

Nghiên cứu nguyên bản

NGUY CƠ TẾ NGÃ Ở NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

FALL RISK IN SCHIZOPHRENIA INPATIENTS AT DA NANG PSYCHIATRIC HOSPITAL

Lê Ngọc Huy¹, Phan Thanh Tuấn¹, Đàm Văn Đức¹, Nguyễn Năm¹, Nguyễn Văn Tài² và
Hoàng Minh Hiếu^{1*}

¹Bệnh viện Tâm Thần Đà Nẵng TP. Đà Nẵng, Việt Nam

²Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế TP. Huế, Việt Nam

*Tác giả liên hệ | Corresponding author: minhhieubvttdn@gmail.com

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định nguy cơ té ngã và các yếu tố liên quan ở người bệnh tâm thần phân liệt điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Thành phố Đà Nẵng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 200 người bệnh tâm thần phân liệt nội trú từ tháng 04 đến tháng 09/2025. Thu thập thông tin nhân khẩu học, bệnh lý, tiền sử té ngã và tình trạng sử dụng thuốc; đánh giá nguy cơ té ngã theo thang điểm Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool (JHFRAT). Số liệu được mã hóa và phân tích bằng SPSS, kiểm định Chi bình phương với mức ý nghĩa $p < 0,05$. **Kết quả:** Điểm trung bình JHFRAT là $5,7 \pm 2,3$ điểm. Nguy cơ té ngã thấp chiếm 81,5%, trung bình 16,0% và cao 2,5%. Nguy cơ té ngã có liên quan có ý nghĩa thống kê với tuổi ≥ 60 , nữ giới, tiền sử té ngã, tiền sử bệnh lý nội khoa và sử dụng phối hợp nhiều loại thuốc ($p < 0,05$). Các yếu tố khác như thời gian mắc bệnh, số lần điều trị và đặc điểm nhân trắc học không liên quan có ý nghĩa. **Kết luận:** Người bệnh tâm thần phân liệt nội trú chủ yếu có nguy cơ té ngã thấp, nhưng nhóm tuổi cao, nữ giới, có tiền sử té ngã, mắc bệnh nội khoa và sử dụng đa thuốc cần được theo dõi và can thiệp phòng ngừa tích cực. Thang điểm JHFRAT là công cụ hữu ích để sàng lọc nguy cơ té ngã ở nhóm đối tượng này.

Từ khóa: Tâm thần phân liệt; té ngã; nguy cơ té ngã; JHFRAT.

ABSTRACT

Objective: To determine the risk of falls and related factors in inpatients with schizophrenia at Da Nang City Psychiatric Hospital. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 200 inpatients with schizophrenia from April to September 2025. Data on demographics, medical history, fall history, and medication use were collected. Fall risk was assessed using the Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool (JHFRAT). Data were coded and analyzed using SPSS, with Chi-square test applied at a significance level of $p < 0.05$. **Results:** The mean JHFRAT score was 5.7 ± 2.3 . Low fall risk accounted for 81.5%, moderate 16.0%, and high 2.5%. Fall risk was significant with age ≥ 60 , female gender, history of falls, presence of medical comorbidities, and use of multiple medications ($p < 0.05$). Other factors such as disease duration, number of treatments, and anthropometric characteristics were not significantly associated. **Conclusion:** Most inpatients with schizophrenia have low fall risk. However, older patients, females, those with a history of falls, medical comorbidities, and multiple medication use need to be under close monitoring and preventive interventions. JHFRAT is a useful tool for screening fall risk in this group.

Keywords: Schizophrenia; falls; fall risk; JHFRAT.

