

SCREENING FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER BY MCLEAN (MSI-BPD) AMONG INPATIENTS TREATED AT BACH MAI HOSPITAL IN 2025

Le Cong Thien, Ha Nhat Thu, Nguyen Thi Huong, Nguyen Thi Minh Huong, Do Thuy Dung*

National Institute of Mental Health, Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

Received: 11/11/2025

Revised: 26/11/2025; Accepted: 23/01/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the prevalence of borderline personality disorders among inpatients treated at Institute of Mental Health, Bach Mai Hospital in 2025 and analyze associated factors.

Methodology: This cross-sectional study was conducted on 103 inpatients treated at the Institute of Mental Health from February 2025 to July 2025 and used the McLean (MSI-BPD) to classify and assess borderline personality disorders in patients.

Results: The prevalence of borderline personality disorder was 41.7%. Inpatient adolescents who have childhood traumas (OR = 3.15; 95% CI = 1.21-8.25; $p < 0.01$), bully-victimisation (OR = 4.29; 95% CI = 1.23-14.98; $p < 0.01$), history of alcohol consumption (OR = 5.77; 95% CI = 1.05-31.72; $p = 0.03$) have a higher rate of screening for borderline personality disorder.

Conclusion: The results showed that borderline personality disorder is a disorder that requires attention for subjects coming to specialized psychiatric departments.

Keywords: McLean, BPD, borderline personality disorders.

*Corresponding author

Email: dothuydung93@gmail.com **Phone:** (+84) 962839846 **Http:** <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD1.4249>



ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN NHÂN CÁCH RANH GIỚI BẰNG CÔNG CỤ MCLEAN (MSI- BPD) Ở NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2025

Lê Công Thiện, Hà Nhật Thu, Nguyễn Thị Hường, Nguyễn Thị Minh Hương, Đỗ Thùy Dung*

Viện Sức khỏe tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 26/11/2025; Ngày duyệt đăng: 23/01/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm rối loạn nhân cách ranh giới bằng công cụ sàng lọc McLean ở người bệnh điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai và phân tích các yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 103 người bệnh được điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe tâm thần từ tháng 2/2025 đến tháng 7/2025 và sử dụng bộ công cụ McLean (MSI-BPD) để phân loại và đánh giá mức độ rối loạn nhân cách ranh giới ở người bệnh.

Kết quả: Tỷ lệ có rối loạn nhân cách ranh giới là 41,7% ở đối tượng tham gia. Trẻ vị thành niên có tiền sử sang chấn thời thơ ấu (OR = 3,15; KTC 95% = 1,21-8,25; $p < 0,01$), bị bắt nạt (OR = 4,29; KTC 95% = 1,23-14,98; $p < 0,01$), uống rượu (OR = 5,77; KTC 95% = 1,05-31,72; $p = 0,03$) có tỉ lệ rối loạn nhân cách ranh giới cao hơn khi sàng lọc.

Kết luận: Rối loạn nhân cách ranh giới là một rối loạn cần được chú ý đối với các đối tượng đến khám tại các cơ sở chuyên khoa tâm thần.

Từ khóa: McLean, BPD, rối loạn nhân cách ranh giới.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Sổ tay chẩn đoán và thống kê các bệnh tâm thần lần thứ 5 (DSM-5), tỷ lệ rối loạn nhân cách ranh giới (borderline personality disorder - BPD) trung bình trong cộng đồng được ước tính là 1,6% [1]. Trong các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu, BPD được phát hiện với tỷ lệ khoảng 6%, tại các cơ sở khám tâm thần tỷ lệ BPD ước tính khoảng 10% và gần 20% ở các đơn vị điều trị nội trú. Các nghiên cứu cũng chỉ ra, tỷ lệ BPD ở nữ giới cao hơn ở nam giới, tuy nhiên có sự khác nhau giữa các nghiên cứu từ 58-96% [2-3].

BPD là một rối loạn nhân cách làm suy giảm chức năng học tập, nghề nghiệp, và các mối quan hệ xã hội. Ảnh hưởng này nghiêm trọng đến mức 60-70% người bệnh có ý tưởng tự sát và có tới 8-10% người mắc chứng BPD chết do tự sát hoàn thành [4]. Thêm nữa, những người chăm sóc thường bị bệnh nhân BPD đe dọa hoặc xa lánh, làm tăng thêm những thách thức lâm sàng do bệnh tật nặng, chi phí xã hội cao, tăng gánh nặng cho gia đình bệnh nhân và toàn xã hội [5].

