

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN HÀNH VI VÀ TÂM LÝ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN GÁNH NẶNG CHĂM SÓC Ở NGƯỜI BỆNH ALZHEIMER TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Hoàng Tiến Trọng Nghĩa^{1*}, Trần Thị Hoài Thu¹,
Lý Minh Đăng¹, Nguyễn Xuân Diệu¹, Phan Xuân Uy Hùng¹,
Nguyễn Thị Na¹, Nguyễn Thị Huyền¹

TÓM TẮT

Giới thiệu chung: Bệnh Alzheimer gây suy giảm nhận thức và rối loạn hành vi và tâm lý (BPSD). BPSD là yếu tố chính làm tăng gánh nặng chăm sóc. Nghiên cứu nhằm đánh giá tỷ lệ BPSD và mối liên quan với gánh nặng chăm sóc ở người bệnh Alzheimer.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 80 người bệnh Alzheimer thỏa tiêu chuẩn DSM-5 và người chăm sóc (NCS) tại phòng khám Nội thần kinh bệnh viện Quân y 175 từ 12/2024 đến 11/2025. BPSD, giai đoạn bệnh và gánh nặng NCS lần lượt được đánh giá bằng NPI-Q, FAST và ZBI-12.

Kết quả: Có 91,2% bệnh nhân có BPSD, với số triệu chứng trung bình là $3,7 \pm 2,9$. Giai đoạn bệnh liên quan có ý nghĩa thống kê với sự hiện diện và số lượng BPSD. Gánh nặng chăm sóc tương quan thuận có ý nghĩa thống kê với số triệu chứng, điểm NPI-Q và mức độ căng thẳng NCS ($p < 0,05$). Trong phân tích hồi quy đa biến, mức độ căng thẳng NCS đối với BPSD là yếu tố độc lập duy nhất liên quan gánh nặng chăm sóc ($\beta = 0,649$; $p < 0,001$).

Kết luận: BPSD phổ biến và tăng dần theo tiến triển bệnh Alzheimer. Gánh nặng chăm sóc chủ yếu chịu ảnh hưởng bởi mức độ căng thẳng NCS đối với BPSD.

Từ khoá: bệnh Alzheimer, rối loạn hành vi và tâm lý, BPSD, mức độ căng thẳng, gánh nặng chăm sóc, NPI-Q, ZBI-12

CHARACTERISTICS OF BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS AND FACTORS ASSOCIATED WITH CAREGIVER BURDEN IN PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE AT MILITARY HOSPITAL 175

ABSTRACT

Background: Alzheimer's disease involves cognitive decline and behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), which affect most patients. BPSD is the main driver of caregiver

¹ Khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện Quân y 175, Thành phố Hồ Chí Minh,

Ngày nhận bài: 04/06/2026

Ngày phản biện: 25/06/2026

Người phản hồi: Hoàng Tiến Trọng Nghĩa, email: Dr.HNghia@gmail.com

burden, often outweighing cognitive impairment. This study aimed to assess the prevalence of BPSD in patients with Alzheimer's disease and investigate its relationship with caregiver burden.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 80 patients with Alzheimer's disease meeting DSM-5 criteria and their caregivers at the Neurology Clinic of Military Hospital 175 (December 2024–June 2025). BPSD, disease stage, and caregiver burden were assessed using the NPI-Q, FAST, and ZBI-12, respectively.

Results: BPSD was present in 91,2% of patients, with a mean of $3,7 \pm 2,9$ symptoms. Disease stage was significantly associated with both the presence and number of BPSD ($p < 0,05$). Caregiver burden was positively correlated with the number of symptoms, NPI-Q scores, and caregiver stress ($p < 0,05$). In multivariable regression analysis, caregiver stress related to BPSD was the only independent factor associated with caregiver burden ($\beta = 0,649$; $p < 0,001$).

Conclusion: BPSD are highly prevalent and increase with disease progression. Caregiver burden is primarily driven by caregiver stress related to BPSD.

Keywords: Alzheimer's disease, behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD, caregiver stress, caregiver burden, NPI-Q, ZBI-12

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Alzheimer, nguyên nhân phổ biến nhất của sa sút trí tuệ (chiếm khoảng 60-70%), là một bệnh lý não bộ ảnh hưởng lên vùng đảm nhận chức năng trí nhớ, nhận thức và hành vi; dẫn đến suy giảm chức năng sống của người bệnh[1]. Trên thế giới hiện nay có khoảng 57 triệu người bệnh sa sút trí tuệ, như vậy ước chừng có khoảng 34 đến 40 triệu người bệnh Alzheimer[2]. Triệu chứng của bệnh nặng dần theo thời gian, trải qua 3 giai đoạn, gây ra các mức độ ảnh hưởng đến hoạt động sống hàng ngày[3]. Phần lớn người bệnh Alzheimer sống trong tình trạng mất chức năng và phải lệ thuộc người khác, mang lại gánh nặng rất nặng nề đối với cả người bệnh, người chăm sóc, gia đình và xã hội[2, 3]. Bên cạnh biểu hiện suy giảm trí nhớ và nhận thức, người bệnh Alzheimer có thể có các triệu chứng rối loạn hành vi và tâm lý (BPSD - Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) kèm theo, tỷ lệ có thể lên tới 90%, trong đó thường gặp là biểu hiện hung hăng, triệu chứng loạn thần, rối loạn cảm xúc và các vấn đề hành vi khác[4, 5]. Một vài nghiên cứu cho thấy triệu chứng tâm thần kinh là yếu tố dự báo chính yếu lên gánh nặng cho người chăm sóc, và được thúc đẩy bởi các rối

