

tình trạng dinh dưỡng cho trẻ để phòng tránh những bất lợi sau này liên quan đến sức khỏe.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung cho thấy một bức tranh về gánh nặng kép của tình trạng dinh dưỡng, bên cạnh tỷ lệ suy dinh dưỡng, là sự gia tăng tỷ lệ thừa cân, béo phì ở lứa tuổi học đường, không những ở vùng thành thị mà ngay cả ở những khu vực vùng sâu, vùng xa. Một phần điều này có thể giải thích do thiếu sự giám sát, quan tâm sát sao khi xa gia đình của các em học sinh nội trú, dẫn đến việc tự chủ trong việc sử dụng thực phẩm, việc cung cấp không đủ nhu cầu năng lượng và các chất dinh dưỡng hay việc tiêu thụ các thức ăn nhanh, thực phẩm giàu năng lượng, hạn chế tập thể dục làm mất cân bằng năng lượng đi vào và tiêu thụ của cơ thể, do vậy phát sinh tình trạng thiếu hoặc thừa dinh dưỡng, dẫn đến suy dinh dưỡng hoặc thừa cân, béo phì.

KẾT LUẬN

- Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi của học sinh dân tộc thiểu số khá cao trong đó suy dinh dưỡng mức độ vừa chiếm 10,1%, mức độ nặng là 1,4%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể gầy còm của học sinh là 3,6%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở học sinh nam (5,8%) cao hơn học sinh nữ (2,2%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Tỷ lệ thừa cân và béo phì có xu hướng gia tăng với tỷ lệ lần lượt là 10,4% và 2,3%. Tỷ lệ thừa cân, béo phì ở học sinh nữ (13,2%) cao hơn học sinh nam (12,1%) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

KHUYẾN NGHỊ

Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi còn ở mức cao, tỷ lệ thừa cân, béo phì có xu hướng gia tăng. Vì vậy, cần tăng cường các giải pháp can thiệp bằng truyền thông và dinh dưỡng hợp lý nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho trẻ em

lứa tuổi học đường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020). Kết quả Tổng điều tra Dinh dưỡng năm 2019-2020. https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbkA5j/content/bo-y-te-cong-bo-ket-qua-tong-ieu-tra-dinh-duong-nam-2019-2020.

2. Nguyễn Thị Thanh Bình, Vũ Văn Đàm, Phan Lê Thu Hằng, Nguyễn Khắc Minh, Phạm Văn Hán (2015). Thực trạng thừa cân, béo phì và một số yếu tố liên quan ở học sinh hai trường trung học cơ sở quận Ngô Quyền, Hải Phòng, năm 2015, Tạp chí Y học dự phòng, tập XXV, số 11 (171), tr.37 - 46.

3. Đỗ Thị Chuyên, Nguyễn Thị Quỳnh Anh, Đỗ Nguyễn Quỳnh Trang, Đỗ Thị Như Trang, Nguyễn Thị Lan Lương, Nguyễn Thị Hồng Hạnh (2021). Tình trạng dinh dưỡng phân loại theo tỉ lệ mỡ cơ thể ở học sinh 11-14 tuổi tại thị xã Từ Sơn, Tỉnh Bắc Ninh năm 2019, Tạp chí Khoa học và Công nghệ Thái Nguyên, 226 (01), tr.20 - 26.

4. Nguyễn Quang Đức, Dương Thị Hương, Phạm Huy Quyển (2021). Thực trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan tới học sinh Trường Trung học Cơ sở Lê Lợi, Hải Phòng năm 2019-2020, Tạp chí Y học dự phòng, tập 31, số 1, tr.72-79.

5. Nguyễn Minh Tú, Phan Thị Kim Nhung, Trần Thị Hoa, Nguyễn Thanh Nga, Trần Bình Thắng (2017). Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan tại hai trường trung học cơ sở thành phố Huế năm 2017, Tạp chí Y Dược học, tập 8 (05), tr.42 - 47.

