

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

symptoms on caregivers based on the NPI neuropsychological checklist. **Results:** the patient's mental behavioral disorder was linearly related to the burden of care ($r = 0.650$, $p = 0.000$). In which, paranoid symptoms have a fairly close linear correlation ($r = 0.616$, $p < 0.000$), agitation symptoms ($r = 0.477$, $p = 0.000$) and hallucinations ($r = 0.494$, $p = 0.000$) respectively average linear correlation, nocturnal behavioral disorders ($r=0.281$, $p=0.000$) low linear correlation. Thereby, we recommend to treat mental and behavioral disorders of moderate Alzheimer's patients in order to reduce the burden on caregivers. **Keywords:** Alzheimer's, caregiver burden, mental behavioral disorders

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sút trí tuệ là một hội chứng suy giảm chức năng nhận thức kèm theo những thay đổi về hành vi và mất chức năng xã hội. Giảm trí nhớ là biểu hiện quan trọng nhất, ngoài ra các lĩnh vực khác cũng bị rối loạn như mất ngôn ngữ, giảm sử dụng động tác, giảm khả năng nhận biết đồ vật, thực hiện chức năng nhiệm vụ và đặc biệt là rối loạn tâm thần và hành vi... Bệnh không những gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh mà còn là gánh nặng cho gia đình, cộng đồng cũng như toàn xã hội.

Trong các nguyên nhân gây sa sút trí tuệ, bệnh Alzheimer chiếm 50-70% [1]. Hiện nay chẩn đoán bệnh Alzheimer dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM V và chẩn đoán giai đoạn dựa vào thang điểm CDR. CDR là thang điểm đánh giá mức độ sa sút trí tuệ có điểm từ 0 đến 3. Trong đó ở giai đoạn trung bình, CDR=2, bệnh nhân mất trí nhớ nặng, rối loạn định hướng, suy giảm nặng khả năng giải quyết vấn đề và kèm theo rất nhiều các triệu chứng về rối loạn tâm thần và hành vi, gây ảnh hưởng tiêu cực đến người chăm sóc.

Ở Việt Nam, vấn đề gánh nặng chăm sóc bệnh nhân Alzheimer đã bắt đầu được quan tâm và nghiên cứu ở một vài khía cạnh. Tuy nhiên, cho đến nay chưa có công trình nào đánh giá ảnh hưởng của các rối loạn hành vi tâm thần ở bệnh nhân Alzheimer đến gánh nặng cho người chăm sóc. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: phân tích ảnh hưởng của rối loạn tâm thần và hành vi đến gánh nặng chăm sóc bệnh nhân Alzheimer, để từ đó giúp xây dựng những chiến lược chăm sóc hỗ trợ cũng như quan tâm điều trị các triệu chứng tâm thần và hành vi của bệnh nhân Alzheimer nhằm làm giảm gánh nặng chăm sóc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng

nghiên cứu gồm 52 bệnh nhân và 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 - 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 (suy giảm nhận thức nặng): 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.

Bước 2: Chẩn đoán bệnh Alzheimer

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

- Tiêu chuẩn lựa chọn 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

- Không chọn vào nhóm nghiên cứu những bệnh nhân sau:

Bệnh nhân đang mắc các bệnh nội khoa cấp tính nặng.

- Không chọn vào nghiên cứu những người chăm sóc chính sau:

Người chăm sóc chính có biểu hiện rối loạn tâm thần (trầm cảm, lo âu, căng thẳng, ảo giác,...) trước khi chăm sóc bệnh nhân.

Bệnh nhân và người nhà bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả loạt ca bệnh

- **Cách chọn mẫu:** mẫu thuận tiện

- **Biến số, chỉ số nghiên cứu**

+ Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới

+ Đặc điểm chung của người chăm sóc: tuổi, giới, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân

+ Gánh nặng của người chăm sóc bệnh nhân Alzheimer được đánh giá theo bộ câu hỏi Phòng vấn về gánh nặng chăm sóc của Zarit (Zarit Burden Interview/ZBI).

+ Đánh giá rối loạn tâm thần và hành vi theo Bảng kiểm thần kinh tâm thần (Neuropsychiatric Inventory/NPI) của Cummings.