Received: 02/12/2025

Accepted: 30/12/2025

Published: 31/12/2025

©The authors. This open-access work is licensed under a [CC BY 4.0 License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Té ngã là một biến cố thường gặp trong chăm sóc người bệnh nội trú, với 700.000-1.000.000 trường hợp mỗi năm tại Hoa Kỳ và đứng thứ ba trong các sự cố bệnh viện.^{1,2} Té ngã gây tổn thương nghiêm trọng, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí và được xem là chỉ số phản ánh chất lượng chăm sóc và an toàn người bệnh. Trong đó, bệnh nhân tâm thần phân liệt là nhóm nguy cơ cao do đặc điểm bệnh và điều trị. Đây là rối loạn loạn thần mạn tính với hoang tưởng, ảo giác và suy giảm chức năng xã hội³; việc sử dụng thuốc chống loạn thần kéo dài có thể gây hạ huyết áp tư thế, rối loạn thăng bằng, chóng mặt và hội chứng ngoại tháp, làm tăng nguy cơ ngã, cùng với suy giảm nhận thức và hành vi bốc đồng.⁴

Nghiên cứu quốc tế cho thấy tỷ lệ té ngã ở bệnh nhân tâm thần cao hơn đáng kể: tại Úc khoảng 13 ca/1.000 ngày điều trị⁵; và tại Nhật Bản hơn 20% bệnh nhân tâm thần phân liệt từng té ngã trong năm.⁶ Nguy cơ tăng lên ở người lớn tuổi, tiền sử té ngã, đa trị liệu, triệu chứng âm tính nặng, kém vận động và các bệnh kèm như Parkinson hoặc đái tháo đường.⁷ Tại Việt Nam, dữ liệu về té ngã ở nhóm bệnh nhân này còn hạn chế, trong khi sự cố vẫn xảy ra tại các bệnh viện tâm thần, bao gồm Bệnh viện Tâm thần Thành phố Đà Nẵng. Điều này cho thấy cần thiết phải đánh giá nguy cơ té ngã và các yếu tố liên quan.

Do đó, nghiên cứu “Nguy cơ té ngã và một số yếu tố liên quan ở người bệnh tâm thần phân liệt điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Thành phố Đà Nẵng” được thực hiện nhằm: (1) xác định tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ té ngã; và (2) phân tích các yếu tố liên quan đến nguy cơ này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh (NB) được chẩn đoán tâm thần phân liệt đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Thành phố Đà Nẵng trong khoảng thời gian từ tháng 04 năm 2025 đến tháng 09 năm 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định tâm thần phân liệt theo ICD-10 (F20) .

- Đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Thành phố Đà Nẵng trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh có bệnh lý cơ xương khớp nặng gây hạn chế vận động thoái hóa khớp nặng, viêm khớp cấp, gút cấp...)

- Người bệnh nằm bất động liệt hoàn toàn, hôn mê.

- Người bệnh có rối loạn nhận thức nặng không thể hợp tác trả lời bằng hỏi.

- Người bệnh có tình trạng sức khỏe thể chất cấp tính ảnh hưởng đến việc đánh giá nguy cơ té ngã.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Từ tháng 04 năm 2025 đến tháng 9 năm 2025.

- Địa điểm: Bệnh viện Tâm thần Thành phố Đà Nẵng.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Tính cỡ mẫu theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó

- n: Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu

- $Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy với $\alpha=0,05$. $Z_{1-\alpha/2}=1,96$

- $p=0,133$ là tỷ lệ người bệnh tâm thần phân liệt có nguy cơ té ngã, theo nghiên cứu của Aso K. và cộng sự năm 2019, tỷ lệ nguy cơ té ngã ở bệnh nhân tâm thần phân liệt là 13,3%.⁸

- d: Sai số cho phép, chọn $d=0,05$ (5%)

Áp dụng vào công thức, tính được cỡ mẫu tối thiểu dành cho nghiên cứu là 177 NB tâm thần phân liệt. Thực tế nghiên cứu chúng tôi thực hiện trên 200 NB tâm thần phân liệt.

3.3. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, nghĩa là chọn tất cả người bệnh tâm thần phân liệt đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

3.4. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

3.4.1. Công cụ thu thập số liệu

Sử dụng thang điểm Đánh giá nguy cơ té ngã Johns Hopkins (JHFRAT) để đánh giá nguy cơ té ngã ở người bệnh. JHFRAT bao gồm 7 yếu tố đánh giá chính: Tiền sử té ngã trong 6 tháng qua; Tuổi của bệnh nhân; Loại thuốc sử dụng (như thuốc an thần, thuốc chống loạn thần, thuốc lợi tiểu, v.v.); Tình trạng tiểu tiện và đại tiện (như tiểu không tự chủ, tiêu chảy); Sử dụng thiết bị y tế (như ống truyền dịch, catheter); Khả năng vận động và dáng đi; Chức năng nhận thức (như lú lẫn, mất phương hướng).⁹