6. Nguyễn Song Tú, Nguyễn Hồng Trường, Hoàng Văn Phương, Lê Đức Trung (2018). Suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ vị thành niên 11 - 14 tuổi tại 5 trường phổ thông dân tộc bán trú huyện Văn Chấn, Yên Bái năm 2017, Tạp chí Y tế Công cộng, số 46, tr.53 - 61.

ĐẶC ĐIỂM TRIỆU CHỨNG TÂM LÝ HÀNH VI Ở BỆNH NHÂN ALZHEIMER

NGUYỄN ĐÌNH NAM, TRẦN THỊ HÀ AN
Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Các triệu chứng tâm lý hành vi (BPSD) là nguyên nhân chủ yếu khiến bệnh nhân Alzheimer nhập viện. Việc đánh giá lâm sàng các BPSD giúp tiên lượng và hỗ trợ điều trị.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Đình Nam
Email: dingnam0508@gmail.com
Ngày nhận: 22/6/2021
Ngày phản biện: 14/7/2021
Ngày duyệt bài: 26/7/2021

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm triệu chứng tâm lý hành vi trên bệnh nhân Alzheimer điều trị nội trú.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 38 bệnh nhân được chẩn đoán Alzheimer có BPSD, điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia và Khoa Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 10/2019 đến tháng 07/2020, có sử dụng thang điểm đánh giá tâm thần tối thiểu (MMSE) và thang điểm đánh giá triệu chứng tâm thần kinh (NPI). Kết quả: Chiếm tỉ lệ lớn trong các BPSD là các triệu chứng hoang tưởng (65,8%), theo sau đó là bàng quan, thờ ơ (55,3%), kích động, gáy hấn (50%). Ảo giác (7,9%) và khoái cảm (10,5%) là 2 triệu chứng ít gặp nhất trong nhóm.

Kết luận: Các BPSD ở bệnh nhân Alzheimer có tỉ lệ và đặc điểm lâm sàng riêng cần lưu ý chẩn đoán và điều trị cụ thể.

Từ khóa: Triệu chứng tâm lý hành vi, bệnh Alzheimer.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS IN PATIENT WITH ALZHEIMER DISEASE

Behavioral and psychological symptoms (BPSD) are the leading cause of hospitalization in Alzheimer's patients. The clinical evaluation of BPSD helps in prognosis, and support treatment.

Objectives: Describe behavioral and psychological symptoms in inpatient with Alzheimer's.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 38 patients diagnosed with Alzheimer's with BPSD, treated at the National Institute of Mental Health and the Department of Mental Health, National Geriatric Hospital from October 2019 to July 2020. The Minimum Psychiatric Assessment Scale (MMSE) and the Neuropsychiatric Symptom Rating Questionnaire (NPI - Q) were used. Results: A large proportion of BPSDs are delusion (65.8), apathy (55.3%), agitation, aggression (50%). Hallucinations (7.9%) and euphoria (10.5%) were the two least common symptoms.

Conclusion: The BPSD in Alzheimer's patients have their own rates and clinical characteristics that ask for diagnosis and treatment.

Keywords: Behavioral and psychological symptoms, Alzheimer's disease.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Alzheimer, là một vấn đề sức khỏe cộng đồng đang gia tăng do sự già hóa dân số, một trong những vấn đề y tế gây tốn kém và đau khổ nhất cho bệnh nhân và người chăm sóc. Năm 2017 có 5,2 triệu người Mỹ mắc bệnh Alzheimer, con số đó dự kiến tăng lên 13,8 triệu vào năm

2050. Bệnh Alzheimer hiện đang đứng thứ sáu trong số các nguyên nhân gây tử vong ở Mỹ và tiêu tốn chi phí y tế hơn 236 tỷ đô la hàng năm [1].

Đặc điểm của bệnh Alzheimer là các biểu hiện về suy giảm chức năng nhận thức và rối loạn hành vi. Các triệu chứng về suy giảm nhận thức là đặc trưng cơ bản của bệnh Alzheimer, nhưng những triệu chứng tâm lý và hành vi lại là vấn đề chính khiến bệnh nhân nhập viện và là gánh nặng lớn cho bản thân bệnh nhân và gia đình. Các triệu chứng tâm lý và hành vi có mặt trong hơn 90% bệnh nhân Alzheimer [2]. Các triệu chứng tâm lý và hành vi gây nhiều khó khăn cho quá trình chăm sóc và làm trầm trọng thêm tình trạng đau khổ của người chăm sóc. Tuy nhiên, can thiệp y tế đầy đủ có thể cải thiện các triệu chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống cho cả bệnh nhân và người chăm sóc.