+ Đánh giá mức độ ảnh hưởng triệu chứng

của bệnh nhân tới người chăm sóc theo thang NPI trong đó:

- 0: Không: không gây khó chịu chút nào
- 1: Tối thiểu (khó chịu nhẹ, không khó để đương đầu với nó)
- 2: Nhẹ (khó chịu ít, nhìn chung dễ đương đầu)
- 3: Trung bình (khá khó chịu, không phải lúc nào cũng dễ đương đầu)
- 4: Nặng (rất khó chịu, khó đương đầu)
- 5: Rất nặng (đặc biệt khó chịu, không thể đương đầu được)

2.3. 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 nhóm nghiên cứu

- **Nhóm bệnh nhân:** Nghiên cứu được tiến hành trên 52 bệnh nhân Alzheimer giai đoạn trung bình. Bệnh nhân trong nghiên cứu của yếu ở nhóm tuổi trên 70 (64,5%), tuổi trung bình 72,5 ± 8,3 tuổi. 51,9% bệnh nhân là nữ.

- **Nhóm người chăm sóc:** trong 52 người chăm sóc, tuổi trung bình là 53,75 ± 15,58,

Bảng 2. Ảnh hưởng của rối loạn tâm thần và hành vi ở bệnh nhân tới người chăm sóc

Các triệu chứng	Mức độ ảnh hưởng				
	1 (n/%)	2 (n/%)	3 (n/%)	4 (n/%)	5 (n/%)
Hoang tưởng	1 (3,0)	7(21,2)	9(27,3)	17(51,5)	0(0)
Áo giác	2(6,3)	5(15,6)	19(59,4)	5(15,6)	1(3,1)
Kích động	3(7,3)	17(41,5)	15(36,6)	6(14,6)	0(0)
Hưng phấn	2(33,3)	2(33,3)	2(33,4)	0(0)	0(0)
Rối loạn hành vi ban đêm	2(4,8)	30(71,4)	10(23,8)	0(0)	0(0)

Nhận xét: Các triệu chứng tâm thần và hành vi của bệnh nhân ảnh hưởng đến người chăm sóc ở mức độ nhẹ và trung bình. Triệu chứng hoang tưởng gây ảnh hưởng mức độ nặng đến người chăm sóc (51,5%).

3.4. Môi tương quan giữa rối loạn tâm thần và hành vi của bệnh nhân với gánh nặng chăm sóc

Bảng 3. Môi tương quan giữa mức độ các rối loạn tâm thần và hành vi của bệnh nhân với gánh nặng chăm sóc

Triệu chứng	Hệ số tương quan (r)	p
Tổng NPI	0,650	0,000
Hoang tưởng	0,616	0,000
Áo giác	0,494	0,000
Kích động	0,477	0,000
Hưng phấn	0,02	0,992
Rối loạn hành vi ban đêm	0,281	0,044

Nhận xét: Gánh nặng chăm sóc có tương quan tuyến tính đồng biến khá chặt chẽ giữa với hoang tưởng (r=0,616, p=0,000) và tổng NPI (r=0,650, p=0,000), tương quan tuyến tính

người chăm sóc là nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn với 53,8%. Thời gian chăm sóc trung bình 5,31 ± 3,42. Gánh nặng chăm sóc (ZBI) trung bình là: 40,08 ± 17,12 (thấp nhất là: 4 – Cao nhất là: 69).

3.2. Đặc điểm rối loạn tâm thần và hành vi của bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm rối loạn tâm thần và hành vi của bệnh nhân

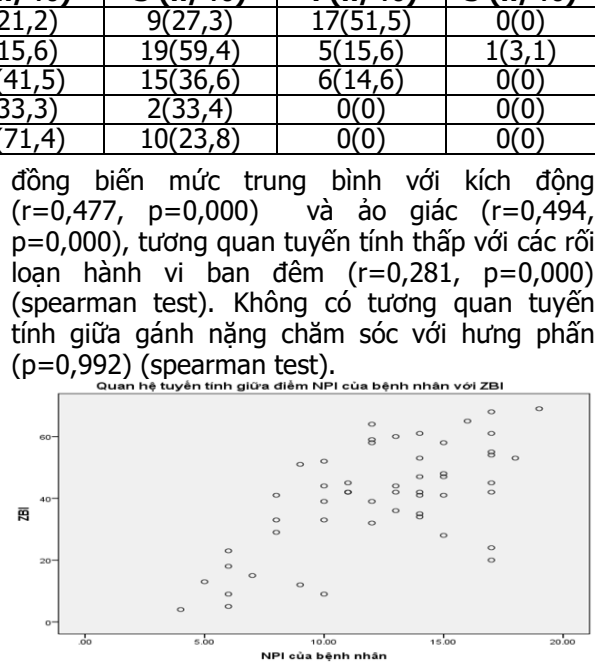
Các triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hoang tưởng	33	63,5
Áo giác	32	61,5
Kích động	41	78,8
Hưng phấn	6	11,5
Rối loạn hành vi ban đêm	42	80,8

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có rối loạn hành vi ban đêm (80,8%). Tiếp đến là các triệu chứng loạn thần như kích động (78,8%), hoang tưởng (63,5%), ảo giác (61,5%).