loạn hành vi (kích động, hung hăng, v.v...)[4, 5]. Việc thấu hiểu về những gánh nặng ngày càng được quan tâm để định hướng can thiệp hỗ trợ nhằm nâng cao chất lượng sống của cả người bệnh lẫn người chăm sóc, không chỉ vì triệu chứng càng nặng thì áp lực cho người thân càng lớn mà còn do số bệnh nhân Alzheimer sẽ tiếp tục tăng cùng với sự già hóa dân số hiện nay[5-7]. Ở Việt Nam, mặc dù đã có một số nghiên cứu trong nước khảo sát mối liên quan giữa rối loạn hành vi tâm lý và gánh nặng chăm sóc ở người bệnh Alzheimer, các nghiên cứu này chủ yếu tập trung vào một nhóm người bệnh ở giai đoạn nặng hoặc đánh giá mối liên quan đơn thuần giữa các triệu chứng và gánh nặng chăm sóc, đặc biệt là khu vực phía Nam, có rất ít thông tin về những vấn đề này[6, 8]. Do đó, nghiên cứu này được tiến hành nhằm tìm hiểu biểu hiện rối loạn hành vi và tâm lý ở người bệnh Alzheimer tại Bệnh viện Quân y 175, với hai mục tiêu cụ thể như sau:

- 1) Khảo sát tỷ lệ biểu hiện rối loạn hành vi và tâm lý ở người bệnh Alzheimer.
- 2) Đánh giá một số yếu tố liên quan giữa đặc điểm người bệnh, người chăm sóc, các biểu hiện rối loạn hành vi và tâm lý ở người bệnh Alzheimer và gánh nặng chăm sóc.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện dựa trên khảo sát 80 người bệnh Alzheimer và người chăm sóc tại phòng khám Nội Thần kinh, bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12/2024 đến tháng 11/2025.

Tiêu chuẩn nhận vào:

- Người bệnh: đã được chẩn đoán là Alzheimer theo tiêu chuẩn DSM-5 ở bất cứ giai đoạn nào và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Người chăm sóc: là thành viên trong gia đình hoặc là người chăm sóc không chính thức, chăm sóc chính và sống cùng người bệnh; từ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh: được chẩn đoán sa sút trí tuệ do nguyên nhân khác, không có người chăm sóc đi cùng hoặc đổi ý và muốn rút khỏi nghiên cứu.

- Người chăm sóc: Người chăm sóc chính thức, người chăm sóc phụ; không hoàn tất phiếu khảo sát hoặc đổi ý và muốn rút khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- ❖ Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, tiến cứu.

- ❖ Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính để ước đoán tỷ lệ người bệnh Alzheimer có biểu hiện rối loạn hành vi và tâm lý.

Công thức tính tỷ lệ trong dân số:

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

Trong đó:

- n: cỡ mẫu tối thiểu
- $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ là giá trị từ phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê ($Z_{1-\frac{\alpha}{2}}=1,96$ với mức ý nghĩa thống kê = 5%)
- p: là tỷ lệ ước đoán.
- d: là mức sai số tuyệt đối chấp nhận.

Theo một nghiên cứu của Huang và cộng sự (2017)[9] ở Đài Loan, tỷ lệ người bệnh có ít

nhất một triệu chứng BPSD là 87,6%. → Do đó chọn $p = 87,6\% \rightarrow d = 0,1$.

Áp dụng công thức, tính được $n=46,7$. Như vậy cỡ mẫu ít nhất là 47.

- ❖ Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, không xác suất.

- ❖ Cách thức tiến hành nghiên cứu:

- Tạo phiếu thu thập thông tin bao gồm 4 mục:

- Thông tin người bệnh: Tuổi, giới, học vấn, thang điểm phân độ chức năng theo giai đoạn bệnh (FAST - Functional Assessment Staging Test), biểu hiện và mức độ nặng BPSD dựa theo bảng kiểm đánh giá tâm thần kinh (NPI-Q - Neuropsychological Inventory - Questionnaire). Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q) là phiên bản rút gọn của thang Neuropsychiatric Inventory (NPI), được sử dụng để đánh giá nhanh các rối loạn hành vi và tâm lý ở người bệnh sa sút trí tuệ thông qua thông tin từ người chăm sóc. Thang đo gồm 12 nhóm triệu chứng thường gặp như hoang tưởng, ảo giác, kích động, trầm cảm, lo âu, thờ ơ, dễ kích thích và rối loạn hành vi ban đêm. Đối với mỗi triệu chứng, NPI-Q đánh giá mức độ nặng của triệu chứng (0–3 điểm) và mức độ căng thẳng mà triệu chứng đó gây ra cho người chăm sóc (0–5 điểm)[10].

- Thông tin người chăm sóc: Tuổi, giới tính, học vấn, mối quan hệ với người bệnh, thời gian chăm sóc, số giờ chăm sóc người bệnh mỗi ngày, tình trạng hôn nhân, tình trạng nghề nghiệp, tình trạng kinh tế, mức độ căng thẳng với biểu hiện BPSD dựa theo NPI-Q.

- Gánh nặng người chăm sóc: Thang đánh giá gánh nặng Zarit bản rút gọn gồm 12 câu hỏi (ZBI-12 - Short Form Zarit Burden Interview). Thang đo khảo sát các khía cạnh về căng thẳng tâm lý, sức khỏe, đời sống xã hội, tài chính và mối quan hệ của người chăm sóc với người bệnh. Mỗi câu hỏi được chấm điểm từ 0 đến 4 (không bao giờ đến gần như luôn luôn), tổng điểm dao động từ 0 đến 48 điểm[11].

