

hơn nhóm tuổi 20 - 35, trẻ sinh ra cũng tăng nguy cơ mắc các dị tật bẩm sinh. Do vậy, một mặt, các chương trình can thiệp cần quan tâm hỗ trợ hơn cho nhóm phụ nữ này. Mặt khác cần tiếp tục có các nghiên cứu đánh giá xác định mối quan hệ giữa mang thai trên 35 tuổi và bạo hành, là do bạo hành dẫn tới mang thai ngoài ý muốn hay vì chưa sinh được con có giới tính mong muốn nên tiếp tục mang thai và bị bạo hành.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bạo hành do chồng ở phụ nữ mang thai tại quận Liên Chiểu, thành phố Đà Nẵng năm 2023 là khá cao (32,5%). Do đó, chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản tại cơ sở y tế các tuyến cần chú trọng sàng lọc sớm các thai phụ trong các lần khám thai. Điều này đặc biệt quan trọng để có thể xây dựng mạng lưới hỗ trợ cho các thai phụ và có những can thiệp thích hợp nhằm nâng cao sức khỏe thai phụ và trẻ sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bessa MMM, Drezett J, Rolim M, de Abreu LC. Violence against women during pregnancy:

systematized revision. *Reprodução climatério*. 2014;29(2):71-9.

2. Tho Nhi T, Hanh NTT, Hinh ND, Toan NV, Gammeltoft T, Rasch V, et al. Intimate Partner Violence among Pregnant Women and Postpartum Depression in Vietnam: A Longitudinal Study. *Biomed Res Int*. 2019;2019:4717485.
3. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence: World Health Organization; 2013.
4. Campbell J, Garcia-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence against women*. 2004;10(7):770-89.
5. Phạm Nguyễn Lam Phương, Ngô Thị Hồng Uyên, Trần Đình Trung. Tỷ lệ bạo hành gia đình và các loại bạo hành khi mang thai ở phụ nữ đã kết hôn tại thành phố Đà Nẵng: một nghiên cứu mô tả cắt ngang. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;516(2).
6. WHO. Violence against women. 2014.
7. Anand E, Unisa S, Singh J. Intimate partner violence and unintended pregnancy among adolescent and young adult married women in South Asia. *Journal of biosocial science*. 2017;49(2):206-21.

ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Ly Rina¹, Nguyễn Văn Hùng^{1,2}, Trần Thị Huyền Trang^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hội chứng dễ bị tổn thương và nhận xét một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát tại bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 286 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối nguyên phát theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Thấp khớp học Mỹ (ACR) - 1991, điều trị nội trú và ngoại trú tại Trung tâm Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08 năm 2022 đến tháng 02 năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có hội chứng dễ bị tổn thương chiếm 99,0%, trong đó tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương mức độ nhẹ, vừa và nặng lần lượt là 36,7%, 28,7%, 33,6%. Trong các tiêu chí thành phần của hội chứng dễ bị tổn thương theo thang điểm CRAF, triệu chứng đau, hạn chế hoạt động thể chất, hoạt động xã hội và sử dụng nhiều thuốc chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 100%, 99,3%, 96,2% và

90,3%. Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương ở nhóm bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên là 100%. Yếu tố tuổi, BMI, số vị trí khớp gối đau và nồng độ CRP huyết thanh có mối liên quan đến hội chứng dễ bị tổn thương. **Kết luận:** Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát khá cao và có xu hướng tăng dần theo tuổi. BMI, nồng độ CRP huyết thanh tăng thì mức độ hội chứng dễ bị tổn thương càng nặng. Vì vậy cần sàng lọc thường quy hội chứng dễ bị tổn thương trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối.