Trước khi tiến hành nghiên cứu chính thức, nhóm nghiên cứu đã thực hiện thử nghiệm bộ công cụ khảo sát trên 30 người bệnh tâm thần

phân liệt đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng nhằm đánh giá độ tin cậy và tính phù hợp của công cụ trong bối cảnh thực tế (hệ số Cronbach's alpha = 0,877). Đây là nhóm đối tượng không trùng lặp với mẫu nghiên cứu chính, được chọn ngẫu nhiên theo đúng tiêu chuẩn chọn mẫu của đề tài. Ngoài ra, thông qua phỏng vấn trực tiếp và quan sát, một số thuật ngữ trong phiếu khảo sát cũng được điều chỉnh để dễ hiểu hơn với người bệnh tâm thần.

3.4.2. Phương pháp thu thập số liệu

Nghiên cứu được thực hiện bằng cách rà soát hàng ngày danh sách bệnh nhân nội trú tại khoa để lựa chọn những trường hợp phù hợp theo tiêu chuẩn nghiên cứu. Bệnh nhân hoặc người giám hộ hợp pháp được giải thích rõ ràng về mục tiêu và nội dung nghiên cứu trước khi đồng thuận tham gia. Việc thu thập số liệu được tiến hành thông qua phỏng vấn trực tiếp và quan sát bởi các điều tra viên đã được tập huấn, đồng thời bổ sung thông tin từ hồ sơ bệnh án về các đặc điểm lâm sàng, điều trị và tiền sử. Tất cả phiếu thu thập được kiểm tra, mã hóa nhằm đảm bảo tính bảo mật, sau đó nhập và xử lý trên phần mềm thống kê SPSS.

4. Biến số và phương pháp đo lường

Các biến số nghiên cứu được thu thập và đo lường bao gồm:

- Đặc điểm nhân khẩu - xã hội học: tuổi, giới.
- Đặc điểm lâm sàng: thời gian mắc bệnh tâm thần phân liệt, số lần nhập viện, tiền sử té ngã, bệnh lý kèm theo.
- Chỉ số khối cơ thể (BMI): được tính theo công thức $BMI = \text{cân nặng (kg)} / \text{chiều cao}^2$ (m^2). Phân loại BMI theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới dành cho người châu Á: gầy ($<18,5 \text{ kg}/m^2$), bình thường ($18,5-22,9 \text{ kg}/m^2$),

thừa cân (23,0-24,9 kg/m²) và béo phì ($\geq 25,0$ kg/m²).

- Thuốc điều trị: các thuốc đang sử dụng được phân loại thành nhóm thuốc an thần kinh điển hình, thuốc an thần kinh không điển hình và các thuốc phối hợp khác (thuốc an thần, thuốc chống trầm cảm, thuốc điều chỉnh khí sắc). Thông tin thuốc được thu thập từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn người bệnh.

- Nguy cơ té ngã: Mỗi yếu tố của thang điểm JHFRAT được chấm điểm dựa trên mức độ ảnh hưởng đến nguy cơ té ngã, với tổng điểm tối đa là 35. Phân loại nguy cơ dựa trên tổng điểm như sau:

Từ 0-5 điểm: Nguy cơ thấp; Từ 6-13 điểm: Nguy cơ trung bình; Trên 13 điểm: Nguy cơ cao.¹⁰

5. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được mã hóa, nhập và phân tích bằng SPSS. Các biến định tính được mô tả bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng bằng trung bình và độ lệch chuẩn. Mối liên quan giữa các biến được kiểm định bằng Chi-square, với $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu gồm 200 bệnh nhân tâm thần phân liệt (Bảng 1), đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình $41,9 \pm 11,9$, trong đó 91,5% dưới 60 tuổi và nam giới chiếm 65,5%. Tỷ lệ thừa cân/béo phì là 35,5%, cao hơn nhóm thiếu cân (13,5%). Thời gian mắc bệnh chủ yếu trên 5 năm (78,5%), số ngày nằm viện trung bình $25,1 \pm 4,0$ ngày và đa số bệnh nhân đã điều trị từ ≥ 3 lần (74%). Phần lớn không có

bệnh lý nội khoa kèm theo (88,5%); thể bệnh chủ yếu là thể không biệt định (48%) và Paranoid (42,5%).

