

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN NHẬN THỨC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT THỂ PARANOID ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Hoàng Thị Mai Hồng¹ và Dương Minh Tâm^{1,2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia

Nghiên cứu với mục tiêu mô tả thực trạng rối loạn nhận thức và một số yếu tố liên quan ở người bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2024 đến tháng 3/2025. Nghiên cứu được thực hiện trên 91 người bệnh, được thu thập dựa trên phỏng vấn người bệnh, sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế cho nghiên cứu. Kết quả thu được: Tỷ lệ rối loạn nhận thức trong nghiên cứu là 79,1% (95% CI: 69,3% - 86,9%). Các yếu tố liên quan đến rối loạn nhận thức bao gồm: thời gian mắc bệnh (OR = 3,83; 95% CI: 1,30 - 11,29, $p < 0,05$), số lần tái phát bệnh (OR = 5,60; 95% CI: 1,80 - 17,38; $p < 0,05$), triệu chứng âm tính (OR = 4,52; 95% CI: 0,97 - 21,16; $p < 0,05$) và ngôn ngữ vô tổ chức (OR = 5,73; 95% CI: 1,23 - 26,71; $p < 0,05$). Nghiên cứu cho thấy rằng người bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid điều trị nội trú có tỷ lệ rối loạn nhận thức rất cao nhấn mạnh sự cần thiết của việc sàng lọc, chẩn đoán và điều trị rối loạn nhận thức trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: Tâm thần phân liệt thể paranoid, rối loạn nhận thức.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tâm thần phân liệt là một bệnh loạn thần nặng, khuynh hướng tiến triển mạn tính và hay tái phát. Trong đó tâm thần phân liệt thể paranoid hay gặp nhất, thường nổi bật với triệu chứng chứng hoang tưởng, ảo giác. Tỷ lệ mắc bệnh tâm thần phân liệt chuẩn hóa theo độ tuổi toàn cầu ước tính là 0,28%, không có sự khác biệt nhiều giữa các quần thể.¹ Tuy tâm thần phân liệt chiếm tỷ lệ thấp nhưng gây ra nhiều gánh nặng bệnh tật, đứng thứ 12 về gánh nặng bệnh tật toàn cầu năm 2016.¹ Triệu chứng bệnh đa dạng, phong phú thay đổi theo thời gian, trong đó các khiếm khuyết nhận thức ngày càng được quan tâm, là triệu chứng chính và cốt lõi, có thể có từ giai đoạn tiền bệnh.^{2,3} Rối

loạn nhận thức liên quan đến việc tuân thủ điều trị và quyết định mạnh mẽ kết quả của bệnh, cũng như là một trong những nguyên nhân chính gây ra tình trạng khuyết tật của người bệnh ảnh hưởng đến chức năng xã hội, nghề nghiệp hàng ngày, tính tự chủ và độc lập.⁴

Hiện nay, ở trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Nghiên cứu đo lường và điều trị để cải thiện nhận thức trong bệnh tâm thần phân liệt (MATRICS, 2004) xác định bảy lĩnh vực nhận thức chính trong bệnh tâm thần phân liệt gồm tốc độ xử lý, chú ý/ tập trung, trí nhớ làm việc, học tập bằng lời nói và trí nhớ, học tập và trí nhớ trực quan, lập luận và giải quyết vấn đề, nhận thức xã hội.⁵ Tỷ lệ rối loạn nhận thức ở nhóm đối tượng này khác biệt tùy nghiên cứu và kết quả từ các nghiên cứu chưa nhất quán về nhóm yếu tố liên quan ảnh hưởng đến chức năng nhận thức. Bên cạnh đó, đã có nhiều nghiên cứu điều trị rối loạn

Tác giả liên hệ: Dương Minh Tâm

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: duongminhtam@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 14/07/2025