Từ khóa: Hội chứng dễ bị tổn thương, thoái hóa khớp gối nguyên phát, CRAF.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF FRAILTY SYNDROME IN PRIMARY KNEE OSTEOARTHRITIS PATIENTS AT BACH MAI HOSPITAL

Objectives: Describe the characteristics of frailty syndrome and some factors related to frailty syndrome in primary knee osteoarthritis patients at Bach Mai hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional study is conducted on 286 inpatients and outpatients diagnosed with primary knee osteoarthritis according to the standards of American College of Rheumatology 1991 at the Centre for Rheumatology in Bach Mai hospital from August 2022 to February 2023. **Results:**

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Ly Rina

Email: nanamny828314@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2023

Ngày duyệt bài: 15.9.2023

The proportion of patients with frailty syndrome accounted for 99,0%, of which mild frailty was 36.7%, moderate was 28.7% and severe was 33.6%. Among the component criteria of the CRAF frailty syndrome, pain symptoms, limited physical function, social activity and multiple drug use accounted for a high proportion, respectively 100%, 99.3%, 96.2% and 90.3%. The rate of frailty syndrome in patients aged 60 years and older is 100%. Factors such as age, BMI, number of painful knee joints and serum CRP levels are related to frailty syndrome. **Conclusion:** The proportion of frailty syndrome in primary osteoarthritis patients was quite high and tends to increase with age, BMI. The higher the serum CRP level is, the more severe the frailty syndrome is. Therefore, it is necessary to routinely screen for frailty syndrome in primary osteoarthritis patients.

Keywords: Frailty syndrome, primary knee osteoarthritis, CRAF.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp gối (THKG) một bệnh thường gặp ở người già và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật. Bệnh là hậu quả của quá trình mất cân bằng giữa tổng hợp và hủy hoại sụn khớp và xương dưới sụn. Sự mất cân bằng này sẽ dẫn đến các thay đổi về hình thái, cấu trúc phân tử và phản ứng sinh học của tế bào từ đó có sự mất sụn khớp, xơ hóa xương dưới sụn, tạo ra gai xương và sự mất xương. Đặc biệt, khi tuổi càng cao, quá trình tổng hợp của sụn ngày càng bị suy giảm.

Hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) là một hội chứng lâm sàng đặc trưng bởi sự suy giảm dự trữ sinh lý và chức năng của một số hệ thống cơ quan, dẫn tới tình trạng tăng khả năng dễ bị tổn thương và các kết quả bất lợi cho sức khỏe. Thoái hóa khớp (THKG) một bệnh thường gặp ở người già và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật. Hội chứng dễ bị tổn thương và thoái hóa khớp gối có mối quan hệ mật thiết với nhau, đều là hậu quả của quá trình lão hóa. Devyani Misra và cộng sự (2015) trong các phân tích cắt ngang cho thấy THKG có liên quan đến tỷ lệ mắc HCDBTT cao hơn và là nguy cơ phát triển HCDBTT [7].

Tại Việt Nam, nghiên cứu về hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát tại Trung tâm Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai.*

2. *Nhận xét mối liên quan giữa hội chứng dễ bị tổn thương với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở nhóm đối tượng nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện trên 286 bệnh nhân ≥ 40 tuổi được chẩn đoán là THKG nguyên phát đến khám hoặc đang điều trị tại khoa Cơ xương khớp - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08 năm 2022 đến tháng 02 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán THKG nguyên phát theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Thấp khớp học Mỹ (ACR) – 1991 [3].

- Các bệnh nhân phải có tình trạng tinh thần tỉnh táo, có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn, có khả năng thực hiện các bài kiểm tra vận động.

- Bệnh nhân đồng ý hợp tác nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân bị THKG thứ phát: sau chấn thương, sau các bệnh viêm khớp dạng thấp, viêm khớp nhiễm khuẩn, gút, canxi hóa sụn khớp, hemophilia, cường giáp trạng và cường cận giáp trạng...

- Các bệnh nhân có tình trạng suy giảm nhận thức.

- Không có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn.

- Mặc các bệnh nặng cấp tính (suy hô hấp, nhồi máu cơ tim...).

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Tiến hành nghiên cứu. Mỗi đối tượng nghiên cứu đều được hỏi bệnh, thăm khám và khai thác thông tin theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Khai thác thông tin về tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, nghề nghiệp, tiền sử uống rượu, hút thuốc lá.

- Xác định vị trí khớp gối bị tổn thương.