2. Nguy cơ té ngã của người bệnh tâm thần phân liệt

Đánh giá theo thang điểm JHFRAT phần lớn người bệnh tỉnh táo và tuân thủ y lệnh (98%), không có bất thường về vận động (90,5%) và không có vấn đề về bài tiết (98%). Tuy nhiên, vẫn có một số trường hợp gặp khó khăn trong di chuyển (5%), cần trợ giúp khi di chuyển (4%) hoặc giảm thị lực/thính lực ảnh hưởng vận động (0,5%). Hầu hết sử dụng ≥ 2 loại thuốc có nguy cơ té ngã (90%), trong khi chỉ 2% sử dụng thuốc an thần trong 24 giờ gần nhất. Tiền sử té ngã ít gặp (5%) và rất ít người sử dụng dụng cụ chăm sóc (0,5%).

Theo thang điểm JHFRAT, đa số người bệnh (81,5%) có nguy cơ té ngã thấp (0-5 điểm), 16,0% nguy cơ trung bình (6-13 điểm) và 2,5% nguy cơ cao (≥ 14 điểm). Điểm trung bình của mẫu nghiên cứu là $5,7 \pm 2,3$, dao động từ 3 đến 20 điểm (Bảng 2).

3. Một số yếu tố liên quan đến nguy cơ ngã theo thang điểm JHFRAT của người bệnh tâm thần phân liệt

Phân tích theo nhóm tuổi (Bảng 3) cho thấy, ở người dưới 60 tuổi, 89,1% có nguy cơ té ngã thấp, chỉ 10,9% thuộc nhóm nguy cơ trung bình/cao; trong khi tất cả bệnh nhân ≥ 60 tuổi đều nằm trong nhóm nguy cơ trung bình/cao, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$). Về giới tính, tỷ lệ nguy cơ trung bình/cao ở nam giới là 13,7%, thấp hơn nữ giới (27,5%), sự khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,017$; OR = 2,39; KTC 95%: 1,16-4,93).

Nguy cơ té ngã trung bình/cao (Bảng 4) cao

hơn rõ rệt ở các nhóm có tiền sử té ngã (100% so với 14,2%; $p = 0,001$), tiền sử bệnh nội khoa (47,8% so với 14,7%; $p = 0,001$; OR = 5,32; KTC 95%: 2,13-13,33) và nhóm sử dụng phối hợp nhiều loại thuốc (38,9% so với 16,5%; $p =$

0,049; OR = 3,22; KTC 95%: 1,16-8,99). Các yếu tố khác như thời gian mắc bệnh, số lần điều trị, sử dụng thuốc bình thần và đặc điểm nhân trắc học không có liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ té ngã ($p > 0,05$).

Bảng 1. Đánh giá nguy cơ té ngã của người bệnh tâm thần phân liệt

Đánh giá	n	(%)
Trạng thái tâm thần		
NB tỉnh táo, thực hiện đúng theo y lệnh	198	99,0
Không hoàn toàn tỉnh táo, lơ mơ/kích động	2	1,0
Tình trạng vận động		
Di chuyển không thăng bằng, phải vịn vào bàn ghế, bờ tường xung quanh	10	5,0
Cần sự trợ giúp như khung tập đi, nạng, xe lăn, người hỗ trợ đi lại	8	4,0
Giảm thị lực hoặc thính lực ảnh hưởng đến việc di chuyển	1	0,5
Không có bất thường	181	90,5
Sử dụng thuốc		
Sử dụng một loại thuốc có nguy cơ té ngã	16	8,0
Sử dụng ≥ 2 thuốc có nguy cơ té ngã	180	90,0
Sử dụng thuốc an thần trong 24 giờ trước	4	2,0
Tiền sử té ngã		
Có	10	5,0
Không	190	95,0
Tình trạng bài tiết		
Không có vấn đề	196	98,0
Tiểu tiện không kiểm soát	3	1,5
Tiểu tiện gấp, nhiều lần và không kiểm soát	1	0,5
Tình trạng dụng cụ chăm sóc		
Không sử dụng dụng cụ chăm sóc	199	99,5
Có 1 sử dụng dụng cụ chăm sóc	1	0,5
Tổng	200	100