Ngày được chấp nhận: 27/07/2025

nhận thức ở bệnh tâm thần phân liệt tuy nhiên kết quả trên lâm sàng còn hạn chế. Một trong những nguyên nhân có thể do suy giảm nhận thức dù phổ biến và được quan tâm nghiên cứu rộng rãi nhưng không được đánh giá đầy đủ và nhất quán trên lâm sàng, thường bị bỏ qua trong quá trình điều trị bệnh, đặc biệt trong những đợt bệnh không ổn định cần nhập viện. Do đó, việc đánh giá mô hình rối loạn nhận thức ở bệnh tâm thần phân liệt trong môi trường nội trú là cần thiết để nâng cao kết quả điều trị bệnh, đặc biệt ở thể bệnh hay gặp nhất là thể paranoid. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về vấn đề này còn nhiều hạn chế. Vì vậy, để tìm hiểu toàn diện hơn về vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả thực trạng rối loạn nhận thức và một số yếu tố liên quan ở người bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid điều trị nội trú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh được bác sĩ tâm thần chẩn đoán tâm thần phân liệt thể paranoid theo tiêu chuẩn ICD-10.

- Điều trị nội trú tại Viện sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh và người đại diện không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Người bệnh có kèm theo được chẩn đoán các bệnh lý gây rối loạn nhận thức khác.

- Người bệnh không biết chữ, khiếm thính hoặc khiếm thị.

- Người bệnh được điều trị sốc điện trong vòng một năm trước khi nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Viện sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2024 đến tháng 3/2025.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức “Ước tính một tỷ lệ trong quần thể”.

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p \cdot (1 - p)}{\Delta^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu.

p: tỷ lệ người bệnh tâm thần phân liệt có rối loạn nhận thức theo nghiên cứu của Henrich là 70%, lấy $p = 0,7$.⁶

α : mức ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu = 0,05 với độ tin cậy 95%.

$Z_{1-\alpha/2}$ là hệ số tin cậy = 1,96.

Δ : khoảng sai lệch mong muốn giữa mẫu và quần thể = 0,1.

Áp dụng công thức tính được $n = 81$ Cỡ mẫu tối thiểu là 81 người bệnh, trong thực tế chúng tôi có 91 người bệnh trong nghiên cứu. Cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu, tiêu chuẩn loại trừ đến khi ít nhất đủ mẫu tối thiểu.

Các biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của người bệnh: tuổi, giới tính, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân.

Đặc điểm liên quan đến tâm thần phân liệt thể paranoid bao gồm thời gian mắc bệnh, tuổi khởi phát, số lần tái phát bệnh, số lần nhập viện điều trị trước đó, các triệu chứng bệnh tại thời điểm đánh giá.

Rối loạn nhận thức là kết cục chính của nghiên cứu và được đánh giá trên lâm sàng bằng 6 lĩnh vực nhận thức theo hướng dẫn của DSM 5 và đồng thời được đo lường bằng thang MoCA. Người bệnh được chẩn đoán rối loạn nhận thức dựa trên tiêu chuẩn của DSM 5.

Bảng 1. Áp dụng chẩn đoán rối loạn nhận thức nhẹ và nặng theo tiêu chuẩn DSM 5 trong nghiên cứu

Tiêu chuẩn DSM 5	RLNT nặng	RLNT nhẹ
A. Có bằng chứng của suy giảm nhận thức so với trước đó trong một hoặc nhiều lĩnh vực nhận thức.		
A1. Suy giảm nhận thức chủ quan	Bản thân người bệnh/ người cung cấp thông tin có hiểu biết báo cáo	Bản thân người bệnh/ người cung cấp thông tin có hiểu biết báo cáo
A2. Suy giảm nhận thức khách quan	Đánh giá lâm sàng nhận thấy có sự suy giảm đáng kể chức năng trong một hoặc nhiều lĩnh vực nhận thức, điểm MoCA < 26 và Z-score MoCA $\leq -2,5^*$	Đánh giá lâm sàng nhận thấy có sự suy giảm vừa phải chức năng trong một hoặc nhiều lĩnh vực nhận thức, điểm MoCA < 26 và $-2,5 < Z\text{-score} < -1^*$
B. Suy giảm chức năng trong các hoạt động hàng ngày (hoạt động sống hàng ngày mang tính công cụ - IADL** và hoạt động sinh hoạt hàng ngày - ADL***).	Người bệnh có bất kỳ khó khăn nào trong ADL hoặc bất kỳ mất mát IADL nghiêm trọng nào.	Người bệnh không cần hỗ trợ với bất kỳ ADL nào và không/ có một số mất mát tối thiểu trong IADL. Hoặc Các báo cáo của người cung cấp thông tin không nhất quán về sự suy giảm ADL so với IADL.
C. Sự suy giảm nhận thức này không xảy ra trong bệnh cảnh của mê sảng.		
D. Sự suy giảm nhận thức này không do các rối loạn tâm thần khác (như trầm cảm nặng, rối loạn cảm xúc lưỡng cực).		