3.3. Ảnh hưởng của rối loạn tâm thần và hành vi ở bệnh nhân tới người chăm sóc

đồng biến mức trung bình với kích động (r=0,477, p=0,000) và ảo giác (r=0,494, p=0,000), tương quan tuyến tính thấp với các rối loạn hành vi ban đêm (r=0,281, p=0,000) (spearman test). Không có tương quan tuyến tính giữa gánh nặng chăm sóc với hưng phấn (p=0,992) (spearman test).

Biểu đồ 1. Quan hệ tuyến tính giữa điểm NPI của bệnh nhân với ZBI



Biểu đồ 1. Quan hệ tuyến tính giữa điểm NPI của bệnh nhân với ZBI

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi mắc bệnh Alzheimer tập trung nhiều nhất ở lứa tuổi từ 70 –

79, chiếm 44,2%. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác, hầu hết các nghiên cứu thấy rằng bệnh thường xuất hiện sau tuổi 60.

Về người chăm sóc, tuổi trung bình của người chăm sóc là $53,75 \pm 15,58$ tuổi. Có 38,3% người chăm sóc trên 60 tuổi, lứa tuổi này cũng cần được chăm sóc nhưng vẫn phải chăm sóc cho một người khác. Kết quả này thấp hơn khi so với các nước ngoài châu Á.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, gánh nặng chăm sóc ZBI trung bình là: $40,08 \pm 17,12$ (thấp nhất là: 4 – cao nhất là: 69). Kết quả này tương đương với kết quả với nghiên cứu của Trương Quang Trung với ZBI trung bình $35,16 \pm 15,9$ [2]. So sánh với nghiên cứu tại các nước khác, kết quả này tương đương nghiên cứu tại Phần Lan về gánh nặng chăm sóc trên bạn đời bệnh nhân Alzheimer ($35,3 \pm 15,7$), tại Mỹ trên bệnh nhân Alzheimer các giai đoạn ($34,4 \pm 16,0$) [3], tại Nhật trên bệnh nhân Alzheimer giai đoạn nặng theo nghiên cứu của Kamiya ($32,3 \pm 18,8$) [4]. Như vậy, 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, đặc biệt là giai đoạn trung bình khi mà những triệu chứng loạn thần và rối loạn hành vi là triệu chứng phổ biến.

4.2. Đặc điểm rối loạn tâm thần và hành vi của bệnh nhân. Về các rối loạn tâm thần và hành vi của bệnh nhân, rối loạn hành vi ban đêm là rối loạn phổ biến nhất, gặp 80,8%. Rối loạn giấc ngủ và nhịp ngày đêm xuất hiện từ giai đoạn sớm của bệnh, tỷ lệ khoảng trên 45% đến 80% theo y văn, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và người chăm sóc. Nguồn gốc chính của rối loạn này là do sự giảm nồng độ melatonin và hypocretins. Rối loạn nhịp ngày đêm có thể giải thích cho hiện tượng "lú lẫn về chiều tối", khi bệnh nhân có biểu hiện giảm các chức năng nhận thức về buổi chiều tối. Các biểu hiện thường gặp của rối loạn hành vi ban đêm là thức dậy nhiều lần, đi lại, kêu khóc. Biểu hiện kích động gặp 78,8%, đó là các hành vi gây gỗ, đập phá, chống đối, chửi bới... Các hành vi này gây khó khăn trong quản lý bệnh nhân trong cộng đồng cũng như trong bệnh viện. Kích động là rối loạn hành vi phổ biến nhất và tồn tại dai dẳng nhất trong bệnh Alzheimer. Tỷ lệ gặp kích động theo y văn gặp 50-60%, tăng dần theo giai đoạn của sa sút trí tuệ.