Như vậy, có nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy BPD chiếm một tỷ lệ cao trong cộng đồng, đặc biệt trong các đơn vị điều trị tâm thần nội trú BPD chiếm tới 20%. Tuy nhiên, hiện nay các cơ sở điều trị nội trú tâm thần tại Việt Nam, BPD rất ít khi được đưa vào chẩn đoán, trong đó bao gồm những người bệnh chỉ mắc BPD hoặc có những bệnh lý đồng diễn. Do ở Việt Nam hiện nay chưa có nghiên cứu

đánh giá hệ thống về BPD, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu đặc điểm BPD bằng công cụ sàng lọc McLean (MSI-BPD) ở người bệnh điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai với 2 mục tiêu: (1) Nghiên cứu đặc điểm BPD bằng công cụ sàng lọc McLean ở người bệnh điều trị nội trú; (2) Phân tích các yếu tố liên quan đến tỉ lệ có BPD ở nhóm người bệnh trên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu phải thỏa mãn đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và các tiêu chuẩn loại trừ.

Bệnh nhân sẽ được mời tham gia nghiên cứu nếu thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn sau:

- Nhập viện điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai.

- Đang trong độ tuổi từ 10-19 tuổi.

- Bệnh nhân và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân sẽ được loại trừ khỏi nghiên cứu nếu có một trong các tiêu chuẩn loại trừ sau:

- Bệnh nhân hiện đang mắc các bệnh lý nội ngoại khoa mức độ nặng như: các bệnh não thực tổn (chấn thương sọ não, viêm não màng não...), bệnh lý ác tính, tình trạng cấp cứu...

*Tác giả liên hệ

Email: dothuydung93@gmail.com Điện thoại: (+84) 962839846 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD1.4249>

- Bệnh nhân mắc các bệnh cản trở khả năng giao tiếp như chống đối, không hợp tác, chậm phát triển tâm thần mức độ nặng...

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 2/2025 đến tháng 7/2025.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Sử dụng cách chọn mẫu thuận tiện: mời tham gia nghiên cứu đối với tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian thu thập số liệu, tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai. Tổng số có 103 người bệnh tham gia nghiên cứu.

2.5. Các công cụ nghiên cứu

Thông tin được khai thác dựa trên bệnh án nghiên cứu bao gồm việc hỏi về thông tin nhân khẩu học, thông tin tiền sử, bệnh sử, thăm khám lâm sàng, ghi nhận các thông tin về điều trị của người bệnh, trầm nghiệm tâm lý. Bệnh án nghiên cứu được thiết kế dựa trên mẫu bệnh án tâm thần và tham khảo các mô tả về BPD của các nghiên cứu trước đây.

Công cụ sàng lọc McLean (MSI-BPD) được sử dụng trong nghiên cứu để xác định người bệnh có BPD. Đây là một thang đo trầm nghiệm tâm lý được phát triển vào năm 2003 bởi tiến sĩ Mary Zanarini và đồng nghiệp tại Bệnh viện McLean, gồm 10 câu hỏi về các triệu chứng của BPD. Mỗi câu hỏi có số điểm 0-1 điểm, tổng điểm cho bộ câu hỏi từ 0-10 điểm, điểm càng cao khả năng mắc rối loạn nhân cách càng lớn. Nghiên cứu sử dụng điểm mốc là 7 để đánh giá có BPD với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 81% và 89% [6].

2.6. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Thông tin chung về đối tượng tham gia nghiên cứu: tuổi, giới tính, nơi ở, tổng số con trong gia đình, học lực.

- Đặc điểm tiền sử: sử dụng rượu, bia (có/không), sử dụng thuốc lá (có/không), sang chấn thời thơ ấu (có/không), từng bị bắt nạt (có/không), từng bị kì thị (có/không). Các sang chấn thời thơ ấu được đề cập trong nghiên cứu bao gồm: lạm dụng thể chất, lạm dụng tình dục, bị bỏ rơi.

- Thông tin mô tả thực trạng BPD: sàng lọc BPD theo McLean (có/không). Các triệu chứng của BPD theo từng câu hỏi của thang McLean cũng được mô tả.