* Z-score = (Điểm MoCA đã hiệu chỉnh - Điểm MoCA trung bình của nhóm nhân khẩu học)/ Độ lệch chuẩn của nhóm nhân khẩu học. Số liệu nhóm nhân khẩu học dựa trên dữ liệu chuẩn nhóm người Hoa⁷

** IADL được đánh giá qua các hoạt động: chuẩn bị một bữa ăn nóng, mua sắm hàng tạp hóa, thực hiện cuộc gọi điện thoại, uống thuốc, quản lý tiền như thanh toán hóa đơn và theo dõi chi phí

*** ADL được đánh giá qua các hoạt động: đi ngang qua một căn phòng, mặc quần áo,

tắm, ăn uống, lên hoặc xuống giường, sử dụng nhà vệ sinh

Công cụ thu thập số liệu và phương pháp thu thập thông tin

Phòng vấn trực tiếp người bệnh bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn, phù hợp với mục tiêu của nghiên cứu và được đánh giá test tâm lý MoCA.

Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Lựa chọn đối tượng nghiên cứu thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ đưa vào nghiên cứu.

Bước 2: Đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn theo bộ câu hỏi nghiên cứu, thăm khám đánh giá các lĩnh vực nhận thức, test MoCA và được chẩn đoán rối loạn nhận thức nếu đáp ứng thuật toán được áp dụng theo tiêu chuẩn DSM 5 (Bảng 1).

Bước 3: Hoàn thành hồ sơ nghiên cứu và nhập, xử lý số liệu.

Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được nhập bằng Kobotoolbox và được phân tích bằng phần mềm SPSS. Các kết quả biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, các biến định tính được trình bày dưới dạng số lượng và tỷ lệ %. Kiểm định giả thuyết theo các test Chi square, Fisher.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu phải được sự đồng ý của người bệnh và người nhà, đối tượng có thể rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không có bất cứ trở ngại và tác hại nào. Đây là nghiên cứu mô tả, không can thiệp vào các phương pháp điều

trị của bác sĩ. Các thông tin được bảo mật.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 8/2024 đến tháng 3/2025 nghiên cứu thu thập được 91 người bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid phù hợp tiêu chuẩn, với độ tuổi trung bình là 34 ± 10 trong đó thấp nhất là 16 tuổi và cao nhất là 58 tuổi, tỷ lệ nam và nữ gần bằng nhau; đa phần đã tốt nghiệp trung học phổ thông (70,3%). Nhóm tuổi khởi phát nhiều nhất là 18 - 40 tuổi (78%). Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $6,96 \pm 6,82$, trong đó thời gian mắc bệnh > 3 năm chiếm tỷ lệ lớn hơn (57,1%); số lần nhập viện từ 3 lần trở xuống và số lần tái phát trên 2 lần chiếm tỷ lệ cao hơn, lần lượt là 78% và 58,2%. Triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu gồm hoang tưởng (49,5%), ảo giác (46,2%), ngôn ngữ vô tổ chức (34,1%), hành vi vô tổ chức (11,0%) và triệu chứng âm tính (29,7%). Tỷ lệ người bệnh điều trị hóa dược kết hợp các phương pháp khác chiếm 52,7%. (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 91)

Đặc điểm	Kết quả
Giới, n (%)	
Nam	45 (49,5%)
Nữ	46 (50,5%)
Tuổi (năm), $X \pm SD$	34 ± 10
Trình độ học vấn, n (%)	
Trung học cơ sở trở xuống	27 (29,7%)
Trung học phổ thông trở lên	64 (70,3%)
Tình trạng hôn nhân, n (%)	
Độc thân/ ly hôn/ Góa	64 (70,3%)
Đã kết hôn	27 (29,7%)

