai đoạn trung bình.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. 52 người chăm sóc chính người bệnh Alzheimer giai đoạn trung bình khám hoặc điều trị nội trú tại Bv Lão khoa Trung Ương từ tháng 8 năm 2019 - tháng 6 năm 2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Bệnh nhân được chẩn đoán sa sút trí tuệ do bệnh Alzheimer giai đoạn trung bình theo các bước sau:

- Bước 1: Chẩn đoán sa sút trí tuệ theo tiêu chuẩn của Cẩm nang chẩn đoán và thống kê Các Rối loạn Tâm Thần lần thứ V (DSM-5) của Hội Tâm thần học Mỹ 13

- Bước 2: Chẩn đoán bệnh Alzheimer

- Bước 3: Chẩn đoán bệnh nhân Alzheimer giai đoạn trung bình (CDR =2)

- Người chăm sóc chính: Người chăm sóc chính là thành viên gia đình, người có trách nhiệm cao nhất trong việc đưa ra quyết định về chăm sóc cho bệnh nhân; từ 18 tuổi trở lên; trực tiếp tham gia chăm sóc bệnh nhân, đưa bệnh nhân đi khám, giúp bệnh nhân uống thuốc, giúp bệnh nhân việc nhà, giúp nấu ăn, hoạt động hàng ngày, trợ giúp về mặt tình cảm và giải trí cho bệnh nhân; thời gian chăm sóc liên tục từ 6

tháng trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người chăm sóc đang mắc các bệnh nội khoa cấp tính nặng.

Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu: mẫu thuận tiện

- Các bước tiến hành: Người chăm sóc bệnh nhân Alzheimer giai đoạn trung bình được phỏng vấn về các thông tin cá nhân như tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, mối quan hệ với bệnh nhân, thời gian chăm sóc bệnh nhân, đánh giá về gánh nặng chăm sóc bằng thang điểm Zarit (ZBI) và đánh giá rối loạn tâm lý người chăm sóc bằng thang điểm DASS.

Phương pháp thống kê và xử lý số liệu: Bảng chương trình SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của người chăm sóc

Bảng 3.1. Đặc điểm của người chăm sóc (n=52)

Đặc điểm của người chăm sóc	Người chăm sóc	Tỷ lệ %	
Nhóm tuổi	< 50	26	50
	50-59	6	11,5
	60-69	8	15,4
	>70	12	23,1
Giới tính	Nữ	24	46,2
	Nam	28	53,8
Tình trạng hôn nhân	Đang có vợ/chồng	41	78,8
	Góa	7	13,5
	Ly dị/Ly thân/Độc thân	4	7,7
Tình trạng công việc của người chăm sóc	Làm toàn phần	18	34,6
	Làm bán thời gian	5	9,6
	Thất nghiệp/nội trợ	15	28,8
	Hưu	14	26,9
Tuổi trung bình (năm)	53,75 ± 15,58		
Thời gian chăm sóc (năm)	5,31 ± 3,42		

Nhận xét: Số người chăm sóc trên và dưới 50 tuổi có tỷ lệ tương đương nhau, tỷ lệ người chăm sóc là nam cao hơn nữ và 78,8% người chăm sóc đang có vợ/chồng.

Bảng 3.2. Quan hệ giữa người chăm sóc và bệnh nhân (n=52)

Loại quan hệ	n	Tổng số n (%)	
Bạn đời (42,3%)	Vợ	13	25,0
	Chồng	9	17,3
Con (55,8%)	Con gái	6	11,5
	Con trai	16	30,8
	Con dâu	7	13,5
	Con rể	0	0
Họ hàng	1	1,9	
Tổng số	52	100	

Nhận xét: Con chăm sóc bố mẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (55,8%), trong số đó con trai là người chăm sóc là nhiều nhất (30,8%).