Vì vậy, điều rất quan trọng là phát triển một chiến lược hiệu quả cho sự can thiệp sớm của các triệu chứng của BPSD trong bệnh Alzheimer để có thể góp phần giữ cho cuộc sống lâu dài của bệnh nhân và người chăm sóc khỏi một gánh nặng không mong muốn [3].

Phát hiện và hiểu rõ hơn về các triệu chứng về suy giảm nhận thức và triệu chứng tâm lý hành vi là cơ sở cho điều trị và quản lý bệnh nhân Alzheimer. Ở Việt Nam, cho tới nay đã có một số công trình nghiên cứu về Alzheimer và các đặc điểm của loạn thần, các triệu chứng suy giảm nhận thức, tuy vậy các triệu chứng tâm lý và hành vi ở bệnh nhân Alzheimer vẫn ít được quan tâm tìm hiểu đầy đủ. Đặc biệt trong những năm gần đây, trong khi nghiên cứu về Alzheimer đang là vấn đề rất được quan tâm trên thế giới, các nghiên cứu của Việt Nam về Alzheimer nói chung và các triệu chứng tâm lý và hành vi ở bệnh nhân Alzheimer nói riêng vẫn không có nhiều. Chính vì những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đặc điểm triệu chứng tâm lý hành vi ở bệnh nhân Alzheimer" với mục tiêu sau mô tả đặc điểm triệu chứng tâm lý hành vi trên bệnh nhân Alzheimer điều trị nội trú.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

Tất cả bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán xác định là Alzheimer theo ICD-10 [4] có triệu chứng tâm lý và hành vi trong giai đoạn nghiên cứu điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần bệnh viện Bạch Mai và Khoa Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Lão khoa Trung ương.

2. Phương pháp

Mô tả cắt ngang, lấy mẫu thuận tiện.

Công cụ nghiên cứu

Sử dụng bảng câu hỏi NPI (Đánh giá trạng thái tâm thần kinh - Neuropsychiatric Inventory) đánh giá các triệu chứng tâm lý hành vi trên bệnh nhân.

Sử dụng thang đánh giá tâm thần tối thiểu MMSE đánh giá mức độ suy giảm nhận thức trên bệnh nhân.

Sử dụng thang PHQ - 9 (Patient Health Questionnaire - 9) đánh giá mức độ trầm cảm trên đối tượng người chăm sóc chính.

Các yếu tố nhân khẩu học, tiền sử bệnh và tình trạng bệnh nhân được khai thác theo mẫu bệnh án được thiết kế.

Phương pháp thu thập thông tin

Người chăm sóc và bệnh nhân được phỏng vấn và khám bởi nghiên cứu viên là bác sĩ chuyên khoa Tâm thần theo bệnh án mẫu. Thời gian thu thập từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 7 năm 2020.

3. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý trên phần mềm thống kê SPSS 20.0.

4. Đạo đức nghiên cứu

Chúng tôi thông báo mục đích nghiên cứu với gia đình bệnh nhân và chỉ đưa vào danh sách nghiên cứu khi được sự đồng ý của họ. Tất cả các thông tin cá nhân và bệnh tật được giữ bí mật. Nghiên cứu không can thiệp vào quá trình điều trị của bệnh nhân.