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian mắc bệnh (năm), $X \pm SD$	$6,96 \pm 6,82$
> 3 năm, n (%)	52 (57,1%)
≤ 3 năm, n (%)	39 (42,9%)
Tuổi khởi phát bệnh (năm), $X \pm SD$	$26,81 \pm 8,95$
< 18 tuổi, n (%)	13 (14,3%)
18 - 40, n (%)	71 (78,0%)
> 40 tuổi, n (%)	7 (7,7%)
Số lần tái phát bệnh, $X \pm SD$	$3,87 \pm 3,65$
≤ 2 lần, n (%)	38 (41,8%)
> 2 lần, n (%)	53 (58,2%)
Số lần nhập viện điều trị, $X \pm SD$	$2,67 \pm 2,27$
≤ 3 lần, n (%)	71 (78%)
> 3 lần, n (%)	20 (22%)
Triệu chứng bệnh, n (%)	
Hoang tưởng	45 (49,5%)
Ảo giác	42 (46,2%)
Ngôn ngữ vô tổ chức	31 (34,1%)
Hành vi vô tổ chức	10 (11,0%)
Triệu chứng âm tính	27 (29,7%)
Phương pháp đang điều trị, n (%)	
Hóa dược	43 (47,3%)
Hóa dược + TMS	10 (11,0%)
Hóa dược + Tâm lý	26 (28,6%)
Hóa dược + Tâm lý + TMS	12 (13,2%)

Các lĩnh vực nhận thức bất thường phổ biến nhất lần lượt là suy giảm phức hợp chú ý (90,1%), suy giảm trí nhớ (86,8%) và suy giảm chức năng điều hành (80,2%). Trong đó, tốc độ xử lý bị suy giảm nhiều nhất trong lĩnh

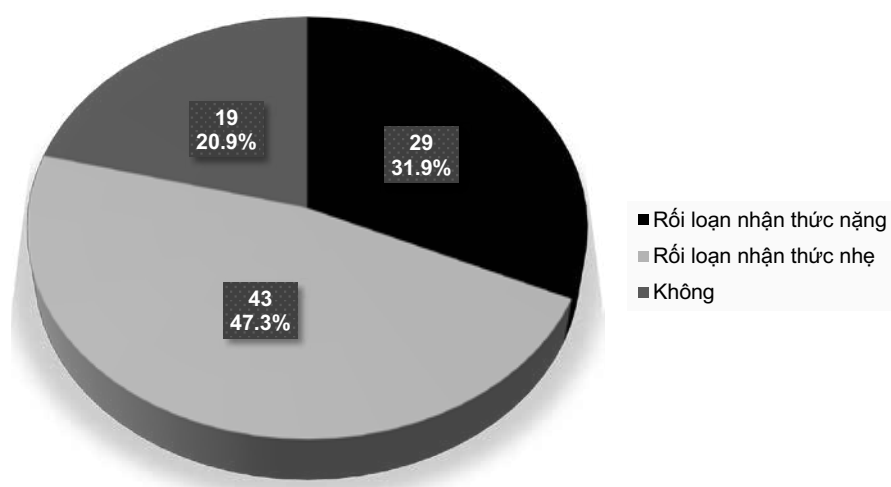
vực chú ý, chiếm tỷ lệ 79,3% và phần lớn đối tượng nghiên cứu có bất thường về trí nhớ ngắn hạn (79,7%) và trí nhớ tức thì/ trí nhớ làm việc (70,9%). Trong suy giảm chức năng điều hành, giảm khả năng lập kế hoạch (79,5%) là

đặc điểm phổ biến nhất. (Bảng 3). Tỷ lệ chẩn đoán rối loạn nhận thức là 79,1% (95% CI: 69,3% - 86,9%), trong đó rối loạn nhận thức

nhẹ và nặng chiếm lần lượt là 47,3% và 31,9% đối tượng nghiên cứu. (Biểu đồ 1).

Bảng 3. Đặc điểm rối loạn nhận thức ở người bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid

Đặc điểm	n	%
Các lĩnh vực nhận thức (n = 91)		
Suy giảm phức hợp chú ý	82	90,1
Suy giảm trí nhớ	79	86,8
Bất thường chức năng tri giác vận động	37	40,7
Bất thường ngôn ngữ	59	64,8
Suy giảm chức năng điều hành	73	80,2
Bất thường nhận thức xã hội	31	34,1
Suy giảm phức hợp chú ý (n = 82)		
Duy trì chú ý	54	65,9
Chú ý chọn lọc	45	54,9
Phân phối chú ý	4	4,9
Tốc độ xử lý	65	79,3
Suy giảm trí nhớ (n = 91)		
Trí nhớ tức thì/ Trí nhớ làm việc	56	70,9
Trí nhớ ngắn hạn	63	79,7
Trí nhớ dài hạn	7	8,9
Suy giảm chức năng điều hành (n = 73)		
Giảm khả năng lập kế hoạch	58	79,5
Giảm khả năng ra quyết định	37	50,7
Bất thường thói quen/ sự ức chế vượt trội	2	2,7
Giảm tính linh hoạt về nhận thức	38	41,8