Trong đó các thang NPI-Q, FAST và ZBI-

12 dưới dạng tiếng Việt đã được áp dụng trong nhiều nghiên cứu trong nước.

- Người nghiên cứu tiến hành thu thập trực tiếp dữ liệu người bệnh và người chăm sóc dựa vào phiếu thu thập thông tin vừa lập.

- Dữ liệu thu thập được sẽ được nhập bằng phần mềm Microsoft Excel.

- ❖ Phương pháp phân tích:

- Thống kê mô tả đặc điểm của người bệnh Alzheimer và người chăm sóc:

- + Biến số định tính sẽ được trình bày theo tần số và tỷ lệ.

- + Biến số định lượng sẽ được trình bày trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, nếu phân bố bất thường sẽ trình bày theo trung vị và tứ phân vị.

- Thống kê phân tích:

- + So sánh giữa các nhóm được thực hiện bằng Mann Whitney test hoặc Kruskal Wallis test đối với biến không phân phối chuẩn. Độ tin cậy với $p \leq 0,05$ được cho là có ý nghĩa.

- + Nghiên cứu mối quan hệ giữa hai biến định lượng hoặc biến thứ tự với biến định lượng dùng phép phân tích tương quan Spearman' Rho để tính hệ số tương quan r .

Hệ số nhận giá trị trong đoạn $[-1;1]$ (> 0 : Đồng biến, < 0 : Nghịch biến, $= 0$: Không liên hệ)

Mức độ mối tương quan: $r < 0,3$: tương quan ở mức thấp; $0,3 \leq r < 0,5$: tương quan mức trung bình; $r \geq 0,5$: tương quan chặt chẽ.

- Phân tích hồi quy đa biến được thực hiện nhằm xác định các yếu tố độc lập liên quan đến gánh nặng người chăm sóc, đồng thời hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu tiềm tàng. Trước hết, các mô hình nền riêng biệt được xây dựng để đánh giá ảnh hưởng của các đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của người

bệnh cũng như các đặc điểm của người chăm sóc đối với gánh nặng chăm sóc. Tiếp theo, các biến phản ánh đặc điểm rối loạn hành vi và tâm lý (BPSD) được lần lượt đưa vào mô hình nền để đánh giá ảnh hưởng độc lập của từng yếu tố. Việc lựa chọn biến dựa trên ý nghĩa lâm sàng và kết quả phân tích đơn biến với $p \leq 0,05$. Cuối cùng, các biến có ý nghĩa thống kê hoặc có ý nghĩa lâm sàng được đưa vào mô hình hồi quy tích hợp nhằm xác định yếu tố liên quan độc lập mạnh nhất với gánh nặng chăm sóc.

- ❖ Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Quân y 175, số 5857/GCN-HĐĐĐ ngày 04 tháng 12 năm 2024.

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu gồm 80 người bệnh Alzheimer, tuổi trung bình $73,5 \pm 8,8$. Nhóm tuổi ≥ 70 chiếm tỷ lệ chủ yếu. Người bệnh nữ chiếm 53,7%, nam 46,3%. Về trình độ học vấn, đa số người bệnh có học vấn thấp: tiểu học/trung học cơ sở (THCS) chiếm 61,3%, tiếp theo là trung học phổ thông (THPT) 20,0%, trung cấp/cao đẳng/đại học 17,5% và sau đại học 1,2%. Phân bố giai đoạn bệnh cho thấy 43,8% ở giai đoạn nhẹ, 31,3% trung bình, 22,5% trung bình-nặng và 2,5% ở giai đoạn nặng. Về người chăm sóc, nữ chiếm ưu thế (62,5%). Phần lớn là người thân trực hệ (con hoặc vợ/chồng). Học vấn nhóm người chăm sóc khá cao, 53,8% có trình độ sau trung học phổ thông. Tỷ lệ học vấn ở mức tiểu học/THCS là 18,7%. Đa số đều đã có gia đình (80,0%). Tỷ lệ độc thân chiếm 20,0%. Người chăm sóc không có việc làm chiếm ưu thế (52,5%) và không có khó khăn về kinh tế (73,7%). Đặc điểm người bệnh Alzheimer và người chăm sóc được thể hiện chi tiết ở Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm người bệnh Alzheimer và người chăm sóc.

Đối tượng	Đặc điểm		Số lượng (n=80)	Giá trị
Người bệnh	Tuổi	Tuổi trung bình ± Độ lệch chuẩn: Tuổi nhỏ nhất – lớn nhất:		73,5 ± 8,8 59-92
	Giới tính	Nam	37	46,3%
		Nữ	43	53,7%
	Học vấn	Tiểu học/ THCS	49	61,3%
		THPT	16	20,0%
		Trung cấp/ Cao đẳng/ Đại học	14	17,5%
		Sau đại học	1	1,2%
	Giai đoạn bệnh	Nhẹ	35	43,8%
		Trung bình	25	31,3%
		Trung bình - nặng	18	22,5%
		Nặng	2	2,5%
Người chăm sóc	Tuổi	Tuổi trung bình ± Độ lệch chuẩn: Tuổi nhỏ nhất – lớn nhất:		50,7 ± 14,3 21 - 79
	Giới tính	Nam	30	37,5%
		Nữ	50	62,5%
	Học vấn	Tiểu học/ THCS	15	18,7%
		THPT	22	27,5%
		Trung cấp/ Cao đẳng/ Đại học	39	48,8%
		Sau đại học	4	5,0%
	Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	64	80,0%
		Đã ly dị	2	2,5%
		Goá/Độc thân	14	17,5%
	Tình trạng nghề nghiệp	Có việc làm	38	47,5%
		Nghỉ hưu	23	28,8%
		Nội trợ	15	18,7%
		Sinh viên	1	1,3%
		Khác	3	3,7%
	Tình trạng kinh tế	Có khó khăn	21	26,3%
		Không khó khăn	59	73,7%
	Đặc điểm chăm sóc	Thời gian chăm sóc NB (tháng) [Khoảng tứ phân vị]: Thời gian chăm sóc ngắn nhất – lâu nhất (tháng):		12,0 [3,0;36] 1 - 288
		Số giờ chăm sóc NB mỗi ngày (giờ) [Khoảng tứ phân vị]: Số giờ chăm sóc NB mỗi ngày ít nhất – nhiều nhất (giờ):		4,0 [2,0;6,0] 1 - 24