2.7. Thu thập số liệu

Xác định người bệnh nhập viện điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân và người nhà bệnh nhân sau đó được giải thích rõ ràng về các nội dung, mục tiêu nghiên cứu và khi đồng ý sẽ được kí bản chấp nhận tham gia nghiên cứu trước khi được phỏng vấn, hỏi bệnh, khám bệnh đầy đủ các mục theo mẫu bệnh án nghiên cứu đã được xây dựng trước đó. Sau đó, thông tin từ bệnh án nghiên cứu được nhập liệu bằng phần mềm Microsoft Excel.

2.8. Phân tích số liệu

Dữ liệu sau khi được nhập bằng phần mềm Microsoft Excel sẽ được xuất sang phần mềm STATA SE 15.0 để xử lý và phân tích số liệu. Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm, các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Kiểm định Chi bình phương và Fisher Exact được áp dụng để kiểm định các yếu tố liên quan đến tỉ lệ sàng lọc có BPD trên thang McLean. Mô hình hồi quy logistic đa biến được áp dụng để phân tích mối liên quan giữa các biến độc lập với tỉ lệ sàng lọc có BPD.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này là nghiên cứu quan sát, không can thiệp vào quá trình điều trị của người bệnh tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai. Người bệnh tham gia nghiên cứu và người nhà đều được thông báo trước về mục đích, nội dung nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu, đảm bảo tính bí mật, trung thực, chính xác của những thông tin thu được, các thông tin nhạy cảm sẽ được giữ bí mật và được mã hóa. Người bệnh và người nhà người bệnh có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào mà không phải chịu bất cứ tổn hại gì.

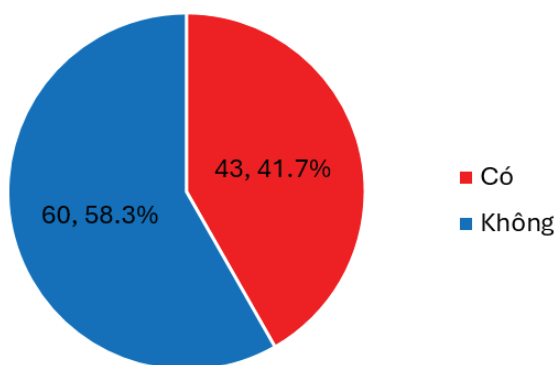
Nghiên cứu đã được sự đồng ý của Ban Lãnh đạo Viện Sức khỏe Tâm thần và thông qua Ban Giám đốc Bệnh viện Bạch Mai và Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Bạch Mai theo Quyết định số 7132/QĐ-BM ngày 31 tháng 12 năm 2024 với mã số đề tài là BM_2024_121.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu (n = 103)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	44	42,7
	Nữ	59	57,3
Tuổi	10-15 tuổi	30	29,1
	16-19 tuổi	73	70,9
	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	16,38 $\pm$ 1,94	
Nơi sống	Nông thôn	35	34,0
	Thành thị	68	66,0
Học lực	Giỏi, khá	77	74,8
	Trung bình, kém	26	25,2
Tổng số con trong gia đình	1-2 con	75	72,8
	> 2 con	28	27,2

Nghiên cứu với tổng số 103 đối tượng tham gia, trong đó nam giới chiếm 42,7%, nữ giới chiếm 57,3%. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 16,38 $\pm$ 1,94, với người trẻ tuổi nhất là 10 tuổi và người lớn tuổi nhất là 19 tuổi. Đa số đối tượng sống ở thành thị (66%), có anh chị em (72,8%) và có học lực giỏi hoặc khá (74,8%).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ sàng lọc BPD trên thang McLean (n = 103)

Tỷ lệ sàng lọc người bệnh có BPD chiếm 41,7% (43 bệnh nhân) tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu.

Bảng 2. Tỷ lệ các triệu chứng theo từng câu hỏi trên thang McLean với kết quả sàng lọc có BPD (n = 43)