Biểu đồ 1. Tỷ lệ rối loạn nhận thức ở người bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid (n = 91)

Nhóm có thời gian mắc bệnh trên 3 năm có nguy cơ mắc rối loạn nhận thức cao gấp 3,83 lần (95% CI: 1,3 - 11,29, $p = 0,011$) so với nhóm có thời gian mắc bệnh từ 3 năm trở xuống. Bên cạnh đó, nhóm có số lần tái phát bệnh trên 2 lần có nguy cơ mắc rối loạn nhận thức gấp 5,60 lần nhóm có số lần tái phát từ 2 lần trở xuống, sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,002$ và 95% CI: 1,80 - 17,38. Nhóm có triệu chứng âm tính và ngôn ngữ vô tổ chức có nguy cơ mắc rối loạn nhận thức cao hơn nhóm không có ($p < 0,05$). Không có sự liên quan giữa tuổi khởi phát và các triệu chứng hoang tưởng, ảo giác ($p > 0,05$) (Bảng 4).

Bảng 4. Mối liên quan giữa một số yếu tố bệnh và rối loạn nhận thức ở người bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid (n = 91)

Các yếu tố bệnh	Rối loạn nhận thức		p	OR (95% CI)
	Có, n	Không, n		
Tuổi khởi phát				
≤ 18 tuổi	14	4	> 0,05 ²	0,91 (0,26 - 3,15)
> 18 tuổi	58	15		1
Thời gian mắc bệnh				
> 3 năm	46	6	0,011 ¹	3,83 (1,30 - 11,29)
≤ 3 năm	26	13		1
Số lần tái phát bệnh				
> 2 lần	48	5	0,002 ¹	5,60 (1,80 - 17,38)
≤ 2 lần	24	14		1

Các yếu tố bệnh		Rối loạn nhận thức		p	OR (95% CI)
		Có, n	Không, n		
Số lần nhập viện điều trị nội trú					
> 3 lần		19	1	> 0,05 ²	6,45 (0,81 - 51,69)
≤ 3 lần		53	18		1
Triệu chứng bệnh hiện tại					
Hoang tưởng	Có	38	7	> 0,05 ¹	1,92 (0,67 - 5,42)
	Không	34	12		1
Ảo giác	Có	34	8	> 0,05 ¹	1,23 (0,44 - 3,42)
	Không	38	11		1
Hành vi vô tổ chức	Có	8	2	> 0,05 ²	1,06 (0,21 - 5,47)
	Không	64	17		1
Ngôn ngữ vô tổ chức	Có	29	2	0,015¹	5,73 (1,23 - 26,71)
	Không	43	17		1
Triệu chứng âm tính	Có	25	2	0,04 ¹	4,52 (0,97 - 21,16)
	Không	47	17		1

¹: Chi – square test

²: Fisher's Exact Test

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam, nữ gần tương đương nhau và đa phần đều khởi phát bệnh từ 18 - 40 tuổi (78%). Mô hình này tương đồng với dịch tễ của tâm thần phân liệt trong cộng đồng.¹

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỉ lệ rối loạn nhận thức ở nhóm người bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid trong nghiên cứu, được chẩn đoán theo tiêu chuẩn DSM 5 là 79,1% (95% CI: 69,3% - 86,9%). Năm 1998, Heinrichs và cộng sự tổng quan hệ thống bao gồm 204 nghiên cứu về nhận thức ở người bệnh tâm thần phân liệt ước tính tỷ lệ suy giảm từng lĩnh vực nhận thức cho thấy tỷ lệ