3.1. Tỷ lệ và đặc điểm biểu hiện BPSD ở người bệnh Alzheimer

Có 91,2% người bệnh đến khám có biểu hiện rối loạn hành vi tâm lý. Số biểu hiện trung bình là 3,7 với độ lệch chuẩn là 2,9, dao động từ 0 đến 12 biểu hiện. Điểm số NPI-Q trung vị là 4. Khoảng tứ phân vị là [2,0;10,0]. Điểm số thấp nhất là 0 và cao nhất là 24. Biểu hiện thường gặp nhất là dễ kích thích (68,8%), hoang tưởng (43,8%), rối loạn hành vi ban đêm (42,5%), thu rút (40,0%). Các biểu hiện ít gặp dưới 20% bao gồm: hưng cảm (11,3%), ảo giác (17,5%) và rối

loạn ăn uống (17,5%).

Điểm số căng thẳng của người chăm sóc đối với biểu hiện rối loạn hành vi tâm lý ở người bệnh có giá trị trung vị [Khoảng tứ phân vị] là 4[1,0; 9,75]. Giá trị nhỏ nhất là 0. Một vài người chăm sóc có điểm số căng thẳng cao là 24, 28, 30 và 44. Các giá trị này vượt quá giới hạn râu trên (upper whisker) của biểu đồ hộp ($Q3 + 1,5 \times IQR$) và được xác định là các giá trị ngoại lai (outliers) theo tiêu chuẩn Tukey, tuy nhiên vẫn nằm trong phạm vi điểm số hợp lệ của thang NPI-Q.

Bảng 2. Biểu hiện rối loạn hành vi tâm lý theo NPI-Q

Biểu hiện	Số người bệnh (n = 80)	Tỷ lệ (%)
Có biểu hiện rối loạn hành vi tâm lý		
Số người bệnh (%)	73 (91,2%)	
Số biểu hiện		
Số biểu hiện trung bình ± Độ lệch chuẩn	3,7 ± 2,9	
Số biểu hiện ít nhất – nhiều nhất	0 - 12	
Điểm số NPI-Q		
Điểm trung vị [Khoảng tứ phân vị]	4 [2,0;10,0]	
Điểm số nhỏ nhất – lớn nhất	0 - 24	
Tỷ lệ các biểu hiện rối loạn hành vi tâm lý		
Hoang tưởng	35	43,8
Ảo giác	14	17,5
Kích động	19	23,8
Trầm cảm	18	22,5
Lo âu	26	32,5
Hưng cảm	9	11,3
Thu rút	32	40,0
Mất kiểm chế	17	21,3
Dễ kích thích	55	68,8
Hành vi vận động bất thường	21	26,3
Rối loạn hành vi ban đêm	34	42,5
Rối loạn ăn uống	14	17,5

3.2. Các yếu tố liên quan đến biểu hiện BPSD ở người bệnh Alzheimer

Bảng 3. Mối liên quan giữa giai đoạn bệnh của người bệnh và BPSD.

Đặc điểm	Giai đoạn bệnh				p	r
	Nhẹ	Trung bình	Trung bình – nặng	Nặng		
Có BPSD Số người bệnh (%)	35 (80,0%)	25 (100,0%)	18 (100,0%)	2 (100,0%)	0,004**	0,323***
Số BPSD Trung bình ± Độ lệch chuẩn	2,3 ± 2,4	3,8 ± 2,8	5,4 ± 2,2	9,5 ± 0,7	< 0,001**	0,531***
Biểu hiện						
Hoang tưởng	5 (14,3%)	15 (60,0%)	13 (72,2%)	2 (100%)	< 0,001*	0,531***
Ảo giác	1 (2,9%)	4 (16,0%)	7 (38,9%)	2 (100%)	< 0,001*	0,440***
Kích động	7 (20,0%)	5 (20,0%)	5 (27,8%)	2 (100%)	0,213*	0,140***
Trầm cảm	7 (20,0%)	4 (16,0%)	5 (27,8%)	2 (100%)	0,239*	0,132***
Lo âu	8 (22,9%)	7 (28,0%)	11 (61,1%)	0 (0%)	0,035*	0,237***
Hưng cảm	3 (8,6%)	3 (12,0%)	2 (11,1%)	1 (50,0%)	0,397*	0,095***
Thu rút	10 (28,6%)	15 (60,0%)	6 (33,3%)	1 (50,0%)	0,291*	0,119***
Mất kiểm chế	5 (14,3%)	4 (16,0%)	6 (33,3%)	2 (100%)	0,033*	0,240***
Dễ kích thích	20 (57,1%)	19 (76,0%)	14 (77,8%)	2 (100%)	0,067*	0,220***
Hành vi vận động bất thường	2 (5,7%)	8 (32,0%)	9 (50,0%)	2 (100%)	< 0,001*	0,466***
Rối loạn hành vi ban đêm	8 (22,9%)	8 (32,0%)	16 (88,9%)	2 (100%)	< 0,001*	0,494***
Rối loạn ăn uống	6 (17,1%)	4 (16,0%)	3 (16,7%)	1 (50,0%)	0,776*	0,032***