- Cơ lực tay được đo bằng áp lực kế cầm tay Jamar 5030J1, đơn vị đo tính bằng kg. Đối tượng nghiên cứu ngồi thẳng, vai khập, cẳng tay để thoải mái, khuỷu tay gấp 90 độ so với cẳng tay, bệnh nhân bóp thật mạnh, hết sức vào tay nắm của máy đo. Thực hiện đo cơ lực mỗi tay 2 lần và lấy kết quả cao nhất.

- Hội chứng dễ bị tổn thương được đánh giá theo thang điểm CRAF. Thang điểm này đã được sử dụng trong các nghiên cứu trên thế giới, trong đó có nghiên cứu của F. Salaffi và cộng sự tại Úc (2020) [8]. Các tiêu chuẩn đánh giá bao gồm tình trạng dinh dưỡng, cơ lực, té ngã, bệnh đồng mắc, số lượng thuốc dùng, hoạt động xã hội, đau, mệt mỏi, hoạt động thể chất và rối loạn trầm cảm. Trong đó, tình trạng dinh dưỡng được

đánh giá qua chỉ số BMI, cơ lực được đo bằng áp lực kế cầm tay Jamar. Té ngã, bệnh đồng mắt, số lượng thuốc dùng và hoạt động xã hội được đánh giá thông qua trả lời câu hỏi. Bốn tiêu chí còn lại bệnh nhân tự đánh giá mức độ theo thang điểm 10. Điểm cuối cùng của thang điểm CRAF được chia cho 10, nếu điểm CRAF từ 0 đến 0,12: Bình thường, >12 đến ≤ 0,24 HCDBTT nhẹ, > 0,24 đến ≤ 0,36 HCDBTT vừa, >0,36 HCDBTT nặng.

2.3. Phương pháp phân tích thống kê:

Bảng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê thường dùng trong y học.

- Tính tần số, tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn, Min, Max.

- Kiểm định tính chuẩn bằng test Kolmogorov-Smirnov

- So sánh trung bình của 2 biến bằng kiểm định T-test.

- So sánh các tỷ lệ sử dụng kiểm định Fisher's Exact, với $p < 0,05$ thể hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở khoảng tin cậy 95%.

- Kiểm định mối tương quan tuyến tính giữa 2 biến định lượng và lập phương trình hồi quy tuyến tính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu (N = 286)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<60	134	46,9
	60-69	105	36,7
	≥70	47	16,4
Tuổi trung bình		60,05±9,45 (min:40-max: 85)	
Giới	Nam	72	25,2
	Nữ	214	74,8
BMI (kg/m ²)	Thiếu cân (< 18,5)	8	2,8
	Bình thường (18,5 - 22,9)	196	68,5
	Thừa cân (23 - 24,9)	49	17,2
	Béo phì (> 25)	33	11,5
Vị trí khớp gối tổn thương	Khớp gối Trái	60	21,0
	Khớp gối Phải	62	21,7
	Cả 2 bên khớp gối	164	57,3
CRP (mg/L)	4,20 ± 1,23 (min: 1,3 - max: 9,0)		

Nhận xét: Trong 286 bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát, nữ giới chiếm đa số với tỷ lệ 74,8%. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 60,05 tuổi. Đa số bệnh nhân có

thể trạng bình thường chiếm 68,5%, thừa cân chiếm 17,2%, béo phì chiếm 11,5% và chỉ có 2,8% bệnh nhân thiếu cân. Đa số bệnh nhân đau cả 2 bên khớp gối chiếm 57,7%. Nồng độ CRP huyết thanh trung bình là 4,20mg/L.

3.2. Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân thoái hóa khớp nguyên phát

Bảng 2. Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ
Bình thường	3	1,0
HCDBTT nhẹ	105	36,7
HCDBTT vừa	82	28,7
HCDBTT nặng	96	33,6
Tổng	286	100

Nhận xét: Trong 286 bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát có 283 bệnh nhân có HCDBTT chiếm 99,0%, trong đó HCDBTT mức độ nhẹ chiếm 36,7%, mức độ vừa chiếm 28,7% và nặng chiếm 33,6%.