suy giảm nhận thức dao động 61 - 78%.⁶ Tỷ lệ nghiên cứu của chúng tôi cao hơn có thể do nghiên cứu của chúng tôi chỉ đánh giá trên đối tượng nhập viện là đối tượng có tình trạng bệnh không ổn định, nhiều yếu tố tác động tiêu cực lên chức năng nhận thức. Hơn nữa, trong nghiên cứu chúng tôi mở rộng đánh giá cả lĩnh vực nhận thức xã hội, khác với các nghiên cứu trước đây thường chỉ tập trung vào nhận thức phi xã hội và công cụ chẩn đoán rối loạn nhận thức cũng khác biệt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại gần tương đồng với nhiều nghiên cứu gần đây. Trong nghiên cứu của Arunpongpaisal và Sangsirilak (2013), tỷ lệ

suy giảm nhận thức ở người bệnh tâm thần phân liệt là 81,3% được đánh giá bằng thang MoCA.⁸ Peng và cộng sự (2021) đánh giá nhận thức bằng pin nhận thức MATRICS (MCCB) trên 170 người bệnh tâm thần phân liệt giai đoạn đầu đã phát hiện thấy tỷ lệ suy giảm nhận thức là 84,7%.⁹ Tại Việt Nam, nghiên cứu của Đoàn Văn Sỹ và cộng sự (2021) cho thấy tỷ lệ suy giảm nhận thức ở bệnh tâm thần phân liệt chiếm tới 82,67%.¹⁰ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận các lĩnh vực nhận thức bất thường được đánh giá trên lâm sàng theo hướng dẫn DSM 5 gần như tương đồng với bảy lĩnh vực nhận thức chính trong bệnh tâm thần phân liệt của nghiên cứu MATRICS bao gồm tốc độ xử lý, chú ý/ tập trung, trí nhớ làm việc, học tập bằng lời nói và trí nhớ, lập luận và giải quyết vấn đề, nhận thức xã hội.⁵ Trong đó, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy suy giảm phức hợp chú ý (90,1%), suy giảm trí nhớ (79%) và suy giảm chức năng điều hành (73%) là lĩnh vực nhận thức phổ biến nhất. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam. Mascio và cộng sự đã phát hiện các khiếm khuyết về chức năng điều hành là lĩnh vực suy giảm nhận thức được ghi nhận thường xuyên nhất, tiếp theo là trí nhớ và sự chú ý.¹¹ Tỷ lệ rối loạn nhận thức cao ở nhóm người bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid có ý nghĩa lâm sàng quan trọng, bởi rối loạn nhận thức đã được chứng minh có liên quan đến mức độ tuân thủ điều trị và ảnh hưởng đến các hoạt động chức năng nghề nghiệp và xã hội, từ đó có tác động lớn đến chất lượng cuộc sống và gây gánh nặng bệnh tật kéo dài. Do đó, phát hiện này nhấn mạnh vai trò của việc cần phải theo dõi đánh giá các vấn đề nhận thức trong suốt quá trình chẩn đoán và điều trị bệnh tâm thần phân liệt ngay từ những năm đầu khởi phát bệnh dù trong giai đoạn này đa phần người bệnh thường biểu hiện nổi bật với các triệu chứng dương tính.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có mối liên quan giữa tuổi khởi phát với rối loạn nhận thức ở đối tượng nghiên cứu. Điều này không nhất quán với một số nghiên cứu trước đây. Yu-Chen Kao và Yia-Ping Liu (2010) cho biết nhóm người bệnh tâm thần phân liệt có tuổi khởi phát sớm (ngưỡng 17 tuổi) có các kết quả trắc nghiệm đánh giá nhận thức kém hơn rõ rệt so với nhóm khởi phát bệnh trên 17 tuổi.¹² Điều này cũng được chỉ ra trong nghiên cứu của Vương Thị Thủy (2021).¹³ Sự khác biệt trên có thể do sự khác biệt về thiết kế và công cụ nghiên cứu. Mặt khác, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận một số sự khác biệt giữa nhóm có và không có rối loạn nhận thức nằm ở các đặc điểm bệnh tâm thần phân liệt như thời gian mắc bệnh và số lần tái phát bệnh. Những yếu tố liên quan này đã từng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của Rund và cộng sự (2007) đã phát hiện ra tình trạng trí nhớ nhiệm vụ bằng lời nói xấu đi ở những người bệnh tái phát từ hai lần trở lên sau hai năm kể từ lần đầu tiên mắc rối loạn loạn thần.¹⁴ Nghiên cứu của Vương Thị Thủy và cộng sự (2021) trên 41 người bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid có triệu chứng suy giảm nhận thức điều trị nội trú cũng cho thấy thời gian mắc bệnh càng dài thì mức độ suy giảm nhận thức càng nặng.¹³ Nghiên cứu của Talreja và cộng sự năm 2013 trên 100 người bệnh mắc tâm thần phân liệt điều trị ngoại trú đánh giá bằng kiểm tra nhận thức sửa đổi của Addenbrooker và thang MMSE cũng cho thấy người bệnh có thời gian mắc bệnh > 2 năm cho thấy rối loạn chức năng nhận thức nhiều hơn.¹⁵ Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận mối liên quan giữa rối loạn nhận thức với một số triệu chứng bệnh tồn tại tại thời điểm đánh giá bao gồm triệu chứng âm tính và ngôn ngữ vô tổ. Nghiên cứu của González-Pablos Emilo và cộng sự (2023) cũng cho thấy mối liên quan giữa ngôn ngữ vô