* Mann-Whitney

** Kruskal-Wallis

*** Tương quan Spearman

Giai đoạn bệnh có mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê với cả sự xuất hiện ($r = 0,323$) và số lượng ($r = 0,531$) các biểu hiện rối loạn hành vi – tâm lý ở người bệnh Alzheimer

($p < 0,05$), với tỷ lệ BPSD tăng từ 80% ở giai đoạn nhẹ lên 100% ở các giai đoạn từ trung bình trở lên, đồng thời số lượng triệu chứng gia tăng theo mức độ nặng của bệnh. Một số

triệu chứng cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với giai đoạn bệnh, bao gồm hoang tưởng ($r = 0,531$; $p < 0,001$), ảo giác ($r = 0,440$; $p < 0,001$), hành vi vận động bất thường ($r = 0,466$; $p < 0,001$) và rối loạn hành vi ban đêm ($r = 0,494$; $p < 0,001$), với mức tương quan thuận từ trung bình đến chặt chẽ. Mất kiểm chế cũng có tương quan thuận yếu có ý nghĩa thống kê với giai đoạn bệnh ($r = 0,240$; $p = 0,033$). Đối với triệu chứng lo âu, mặc dù ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với giai đoạn bệnh ($r = 0,237$; $p = 0,035$), tỷ lệ xuất hiện không tăng nhất quán giữa các giai đoạn. Ngược lại, các triệu chứng như kích động, trầm cảm, hưng cảm, dễ kích thích, thu rút và rối loạn ăn uống không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các giai đoạn bệnh ($p > 0,05$). Kết quả được thể hiện chi tiết ở bảng 3. Bên cạnh đó, không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, giới tính hoặc trình độ học vấn người bệnh với số lượng BPSD.

Điểm gánh nặng chăm sóc (ZBI-12) trung bình là $10,1 \pm 7,8$. Sự hiện diện của BPSD liên quan có ý nghĩa với gánh nặng chăm sóc ($p = 0,005$; $r = 0,316$). Số lượng triệu chứng cũng tương quan thuận mức trung bình với ZBI-12 ($r = 0,361$; $p = 0,001$). Tương tự, điểm NPI-Q ($r = 0,413$; $p < 0,001$) và mức độ căng thẳng của người chăm sóc ($r = 0,547$; $p < 0,001$) đều liên quan có ý nghĩa, trong đó căng thẳng là yếu tố tương quan mạnh nhất.

Ở mức triệu chứng riêng lẻ, hoang tưởng, kích động, mất kiểm chế, dễ kích thích và rối

loạn hành vi ban đêm có liên quan có ý nghĩa với gánh nặng chăm sóc ($p < 0,05$), trong khi các triệu chứng khác không có ý nghĩa. Kết quả được thể hiện chi tiết ở Bảng 4.

Trong mô hình đánh giá các đặc điểm nhân khẩu học và đặc điểm chăm sóc của người chăm sóc, không ghi nhận yếu tố nào liên quan độc lập với gánh nặng chăm sóc (tất cả $p > 0,05$). Trong mô hình nền bao gồm các đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của người bệnh, giai đoạn bệnh là yếu tố duy nhất liên quan độc lập với gánh nặng chăm sóc ($\beta = 2,841$; $p = 0,008$). Tuy nhiên, khi lần lượt đưa các biến phản ánh đặc điểm rối loạn hành vi tâm lý vào mô hình, số lượng triệu chứng BPSD ($\beta = 0,962$; $p = 0,005$), điểm số NPI-Q ($\beta = 0,703$; $p < 0,001$) và điểm số căng thẳng của người chăm sóc ($\beta = 0,635$; $p < 0,001$) đều cho thấy mối liên quan độc lập với gánh nặng chăm sóc, trong khi ảnh hưởng của giai đoạn bệnh không còn ý nghĩa thống kê. Đối với từng BPSD riêng lẻ, chỉ có triệu chứng kích động liên quan độc lập với gánh nặng chăm sóc ($\beta = 5,707$; $p = 0,016$), trong khi các triệu chứng hoang tưởng, mất kiểm chế, dễ kích thích và rối loạn hành vi ban đêm không còn ý nghĩa thống kê sau khi hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu.

Trong mô hình hồi quy đa biến, chỉ còn yếu tố căng thẳng của người chăm sóc giữ vai trò độc lập ($\beta = 0,649$; $p < 0,001$), cho thấy đây là yếu tố quyết định chính của gánh nặng chăm sóc. Bảng 5 thể hiện mô hình hồi quy đa biến về đặc điểm biểu hiện rối loạn hành vi tâm lý và gánh nặng chăm sóc.

