

DOI: 10.58490/ctjump.2026i103.4737

**ĐẶC ĐIỂM CHỨC NĂNG TRÍ NHỚ CỦA BỆNH NHÂN TÂM THẦN
PHÂN LIỆT ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ
TẠI BỆNH VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN HẢI PHÒNG NĂM 2024**

Nguyễn Văn Lâm¹, Vũ Thị Ngân^{2*}, Nguyễn Phương Tiễn Dương²

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Sức khỏe Tâm thần Hải Phòng

**Email: bsngan.med@gmail.com*

Ngày nhận bài: 15/5/2026

Ngày phản biện: 16/9/2026

Ngày duyệt đăng: 25/9/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bất thường chức năng trí nhớ là một trong những thiếu hụt nhận thức thường gặp ở bệnh nhân tâm thần phân liệt, có thể ảnh hưởng đến chăm sóc, giáo dục sức khỏe và phục hồi chức năng cho bệnh nhân. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nhằm mô tả đặc điểm chức năng trí nhớ ở bệnh nhân tâm thần phân liệt điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang, tiến hành trên 95 bệnh nhân tâm thần phân liệt, 20 – 64 tuổi, đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng năm 2024. Chức năng trí nhớ được đánh giá bằng thang trí nhớ Wechsler; kết quả được mô tả theo chỉ số trí nhớ MQ và các lĩnh vực trí nhớ lâm sàng; xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $45,3 \pm 11,2$ tuổi; nam giới chiếm 52,6%. Điểm MQ trung bình là $85,2 \pm 14,1$; có 69/95 bệnh nhân (72,6%) có MQ < 90, tức thấp hơn phạm vi trung bình theo phân loại sử dụng trong nghiên cứu. Trong nhóm MQ < 90, biểu hiện thường gặp nhất là bất thường trí nhớ ngắn hạn (88,4%), tiếp theo là trí nhớ thị giác - không gian (79,7%), trí nhớ dài hạn (75,4%) và trí nhớ tức thì (50,7%). **Kết luận:** Bệnh nhân tâm thần phân liệt điều trị nội trú trong mẫu nghiên cứu có điểm chức năng trí nhớ chung thấp, trong đó bất thường trí nhớ ngắn hạn là biểu hiện nổi bật. Kết quả gợi ý cần quan tâm đánh giá trí nhớ trong chăm sóc và phục hồi chức năng tâm thần, đồng thời cần nghiên cứu tiếp theo có nhóm chứng và kiểm soát triệu chứng, thuốc điều trị để xác định rõ hơn ý nghĩa lâm sàng của các phát hiện.

Từ khóa: Tâm thần phân liệt, trí nhớ, Wechsler, bệnh viện tâm thần Hải Phòng.

ABSTRACT

**MEMORY FUNCTION CHARACTERISTICS AMONG INPATIENTS
WITH SCHIZOPHRENIA AT HAI PHONG PSYCHIATRIC HOSPITAL
IN 2024**

Nguyen Van Lam¹, Vu Thi Ngan^{2*}, Nguyen Phuong Tien Duong²

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Hai Phong Mental Health Hospital

Background: Memory dysfunction is a common cognitive deficit in schizophrenia and may affect patient care, health education, and rehabilitation. **Objectives:** To describe the characteristics of memory function in inpatients with schizophrenia at Hai Phong Mental Health Hospital in 2024. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted among 95 inpatients with schizophrenia aged 20–64 years at Hai Phong Mental Health Hospital in 2024. Memory function was assessed using the Wechsler Memory Scale. Results were described according to the Memory Quotient (MQ) and clinically assessed memory domains. Data were analyzed using SPSS version 20.0. **Results:** The mean age of the participants was 45.3 ± 11.2 years, and 52.6% were male. The mean MQ score

was 85.2 ± 14.1 . A total of 69/95 patients (72.6%) had an MQ score below 90, corresponding to a score below the average range according to the classification used in this study. Among patients with MQ <90, short-term memory abnormalities were the most frequently observed (88.4%), followed by visuospatial memory abnormalities (79.7%), long-term memory abnormalities (75.4%), and immediate memory abnormalities (50.7%). **Conclusion:** Inpatients with schizophrenia showed relatively low overall memory scores, with short-term memory abnormalities most prominent. Memory assessment may be useful in psychiatric care and rehabilitation. Further controlled studies accounting for clinical symptoms and medication are needed to clarify the clinical significance of these findings.