Bảng 3. Đặc điểm các tiêu chí thành phần của HCDBTT theo thang CRAF

Các tiêu chí thành phần		N	Tỷ lệ (%)	X ±SD
Tình trạng dinh dưỡng (BMI)	Bình thường/thừa cân (25-30kg/m ²)	256	89,5	0,07±0,21
	Béo phì (>30kg/m ²)	22	7,7	
	Nhẹ cân (<18,5 kg/m ²)	8	2,8	
Cơ lực tay (kg)		-	-	26,70±6,18
Té ngã		88	31,5	0,17±0,26
Bệnh đồng mắt		85	30,4	0,11±0,18
Đa thuốc		258	90,3	0,58±0,29
Hoạt động xã hội		275	96,2	0,54±0,20
Đau		286	100	0,70±0,15
Mệt mỏi		93	32,5	0,11±0,18
Hoạt động thể chất		284	99,3	0,63±0,18
Trầm cảm		80	28,0	0,08 ±0,14

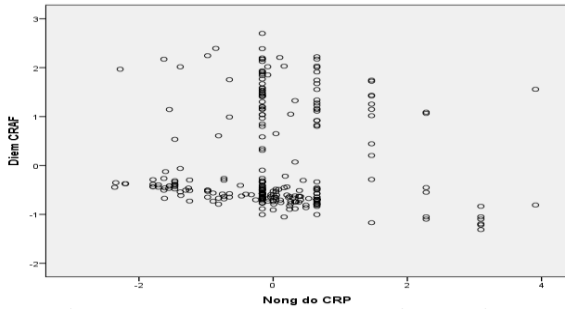
Nhận xét: Ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối, các tiêu chí thành phần của HCDBTT theo thang điểm CRAF, triệu chứng đau, hạn chế hoạt động thể chất và hoạt động xã hội, sử dụng nhiều thuốc chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 100%, 99,3% và 96,2%, 90,3%. Cơ lực tay trung bình là 26,7 ± 6,18kg. Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh đồng mắt là 30,4% và 28,0% bệnh nhân có trầm cảm ở mức độ nhẹ và trung bình.

3.3. Liên quan giữa hội chứng dễ bị tổn thương và một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 4. Liên quan giữa hội chứng dễ bị tổn thương và đặc điểm chung

Đặc điểm chung		Bình thường n (%)	HCDBTT nhẹ n (%)	HCDBTT vừa n (%)	HCDBTT nặng n (%)	P
Tuổi	<60	3 (2,2)	58 (43,3)	42 (31,3)	31 (23,1)	<0,01
	60 - 69	0 (0,0)	39 (37,1)	29 (27,6)	37 (35,2)	
	≥70	0 (0,0)	8 (17,0)	11 (23,4)	28 (59,6)	
BMI	Thiếu cân	0 (0,0)	1 (12,5)	4 (50,0)	3 (37,5)	<0,01
	Bình thường	3 (1,5)	80 (40,8)	59 (30,1)	54 (27,6)	
	Thừa cân	0 (0,0)	24 (49,0)	14 (28,6)	11 (22,4)	
	Béo phì	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (15,2)	28 (84,8)	
Vị trí khớp gối đau	1 bên khớp gối	2 (1,6)	56 (45,9)	32 (26,4)	32 (26,1)	<0,05
	2 bên khớp gối	1 (0,6)	49 (29,9)	50 (30,5)	64 (39,0)	

Nhận xét: 100% bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên có HCDBTT, trong đó tuổi càng cao thì mức độ HCDBTT càng tăng. Mức độ nặng của HCDBTT càng tăng khi BMI của bệnh nhân càng tăng và bệnh nhân thiếu cân cũng có tỷ lệ HCDBTT cao (100%). Tỷ lệ có HCDBTT ở nhóm đau 1 bên khớp gối và 2 bên khớp gối lần lượt là 98,4% và 99,4%.



Biểu đồ 1. Liên quan giữa tổng điểm hội chứng dễ bị tổn thương theo thang điểm CRAF với nồng độ CRP huyết thanh

Nhận xét: Tổng điểm HCDBTT theo thang điểm CRAF và nồng độ CRP huyết thanh có mối tương quan tuyến tính nghịch biến mức độ trung bình với chỉ số Spearman $r = 0,144$ với $p = 0,015 < 0,05$.