Bảng 3.3. Chỉ số gánh nặng chăm sóc ZBI (n=52)

Phân loại mức độ	Người chăm sóc (n)	Tỷ lệ %
Không hoặc gánh nặng nhẹ (0 đến 20 điểm)	9	17,3
Gánh nặng trung bình (21 đến 40 điểm)	12	23,1

Gánh nặng nghiêm trọng (41 đến 60 điểm)	25	48,1
Gánh nặng rất nghiêm trọng (61 đến 88 điểm)	6	11,5
ZBI trung bình: 40,08 ± 17,12 (Thấp nhất: 4 – Cao nhất: 69)		

Nhận xét: Gánh nặng chăm sóc ở mức độ nghiêm trọng và rất nghiêm trọng chiếm 59,6%.

3.2. Rối loạn tâm lý ở người chăm sóc bệnh nhân Alzheimer giai đoạn trung bình

Bảng 3.4. Triệu chứng trầm cảm, lo âu, căng thẳng của người chăm sóc theo thang điểm DASS (n=52)

Triệu chứng	Không	Nhẹ	Vừa	Nặng và rất nặng	
Trầm cảm	n	36	10	6	0
	%	69,2	19,2	11,6	0
Lo âu	n	31	10	11	0
	%	59,6	19,2	21,2	0
Căng thẳng	n	39	12	1	0
	%	75,0	23,1	1,9	0

Nhận xét: Người chăm sóc có triệu chứng lo âu có tỷ lệ cao nhất (40,4%), sau đó là trầm cảm (30,8%), và căng thẳng có tỷ lệ là 25%.

Bảng 3.5. Rối loạn tâm lý của người chăm sóc bệnh nhân Alzheimer ở 2 nhóm khởi phát sớm và khởi phát muộn (n=52)

Các loại rối loạn tâm lý	$\bar{X} \pm SD$	Nhóm khởi phát sớm	Nhóm khởi phát muộn	p
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Trầm cảm	3,38±2,51	3,29 ± 2,80	3,46 ± 2,28	0,696 (Mann-whitney test)
Lo âu	2,60±2,16	2,96 ± 2,21	2,29 ± 2,11	0,239 (Mann-whitney test)
Căng thẳng	5,04±3,05	5,13 ± 3,14	4,96 ± 3,02	0,831 (Mann-whitney test)
DASS	11,02±6,93	11,38±7,29	10,71±6,73	0,686 (Mann-whitney test)

Nhận xét: Các rối loạn tâm lý của người chăm sóc bệnh nhân Alzheimer giai đoạn trung bình không có sự khác biệt giữa hai nhóm khởi phát sớm và khởi phát muộn.

3.3. Môi liên quan rối loạn tâm lý và gánh nặng người chăm sóc

Bảng 3.6. Môi tương quan giữa gánh nặng chăm sóc với các yếu tố của thang điểm DASS của người chăm sóc

Các loại rối loạn tâm lý	Hệ số tương quan (r)	p
Trầm cảm	0,725	0,000
Lo âu	0,763	0,000
Căng thẳng	0,798	0,000
DASS	0,835	0,000

Nhận xét: Gánh nặng chăm sóc tương quan tuyến tính đồng biến chặt chẽ với các rối loạn tâm lý trầm cảm, lo âu, căng thẳng và tổng điểm DASS với kiểm định Spearman.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của người chăm sóc. Tuổi trung bình của người chăm sóc là

53,75 ± 15,58 tuổi. Tỷ lệ người chăm sóc có giới tính nam nhiều hơn nữ (53,8% so với 46,2%). Kết quả này khác nhiều so với các kết quả của các nước châu Á như Trung Quốc, Hàn Quốc... khi người chăm sóc là nữ lại cao hơn nam giới [2]. Điều này có thể là do đối tượng chọn người trong sóc trong nghiên cứu của chúng tôi là những người chăm sóc chính là người đưa ra trực tiếp những quyết định đối với bệnh nhân. Theo truyền thống Việt Nam thì bố mẹ thường ở với con trai và họ là những người chăm sóc chính cho bố mẹ, và đưa ra các quyết định về chăm sóc và điều trị cho bệnh nhân.

Hầu hết người chăm sóc đang có vợ/chồng chiếm 78,8% phù hợp với kết cấu dân số khi phần lớn người sống trong cộng đồng là kết hôn và tương đương với một số nghiên cứu của Nguyễn Bích Ngọc 2013 [3].