Keywords: Schizophrenia, memory, Wechsler Memory Scale, Hai Phong Mental Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt là một rối loạn tâm thần nặng, biểu hiện lâm sàng phong phú và đa dạng, với tỷ lệ hiện mắc suốt đời ước tính khoảng 1% dân số. Bệnh gây ảnh hưởng trên nhiều lĩnh vực hoạt động tâm thần, bao gồm nhận thức, tư duy, tri giác, cảm xúc và hành vi... của bệnh nhân [1]. Bất thường chức năng trí nhớ là một trong những thiếu hụt nhận thức thường gặp ở bệnh nhân tâm thần phân liệt, đặc biệt là trí nhớ lời nói [2]. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bất thường chức năng trí nhớ ở bệnh nhân tâm thần phân liệt ở mức cao (65,7%) và tỷ lệ bất thường chức năng trí nhớ làm việc có thể lên tới 86,7% [3], [4].

Đánh giá chức năng trí nhớ giúp bổ sung thông tin về khả năng nhận thức bên cạnh các triệu chứng loạn thần và có thể giúp ích trong xây dựng kế hoạch chăm sóc, giáo dục sức khỏe và phục hồi chức năng cho bệnh nhân. Thang trí nhớ Wechsler là công cụ được sử dụng rộng rãi để đánh giá chức năng trí nhớ ở bệnh nhân tâm thần phân liệt. Nghiên cứu của Cammisuli và cộng sự (2016) cho thấy bệnh nhân tâm thần phân liệt có điểm số thấp hơn nhóm chứng khỏe mạnh ở tất cả các tiêu test của Thang trí nhớ Wechsler-IV [5]. Việc phát hiện các khó khăn nhận thức cũng có ý nghĩa thực tiễn vì các chương trình phục hồi nhận thức đã được chứng minh có thể cải thiện chức năng nhận thức và hoạt động tâm lý – xã hội ở người bệnh tâm thần phân liệt [6].

Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng hiện quản lý 5.490 bệnh nhân tâm thần phân liệt (tháng 02/2024), nhưng chưa có số liệu mô tả có hệ thống về chức năng trí nhớ ở nhóm người bệnh điều trị nội trú tại đơn vị. Việc xác định đặc điểm chức năng trí nhớ của nhóm người bệnh này có thể cung cấp dữ liệu thực tế cho việc quan tâm, sàng lọc và hỗ trợ nhận thức trong quá trình chăm sóc và phục hồi chức năng. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Mô tả đặc điểm chức năng trí nhớ ở bệnh nhân tâm thần phân liệt điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu bao gồm 95 bệnh nhân được chẩn đoán tâm thần phân liệt (F20), trong độ tuổi từ 20 đến 64, đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng trong khoảng thời gian từ 4/2024 - 10/2024, đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ của nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các đối tượng được lựa chọn vào nghiên cứu khi thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

+ Được chẩn đoán tâm thần phân liệt theo tiêu chuẩn ICD-10, mã F20 [7]: Được chẩn đoán tâm thần phân liệt (F20) theo ICD-10: có ít nhất một triệu chứng rõ ràng (hoặc ≥ 2 nếu triệu chứng ít rõ) thuộc nhóm (a)–(d), hoặc có ít nhất hai triệu chứng thuộc nhóm

(e)–(i), tồn tại ≥ 1 tháng; loại trừ các trường hợp do rối loạn khí sắc chiếm ưu thế, bệnh não thực tổn hoặc sử dụng chất.

+ Nằm trong độ tuổi từ 20 đến 64 tuổi, phù hợp độ tuổi áp dụng bộ trắc nghiệm đang sử dụng.