Phương trình hồi quy tuyến tính: Điểm CRAF = $0,050 \times$ nồng độ CRP + $0,302$

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nữ giới trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm đa số 74,8%. Các nghiên cứu dịch tễ học đều cho rằng THKG thường gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới đặc biệt sau tuổi mãn kinh. Nghiên cứu của Trần Thị Quỳnh Trang (2022) cho thấy tỷ lệ THKG ở nữ giới cao chiếm 81,1% [2]. Sự khác biệt về tỷ lệ THKG giữa nam và nữ có liên quan đến thể tích sụn khớp trong thời kỳ phát triển. Bình thường thể tích sụn khớp ở nam giới cao hơn nữ giới phụ thuộc vào trọng lượng cơ thể và kích thước khối xương cũng như mức độ hoạt động sinh lý. Ngoài ra tỷ lệ mắc bệnh ở nữ

giới cao hơn nam giới đặc biệt sau tuổi mãn kinh hướng tới vai trò của học môn và sự mất cân bằng giữa quá trình tạo xương và hủy xương.

Tuổi trung bình của bệnh nhân THKG trong nghiên cứu của chúng tôi là $60,05 \pm 9,45$ năm, cao tuổi nhất là 85 và ít tuổi nhất là 40 tuổi. Kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu trong nước và trên thế giới. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Phương (2015) nghiên cứu trên 140 bệnh nhân của khoa Cơ xương khớp – Bệnh viện Bạch Mai và khoa Nội A – Bệnh viện Hữu Nghị cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân THKG là $64,1 \pm 8,7$ năm, cao tuổi nhất là 82, ít tuổi nhất là 43 năm [1]. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với hầu hết các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước đều cho rằng THK gối ít gặp ở tuổi dưới 40 nhưng tỷ lệ mắc bệnh sẽ tăng dần đến tuổi 80. Theo Belo và cộng sự tỷ lệ THK gối cao nhất ở lứa tuổi 66-75 tuổi [4].

Trong 286 bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát có 283 bệnh nhân có HCDBTT chiếm 99,0%, trong đó HCDBTT mức độ nhẹ chiếm 36,7%, mức độ vừa chiếm 28,7% và nặng chiếm 33,6%. Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có HCDBTT trong nhóm bệnh nhân THKG có dao động là khá cao 5 – 50% [5]. Sự khác nhau này liên quan đến đối tượng nghiên cứu, tiêu chuẩn đánh giá HCDBTT. Đa số các nghiên cứu đánh giá HCDBTT trên bệnh nhân lớn tuổi (≥ 60 tuổi) theo các tiêu chuẩn như Fried hay CSF. Chúng tôi đánh giá HCDBTT trên bệnh nhân ≥ 40 tuổi và sử dụng thang điểm CRAF vì thang điểm CRAF đánh giá HCDBTT tỉ mỉ hơn, ở nhiều khía cạnh hơn, từ đó có thể đánh giá hội chứng dễ bị tổn thương ở giai đoạn sớm hơn với các mức độ khác nhau.

100% bệnh nhân THKG từ 60 tuổi trở lên có HCDBTT. Có liên quan mật thiết giữa mức độ của HCDBTT với sự gia tăng của tuổi với $p < 0,01$. Mức độ nặng của HCDBTT càng tăng khi BMI của bệnh nhân càng tăng và bệnh nhân thiếu cân cũng có tỷ lệ HCDBTT cao (100%). Có mối liên

quan tuyến tính giữa sự tăng nồng độ CRP huyết thanh và mức độ nặng của HCDBTT. Kết quả này cũng tương tự một số nghiên cứu nước ngoài, cho thấy tuổi tác, BMI liên quan đến HCDBTT [6]