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm nhân khẩu học

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân

Tuổi	Trung bình	76,13 ± 8,39
	Biên độ	55 – 95
Giới	Nam	16 (41,2%)
	Nữ	22 (57,9%)
Học vấn	Không đi học	0
	Cấp 1	13 (34,2%)
	Cấp 2	10 (26,3%)
	Cấp 3	12 (31,6%)
	Đại học và sau đại học	3 (7,9%)
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	0
	Lập gia đình	38 (100%)
Tình trạng sống	Độc thân	1 (2,6%)
	Cùng vợ / chồng	14 (36,8%)
	Cùng con cháu	23 (60,5%)
Nghề nghiệp	Chân tay	14 (36,8%)
	Trí óc	24 (63,2%)
Nơi sinh sống	Nông thôn	19 (50%)
	Thành thị	19 (50%)
	Vùng núi	0

Tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế hơn nam giới (57,9% so với 41,2%), với độ tuổi trung bình là

76,13 tuổi, đại đa số đã lập gia đình (100%) và đang sống cùng con cháu (60,5%).

2. Đặc điểm lâm sàng chung bệnh Alzheimer

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng chung bệnh Alzheimer

Tuổi khởi phát	Khởi phát sớm	7 (18,4%)
	Khởi phát muộn	31 (81,6%)
Số năm diễn biến bệnh	Trung bình	2,24 ± 2,88
	Biên độ	0,5 - 15
Lí do nhập viện	Suy giảm nhận thức	7 (18,4%)
	BPSD	31 (81,6%)
Vong ngôn		31 (81,6%)
Vong tri		36 (94,7%)
Vong hành		38 (100%)
Rối loạn điều hành hoạt động		38 (100%)
MMSE	Suy giảm nhẹ	17 (44,7%)
	Suy giảm trung bình	16 (42,1%)
	Suy giảm nặng	5 (13,2%)

Tỉ lệ bệnh nhân Alzheimer khởi phát muộn chiếm đa số (81,6%), trong đó số năm diễn biến bệnh trung bình là 2,24 năm. Bệnh nhân nhập viện chủ yếu bởi các triệu chứng thuộc nhóm tâm lý hành vi (81,6%) so với nhóm triệu chứng suy giảm nhận thức (18,4%). Trong số các bệnh nhân, chủ yếu là nhóm suy giảm nhận thức nhẹ và trung bình với tỉ lệ tương đương.

3. Đặc điểm triệu chứng tâm lý hành vi

Bảng 3. Tổng điểm tâm lý hành vi đánh giá trên bộ câu hỏi NPI

Tổng điểm BPSD	Dải phân bố	Trung bình	
		Mức độ nặng	1,00 - 18,00
	Mức độ ảnh hưởng	3,00 - 50,00	15,05 ± 9,12

Nhận xét: Tổng điểm BPSD đánh giá trên bộ câu hỏi NPI cho kết quả trung bình là 22,55 ± 12,50 trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

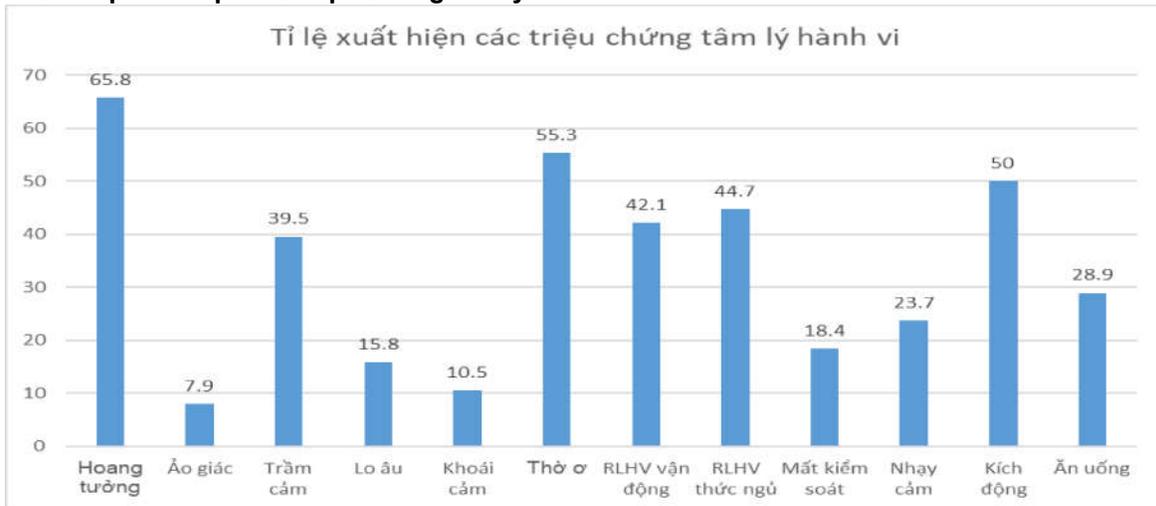
4. Mối tương quan giữa tổng điểm NPI và điểm PHQ - 9 của người chăm sóc