+ Bệnh nhân được các bác sĩ chuyên khoa tâm thần nhận xét tình trạng cấp tính đã ổn định tại thời điểm đánh giá (Bệnh nhân tỉnh, hợp tác, nghe hiểu và thực hiện được yêu cầu của người làm test), người nhà chỉ cung cấp thông tin hỗ trợ về tiền sử, bệnh sử, biểu hiện sinh hoạt, không trả lời thay phần trắc nghiệm trí nhớ của bệnh nhân.

+ Bệnh nhân và/hoặc người đại diện hợp pháp đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Loại khỏi nghiên cứu các trường hợp:

+ Loại trừ bệnh nhân xuất hiện bệnh lý hoặc tổn thương não sau thời điểm đã được chẩn đoán xác định tâm thần phân liệt.

+ Loại trừ bệnh nhân đang trong trạng thái lú lẫn, kích động, an thần nhiều, giảm chú ý rõ hoặc đang có các triệu chứng loạn thần cấp nặng ảnh hưởng đến khả năng thực hiện trắc nghiệm.

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại các khoa điều trị nội trú Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng, trong khoảng thời gian từ tháng 4 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ trong quần thể, phù hợp với mục tiêu ước tính tỷ lệ bất thường chức năng trí nhớ trong một nghiên cứu cắt ngang:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu; $\alpha = 0,05$, tương ứng $Z(1-\alpha/2) = 1,96$; $p = 0,657$ dựa trên tỷ lệ suy giảm ở lĩnh vực trí nhớ 65,7% trong nghiên cứu của Goonathilake và cộng sự (2022) [3]; $d = 0,10$ là sai số tuyệt đối mong muốn. Thay các tham số vào công thức cho $n = 86,57$, làm tròn tối thiểu 87 bệnh nhân; nghiên cứu thực tế thu thập 95 bệnh nhân.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Lấy mẫu liên tiếp. Tất cả bệnh nhân nhập viện trong thời gian nghiên cứu được sàng lọc theo tiêu chuẩn lựa chọn/loại trừ và được tuyển liên tiếp cho đến khi đạt cỡ mẫu 95 bệnh nhân.

- **Các biến số, chỉ số nghiên cứu:** Các biến đặc điểm chung gồm tuổi, giới tính và triệu chứng lâm sàng tâm thần phân liệt. Các biến phục vụ mục tiêu nghiên cứu gồm chỉ số trí nhớ MQ và các lĩnh vực trí nhớ đánh giá bằng khám lâm sàng.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Thông tin hành chính, tiền sử, bệnh sử, triệu chứng lâm sàng được thu thập bằng bệnh án nghiên cứu, khám trực tiếp, phỏng vấn bệnh nhân và đối chiếu hồ sơ bệnh án. Thông tin từ người nhà chỉ dùng để đối chiếu bệnh sử, quá trình điều trị và các biểu hiện trí nhớ trong sinh hoạt, không thay thế phần trả lời trực tiếp của bệnh nhân trong trắc nghiệm trí nhớ.

+ Thang trí nhớ Wechsler là bộ trắc nghiệm thần kinh tâm lý dùng để đánh giá nhiều mặt của chức năng trí nhớ. Bộ trắc nghiệm sử dụng trong nghiên cứu là bản tiếng Việt đang được áp dụng tại Phòng Tâm lý, Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng, theo tài liệu hướng dẫn được tiếp nhận trong quá trình đào tạo/chuyên giao kỹ thuật; bộ công cụ có cấu trúc tương ứng với WMS nguyên bản năm 1945[8] gồm 7 mục: thông tin, định hướng, kiểm định tâm lý, trí nhớ

logic, nhớ dãy số, tái hiện thị giác và trí nhớ liên tưởng. Người thực hiện test là cán bộ tâm lý hoặc bác sĩ chuyên khoa Tâm thần đã được đào tạo, chuyên giao kỹ thuật trước đó, sử dụng thống nhất quy trình hướng dẫn, cách giải thích yêu cầu, cách ghi điểm và bảng quy đổi. Thời gian thực hiện trung bình khoảng 42 phút. WMS chỉ được thực hiện khi tình trạng cấp tính đã ổn định, bệnh nhân tỉnh và hợp tác; nếu vừa được bổ sung thuốc an thần và còn biểu hiện an thần, việc đánh giá được trì hoãn đến khi bệnh nhân đủ tỉnh táo và hợp tác.