Gánh nặng chăm sóc ZBI trung bình là: 40,08 ± 17,12 (thấp nhất là: 4 – cao nhất là: 69). Chỉ số này cao hơn đáng kể so với một số nghiên cứu trong nước như của Nguyễn Thanh Bình (22,46 ± 16,07) [4] và Nguyễn Bích Ngọc

(29,30 ± 13,58) [3]. Nghiên cứu tại Đức, Phần Lan, Mỹ cũng kết luận tương tự, gánh nặng cao nhất ở giai đoạn trung bình, khi bệnh nhân có tỷ lệ mắc triệu chứng loạn thần và rối loạn hành vi cao nhất.

Chăm sóc bệnh nhân sa sút trí tuệ do bệnh Alzheimer dù ở giai đoạn nào, hay ở quốc gia nào cũng đều mang lại gánh nặng chăm sóc nhất định. Giai đoạn trung bình của bệnh Alzheimer thường dài nhất và có thể kéo dài trong nhiều năm. Bệnh nhân Alzheimer ở giai đoạn này gặp khó khăn trong suy nghĩ và thực hiện các công việc thường ngày. Các triệu chứng loạn thần và rối loạn hành vi xuất hiện nhiều hơn. Bệnh nhân xuất hiện nói năng lộn xộn, khó mặc quần áo, dễ bực bội hoặc tức giận hoặc hành động bộc phát như từ chối tắm, từ chối ăn uống. Bệnh nhân Alzheimer ở giai đoạn này sẽ cần mức độ chăm sóc cao hơn và gánh nặng của người chăm sóc cũng nhiều hơn.

4.2. Rối loạn tâm lý ở người chăm sóc bệnh nhân Alzheimer giai đoạn trung bình.

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy rằng người chăm sóc chính có triệu chứng trầm cảm chiếm tỷ lệ 30,8% (19,2% mức độ nhẹ; 11,6% mức độ vừa), lo âu có tỷ lệ cao hơn chiếm 40,4% (21,2% mức độ vừa, 19,2% mức độ nhẹ) và có triệu chứng căng thẳng là 25% (hầu hết là căng thẳng nhẹ 23,1%). Kết quả này cao hơn so với tần suất người chăm sóc có các dấu hiệu trầm cảm, lo âu, căng thẳng lần lượt là 15,1%, 14,1% và 17,2% trên nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình [4]. Kết quả của chúng tôi tương đương các tác giả nước ngoài khác: tỷ lệ mắc trầm cảm theo các nghiên cứu tại các nước Âu Mỹ và Nhật Bản là 29%-38%, lo âu 40%-45% và căng thẳng 27%-35% [5]. Một nghiên cứu khác cũng cho thấy kết quả của chúng tôi tương tự như các nghiên cứu đó là nghiên cứu của Vellone tại Ý cho thấy tỷ lệ lo âu, căng thẳng trên người chăm sóc lần lượt là 44% và 21% [6].

Kết quả của chúng tôi cao hơn của Nguyễn Thanh Bình là do trong giai đoạn trung bình các rối loạn hành vi của bệnh nhân như rối loạn hành vi ban đêm hoặc rối loạn vận động nổi bật gây mất ngủ rất nhiều ngày tháng dẫn tới người chăm sóc không còn chịu đựng được gây nên các triệu chứng về mặt tâm thần. Mặt khác trong giai đoạn này những hành vi rối loạn tâm thần như hoang tưởng, ảo giác đặc biệt là các hoang tưởng bị hại (ngghi ngờ người khác lấy trộm đồ đạc, đầu độc, rình mò, theo dõi bệnh nhân) hay hoang tưởng ghen tuông gây nên sự khó chịu thậm chí là tức giận cũng như sự xấu hổ cho

người chăm sóc. Và các vấn đề này của người chăm sóc này càng nổi trội hơn khi thời gian chăm sóc kéo dài (thời gian chăm sóc bệnh nhân trung bình là trên 5 năm trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác); tích tụ qua từng ngày và đến lúc biểu hiện các triệu chứng về tâm thần trên người chăm sóc. Nghiên cứu phân tích gộp của Pinquart và Sorensen năm 2003 cho rằng trầm cảm trên người chăm sóc có tương quan với sự mất chức năng của bệnh nhân và các rối loạn hành vi như kích động, đi lang thang [7].