Tiếp đến là tỷ lệ hoang tưởng ở bệnh nhân là 33 bệnh nhân chiếm 63,5%. Triệu chứng ảo giác gặp ở 32 bệnh nhân tương đương với 61,5% số

bệnh nhân. Tỷ lệ hoang tưởng, ảo giác trong nghiên cứu này thấp hơn một chút so với các nghiên cứu của các tác giả khác. Theo Scarmeas và cộng sự, tỷ lệ gặp hoang tưởng, ảo giác trên bệnh nhân Alzheimer là 75%-84,5%. Hoang tưởng là triệu chứng tiên lượng sự suy giảm chức năng nhận thức, là triệu chứng đòi hỏi điều trị các thuốc hướng thần [5].

4.3. Ảnh hưởng của các rối loạn tâm thần và hành vi của bệnh nhân đến người chăm sóc. Nghiên cứu cho thấy 33 bệnh nhân có biểu hiện hoang tưởng này gây ảnh hưởng đến 33 người chăm sóc theo các mức độ khác nhau. Cụ thể gây ảnh hưởng mức độ nặng tới 17 người chăm sóc tương đương 51,5%, theo sau là mức độ trung bình 27,3, mức độ nhẹ 21,2 và ảnh hưởng tối thiểu là 1 bệnh nhân tương đương 3%. Tương tự như hoang tưởng, 32 bệnh nhân có biểu hiện ảo giác cũng gây ảnh hưởng lên 32 người chăm sóc theo các mức độ khác nhau. Phần lớn số bệnh nhân gây ảnh hưởng mức độ trung bình người chăm sóc. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với kết quả của Guk-Hee Suh, Seung Kyum Kim khi nghiên cứu 562 bệnh nhân có biểu hiện loạn thần ở bệnh nhân Alzheimer [6].

Rối loạn hành vi ban đêm là nổi trội như số liệu đã mô tả nhưng ảnh hưởng tới 42 người chăm sóc chủ yếu ở mức độ nhẹ chiếm 71,4%.

4.4. Mối tương quan giữa rối loạn tâm thần và hành vi của bệnh nhân với gánh nặng chăm sóc. Khi phân tích tương quan tuyến tính giữa các triệu chứng hành vi tâm thần lên gánh nặng chăm sóc, chúng tôi nhận thấy những rối loạn tâm thần và hành vi của bệnh nhân có liên quan tuyến tính khá chặt chẽ với gánh nặng chăm sóc ($r = 0,650$, $p = 0,000$). Phân tích từng triệu chứng cụ thể chúng tôi thấy các triệu chứng hoang tưởng cũng có tương quan tuyến tính khá chặt chẽ ($r = 0,616$, $p < 0,000$) tương quan tuyến tính đồng biến mức trung bình với kích động ($r=0,477$, $p=0,000$) và ảo giác ($r=0,494$, $p=0,000$), tương quan tuyến tính thấp với các rối loạn hành vi ban đêm ($r=0,281$, $p=0,000$) (spearman test). Không có tương quan giữa hưng phấn với gánh nặng chăm sóc.

Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết luận của Ferri và Kamiya: khi các triệu chứng về tâm thần của bệnh nhân được xem xét riêng rẽ, ảnh hưởng của hoang tưởng, ảo giác ưu thế hơn ảnh hưởng của trầm cảm và lo âu. Nghiên cứu của Sakurai cũng cho thấy hoang tưởng ảnh hưởng đến gánh nặng nhiều nhất và những rối loạn tâm thần hành vi của bệnh nhân có liên

quan rất chặt chẽ tới gánh nặng chăm sóc [7].

Nghiên cứu về vấn đề hành vi ban đêm của bệnh nhân cho kết quả rõ ràng và hằng định hơn. Phân tích 67 bệnh nhân Alzheimer tại Bồ Đào Nha và 306 bệnh nhân tại Tây Ban Nha, Garre-Olmo và cộng sự thấy các rối loạn hành vi tương quan với gánh nặng [8]. Alfram và cộng sự kết luận rối loạn hành vi ban đêm có liên quan chặt chẽ đến gánh nặng và là yếu tố quyết định gửi bệnh nhân vào nhà dưỡng lão [9].