+ Điểm thô của 7 đề mục được cộng thành tổng điểm X; hằng số hiệu chỉnh theo tuổi (CA) được xác định theo bảng tuổi; điểm điều chỉnh Y được tính theo công thức $Y = X + CA$. Từ Y tra bảng quy đổi để xác định MQ. Nghiên cứu mô tả MQ theo các mức: ≥ 130 rất tốt; 120-129 tốt; 110-119 trên trung bình; 90-109 trung bình; 80-89 dưới trung bình; 70-79 ranh giới; < 70 yếu. Trong nghiên cứu này, MQ < 90 được sử dụng như một ngưỡng vận hành để nhóm các kết quả thấp hơn phạm vi trung bình; điểm cắt MQ = 90 từng được sử dụng trong một nghiên cứu lâm sàng WMS [9], nhưng không được xem là ngưỡng chẩn đoán đã được chuẩn hóa riêng cho bệnh nhân tâm thần phân liệt Việt Nam.

+ Ngoài MQ, nghiên cứu ghi nhận các biểu hiện trí nhớ qua khám lâm sàng theo bệnh án nghiên cứu: trí nhớ tức thì qua khả năng nhắc lại ngay thông tin vừa tiếp nhận; trí nhớ ngắn hạn qua khả năng nhớ các sự kiện gần đây; trí nhớ dài hạn qua khả năng nhớ kiến thức, kỹ năng đã có; trí nhớ thị giác - không gian qua khả năng tái hiện hoặc mô tả hình đã quan sát [10].

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và phân tích bằng SPSS 20.0. Biến định lượng được mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn; biến định tính bằng tần số và tỷ lệ phần trăm.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện từ đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở của Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng, đề cương được Hội đồng Khoa học Kỹ thuật - Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng xem xét và thông qua theo quyết định nghiệm thu đề cương số 226/QĐ-BVTT ngày 02/4/2024 và đề tài được nghiệm thu theo quyết định số 993/QĐ-BVTT ngày 11/11/2024. Đây là nghiên cứu mô tả, không có can thiệp nên không ảnh hưởng đến quá trình điều trị của bệnh nhân. Mục đích nghiên cứu nhằm góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc và điều trị, không phục vụ cho các mục tiêu khác. Tất cả đối tượng nghiên cứu và người giám hộ đều tham gia trên cơ sở tự nguyện và không phát sinh thêm chi phí trong suốt quá trình thực hiện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm			n	%
Giới tính	Nam		50	52,6
	Nữ		45	47,4
Tuổi	20 - < 30		9	9,5
	30 - < 40		26	27,4
	40 - < 50		25	26,3
	50 - < 60		21	22,1
	60 - 64		14	14,7
	Tuổi trung bình		45,3 $\pm$ 11,2 tuổi	
Triệu chứng lâm sàng tâm thần phân liệt	Hoang tưởng	Có	77	81,1
		Không	18	18,9
	Ảo giác	Có	75	78,9
		Không	20	21,1

Đặc điểm			n	%
	Khí sắc	Bình thường	85	89,5
		Tăng	6	6,3
		Giảm	4	4,2
	Hoạt động có ý chí	Rối loạn	80	84,2
		Không rối loạn	15	15,8
	Rối loạn ăn uống	Có	68	71,6
		Không	27	28,4
	Rối loạn giấc ngủ	Ngủ ít, mất ngủ	89	93,7
		Ngủ nhiều	3	3,2
		Bình thường	3	3,2

Nhận xét: Nam giới chiếm 52,6%. Tuổi bệnh nhân dao động từ 21 đến 64 tuổi. Các biểu hiện thường gặp là rối loạn giấc ngủ chiếm 93,7%, rối loạn hoạt động có ý chí 84,2%, hoang tưởng 81,1% và ảo giác 78,9%.