Câu hỏi	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1. Bạn có mối quan hệ thân thiết gặp rắc rối do nhiều cuộc cãi vã hoặc chia tay liên tục	33	76,7%
2. Bạn cố ý làm tổn thương bản thân về mặt thể chất (ví dụ như đâm bản thân, cắt bản thân, đốt bản thân), cố gắng tự tử	39	90,7%
3. Bạn gặp phải ít nhất hai vấn đề khác liên quan đến tính bốc đồng (ví dụ như ăn uống vô độ và chi tiêu hoang phí, uống quá nhiều và hay nổi nóng)	32	74,4%
4. Bạn từng có tâm trạng cực kỳ thất thường	43	100%
5. Bạn thường xuyên cảm thấy rất tức giận, thường xuyên hành động theo cách tức giận hoặc mỉa mai	35	81,4%
6. Bạn thường xuyên mất lòng tin vào người khác	40	93,0%
7. Bạn thường xuyên cảm thấy không thực hoặc như thể mọi thứ xung quanh bạn là không thực	19	44,2%
8. Bạn thường xuyên cảm thấy trống rỗng	39	90,7%
9. Bạn thường cảm thấy rằng mình không biết mình là ai hoặc không có bản sắc riêng	30	69,8%
10. Bạn đã nỗ lực hết sức để tránh cảm giác bị bỏ rơi hoặc bị bỏ rơi (ví dụ, liên tục gọi điện cho ai đó để trấn an bản thân rằng người đó vẫn quan tâm, cầu xin họ đừng rời xa bạn, bám chặt lấy họ về mặt thể xác)	34	79,1%

Trong số các đối tượng được sàng lọc dương tính với BPD (n = 43), những triệu chứng phổ biến nhất trên thang McLean là có tâm trạng cực kỳ thất thường (100%), thường xuyên mất lòng tin vào người khác (93,0%), thường xuyên cảm thấy trống rỗng (90,7%) và cố ý tổn thương bản thân về mặt thể chất (90,7%). Triệu chứng ít phổ biến nhất là cảm thấy không thực (44,2%).

Bảng 3. Phân bố tỷ lệ sàng lọc BPD trên thang McLean với các yếu tố liên quan (n = 103)

Yếu tố		BPD		p
		Không	Có	
Giới	Nam (n = 44)	30 (68,2%)	14 (31,8%)	0,078
	Nữ (n = 59)	30 (50,8%)	29 (49,2%)	
Nhóm tuổi	10-15 tuổi (n = 30)	18 (60,0%)	12 (40,0%)	0,818
	16-19 tuổi (n = 73)	42 (57,5%)	31 (42,5%)	
	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	16,33 $\pm$ 1,87	16,44 $\pm$ 2,04	0,781
Sang chấn thời thơ ấu	Không (n = 59)	42 (71,2%)	17 (28,8%)	0,002
	Có (n = 44)	18 (40,9%)	26 (59,1%)	
Bị bắt nạt	Không (n = 66)	46 (69,7%)	20 (30,3%)	0,002
	Có (n = 37)	14 (37,8%)	23 (62,2%)	
Bị kỳ thị	Không (n = 63)	42 (66,7%)	21 (33,3%)	0,03
	Có (n = 40)	18 (45,0%)	22 (55,0%)	

Tỷ lệ người bệnh có BPD trên thang McLean ở nữ (49,2%) cao hơn ở nam (31,8%), nhóm tuổi 16-19 (42,5%) cao hơn nhóm tuổi 10-15 (40,0%). Tỷ lệ người bệnh có BPD trên thang McLean cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm sang chấn thời thơ ấu (59,1% > 28,8%; p = 0,002), bị bắt nạt (62,2% > 30,3%; p = 0,002), bị kỳ thị (55,0% > 33,3%; p = 0,03).

Bảng 4. Mô hình hồi quy logistic đa biến đối với tỷ lệ sàng lọc có BPD trên thang McLean (n = 103)

Yếu tố		OR	KTC 95%	p
Giới	Nam	Giá trị tham chiếu		0,097
	Nữ	2,24	0,86-5,82	
Tuổi	10-15	Giá trị tham chiếu		0,195
	16-19	1,98	0,70-5,56	
Tiền sử uống rượu	Không	Giá trị tham chiếu		0,044
	Có	5,77	1,05-31,72	
Sang chấn thời thơ ấu	Không	Giá trị tham chiếu		0,019
	Có	3,15	1,21-8,25	
Bị bắt nạt	Không	Giá trị tham chiếu		0,023
	Có	4,29	1,23-14,98	
Bị kỳ thị	Không	Giá trị tham chiếu		0,915
	Có	0,94	0,29-3,00	

Yếu tố liên quan đến tỷ lệ sàng lọc có BPD trên thang McLean cao hơn có ý nghĩa thống kê bao gồm: có tiền sử uống rượu có tỷ lệ MSI-BPD cao hơn gấp 5,77 lần (KTC