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 286 bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát tại Trung tâm Cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai cho thấy, tỷ lệ có hội chứng dễ bị tổn thương là khá cao (99,0%), có xu hướng tăng dần theo tuổi, BMI và nồng độ CRP huyết thanh. Vì vậy cần kiểm soát tốt thể trạng, nguy cơ viêm và sàng lọc thường quy HCDBTT trên bệnh nhân THKG.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thanh Phượng. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, siêu âm và cộng hưởng từ khớp gối ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội (2015).
2. Trần Thị Quỳnh Trang, Đào Thu Hồng, Phạm Thị Nguyên. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022; 515(Số đặc biệt), pp. 285-290.
3. Altman R. D. Classification of disease: osteoarthritis. Semin Arthritis Rheum, 1991; 20(6 Suppl 2), pp. 40-7.
4. Belo J. N., Berger M. Y., et al. The prognostic value of the clinical ACR classification criteria of knee osteoarthritis for persisting knee complaints and increase of disability in general practice. Osteoarthritis Cartilage, 2009;17(10), pp. 1288-92.
5. Castell M. V., van der Pas S., et al. Osteoarthritis and frailty in elderly individuals across six European countries: results from the European Project on OsteoArthritis (EPOSA). BMC Musculoskelet Disord, 2015;16, pp. 359.
6. Joo S., Lee J., et al. AB0866 The prevalence and clinical features of frailty syndrome in patients with symptomatic radiographic knee osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a study of the Korean national health and nutrition examination survey (knhanes). Annals of the Rheumatic Diseases. 2020;79, pp. 1739.1-1740.
7. Misra D., Felson D. T., et al. Knee osteoarthritis and frailty: findings from the Multicenter Osteoarthritis Study and Osteoarthritis Initiative. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2015;70(3), pp. 339-44.
8. Salaffi F., Di Carlo M., et al. The Comprehensive Rheumatologic Assessment of Frailty (CRAF): development and validation of a multidimensional frailty screening tool in patients with rheumatoid arthritis. Clin Exp Rheumatol. 2020;38(3), pp. 488-499.

ẢNH HƯỞNG CỦA RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ HÀNH VI ĐẾN GÁNH NẶNG CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ALZHEIMER

Nguyễn Thanh Bình^{1,2}, Phạm Ngọc Huấn³, Hoàng Mai Phương^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu này của chúng tôi nhằm đánh giá ảnh hưởng của các rối loạn tâm thần và hành vi của bệnh nhân đến gánh nặng chăm sóc bệnh nhân Alzheimer. **Phương pháp nghiên cứu:** 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. Trong đó, chúng tôi đánh giá gánh nặng của chăm sóc bệnh nhân Alzheimer dựa trên bộ câu hỏi phỏng vấn về gánh nặng chăm sóc của Zarit (ZBI); đánh giá rối loạn tâm thần và hành vi của bệnh nhân và mức độ ảnh hưởng của triệu chứng lên người chăm sóc dựa trên bảng kiểm thần kinh tâm thần NPI. **Kết quả:** rối loạn hành vi tâm thần của bệnh nhân có liên quan tuyến tính với

gánh nặng chăm sóc ($r = 0,650, p = 0,000$). Trong đó triệu chứng hoang tưởng có tương quan tuyến tính khá chặt chẽ ($r = 0,616, p < 0,000$), triệu chứng kích động ($r=0,477, p=0,000$) và ảo giác ($r=0,494, p=0,000$) tương quan tuyến tính đồng biến mức trung bình, các rối loạn hành vi ban đêm ($r=0,281, p=0,000$) tương quan tuyến tính thấp. Qua đó chúng tôi khuyến nghị cần điều trị các rối loạn tâm thần và hành vi của bệnh nhân Alzheimer ở giai đoạn trung bình nhằm làm giảm gánh nặng cho người chăm sóc.

Từ khóa: Alzheimer, gánh nặng chăm sóc, rối loạn hành vi tâm thần

SUMMARY

EFFECTS OF MENTAL AND BEHAVIOR DISORDERS ON CAREGIVER BURDEN OF ALZHEIMER DISEASE

Our study aimed to evaluate the influence of patients' mental behavioral disorders on the burden of caring for Alzheimer's patients. **Method:** The study was conducted on 52 primary caregivers of moderate-stage Alzheimer's patients, examined or treated at the National Hospital of Geriatrics from August 2019 to June 2020. In which, we evaluated burden of care for Alzheimer's patients based on the Zarit burden of care (ZBI) interview questionnaire; assess the patient's mental and behavioral disorders and the impact of

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Bình

Email: nguyenminhben@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 13.9.2023