Bảng 4. Biểu hiện rối loạn hành vi tâm lý liên quan đến gánh nặng chăm sóc

	Số người bệnh	Điểm ZBI-12	p	r
Có biểu hiện rối loạn hành vi tâm lý				
Số người bệnh (%)	73 (91,2%)	10,1 ± 7,8	0,005*	0,316***
Số biểu hiện				
Số biểu hiện trung bình ± Độ lệch chuẩn Số biểu hiện ít nhất – nhiều nhất	3,7 ± 2,9 0 - 12	10,1 ± 7,8	0,001**	0,361***
Điểm số NPI-Q				
Điểm trung vị [Khoảng tứ phân vị] Điểm số nhỏ nhất – lớn nhất	4 [2;10] 0 - 24	10,1 ± 7,8	< 0,001*	0,413***
Điểm số căng thẳng của người chăm sóc đối với biểu hiện rối loạn hành vi tâm lý				
Điểm trung vị [Khoảng tứ phân vị] Điểm số nhỏ nhất – lớn nhất	4 [1;10] 0 - 44	10,1 ± 7,8	< 0,001*	0,547***
Biểu hiện				
Hoang tưởng	35 (43,8%)	12,7 ± 8,5	0,009**	0,294***
Ảo giác	14 (17,5%)	13,4 ± 11,9	0,354**	
Kích động	19 (23,8%)	15,5 ± 10,9	0,006**	0,308***
Trầm cảm	18 (22,5%)	13,8 ± 10,9	0,087**	0,340***
Lo âu	26 (32,5%)	11,5 ± 8,2	0,296**	0,468***
Hưng cảm	9 (11,3%)	11,9 ± 7,1	0,307**	0,249***
Thu rút	32 (40,0%)	12,0 ± 8,6	0,067**	0,343***
Mất kiểm chế	17 (21,3%)	15,0 ± 10,5	0,017**	0,269***
Dễ kích thích	55 (68,8%)	11,4 ± 8,2	0,028**	0,248***
Hành vi vận động bất thường	21 (26,3%)	12,3 ± 10,5	0,381**	0,298***
Rối loạn hành vi ban đêm	34 (42,5%)	12,8 ± 9,5	0,028**	0,247***
Rối loạn ăn uống	14 (17,5%)	11,7 ± 7,8	0,555**	0,211***

* Mann-Whitney

** Kruskal-Wallis test

***Spearman

Bảng 5. Mô hình hồi quy đa biến về đặc điểm biểu hiện rối loạn hành vi tâm lý và gánh nặng chăm sóc

	β	SE	p	95% CI
Điểm số căng thẳng	0,649	0,145	<0,001	[0,360; 0,938]
Điểm số NPI-Q	-0,163	0,249	0,516	[-0,659; 0,334]
Kích động	2,839	2,094	0,179	[-1,333; 7,011]
Giai đoạn bệnh	0,442	0,959	0,646	[-1,468; 2,352]
Giá trị nền	5,226	1,609	0,002	[2,021; 8,430]

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ và đặc điểm BPSD ở người bệnh Alzheimer:

Tỷ lệ người bệnh Alzheimer có ít nhất một biểu hiện rối loạn hành vi và tâm lý (BPSD) trong nghiên cứu của chúng tôi là 91,2%, với số triệu chứng trung bình là $3,7 \pm 2,9$. Kết quả này cho thấy BPSD là một biểu hiện rất phổ biến ở người bệnh Alzheimer và thường xuất hiện đồng thời nhiều triệu chứng trên cùng một người bệnh. Tỷ lệ này phù hợp với y văn cho thấy khoảng 80–90% người bệnh sa sút trí tuệ sẽ xuất hiện ít nhất một triệu chứng BPSD trong quá trình tiến triển bệnh[12-14]. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Kim và cộng sự (2021) và Iravani và cộng sự (2022), trong đó phần lớn người bệnh Alzheimer ghi nhận ít nhất một triệu chứng thần kinh tâm thần khi đánh giá bằng thang điểm NPI[15, 16]. Sự tương đồng này cho thấy BPSD là một đặc điểm lâm sàng phổ quát của bệnh Alzheimer, xuất hiện ở nhiều quốc gia và bối cảnh chăm sóc khác nhau. Tỷ lệ BPSD cao trong nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc thường quy các triệu chứng hành vi và tâm lý bên cạnh đánh giá suy giảm nhận thức, bởi đây là những triệu chứng có ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, làm tăng nhu cầu chăm sóc và là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến gánh nặng cho người chăm sóc cũng như nhập viện hoặc đưa người bệnh vào các cơ sở chăm sóc dài hạn[13-15].

Trong nghiên cứu hiện tại, các triệu chứng

thường gặp nhất là dễ kích thích (68,8%), hoang tưởng (43,8%), rối loạn hành vi ban đêm (42,5%) và thu rút/thờ ơ (40,0%). Kết quả này tương đối tương đồng với nghiên cứu của Huang và cộng sự tại Đài Loan, trong đó dễ kích thích, thờ ơ và các rối loạn hành vi ban đêm là những triệu chứng xuất hiện phổ biến ở người bệnh Alzheimer ở nhiều giai đoạn khác nhau[9]. Tương tự, nghiên cứu của Cho và cộng sự (2021) cũng ghi nhận dễ kích thích, lo âu, thờ ơ và rối loạn giấc ngủ là các biểu hiện thường gặp ở người bệnh sa sút trí tuệ sống tại cộng đồng[17]. Đáng chú ý, nghiên cứu của Pinyopornpanish và cộng sự tại Thái Lan (2021) cho thấy thờ ơ là triệu chứng chiếm ưu thế (74,5%), trong khi dễ kích thích không phải là biểu hiện nổi bật nhất[18]. Nghiên cứu của Iravani và cộng sự ở Iran (2022) có tỷ lệ thờ ơ lên tới 91%. Ngoài ra, trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình và cộng sự (2023) và Nguyễn Ngọc Ánh và cộng sự (2021), tỷ lệ chiếm đa số là rối loạn hành vi ban đêm và kích động[6, 8]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm dân số nghiên cứu và bối cảnh chăm sóc. Đặc biệt, sự khác biệt về văn hóa, nhận thức của người chăm sóc và cách ghi nhận triệu chứng cũng có thể góp phần tạo nên sự khác biệt về tần suất các biểu hiện BPSD giữa các nghiên cứu.