95% = 1,05-31,72; $p = 0,044$), sang chấn thời thơ ấu có tỉ lệ MSI-BPD cao hơn gấp 3,15 lần (KTC 95% = 1,21-8,25; $p = 0,019$), từng bị bắt nạt có tỉ lệ MSI-BPD cao hơn gấp 4,29 lần (KTC 95% = 1,23-14,98; $p = 0,023$). Giới và tuổi liên quan không có ý nghĩa thống kê đến tỉ lệ sàng lọc có BPD trên thang McLean.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu bao gồm 103 người bệnh nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai với độ tuổi trung bình là $16,38 \pm 1,94$ và nữ giới chiếm 57,3%. Điều đó cho thấy, trong số các bệnh nhân trong độ tuổi từ trẻ em và thanh thiếu niên đến khám và điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai, tỉ lệ nam và nữ là gần tương đương nhau và nữ giới có chiếm tỉ lệ cao hơn một chút.

Với ngưỡng điểm là 7, tỉ lệ sàng lọc có BPD trên thang McLean là 41,7% (43/103 bệnh nhân). Tỉ lệ này của chúng tôi thấp hơn một chút so với kết quả trong nghiên cứu của Preyde M và cộng sự tại bệnh viện địa phương ở Ontario, Canada (2018-2019) trên 109 trẻ em [7], các tác giả báo cáo rằng tỉ lệ sàng lọc dương tính là khoảng 66% và cao hơn tỉ lệ được chẩn đoán BPD (7%). Điều đó cho thấy, tỉ lệ BPD trong nhóm trẻ em và vị thành niên còn dao động trên các nghiên cứu và trên thực hành lâm sàng, việc chẩn đoán BPD còn bị bỏ sót nhiều. Bên cạnh đó, tỉ lệ có BPD ở nữ giới cao hơn nam giới (49,2% so với 31,8%) nhưng sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê. Tương tự với nghiên cứu của Preyde và cộng sự với tỉ lệ sàng lọc có BPD trên thang McLean không liên quan có ý nghĩa với yếu tố giới tính [7]. Điều đó cho thấy, giới tính ít có ảnh hưởng trực tiếp đến BPD ở nhóm trẻ em hoặc vị thành niên.

Các bệnh nhân được sàng lọc BPD có 4 triệu chứng trên thang McLean thường gặp bao gồm: cảm xúc kém ổn định, mất lòng tin với người khác, thường xuyên cảm thấy trống rỗng và hành vi tự gây thương tích. Đây cũng là các triệu chứng lâm sàng phổ biến ở nhóm người bệnh BPD, trong đó hành vi tự gây thương tích gặp ở 90,7% người bệnh được sàng lọc dương tính. Điều này cho thấy gánh nặng tâm thần đáng chú ý đối với nhóm người bệnh BPD, đặc biệt là nhóm trẻ em và vị thành niên. Các triệu chứng khác của BPD đôi khi khó phát hiện làm cho cha mẹ trẻ thường chỉ đưa trẻ đi khám bệnh khi trẻ đã có các hành vi tự gây thương tích một cách rõ ràng. Từ đó, ta thấy được việc truyền thông, giáo dục sức khỏe cho cộng đồng hiểu hơn về BPD và các rối loạn tâm thần đóng vai trò quan trọng trong việc tiếp cận chẩn đoán và điều trị sớm giúp cải thiện tình trạng tiên lượng bệnh.

Trong nghiên cứu này, người bệnh có tiền sử sang chấn thời thơ ấu có tỉ lệ sàng lọc có BPD cao hơn rõ rệt so với nhóm còn lại (OR = 3,15; KTC 95% = 1,21-8,25). Cùng với đó, người bệnh có tiền sử bị bắt nạt cũng có tỉ lệ BPD cao hơn rõ rệt so với nhóm còn lại (OR = 4,29; KTC 95% = 0,29-3,00). Điều này phù hợp với giả thuyết các sang chấn này làm thay đổi việc biểu hiện của các nhân tố di truyền, từ đó ảnh hưởng đến sự phát triển của não thông qua hormone và chất dẫn truyền thần kinh và kết quả cuối cùng dẫn đến việc biểu hiện BPD [8]. Tương tự như nghiên cứu phân tích gộp của Porter C và cộng sự, người bệnh BPD có tiền sử sang chấn thời thơ ấu nhiều hơn gấp 13,91 lần (KTC 95%