Bảng 4. Tương quan giữa tổng điểm NPI và điểm PHQ - 9 của người chăm sóc

Điểm PHQ - 9	Mức độ nặng	Mức độ ảnh hưởng
Không có trầm cảm	6,93 ± 4,13	12,47 ± 11,38
Có nguy cơ trầm cảm	8,23 ± 2,86	13,62 ± 5,14
Trầm cảm nhẹ	10,75 ± 4,23	21,13 ± 8,34
Trầm cảm vừa	13,00 ± 2,82	19,50 ± 0,71
Trầm cảm nặng	Không có	Không có
Pearson (r)	0,486	0,339
Significant	0,002 (<0,01)	0,037 (< 0,05)

Nhận xét: Mức độ trầm cảm của người chăm sóc (đánh giá trên thang PHQ - 9) tỉ lệ thuận với mức độ nặng và mức độ ảnh hưởng (đánh giá trên bộ câu hỏi NPI).

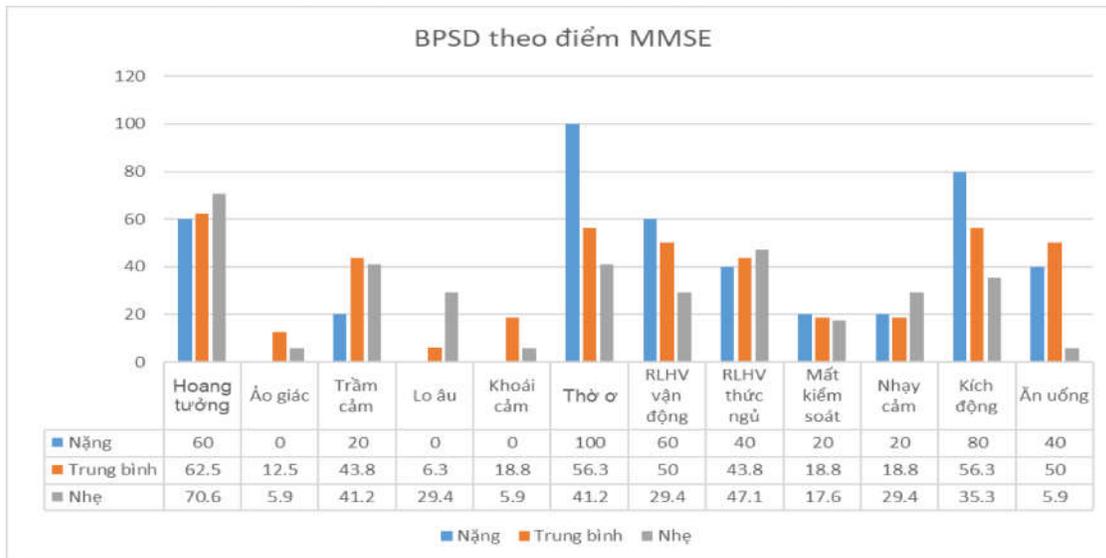
5. Tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng tâm lý hành vi



Biểu đồ 1. Tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng tâm lý hành vi

Nhận xét: Chiếm tỷ lệ lớn trong các triệu chứng tâm lý hành vi là hoang tưởng (65,8%), theo sau đó là thờ ơ (55,3%) và kích động, gây hấn (50%). Ảo giác (7,9%) và khoái cảm (10,5%) là 2 triệu chứng ít gặp nhất trong nhóm.