3.2. Đặc điểm chức năng trí nhớ của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm chức năng trí nhớ theo chỉ số MQ

MQ	Chỉ số thống kê	n = 95	Tỷ lệ %
Trên trung bình trở lên (≥ 110)		5	5,3
Trung bình (90 -109)		21	22,1
Dưới trung bình (80-89)		38	40,0
Ranh giới (70 -79)		20	21,1
Yếu <70		11	11,5
Điểm MQ trung bình		85,2 $\pm$ 14,1	

Nhận xét: Có 69/95 bệnh nhân (72,6%) có MQ <90, tức thấp hơn phạm vi trung bình theo phân loại sử dụng trong nghiên cứu. MQ thấp nhất là 54 và cao nhất là 124. Điểm MQ trung bình là 85,2 $\pm$ 14,1 điểm.

Bảng 3. Biểu hiện bất thường chức năng trí nhớ theo các lĩnh vực trí nhớ

Lĩnh vực trí nhớ	Chỉ số thống kê		MQ < 90		MQ $\geq$ 90	
	n = 69	%	n = 26	%	n = 26	%
Trí nhớ tức thì	35	50,7	3	11,5		
Trí nhớ ngắn hạn	61	88,4	2	7,7		
Trí nhớ dài hạn	52	75,4	2	7,7		
Trí nhớ thị giác không gian	55	79,7	1	3,8		

Nhận xét: Trong số 69 bệnh nhân có điểm MQ thấp hơn phạm vi trung bình, bất thường trí nhớ ngắn hạn là biểu hiện thường gặp nhất chiếm 88,4%. Tiếp theo là trí nhớ thị giác - không gian và trí nhớ dài hạn. Trong toàn nhóm nghiên cứu, bất thường trí nhớ ngắn hạn cũng là biểu hiện nổi bật nhất gặp ở 63/95 bệnh nhân, tiếp đến là trí nhớ thị giác - không gian và trí nhớ dài hạn lần lượt gặp ở 56/95 và 54/95 bệnh nhân. Ít gặp nhất là bất thường trí nhớ tức thì.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu, nam giới chiếm 52,6% và tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là $45,3 \pm 11,2$ tuổi. Kết quả này có sự khác biệt nhất định so với một số nghiên cứu trước đây của Đoàn Văn Sỹ và cộng sự (2021) [11], cũng như của Nguyễn Thị Huyền và cộng sự (2019) [12]. Sự khác biệt về phân bố tuổi, giới so với một số nghiên cứu trước có thể liên quan đến đặc điểm quần thể và bối cảnh tuyển chọn bệnh nhân. Do đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân điều trị nội trú, các đặc điểm này chủ yếu phản ánh mẫu bệnh nhân tại Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng trong thời gian nghiên cứu và không nhất thiết đại diện cho toàn bộ bệnh nhân tâm thần phân liệt tại cộng đồng.

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp trong nghiên cứu gồm rối loạn giấc ngủ, rối loạn hoạt động có ý chí, hoang tưởng và ảo giác. Tỷ lệ hoang tưởng và ảo giác cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Đoàn Văn Sỹ và cộng sự [11]. Sự khác biệt có thể được giải thích bởi đặc điểm bệnh nhân của nghiên cứu hiện tại được tuyển từ nhóm điều trị nội trú, trong đợt bệnh hiện tại, bệnh nhân đã từng có triệu chứng rầm rộ trước thời điểm phỏng vấn, trong khi đối tượng của Đoàn Văn Sỹ chủ yếu được quản lý tại cơ sở chăm sóc dài hạn.

4.2. Đặc điểm chức năng trí nhớ của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu ghi nhận điểm MQ trung bình của 95 bệnh nhân là $85,2 \pm 14,1$ và 72,6% bệnh nhân có MQ < 90. Goonathilake và cộng sự ghi nhận 65,7% bệnh nhân tâm thần phân liệt có suy giảm ở riêng lĩnh vực trí nhớ [3]. Do Goonathilake sử dụng ACE-III còn nghiên cứu hiện tại sử dụng WMS và chỉ số MQ, hai tỷ lệ 65,7% và 72,6% không thể coi là tương đương trực tiếp. Tuy nhiên, kết quả của cả hai nghiên cứu đều cho thấy rối loạn chức năng trí nhớ là một biểu hiện thường gặp ở bệnh nhân tâm thần phân liệt.