Các triệu chứng rối loạn tâm thần của người chăm sóc khi chúng tôi tổng kết từ thang điểm đánh giá Trầm cảm – Lo âu – Căng thẳng cho thấy: với trầm cảm là 5,17 ± 2,85, lo âu là 4,25 ± 2,64 và căng thẳng là 5,96 ± 3,19. Khi khảo sát sự khác biệt các yếu tố này trên nhóm khởi phát sớm và khởi phát muộn chúng tôi cũng không thấy có sự khác biệt với $p > 0,05$.

4.3. Môi liên quan rối loạn tâm lý và gánh nặng người chăm sóc.

Gánh nặng người chăm sóc. Gánh nặng chăm sóc tương quan tuyến tính đồng biến chặt chẽ với tổng điểm DASS ($r=0,835$ với $p=0,000$), lo âu của người chăm sóc ($r=0,763$ với $p=0,000$) và căng thẳng của người chăm sóc ($r=0,798$ với $p=0,000$); trầm cảm ở người chăm sóc ($r=0,725$ với $p=0,000$). Một nghiên cứu của Drinka cho thấy các dấu hiệu của trầm cảm, lo âu, căng thẳng làm tăng gánh nặng chăm sóc trên bệnh nhân Alzheimer. Năm 2014, Martin Medrano và cộng sự ghi nhận người chăm sóc bệnh nhân Alzheimer có triệu chứng lo âu, trầm cảm cao; và có mối liên quan các triệu chứng này và gánh nặng chăm sóc. Những phát hiện của Corazza và cộng sự gợi ý rằng các triệu chứng trầm cảm và lo lắng là những biến số có thể dự đoán gánh nặng của người chăm sóc. Dữ liệu tương tự được tìm thấy bởi Torti và cộng sự, biểu hiện trầm cảm, lo âu và căng thẳng là những biến số đặc trưng cho rối loạn tâm lý của người chăm sóc và người chăm sóc trở nên quá tải. Các vấn đề tâm lý này của người chăm sóc cũng có liên quan đến việc tăng khả năng phải đưa bệnh nhân vào nhà điều dưỡng, có lẽ vì các triệu chứng này làm tăng gánh nặng chăm sóc.

Theo Nguyễn Ngọc Ánh năm 2021 [8], 65,6% người chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ có nhu cầu hỗ trợ liên quan đến căng thẳng tâm lý, tuy nhiên chỉ có 17,8% căng thẳng tâm lý được đáp ứng. Khi sa sút trí tuệ giai đoạn càng nặng và thu nhập bình quân của gia đình càng thấp thì nhu cầu cần hỗ trợ của người chăm sóc và tỷ lệ căng thẳng tâm lý của người chăm sóc càng tăng.

Sức khỏe của người chăm sóc, cả về thể chất và tinh thần, cuối cùng sẽ ảnh hưởng đến việc chăm sóc bệnh nhân. Do đó, việc đánh giá phát hiện các rối loạn tâm lý của người chăm sóc trong quá trình đánh giá và theo dõi bệnh nhân Alzheimer là cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các rối loạn tâm lý của người chăm sóc bệnh nhân Alzheimer giai đoạn trung bình được đánh giá theo thang điểm DASS có tỷ lệ triệu chứng lo âu cao nhất, sau đó là trầm cảm và căng thẳng. Các rối loạn tâm lý này có thể làm tăng gánh nặng chăm sóc bệnh nhân Alzheimer. Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng cần nhận biết các rối loạn tâm lý ở người chăm sóc bệnh nhân Alzheimer, từ đó có các biện pháp can thiệp các rối loạn tâm lý giúp giảm bớt gánh nặng cho người chăm sóc bệnh nhân Alzheimer.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huang S.-S.** (2022). Depression among caregivers of patients with dementia: Associative factors and management approaches. *World J Psychiatry*, 12(1), 59–76.