Phân hóa các triệu chứng tâm lý hành vi theo mức độ suy giảm nhận thức



Biểu đồ 2. Phân hóa các triệu chứng tâm lý hành vi theo mức độ suy giảm nhận thức

Nhận xét: Trong nhóm suy giảm nhận thức nặng, triệu chứng xuất hiện nhiều nhất là thờ ơ, vô cảm và kích động. Ảo giác, khoái cảm và lo âu không xuất hiện.

Trong nhóm suy giảm nhận thức trung bình, các triệu chứng hoang tưởng, rối loạn hành vi vận động và kích động chiếm tỷ lệ cao.

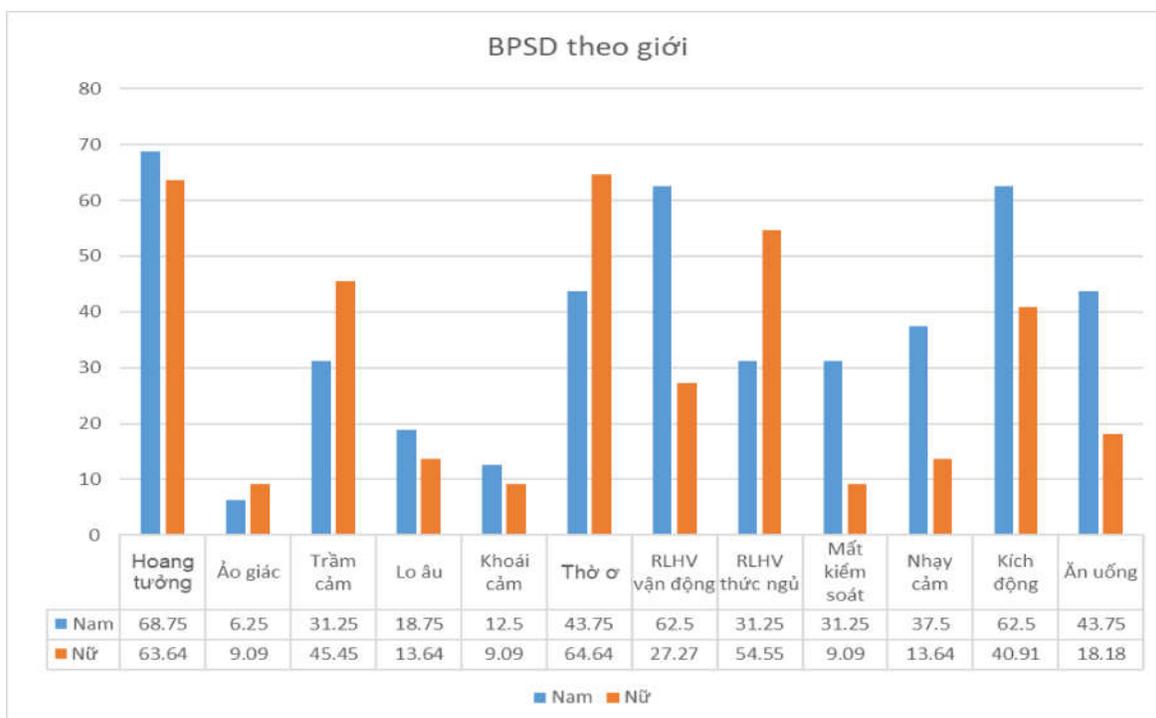
Trong nhóm suy giảm nhận thức nhẹ, các triệu chứng hoang tưởng, rối loạn hành vi thức ngủ và trầm cảm chiếm ưu thế.

6. Sự xuất hiện các triệu chứng tâm lý hành vi theo giới

Bảng 5. Điểm triệu chứng tâm lý hành vi theo giới:

	Mức độ nặng	Mức độ ảnh hưởng
Nam	9,81 ± 4,13	18,06 ± 10,13
Nữ	7,54 ± 3,69	12,86 ± 7,74

Nhận xét: Điểm BPSD khai thác trên bộ câu hỏi NPI cho thấy giá trị cao hơn rõ rệt về cả mức độ nặng và mức độ ảnh hưởng của giới nam so với giới nữ.