= 11,11-17,43) so với người bình thường và nhiều hơn gấp 3,15 lần (KTC 95% = 2,62-3,79) so với các rối loạn tâm thần khác, trong đó lạm dụng (OR = 38,11; KTC 95% = 25,99-55,88) và bị bỏ rơi (OR = 17,73; KTC 95% = 13,01-24,17) có ảnh hưởng nhiều nhất [9]. Các tiền sử sang chấn được đề cập trong nghiên cứu của chúng tôi cũng bao gồm lạm dụng thể chất, lạm dụng tình dục và bị bỏ rơi.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tiền sử uống rượu có tỉ lệ BPD trên thang McLean cao hơn gấp 5,77 lần so với người bệnh không uống rượu (KTC 95% = 1,05-31,72). Điều này phù hợp với nghiên cứu của Lazarus S.A và cộng sự trên 2450 trẻ nữ từ 14-17 tuổi, cho thấy tăng tần suất uống rượu là nguy cơ cao làm tăng nặng triệu chứng của BPD, từ đó cho thấy tiềm năng của các can thiệp nhằm vào dùng sử dụng rượu để ngăn chặn sự tiến triển xấu của BPD [10]. Và ngược lại, việc người bệnh sử dụng rượu giống như một biện pháp ứng phó khi có các triệu chứng BPD. Từ đó, việc uống rượu và BPD tạo thành một vòng xoáy bệnh lí làm cho sức khỏe tâm thần của các đối tượng ngày càng kém đi. Vì vậy, việc điều trị can thiệp các rối loạn tâm thần đi kèm như rối loạn sử dụng chất đóng vai trò quan trọng trong quá trình điều trị BPD ở trẻ em và vị thành niên.

5. KẾT LUẬN

Trong tổng số 103 người bệnh tham gia nghiên cứu, tỉ lệ có BPD trên thang McLean là 41,7%. Điều đó cho thấy rối loạn nhân cách này là rối loạn khá thường gặp ở các đơn vị điều trị nội trú chuyên khoa tâm thần. Tiền sử uống rượu, sang chấn thời thơ ấu, bị bắt nạt là các yếu tố nguy cơ có tỉ lệ BPD cao hơn trên thang McLean. Như vậy BPD là một rối loạn tâm thần cần được quan tâm, đặc biệt là khi người bệnh đến khám tại các cơ sở chuyên khoa tâm thần.

*
* *

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Ban Lãnh đạo Viện sức khỏe Tâm thần, Ban Lãnh đạo Bệnh viện Bạch Mai đã tạo điều kiện cho phép thực hiện nghiên cứu này. Chúng tôi cũng xin chân thành cảm ơn người bệnh, người nhà người bệnh đã đồng ý tình nguyện tham gia nghiên cứu trong khoảng thời gian từ tháng 2 năm 2025 đến tháng 7 năm 2025.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- [2] Barnow S, Herpertz S.C, Spitzer C, Stopsack M, Preuss U.W, Grabe H.J et al. Temperament and character in patients with borderline personality disorder taking gender and comorbidity into account. *Psychopathology*, 2007, 40 (6): 369-78.
- [3] Goodman M, Patil U, Steffel L, Avedon J, Sasso S, Triebwasser J et al. Treatment utilization by gender in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 2010, 16 (3): 155-63.
- [4] Goodman M, Roiff T, Oakes A.H, Paris J. Suicidal risk and management in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 2012, 14 (1): 79-85.

- [5] Bailey R.C, Grenyer B.F.S. Burden and support needs of carers of persons with borderline personality disorder: A systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, 2013, 21 (5): 248-58.
- [6] Zanarini M.C, Vujanovic A.A, Parachini E.A, Boulanger J.L, Frankenburg F.R, Hennen J. A screening measure for BPD: The McLean screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, 2003, 17 (6): 568-73.
- [7] Preyde M, DiCroce M, Parekh S, Heintzman J. Exploring screening for borderline personality disorder in pediatric inpatients with psychiatric illness. *Psychiatry Research*, 2022, 309: 114397.
- [8] Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg O.F, Leweke F, Luyten P et al. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*, 2024, 23 (1): 4-25.
- [9] Porter C, Palmier-Claus J, Branitsky A, Mansell W, Warwick H, Varese F. Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, 2020, 141 (1): 6-20.
- [10] Lazarus S.A, Beardslee J, Pedersen S.L, Stepp S.D. A within-person analysis of the association between borderline personality disorder and alcohol use in adolescents. *J Abnorm Child Psychol*, 2017, 45 (6): 1157-67.