Bảng 2. Phân loại nguy cơ té ngã theo thang điểm JHFRAT ở người bệnh tâm thần phân liệt (n=200)

Nguy cơ ngã	n	%
Nguy cơ thấp (0-5 điểm)	163	81,5
Nguy cơ trung bình (6-13 điểm)	32	16,0
Nguy cơ cao (≥ 14 điểm)	5	2,5
Điểm trung bình (X \pm SD)	5,7 \pm 2,3 (3-20 điểm)	

Bảng 3. Liên quan giữa nguy cơ té ngã và một số thông tin nhân khẩu học

Yếu tố	Nguy cơ té ngã	Thấp		Trung bình /cao		95%CI	p
		n	%	n	%		
Nhóm tuổi	Dưới 60 tuổi	163	89,1	20	10,9	-	0,001
	Từ 60 tuổi	0	0	17	100		
Giới tính	Nam	113	86,3	18	13,7	2,39 (1,16-4,93)	0,017
	Nữ	50	72,5	19	27,5		

Bảng 4. Liên quan giữa nguy cơ té ngã và đặc điểm điều trị, lâm sàng của bệnh tâm thần phân liệt

Yếu tố	Nguy cơ té ngã	Thấp		Trung bình /cao		95%CI	p
		n	%	n	%		
Thời gian mắc bệnh	Dưới 5 năm	36	85,7	6	14,3	1,47 (0,57-3,78)	0,429
	Từ 5 năm trở lên	127	80,4	31	19,6		
Số lần điều trị	Lần đầu	25	78,1	7	21,9	0,78 (0,31-1,96)	0,592
	Từ 2 lần trở lên	13	82,1	30	17,9		
Sử dụng thuốc bình thần	Có	13	72,2	5	27,8	1,80 (0,60-5,42)	0,337
	Không	150	82,4	32	17,6		
Tiền sử té ngã	Có	0	0	10	100	-	0,001
	Không	163	85,8	27	14,2		
Tiền sử bệnh nội khoa	Có	12	52,2	11	47,8	5,32 (2,13-13,33)	0,001
	Không	151	85,3	26	14,7		
Thuốc điều trị	Chỉ sử dụng thuốc chống loạn thần	152	83,5	30	16,5	3,22 (1,16-8,99)	0,049
	Sử dụng phối hợp nhiều loại thuốc	11	61,1	7	38,9		
Đặc điểm nhân trắc học	Thừa cân, béo phì	58	81,7	13	18,3	1,02 (0,48-2,15)	0,959
	Khác	105	81,4	24	18,6		

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng thang điểm JHFRAT do tính toàn diện, dễ áp dụng và phù hợp với môi trường bệnh viện, đánh giá dựa trên 6 lĩnh vực: tuổi, tiền sử té ngã, di chuyển, bài tiết, thuốc và tình trạng tâm thần/tư duy, phân loại nguy cơ thành thấp (0-5 điểm), trung bình (6-13 điểm) và cao (≥ 14 điểm).¹¹ Kết quả ghi nhận đa số người bệnh (81,5%) thuộc nhóm nguy cơ thấp; nguy cơ trung bình và cao lần lượt là 16,0% và 2,5%, với

điểm trung bình $5,7 \pm 2,3$, thuộc nhóm thấp.

So sánh với các nhóm bệnh khác, tỷ lệ nguy cơ té ngã của người bệnh tâm thần phân liệt thấp hơn đáng kể. Poe và cộng sự (2018) ghi nhận 15-25% bệnh nhân nội khoa có nguy cơ cao, trong khi Severo và cộng sự (2018) báo cáo 65-75% bệnh nhân lão khoa ở mức trung bình và cao.¹² Sự khác biệt này có thể giải thích bởi mẫu nghiên cứu của chúng tôi trẻ hơn (độ tuổi trung bình $41,9 \pm 11,9$) và ít đa bệnh lý. Nguy cơ trong nhóm tâm thần phân liệt chủ yếu liên quan đến tác dụng phụ thuốc chống loạn

thần và rối loạn vận động, khác với các vấn đề lão khoa.