4.2. Các yếu tố liên quan đến BPSD ở người bệnh Alzheimer:

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận giai đoạn bệnh có mối tương quan thuận có ý

nghĩa thống kê với cả sự xuất hiện và số lượng BPSD, đồng thời một số triệu chứng như hoang tưởng, ảo giác, hành vi vận động bất thường và rối loạn hành vi ban đêm gia tăng theo mức độ tiến triển của bệnh. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Huang và cộng sự (2017), trong đó mức độ và tần suất BPSD tăng dần từ giai đoạn nhẹ đến nặng của sa sút trí tuệ, đặc biệt đối với các triệu chứng loạn thần và rối loạn hành vi [9]. Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Ánh và cộng sự tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương ghi nhận gánh nặng chăm sóc tăng theo thời gian mắc bệnh và mức độ sa sút trí tuệ, cho thấy vai trò quan trọng của tiến triển bệnh đối với sự xuất hiện các triệu chứng hành vi và tâm lý [6]. Điều này có thể được giải thích bởi sự lan rộng của quá trình thoái hóa thần kinh từ các vùng liên quan đến trí nhớ sang các mạng lưới điều hòa cảm xúc, hành vi và nhận thức xã hội khi bệnh tiến triển [14].

Một phát hiện quan trọng của nghiên cứu là mối liên quan chặt chẽ giữa BPSD và gánh nặng chăm sóc. Kết quả của chúng tôi cho thấy số lượng triệu chứng, điểm NPI-Q và đặc biệt là mức độ căng thẳng của người chăm sóc đều có tương quan thuận có ý nghĩa với điểm ZBI-12. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình và cộng sự (2023), trong đó các triệu chứng rối loạn tâm thần và hành vi có ảnh hưởng đáng kể đến gánh nặng của người chăm sóc người bệnh Alzheimer [8]. Tương tự, Kim và cộng sự (2021) cho thấy BPSD tác động gián tiếp và trực tiếp đến gánh nặng chăm sóc thông qua việc làm gia tăng căng thẳng tâm lý và khối lượng công việc của người chăm sóc [15]. Iravani và cộng sự (2022) cũng ghi nhận mức độ nặng của các triệu chứng thần kinh tâm thần có tương quan chặt chẽ với gánh nặng chăm sóc, độc lập với mức độ suy giảm nhận thức của người bệnh [16]. Một điểm đáng chú ý trong nghiên cứu của chúng tôi là điểm số căng thẳng của người chăm sóc đối với các biểu hiện BPSD là yếu tố dự báo độc lập mạnh nhất của gánh nặng chăm sóc trong

mô hình hồi quy đa biến. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Pinyopornpanish và cộng sự tại Thái Lan (2021), cho thấy mức độ căng thẳng và các triệu chứng trầm cảm của người chăm sóc dự báo gánh nặng chăm sóc tốt hơn chính các triệu chứng thần kinh tâm thần của người bệnh [18]. Điều này cho thấy tác động của BPSD lên người chăm sóc không chỉ phụ thuộc vào số lượng hoặc mức độ nặng của triệu chứng mà còn phụ thuộc vào cách người chăm sóc cảm nhận, đối phó và thích nghi với các hành vi của người bệnh. Vì vậy, các chương trình can thiệp trong tương lai cần tập trung không chỉ vào kiểm soát BPSD mà còn vào hỗ trợ tâm lý và quản lý căng thẳng cho người chăm sóc nhằm giảm gánh nặng chăm sóc một cách hiệu quả.

Ngược lại, các yếu tố nhân khẩu học của người bệnh và người chăm sóc không liên quan có ý nghĩa với gánh nặng chăm sóc, phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Cho và cộng sự (2021) và Jung và cộng sự (2022), trong đó các đặc điểm nhân khẩu học không phải là yếu tố dự báo quan trọng của BPSD sau khi đã hiệu chỉnh các yếu tố lâm sàng khác [17, 19]. Ngược lại, Wan và cộng sự (2021) ghi nhận tuổi cao hơn, mức độ phụ thuộc chức năng và các yếu tố môi trường chăm sóc có liên quan đến sự xuất hiện BPSD, cho thấy các yếu tố liên quan đến BPSD có thể khác nhau giữa các quần thể nghiên cứu và bối cảnh chăm sóc [12]. Ngoài ra, một số kết quả của chúng tôi chưa hoàn toàn tương đồng với y văn. Cụ thể, triệu chứng lo âu có liên quan với giai đoạn bệnh nhưng không tăng tuyến tính giữa các giai đoạn, trong khi các triệu chứng kích động, trầm cảm, thu rút và rối loạn ăn uống không khác biệt có ý nghĩa thống kê theo mức độ bệnh. Một số nghiên cứu trước đây lại ghi nhận trầm cảm và thờ ơ có xu hướng gia tăng ở các giai đoạn tiến triển hơn của Alzheimer [12, 14, 20]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến cỡ mẫu hạn chế, đặc biệt nhóm bệnh nặng chỉ gồm 2 người bệnh, cũng như khác biệt về văn

hóa, môi trường chăm sóc và cách người chăm sóc nhận diện, báo cáo các triệu chứng BPSD.

5. KẾT LUẬN

BPSD rất phổ biến ở bệnh nhân Alzheimer và có xu hướng gia tăng theo tiến triển của bệnh. Gánh nặng chăm sóc liên quan chặt chẽ với các biểu hiện BPSD, trong đó căng thẳng của người chăm sóc là yếu tố dự báo độc lập quan trọng nhất, vượt trội so với mức độ nặng của bệnh.