Cammisuli và cộng sự ghi nhận bệnh nhân tâm thần phân liệt có điểm thấp hơn nhóm chứng khỏe mạnh ở nhiều tiêu test WMS-IV [5]. Trong nghiên cứu hiện tại, tỷ lệ MQ dưới trung bình còn cao có thể phản ánh đặc điểm của mẫu nội trú, trong đợt bệnh, nhiều bệnh nhân được ghi nhận từng có hoang tưởng, ảo giác, rối loạn giấc ngủ và rối loạn hoạt động có ý chí. Các yếu tố này có thể ảnh hưởng đến chú ý, động cơ hợp tác, tốc độ xử lý thông tin và khả năng mã hóa thông tin, từ đó làm giảm điểm trí nhớ tại thời điểm đánh giá. Tuy nhiên trong nghiên cứu hiện tại, thiết kế nghiên cứu chưa lượng hóa đầy đủ mức độ triệu chứng, chú ý và ảnh hưởng của thuốc tại thời điểm làm test. Vì vậy, kết quả nên được diễn giải như mô tả chức năng trí nhớ trong bối cảnh điều trị nội trú, chưa thể xem là bằng chứng về thiếu hụt trí nhớ ổn định, độc lập với trạng thái bệnh.

Bất thường trí nhớ ngắn hạn là biểu hiện thường gặp nhất trong nhóm MQ < 90 cũng như trong toàn mẫu. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Dũng và cộng sự (2017) [13], bất thường chức năng trí nhớ ngắn hạn là triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất (64,2%), bất thường chức năng trí nhớ tức thì chỉ chiếm 28,4% số bệnh nhân. Kết quả này gợi ý rằng rối loạn trí nhớ ở bệnh nhân tâm thần phân liệt chủ yếu liên quan đến quá trình mã hóa, lưu giữ và truy hồi thông tin hơn là khả năng tiếp nhận thông tin tức thời, phù hợp với các nghiên cứu trước đây [14]. Điều này có thể giải thích vì sao trên lâm sàng bệnh nhân thường khó ghi nhớ hướng dẫn điều trị, khó học kỹ năng mới, khó theo dõi cuộc trò chuyện dài hoặc dễ quên các việc cần làm hằng ngày.

Ý nghĩa thực tiễn của nghiên cứu nằm ở việc cung cấp dữ liệu ban đầu tại Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng để nhận diện nhóm bệnh nhân nội trú có điểm trắc nghiệm trí nhớ thấp. Dữ liệu này có thể hỗ trợ bác sĩ và cán bộ phục hồi chức năng khi lập kế hoạch giáo dục sức

khỏe: hướng dẫn ngắn, lặp lại nhiều lần, dùng giấy nhắc hoặc người nhà hỗ trợ, kiểm tra lại mức hiểu của bệnh nhân, đồng thời cân nhắc phục hồi nhận thức cho những trường hợp phù hợp. Tuy nhiên, kết quả của nghiên cứu hiện tại chỉ gợi ý nhu cầu đánh giá và hỗ trợ trí nhớ, không đủ để kết luận một biện pháp điều trị cụ thể sẽ cải thiện trí nhớ.

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thứ nhất, thiết kế cắt ngang không cho phép xác định quan hệ nhân quả hoặc sự thay đổi trí nhớ theo thời gian. Thứ hai, nghiên cứu chỉ thực hiện trên bệnh nhân nội trú tại một bệnh viện và không có nhóm chứng nên khả năng khái quát, so sánh còn hạn chế. Thứ ba, nghiên cứu chưa lượng hóa mức độ triệu chứng bằng thang chuẩn hóa như PANSS, chưa kiểm soát đầy đủ loại và liều thuốc, cũng như chưa chuẩn hóa khoảng thời gian từ liều thuốc gần nhất đến khi làm test; một số yếu tố như trình độ học vấn và triệu chứng âm tính cũng chưa được phân tích. Cuối cùng, bộ WMS đang sử dụng chưa được chuẩn hóa riêng cho bệnh nhân tâm thần phân liệt Việt Nam, vì vậy MQ <90 chỉ được xem là ngưỡng vận hành trong nghiên cứu này.