So với bệnh nhân rối loạn cảm xúc hoặc sa sút trí tuệ, người bệnh tâm thần phân liệt cũng có tỷ lệ nguy cơ thấp hơn; nghiên cứu của Fernando và cộng sự (2017) trên bệnh nhân sa sút trí tuệ ghi nhận nguy cơ cao 30-40%.¹³

Tuy nhiên, mặc dù tỷ lệ nguy cơ thấp cao, người bệnh tâm thần phân liệt vẫn có đặc thù riêng liên quan đến thuốc và triệu chứng loạn thần, đòi hỏi các biện pháp can thiệp đặc thù so với các nhóm bệnh khác.

Đa số người bệnh tâm thần phân liệt trong nghiên cứu tỉnh táo (98%), vận động bình thường (90,5%), không có vấn đề bài tiết (98%) và không sử dụng dụng cụ chăm sóc (99,5%), tạo điều kiện giảm nguy cơ té ngã. Tuy nhiên, các yếu tố nguy cơ quan trọng gồm sử dụng ≥ 2 loại thuốc có khả năng gây té ngã (90%), bắt thường vận động gần 10% và tiền sử té ngã 5% vẫn cần lưu ý theo thang JHFRAT.¹¹ Những phát hiện này cho thấy mặc dù điểm JHFRAT trung bình ở mức thấp, nhóm nguy cơ trung bình và cao vẫn tồn tại (16% và 2,5%) và cần được theo dõi, áp dụng biện pháp phòng ngừa phù hợp. Kết quả khẳng định giá trị của thang JHFRAT trong đánh giá nguy cơ té ngã và nhấn mạnh tầm quan trọng của việc xem xét đồng thời nhiều yếu tố nguy cơ để có chiến lược phòng ngừa hiệu quả.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi cao, giới nữ, tiền sử té ngã, bệnh nội khoa kèm theo và sử dụng phối hợp nhiều loại thuốc là các yếu tố liên quan đến nguy cơ té ngã ở người bệnh tâm thần phân liệt. Nhóm ≥ 60 tuổi có nguy cơ cao hơn, do suy giảm chức năng vận động, phản xạ, các bệnh lý mạn tính và tác dụng phụ thuốc,

trong khi nhóm dưới 60 tuổi khả năng bù trừ vẫn tốt. Một phát hiện đáng chú ý trong nghiên cứu của chúng tôi là mặc dù nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn trong mẫu nghiên cứu (65,5%), nhưng nữ giới lại có nguy cơ té ngã cao hơn nam giới với $OR = 2,39$. Kết quả này cho thấy giới tính nữ có thể là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với té ngã ở bệnh nhân tâm thần phân liệt. Một số giả thuyết có thể giải thích hiện tượng này bao gồm sự khác biệt về thể lực, khối lượng cơ, mật độ xương cũng như khả năng thăng bằng giữa hai giới. Bên cạnh đó, nữ giới có thể nhạy cảm hơn với tác dụng không mong muốn của thuốc an thần kinh như chóng mặt, hạ huyết áp tư thế hoặc buồn ngủ, từ đó làm tăng nguy cơ té ngã. Tiền sử té ngã dự báo nguy cơ tái ngã, với tất cả người bệnh có tiền sử nằm trong nhóm nguy cơ trung bình/cao ($p = 0,001$).