Biểu đồ 3. Phân hóa sự xuất hiện các triệu chứng tâm lý hành vi theo giới

Nhận xét: Ở các bệnh nhân nam, ưu thế hơn giới nữ rõ rệt ở các triệu chứng kích động, nhảy cảm, mất kiểm soát, rối loạn hành vi vận động. Trong khi đó, ở nữ giới, ưu thế hơn ở các triệu chứng thờ ơ, vô cảm, rối loạn hành vi thức ngủ và trầm cảm.

BÀN LUẬN

Các đặc điểm về nhân khẩu học như tuổi, giới, hoàn cảnh sống, tình trạng học vấn tương đồng với nhiều nghiên cứu trên bệnh nhân Alzheimer tại Việt Nam [5,6]. Bệnh nhân vào viện chủ yếu với lý do thuộc nhóm các triệu chứng tâm lý hành vi (81,6%). Nghiên cứu cũng cho thấy có sự tương đồng về đặc điểm các triệu chứng suy giảm nhận thức như vong ngôn, vong tri, vong hành, cũng như tỉ lệ phân bố mức độ suy giảm nhận thức theo thang điểm MMSE với nghiên cứu của Trần Văn Ngọc (2018) [7].

Đúng như dự đoán, mức độ nặng, mức độ ảnh hưởng của các triệu chứng tâm lý hành vi biểu hiện qua tổng điểm của bộ câu hỏi NPI tỉ lệ thuận với mức độ trầm cảm trên người chăm sóc chính. Điều này được giải thích bằng hai khía cạnh: một là triệu chứng tâm lý hành vi là một yếu tố gây căng thẳng với người chăm sóc, hai là những người nhà có mức độ trầm cảm cao hơn có xu hướng khai báo mức độ trầm trọng của triệu chứng cao hơn.

Điểm triệu chứng tâm lý hành vi khai thác trên bộ câu hỏi NPI cho thấy giá trị cao hơn rõ rệt về cả mức độ nặng và mức độ ảnh hưởng của giới nam so với giới nữ, điều này phù hợp với nghiên cứu của Jeyee Lee (2016) [8].

So sánh với nghiên cứu trước về các triệu chứng loạn thần trên bệnh nhân Alzheimer điều trị nội trú, tỉ lệ xuất hiện triệu chứng hoang tưởng là 65,8% là tương đồng, tuy nhiên tỉ lệ xuất hiện triệu chứng ảo giác là 7,9%, thấp hơn đáng kể so với kết quả nghiên cứu trước của Trịnh Thị Vân Anh (2018) [9].

Xét về các triệu chứng về cảm xúc, hành vi, nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt đáng kể, cụ thể là điểm NPI cao hơn nhiều so với các nghiên cứu về triệu chứng tâm lý hành vi trên bệnh nhân Alzheimer điều trị tại cộng đồng và nhà lưu trú theo phân tích tổng hợp của Zhao (2015) [10]. Kết quả này được giải thích bởi đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân điều trị nội trú, thêm với xu hướng gia đình giữ bệnh nhân tại nhà đến khi tình trạng bệnh tiến triển nặng mới đưa bệnh nhân nhập viện.

So sánh các triệu chứng tâm lý hành vi phân bố theo mức độ suy giảm nhận thức, cũng có sự phân hóa rõ rệt tỉ lệ xuất hiện các triệu chứng tâm lý hành vi. Các triệu chứng hoang tưởng, trầm cảm, mất ức chế, rối loạn hành vi vận động

xuất hiện chủ yếu ở giai đoạn suy giảm nhận thức nhẹ và trung bình, trong khi các bệnh nhân suy giảm nhận thức nặng có xu hướng xuất hiện nhiều hơn các triệu chứng kích động, thờ ơ.

KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu đã cho thấy đặc điểm các triệu chứng tâm lý hành vi trên đối tượng bệnh nhân Alzheimer điều trị nội trú, cũng như phân tích sự phân bố các triệu chứng tâm lý hành vi theo giới, theo mức độ suy giảm nhận thức.