Nói chung, rối loạn tâm thần và hành vi trong bệnh sa sút trí tuệ có tương quan chặt chẽ với gánh nặng chăm sóc. Ở giai đoạn bệnh trung bình, khi những triệu chứng loạn thần và hành vi là rõ rệt nhất thì nghiên cứu của chúng tôi về vấn đề này sẽ góp phần giúp cho bác sĩ lâm sàng quan tâm điều trị những rối loạn này làm giảm gánh nặng cho người chăm sóc bệnh Alzheimer.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi thấy các triệu chứng tâm thần và hành vi của bệnh nhân Alzheimer có mối tương quan chặt chẽ với gánh nặng chăm sóc, đặc biệt là các triệu chứng hoang tưởng, ảo giác. Phát hiện sớm và điều trị các triệu chứng tâm thần và hành vi ở bệnh nhân Alzheimer giai đoạn trung bình sẽ góp phần làm giảm gánh nặng chăm sóc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Martin Prince** (2013), "The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis", *Alzheimer & Dementia*, 9(1), 63-75e2.
2. **Trương Quang Trung** (2014), "Perceived burden and quality of life of dementia caregivers in Hanoi, Vietnam in 2011", *Vietnam Journal of Medicine and Pharmacy*, 4(1), 50.
3. **Anna Pudelewicz, Dorota Talarska, Grażyna Bączyk** (2019). Burden of caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Scand J Caring Sci*; 33(2):336-341. doi: 10.1111/scs.12626
4. **Kamiya M, Sakurai T, Ogama N, Maki Y, Toba K.** Factors associated with increased caregivers' burden in several cognitive stages of Alzheimer's disease. *Geriatr Gerontol Int.* 2014;14 Suppl 2:45-55.
5. **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.
6. **Suh G-H, Kim SK.** Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia (BPSD) in antipsychotic-naïve Alzheimer's Disease patients. *Int Psychogeriatr.* 2004;16(3):337-350.
7. **Sakurai T Kamiya M, Ogama N** (2014), "Factors associated with increased caregivers' burden in several cognitive stages of Alzheimer's disease.", *Geriatr Gerontol Int*, 14(suppl 2), 45-55.
8. **Garre-Olmo J et al** (2016), "A path analysis of patient dependence and caregiver burden in Alzheimer's disease", *Int Psychogeriatr*, 28(7), 1133-1141.
9. **Afram B, Stephan A, Verbeek H** (2014), "Reasons for institutionalization of people with dementia: Informal caregiver reports from 8 European countries.", *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(2), 108-116

TỈ LỆ CÁC TẬT KHÚC XẠ VÀ CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA PHẠM NGỌC THẠCH

Lưu Kính Khương¹, Quách Hải Minh¹, Phan Hoàng Trọng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chất lượng giấc ngủ của sinh viên là yếu tố có thể gây ảnh hưởng lớn đến mắt khi mắt làm việc trong thời gian dài, thức khuya, mắt không được nghỉ ngơi bởi cường độ học tập cao. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ các tật khúc xạ và chất lượng giấc ngủ của sinh viên Điều Dưỡng Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch năm 2023. **Đối tượng – phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang sinh viên Điều dưỡng Đa Khoa và các chuyên ngành Gây mê Hồi sức, Hộ sinh, Phục hồi chức năng, Cấp cứu ngoài Bệnh viện năm 1, 2, 3, 4 hệ chính quy tại trường Đại học Y Khoa

Phạm Ngọc Thạch. Chất lượng giấc ngủ được đo bằng thang đo Pittsburgh (PSQI). **Kết quả:** Tỉ lệ đối tượng nghiên cứu mắc các tật khúc xạ là 77,9%, trong đó tật cận thị chiếm 69,9%, tật viễn thị chiếm 2,2%, tật loạn thị chiếm 5,8%, đối tượng nghiên cứu không mắc tật khúc xạ chiếm tỉ lệ 22,1%. Trong nghiên cứu, số sinh viên có CLGN "kém" chiếm 64,2%. Có mối liên hệ giữa tật khúc xạ và chất lượng giấc ngủ ($p < 0,05$). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho rằng có mối liên hệ giữa các tật khúc xạ và chất lượng giấc ngủ và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Từ khóa: Tật khúc xạ, chất lượng giấc ngủ, sinh viên điều dưỡng

SUMMARY

PREVALENCE OF REFRACTIVE ERRORS AND SLEEP QUALITY OF NURSING STUDENTS AT PHAM NGOC THACH UNIVERSITY OF MEDICINE

¹Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Phan Hoàng Trọng

Email: phantrongbmgmhs@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2023

Ngày duyệt bài: 11.9.2023