2. **Seng B.K., Luo N., Ng W.Y. và cộng sự.** (2010). Validity and Reliability of the Zarit Burden Interview in Assessing Caregiving Burden. *Ann Acad Med Singapore*, 39(10), 758–763.
3. **Nguyễn Bích Ngọc** (2013), “Đánh giá gánh nặng của người chăm sóc cho bệnh nhân Alzheimer”, *Tạp chí Y học dự phòng*, 5(151), 88-94.
4. **Nguyễn Thanh Bình** (2018). Đặc điểm lâm sàng và gánh nặng chăm sóc bệnh nhân giai đoạn nặng. *Tạp chí nghiên cứu y học*. 106(1). 148-155.
5. **Mohamed, S., Rosenheck, R., Lyketso, C. G., & Schneider, L. S.** (2010). Caregiver burden in Alzheimer disease: cross-sectional and longitudinal patient correlates. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 18(10), 917–927.
6. **Vellone E., Piras G., và Sansoni J.** (2002). [Stress, anxiety, and depression among caregivers of patients with Alzheimer’s disease]. *Ann Ig*, 14(3), 223–232.
7. **Pinquart M. và Sörensen S.** (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 58(2), P112–P128.
8. **Nguyễn Ngọc Anh** (2022) Nhu cầu thông tin và căng thẳng tâm lý của người chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ tại huyện Thạch Thất – Thành phố Hà Nội, năm 2020-2021, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 520(1A).

TÌNH TRẠNG KHÁNG KHÁNG SINH VÀ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ HELICOBACTER PYLORI THEO KHÁNG SINH ĐỒ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Đào Ngọc Linh¹, Lê Văn Cơ¹, Trần Ngọc Ánh²

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả tình trạng kháng kháng sinh và hiệu quả tiết trừ *H. pylori* theo kết quả kháng sinh đồ. Nghiên cứu hồi cứu mô tả gồm 86 ca nhiễm *H. pylori* thất bại với ít nhất 2 đợt điều trị trước, được nuôi cấy thành công làm kháng sinh đồ bằng phương pháp E-test và điều trị theo kháng sinh đồ từ tháng 8/2020 đến tháng 12/2022 tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Kết quả cho thấy: tỉ lệ kháng ít nhất 1 loại kháng sinh là 97,7%, thay đổi với từng loại Clarithromycin (CLR), Amoxicilin (AMX), Levofloxacin (LVX), Tetracyclin (TE), Metronidazol (MTZ) lần lượt là 96,5%, 52,3%, 44,2%, 1% và 0%; tỉ lệ đa kháng là 73,3%, chủ yếu kháng kép AMX và CLR lên đến

52,3%, kháng kép MTZ và TE là thấp nhất ~1%). Phác đồ chủ yếu sử dụng là phác đồ 4 thuốc có Bismuth (PTMB) chiếm 57,0%. Tỉ lệ bệnh nhân theo dõi kiểm tra lại test hơi thở sau điều trị là 33 bệnh nhân (38,3%), thành công sau phác đồ đầu tiên theo thiết kế nghiên cứu (PP) là 75,76%, theo ý định điều trị (ITT) là 29,07%. Tuy nhiên bệnh nhân thất bại lần đầu sau khi được điều chỉnh thuốc theo kết quả kháng sinh đồ lần 2, tỉ lệ tiết trừ thành công theo PP là 96,55% và theo ITT là 32,56%. Kết luận: Bệnh nhân thất bại sau 2 phác đồ điều trị *H. pylori*, được chỉ định cấy tìm hiểu tỷ lệ kháng kháng sinh và sử dụng kháng sinh theo khuyến cáo của hội tiêu hóa Mỹ và Việt nam, cho kết quả khả quan với tỷ lệ diệt trừ đạt trên 90%.

Từ khóa: Kháng kháng sinh, *Helicobacter pylori*, tiết trừ.

SUMMARY

ANTIBIOTIC RESISTANCE AND THE EFFECTIVENESS OF HELICOBACTER PYLORI ERADICATION ESTABLISHED ON THE BASIS OF ANTIBIOGRAM IN HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Cơ

Email: bscpbve@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.8.2023

Ngày duyệt bài: 8.9.2023