Lời cảm ơn: Nhóm nghiên cứu xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến toàn thể bác sĩ, điều dưỡng và kỹ thuật viên Khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện Quân y 175 đã tận tình hỗ trợ trong quá trình triển khai và thu thập số liệu. Sự hỗ trợ quý báu này đã góp phần quan trọng vào việc hoàn thành nghiên cứu.

KIẾN NGHỊ

Cần tầm soát BPSD thường quy ở tất cả bệnh nhân Alzheimer, đồng thời ưu tiên các biện pháp kiểm soát triệu chứng hành vi, đặc biệt là kích động. Bên cạnh đó, việc triển khai

các chương trình hỗ trợ tâm lý và giảm căng thẳng cho người chăm sóc là cần thiết, hướng tới cải thiện hiệu quả chăm sóc và chất lượng cuộc sống cho cả người bệnh và người chăm sóc.

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thiết kế cắt ngang không cho phép xác định mối quan hệ nhân quả. Nghiên cứu được thực hiện trên 80 người bệnh tại một cơ sở chuyên khoa nên mặc dù ghi nhận tỷ lệ BPSD cao (91,2%), kết quả chưa thể đại diện cho toàn bộ người bệnh Alzheimer trong cộng đồng. Số lượng người bệnh ở một số phân nhóm còn ít, đặc biệt nhóm giai đoạn nặng chỉ có 2 trường hợp, có thể ảnh hưởng đến độ ổn định của các ước lượng. Cỡ mẫu tương đối nhỏ so với số lượng biến được đưa vào các mô hình hồi quy đa biến, làm tăng nguy cơ quá khớp và hạn chế khả năng khái quát hóa kết quả. Trong tương lai, cần các nghiên cứu dọc, đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn và đánh giá toàn diện hơn để làm rõ các mối liên quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 2024 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement*, 2024. **20**(5): p. 3708-3821.
2. WHO, *Dementia*. WHO, *Dementia*. Updated March 31st, 2025. Accessed April 25th, 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
3. Tavares, A.I. and C. Freitas, *The Burden of Informal Caregivers of Alzheimer's Patients: An Estimation to Portugal*, in *Evaluation of Health Services*, S. Reddy and A.I. Tavares, Editors. 2019, IntechOpen: London.
4. Cheng, S.T., *Dementia Caregiver Burden: a Research Update and Critical Analysis*. *Curr Psychiatry Rep*, 2017. **19**(9): p. 64.
5. Tsai, C.F., et al., *Predictors of caregiver burden in aged caregivers of demented older patients*. *BMC Geriatr*, 2021. **21**(1): p. 59.
6. Ngọc Ánh, N., & Thị Khánh Hy, Đỗ ., *NGHIÊN CỨU GÁNH NẶNG CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ALZHEIMER TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG NĂM 2020 – 2021*. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 2021. **503**.
7. Queluz, F., et al., *Understanding the needs of caregivers of persons with dementia: A scoping review*. *International Psychogeriatrics*, 2019. **32**: p. 1-18.
8. Nguyễn Thanh Bình, P.N.H., Hoàng Mai Phương, *Ảnh hưởng của rối loạn tâm thần và hành*

vi đến gánh nặng chăm sóc bệnh nhân Alzheimer. Tạp chí Y học Việt Nam, 2023. **531**(1).

9. Si-Sheng Huang, W.-F.W., Yi-Cheng Liao, *Severity and prevalence of behavioral and psychological symptoms among patients of different dementia stages in Taiwan*. Arch Clin Psychiatry, 2017. **44**(4): p. 89-93.

10. Kaufer, D.I., et al., *Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory*. J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 2000. **12**(2): p. 233-9.

11. Bédard, M., et al., *The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version*. Gerontologist, 2001. **41**(5): p. 652-7.

12. Wan, Z., et al., *Modifiable factors associated with behavioural and psychological symptoms of dementia among patients residing at home: The impacts of patient, caregiver and environmental variables*. Geriatr Nurs, 2021. **42**(2): p. 358-365.

13. Ismail, Z., et al., *Recommendations of the 5th Canadian Consensus Conference on the diagnosis and treatment of dementia*. Alzheimers Dement, 2020. **16**(8): p. 1182-1195.

14. Cloak N, S.C., Al Khalili Y, *Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia*. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, Updated 2024 Feb 27.

15. Kim, B., G.O. Noh, and K. Kim, *Behavioural and psychological symptoms of dementia in patients with Alzheimer's disease and family caregiver burden: a path analysis*. BMC Geriatr, 2021. **21**(1): p. 160.

16. Iravani, B., et al., *Neuropsychiatric Symptoms of Alzheimer's Disease and Caregiver Burden*. Front Neurol, 2022. **13**: p. 877143.

17. Cho, E., et al., *Factors Associated With Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Prospective Observational Study Using Actigraphy*. J Med Internet Res, 2021. **23**(10): p. e29001.

18. Pinyopornpanish, M., et al., *Perceived stress and depressive symptoms not neuropsychiatric symptoms predict caregiver burden in Alzheimer's disease: a cross-sectional study*. BMC Geriatr, 2021. **21**(1): p. 180.

19. Jung, G. and J. Lee, *Behavioral and Psychological Symptoms and Associated Factors in Community-Dwelling Persons at the First Time of Dementia Diagnosis*. Int J Environ Res Public Health, 2022. **19**(13).

20. Warren, A., *BPSD reconsidered: diagnostic considerations to preserve personhood in persons with dementia*. Front Dement, 2023. **2**: p. 1272400.