tổ chức/ thiếu mạch lạc với chức năng nhận thức, mức độ nghiêm trọng lâm sàng và chức năng xã hội.¹⁶ Một tổng quan hệ thống của Melillo và cộng sự (2023) cho thấy mối liên quan giữa nhận thức và các triệu chứng âm tính tuy nhiên các kết quả thường không nhất quán, một phần do các khái niệm khác nhau về các lĩnh vực khác nhau của triệu chứng âm tính được áp dụng, cản trở việc khái quát hóa kết quả.¹⁷

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế cần được cải thiện trong các nghiên cứu tương lai. Đầu tiên, quy mô mẫu không đủ lớn, mặc dù đã lớn hơn so với hầu hết các nghiên cứu về vấn đề tương tự tại Việt Nam cho đến nay. Thứ hai, nghiên cứu của chúng tôi mô tả cắt ngang tại một thời điểm vì vậy không xác định được mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố liên quan với rối loạn nhận thức.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi bước đầu ghi nhận tỉ lệ rối loạn nhận thức và một số yếu tố liên quan ở người bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid điều trị nội trú. Đặc biệt, tỷ lệ rối loạn nhận thức ở nhóm đối tượng này cao nhấn mạnh sự cần thiết của việc cần được quan tâm, đánh giá ở bất kì thời điểm nào của bệnh để chẩn đoán và điều trị trong thực hành lâm sàng. Cần mở rộng nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, theo dõi ở các thời điểm bệnh khác nhau cũng như sự cấp thiết của việc có hướng dẫn khám, chẩn đoán rối loạn nhận thức trên lâm sàng đặc biệt trong môi trường bệnh viện để có được bức tranh toàn cảnh về thực trạng rối loạn nhận thức ở nhóm đối tượng này, từ đó góp phần cải thiện điều trị bệnh.

XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích liên quan đến việc thực hiện và công bố bài báo này.

LỜI CẢM ƠN

Các tác giả xin trân trọng cảm ơn toàn thể người bệnh đã tham gia nghiên cứu và đóng góp những dữ liệu quý báu, góp phần hoàn thiện công trình khoa học này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, et al. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophr Bull.* 2018; 44(6): 1195-1203. doi:10.1093/schbul/sby058.
2. Nuechterlein KH, Ventura J, Subotnik KL, Bartzokis G. The Early Longitudinal Course of Cognitive Deficits in Schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 2014; 75(0 2): 25-29. doi:10.4088/JCP.13065.su1.06.
3. McCleery A, Nuechterlein KH. Cognitive impairment in psychotic illness: prevalence, profile of impairment, developmental course, and treatment considerations. *Dialogues Clin Neurosci.* 2019; 21(3): 239-248. doi:10.31887/DCNS.2019.21.3/amccleery.
4. Georgiou R, Lamnisos D, Giannakou K. Anticholinergic Burden and Cognitive Performance in Patients With Schizophrenia: A Systematic Literature Review. *Front Psychiatry.* 2021; 12: 779607. doi:10.3389/fpsy.2021.779607.
5. Nuechterlein KH, Barch DM, Gold JM, Goldberg TE, Green MF, Heaton RK. Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2004; 72(1): 29-39. doi:10.1016/j.schres.2004.09.007.
6. Heinrichs RW, Zakzanis KK. Neurocognitive deficit in schizophrenia: A quantitative review of the evidence. *Neuropsychology.* 1998; 12(3): 426-445. doi:10.1037/0894-4105.12.3.426
7. Regression-based normative scores for

the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in an Asian population. *Scientific Reports*. <https://www.nature.com/articles/s41598-025-03167-5>.