V. KẾT LUẬN

Ở 95 bệnh nhân tâm thần phân liệt điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng năm 2024, điểm MQ trung bình là $85,2 \pm 14,1$; có 69/95 bệnh nhân (72,6%) có MQ <90, tức thấp hơn phạm vi trung bình theo phân loại sử dụng trong nghiên cứu. Bất thường trí nhớ ngắn hạn là biểu hiện thường gặp nhất, tiếp theo là trí nhớ thị giác - không gian, trí nhớ dài hạn và trí nhớ tức thì. Nên xem xét đánh giá chức năng trí nhớ ở bệnh nhân tâm thần phân liệt nội trú khi tình trạng bệnh nhân ổn định và hợp tác, đặc biệt trước các hoạt động giáo dục sức khỏe và phục hồi chức năng. Cần tiếp tục thực hiện các nghiên cứu tiếp theo có nhóm chứng, có đánh giá mức độ triệu chứng bằng thang chuẩn hóa, có kiểm soát thuốc điều trị và có theo dõi dọc để xác định rõ hơn diễn biến trí nhớ và các yếu tố ảnh hưởng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Quang Huy. Tâm thần phân liệt. Tâm thần phân liệt Nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị. Nhà xuất bản Y học. 2022. 7-20.
2. M. Tranfa, F. Iasevoli, S. Cocozza, M. Ciccarelli, A. Barone, *et al.* Neural substrates of verbal memory impairment in schizophrenia: A multimodal connectomics study. *Hum Brain Mapp.* 2023. 44(7), 2829-2840, doi: 10.1002/hbm.26248.
3. Goonathilake P., Ediriweera D., Ruban R., *et al.* Prevalence and correlates of cognitive impairment in schizophrenia: a cross-sectional study from a teaching hospital southern Sri Lanka. *BMC Psychiatry.* 2022. 22(1), 716, doi: 10.1186/s12888-022-04368-2.
4. Goit B.K., Khattri J.B. Prevalence of Working Memory Impairment in Drug Naive Schizophrenic Patients in a Tertiary Care Hospital. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2019. 57(219): 331-334, doi: 10.31729/jnma.4642.
5. Cammisuli D.M., Sportiello M.T. Cognitive psychopathology in Schizophrenia: Comparing memory performances with Obsessive-compulsive disorder patients and normal subjects on the Wechsler Memory Scale-IV. *Psychiatr Danub.* 2016. 28(2), 118-126.
6. A. Vita, S. Barlati, A. Ceraso, G. Nibbio, F. Durante., *et al.* Durability of Effects of Cognitive Remediation on Cognition and Psychosocial Functioning in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Am J Psychiatry.* 2024. 181(6), 520-531, doi: 10.1176/appi.ajp.20230396.
7. Who Health Organisation. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. *Wkly Epidemiol Rec Relevé Épidémiologique Hebd.* 1992. 86-95.

8. D. Wechsler. A Standardized Memory Scale for Clinical Use. *The Journal of Psychology*. 1945. 19(1), 87-95.
 9. Muniyandi K, Venkatesan J, Arutselvi T, Jayaseelan V. Study to assess the prevalence, nature and extent of cognitive impairment in people living with AIDS. *Indian J Psychiatry*. 2012. 54(2), 149-153, <https://doi.org/10.4103/0019-5545.99534>.
 10. Chử Văn Dũng, Nguyễn Văn Hường. Đặc điểm suy giảm trí nhớ và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân động kinh trưởng thành. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021. 507, 209-212.
 11. 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 Y học Việt Nam*. 2021. 506(2), 279-282.
 12. Nguyễn Thị Huyền, Nguyễn Thị Hoa và cộng sự. Mối liên quan giữa điều trị duy trì với mức độ thuyên giảm và tái phát ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể Paranoid. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2019. 483(2), 329 – 333.
 13. Nguyễn Văn Dũng và cộng sự. Nghiên cứu lâm sàng suy giảm nhận thức trên bệnh nhân tâm thần phân liệt. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2017. số 2, 128 – 131.
 14. Cirillo, M.A. and L.J. Seidman. Verbal declarative memory dysfunction in schizophrenia: from clinical assessment to genetics and brain mechanisms. *Neuropsychol Rev*. 2003. 13(2), 43-77.
-