Một số kiến nghị của nhóm nghiên cứu: cần có thêm nhiều nghiên cứu để làm rõ đặc điểm của từng triệu chứng trong nhóm triệu chứng tâm lý hành vi. Người chăm sóc bệnh nhân Alzheimer cũng cần được tư vấn về chăm sóc, cũng như được chăm sóc nhiều hơn về sức khỏe tâm thần trong quá trình chăm sóc bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. L. B. Gerlach and H. C. Kales, "Managing Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia," *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 41, no. 1, pp. 127-139, Mar. 2018.
2. Shimabukuro (2005). "Behavioral and psychological symptoms of dementia characteristic of mild Alzheimer patients
3. Alzheimer's Association (2019) "Alzheimer's Facts and Figures Report."

4. W.H.O (1992), *Bảng phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ 10*, Geneva.

5. Nguyễn Kim Việt: Bộ Y tế, 2009. Đặc điểm lâm sàng vong ngôn, vong tri, vong hành trên bệnh nhân Alzheimer. *Nghiên cứu Y học (phụ trương)*. Vol 3,62, p151 - 156.

6. Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Trọng Hưng, Phạm Thắng (2016). Gánh nặng chăm sóc bệnh nhân Alzheimer giai đoạn cuối và các yếu tố liên quan: *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, Vol 100, số 2, p148-156

7. Trần Văn Ngọc, Phạm Thắng, Vũ Đăng Lưu. Bước đầu đánh giá đặc điểm các chuỗi xung: khuếch tán, phổ, tưới máu trên bệnh nhân Alzheimer điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão Khoa Trung ương, *Tạp chí Nghiên cứu Y học* 114 (5) – 2018.

8. Jeeye Lee, Kang Joon Lee, Hyun Kim (2017). Gender differences in behavioral and psychological symptoms of patients with Alzheimer's disease, *Asian Journal of Psychiatry* 26, p124 - 128.

9. Trịnh Thị Vân Anh; Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Doãn Phương (2018). Đặc điểm triệu chứng loạn thần ở bệnh nhân Alzheimer: Thạc sĩ Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội.

10. Qing-Fei Zhao (2015). The Prevalence of Neuropsychiatric Symptoms in Alzheimer's Disease: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 190, p264 - 271.

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN VẤN ĐỀ TAI NẠN THƯƠNG TÍCH KHÔNG TỬ VONG Ở TRẺ NHỎ TỪ 0 ĐẾN 5 TUỔI TẠI THÀNH PHỐ CHÍ LINH TỈNH HẢI DƯƠNG NĂM 2020

NGUYỄN NGỌC THẠCH¹, VŨ THỊ KIM HOA²,
BÙI THỊ HƯƠNG QUỲNH³, TRẦN THỊ NGÂN⁴,
ĐỖ TÙNG DƯƠNG⁴, NGUYỄN THÀNH LONG⁴, PHẠM VIỆT CƯỜNG⁴

¹Tổ chức Cứu trợ Trẻ em tại Việt Nam
²Cục Trẻ em, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội
³Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên
⁴Trường Đại học Y tế Công cộng

TÓM TẮT

Nghiên cứu về tình hình tai nạn thương tích không tử vong ở nhóm trẻ từ 0 đến 5 tuổi sinh sống tại thành phố Chí Linh, tỉnh Hải Dương trong năm 2020 với hai mục tiêu cụ thể gồm:

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Ngọc Thạch
Email: nguyennngoc.thach@savethechildren.org
Ngày nhận: 18/6/2021
Ngày phản biện: 23/7/2021
Ngày duyệt bài: 03/8/2021

(1) Mô tả thực trạng TNTT không tử vong, mức độ chấn thương và một số đặc điểm thương tích trong nhóm đối tượng trẻ từ 0 đến 5 tuổi tại thành phố Chí Linh tỉnh Hải Dương năm 2020.

(2) Xác định một số yếu tố liên quan đến thực trạng mắc TNTT trong nhóm đối tượng.

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên cỡ mẫu 3.403 trẻ từ 0 đến 5 tuổi. Tỷ suất tai nạn thương tích (TNTT) không tử vong ở trẻ em độ tuổi từ 0 đến 5 tuổi là 1.498/100.000 trẻ. Ba