8. Arunpongpaisal S, Sangsirilak A. Using MoCA-Thai to evaluate cognitive impairment in patients with schizophrenia. *J Med Assoc Thai Chotmai het Thangphaet*. 2013; 96(7): 860-865.

9. Peng XJ, Hei GR, Li RR, et al. The Association Between Metabolic Disturbance and Cognitive Impairments in Early-Stage Schizophrenia. *Front Hum Neurosci*. 2021; 14: 599720. doi:10.3389/fnhum.2020.599720.

10. Đoàn Văn Sỹ, Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Thành Long. Một số yếu tố liên quan đến suy giảm nhận thức ở bệnh nhân tâm thần phân liệt. *Tạp Chí Học Việt Nam*. 2021; 506(2). doi:10.51298/vmj.v506i2.1295.

11. Mascio A, Stewart R, Botelle R, et al. Cognitive Impairments in Schizophrenia: A Study in a Large Clinical Sample Using Natural Language Processing. *Front Digit Health*. 2021; 3. doi:10.3389/fdgth.2021.711941.

12. Kao YC, Liu YP. Effects of age of onset on clinical characteristics in schizophrenia spectrum disorders. *BMC Psychiatry*. 2010; 10: 63. doi:10.1186/1471-244X-10-63.

13. Vương Thị Thủy, Đoàn Thị Như Yến, Lương Thị Mai Loan. Nghiên cứu đặc điểm

lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến suy giảm nhận thức ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid tại bệnh viện Tâm thần Hải Phòng năm 2021. *Tạp Chí Học Việt Nam*. 2022; 515(Đặc biệt).

14. Rund BR, Melle I, Friis S, et al. The course of neurocognitive functioning in first-episode psychosis and its relation to premorbid adjustment, duration of untreated psychosis, and relapse. *Schizophr Res*. 2007; 91(1): 132-140. doi:10.1016/j.schres.2006.11.030.

15. Talreja BT, Shah S, Kataria L. Cognitive function in schizophrenia and its association with socio-demographics factors. *Ind Psychiatry J*. 2013; 22(1): 47-53. doi:10.4103/0972-6748.123619.

16. González-Pablos E, Ayuso-Lanchares A, Botillo-Martín C, Martín-Lorenzo C. Relationship between disorganised speech, cognitive functions, and social functioning in people with schizophrenia. *Behav Psychol Conduct*. 2023; 31(1): 165-178. doi:10.51668/bp.8323110n.

17. Melillo A, Giordano GM, Caporusso E, et al. Association between cognitive deficits and negative symptoms: a systematic review of the literature. *Eur Psychiatry*. 2023; 66(Suppl 1): S1046-S1047. doi:10.1192/j.eurpsy.2023.2220.

Summary

ASSESSMENT OF NEUROCOGNITIVE DISORDER IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA AT THE NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL OF HEALTH – BACH MAI HOSPITAL

To describe the prevalence of neurocognitive disorder and associated factors in patients with paranoid schizophrenia, a cross-sectional study was conducted on 91 patients at the National Institute of Mental Health – Bach Mai hospital, from August 2024 to March 2025. Data were collected through interviews with patients using a questionnaire designed for the study. The prevalence of neurocognitive disorder in this study was 79.1% (95% CI: 69.3% - 86.9%). Factors associated with neurocognitive disorder included duration of illness (OR = 3.83; 95% CI: 1.30 – 11.29, $p < 0.05$), number of relapses (OR = 5.60; 95% CI: 1.80 – 17.38; $p < 0.05$), disorganized speech (OR = 5.73; 95% CI: 1.23 – 26.71; $p < 0.05$) and negative symptoms (OR = 4.52; 95% CI: 0.97 - 21.16; $p < 0.05$). The study revealed that hospitalized paranoid schizophrenia patients have a high prevalence of neurocognitive disorder, which highlights the critical need for routine diagnosis and treatment neurocognitive disorder in clinical practice.

Keywords: Paranoid schizophrenia, neurocognitive disorder.