Bệnh lý nội khoa đi kèm làm tăng nguy cơ té ngã trung bình/cao lên 47,8% so với 14,7% ở nhóm không bệnh ($OR = 5,32$; KTC 95%: 2,13-13,33).¹⁴ Sử dụng phối hợp nhiều loại thuốc cũng làm tăng nguy cơ (38,9% so với 16,5%; $OR = 3,22$; KTC 95%: 1,16-8,99).¹⁵ Ngược lại, thời gian mắc bệnh, số lần điều trị, dùng thuốc bình thần và đặc điểm nhân trắc học không có liên quan đáng kể. Những phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nhận diện sớm và kiểm soát các yếu tố nguy cơ để phòng ngừa té ngã, giảm tai nạn và nâng cao chất lượng chăm sóc.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 200 người bệnh tâm thần phân liệt tại Bệnh viện Tâm thần Thành phố Đà Nẵng cho thấy: đa số người bệnh dưới 60 tuổi, nam giới chiếm ưu thế; điểm nguy cơ té ngã theo JHFRAT trung bình là $5,7 \pm 2,3$, 81,5%

nguy cơ thấp, 16% nguy cơ trung bình, 2,5% nguy cơ cao. Nguy cơ té ngã có liên quan đến tuổi cao, nữ giới, tiền sử té ngã, bệnh nội khoa đi kèm và sử dụng phối hợp nhiều thuốc.

TUYÊN BỐ CỦA TÁC GIẢ

Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu được chấp thuận bởi Sở Y tế Đà Nẵng và Hội đồng nghiệm thu của Bệnh viện Tâm thần Thành phố Đà Nẵng (Quyết định số 208/QĐ-BVTT ngày 23/9/2025).

Nguồn tài trợ:

Không có

Xung đột lợi ích:

Các tác giả cam kết không có xung đột lợi ích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hughes R. *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. 2008.
- World Health Organization. Falls. Geneva; 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
- Teng YL, Chen CL, Lou SZ, Wang WT, Wu JY, Ma HI, et al. Postural stability of patients with schizophrenia during challenging sensory conditions: implication of sensory integration for postural control. *PLoS One*. 2016;11(6):e0158219.
- Miyamoto S, Miyake N, Jarskog L, Fleischhacker W, Lieberman J. Pharmacological treatment of schizophrenia: a critical review of the pharmacology and clinical effects of current and future therapeutic agents. *Molecular Psychiatry*. 2012;17(12):1206-27.
- Carpels A, de Smet L, Desplenter S, De Hert M. Falls among psychiatric inpatients: a systematic review of literature. *Alpha Psychiatry*. 2022;23(5):217.
- Matsunaga M, Li Y, He Y, Kishi T, Tanihara S, Iwata N, et al. Physical, psychiatric, and social comorbidities of individuals with schizophrenia living in the community in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(5):4336.
- Psychreg Editorial Team. Vietnam faces mental health crisis as affected individuals lack access to formal services. Psychreg. 2023. Available from: <https://www.psychreg.org/vietnam-faces-mental-health-crisis-affected-individuals-lack-access-formal-services>.
- Aso K, Okamura H. Association between falls and balance among inpatients with schizophrenia: a preliminary prospective cohort study. *Psychiatric Quarterly*. 2019;90:111-6.
- Dormosh N, Damoiseaux-Volman BA, van der Velde N, Medlock S, Romijn JA, Abu-Hanna A. Development and internal validation of a prediction model for falls using electronic health records in a hospital setting. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2023;24(7):964-70.e5.
- Hong S, Kim JS, Choi YA. Predictive validity of the Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool for older patients in stroke rehabilitation. *Healthcare (Basel, Switzerland)*. 2024;12(7).
- Poe SS, Dawson PB, Cvach M, Burnett M,

- Kumble S, Lewis M, et al. The Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool: a study of reliability and validity. *Journal of Nursing Care Quality*. 2018;33(1):10-9.
13. Severo IM, Kuchenbecker RS, Vieira D, Lucena AF, Almeida MA. Risk factors for fall occurrence in hospitalized adult patients: a case-control study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2018;26:e3016.
14. Fernando E, Fraser M, Hendriksen J, Kim CH, Muir-Hunter SW. Risk factors associated with falls in older adults with dementia: a systematic review. *Physiotherapy Canada Physiotherapie Canada*. 2017;69(2):161-70.
15. Cameron ID, Dyer SM, Panagoda CE, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018(9).
16. Stubbs B, Stubbs J, Gnanaraj SD, Soundy A. Falls in older adults with major depressive disorder (MDD): a systematic review and exploratory meta-analysis of prospective studies. *International Psychogeriatrics*. 2016;28(1):23-9.