



**Tạp chí Khoa học và Kinh tế Phát triển  
Trường Đại học Nam Cần Thơ**

Website: [jsde.nctu.edu.vn](http://jsde.nctu.edu.vn)



**Đặc điểm lâm sàng, yếu tố nguy cơ suy giảm nhận thức sau đột quỵ**

Hoàng Thủy Oanh<sup>1\*</sup>, Phạm Chí Hiếu<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Khoe<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Khoa Y, Trường Đại học Nam Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

\*Người chịu trách nhiệm về bài viết: Hoàng Thủy Oanh (email: [htoanh@nctu.edu.vn](mailto:htoanh@nctu.edu.vn))

Ngày nhận bài: 8/12/2024

Ngày phản biện: 30/12/2024

Ngày duyệt đăng: 5/2/2025

**Title:** Clinical characteristics and risk factors for post-stroke cognitive impairment

**Keywords:** cognitive impairment, cranial nerves, language disorders, limb weakness, paralysis, sensory disorders, stroke

**Từ khóa:** đột quỵ, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn cảm giác, suy giảm nhận thức, thần kinh sọ, yếu liệt chi

**ABSTRACT**

After a stroke, many patients may experience permanent cognitive impairment. This study aims to determine the rate of cognitive decline following a stroke, describe the clinical features, and identify risk factors associated with cognitive impairment after a stroke. A cross-sectional descriptive study with analysis was conducted on 185 patients admitted to the Neurology and Rheumatology Department at Can Tho General Hospital. The results showed that 37.1% of patients experienced cognitive decline post-stroke. The clinical features observed included limb weakness or paralysis (91.4%), language disorders (25.9%), sensory disorders (29.2%), and cranial nerve palsy (45.4%). The mean MMSE score at 4 weeks post-stroke was 23.71. Of the patients, 5.7% had severe cognitive impairment, 41.4% had moderate impairment, and 52.9% had mild impairment. Age, dyslipidemia, and education level were identified as factors related to cognitive impairment after a stroke. The study also found that 25.6% of patients showed improvement in cognitive function, as measured by MMSE. Some side effects of medication were reported, including nausea (2.1%), diarrhea (1.3%), and anorexia (1.2%). Education level was found to significantly influence treatment outcomes. Therefore, it is important for stroke patients to undergo regular cognitive function assessments after the acute phase. Additionally, the potential benefits of using Galantamine to improve cognitive function in patients with cognitive impairment following a stroke should be considered.

## TÓM TẮT

Sau đột quỵ, nhiều bệnh nhân phải đối mặt với suy giảm chức năng nhận thức vĩnh viễn. Xác định tỷ lệ suy giảm nhận thức sau đột quỵ, mô tả đặc điểm lâm sàng, một số yếu tố nguy cơ suy giảm nhận thức sau đột quỵ. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được tiến hành trên 185 bệnh nhân nhập viện khoa Nội thần kinh – cơ xương khớp, bệnh viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ. Tỷ lệ bệnh nhân có suy giảm nhận thức sau đột quỵ chiếm 37,1%. Đặc điểm lâm sàng bao gồm: yếu liệt chi 91,4%, rối loạn ngôn ngữ 25,9%, rối loạn cảm giác 29,2%, liệt dây thần kinh sọ 45,4%, điểm MMSE trung bình thời điểm 4 tuần sau đột quỵ là 23,71, suy giảm nhận thức nặng 5,7%, trung bình 41,4% và nhẹ 52,9%. Các yếu tố liên quan đến suy giảm nhận thức sau đột quỵ bao gồm tuổi, rối loạn lipid máu và trình độ học vấn. Tỷ lệ bệnh nhân cải thiện chức năng nhận thức theo MMSE là 25,6%. Tác dụng phụ khi dùng thuốc là buồn nôn 2,1%, tiêu chảy 1,3%, chán ăn 1,2%. Trình độ học vấn là một tổ liên quan kết quả điều trị. Những bệnh nhân đột quỵ cần được thường xuyên đánh giá chức năng nhận thức sau giai đoạn cấp. Cân nhắc giữa lợi ích có thể đạt được khi sử dụng Galantamin để điều trị cải thiện chức năng nhận thức ở những bệnh nhân suy giảm nhận thức sau đột

## 1. GIỚI THIỆU

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, mặc dù đã có nhiều thập niên nghiên cứu, đột quỵ vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên thế giới và là nguyên nhân chủ yếu gây ra tàn phế. Năm 2019, có khoảng 6,2 triệu người trên thế giới bị đột quỵ, trong đó 87% là đột quỵ thiếu máu não. Dữ liệu gần đây nhất cho thấy tỷ lệ đột quỵ chung ở những nước đang phát triển cao hơn các nước phát triển, đồng thời, gánh nặng đột quỵ cũng cao hơn ở các nước này [10],[13]. Hiện nay thế giới có 35,6 triệu người bị sa sút trí tuệ và ước tính đến năm 2030, con số dự báo sẽ tăng lên 65,7 triệu người, năm 2050 là 115,5 triệu người. Theo một thống kê về sa sút trí tuệ, tại Đông Nam Á, sa sút trí tuệ mạch máu chiếm 14,9% các sa sút trí

tuệ [19],[20]. Sau đột quỵ, nhiều bệnh nhân đang phải đối mặt với suy giảm chức năng nhận thức vĩnh viễn. Mức độ suy giảm nhận thức rất khác nhau giữa các bệnh nhân đột quỵ, ngay cả khi các cá nhân có cùng đặc điểm tổn thương thì sự suy giảm nhận thức cũng khác nhau rất nhiều. Một số bệnh nhân có thể thực hiện tốt các hoạt động thường ngày, chẳng hạn như làm việc, học tập hoặc giải trí, trong khi các bệnh nhân khác gặp khó khăn trong cuộc sống hàng ngày do sự khiếm khuyết về nhận thức của họ. Nguyên nhân của những khác biệt trong kết cục nhận thức sau đột quỵ vẫn còn chưa được biết đến nhiều, cùng một mức độ tổn thương hoặc tổn thương tương tự nhưng có thể có những ảnh hưởng khác nhau đối với từng cá nhân. Xu hướng sử dụng thuốc trong

điều trị suy giảm nhận thức có gia tăng trong những năm gần đây, tuy nhiên vẫn ở mức thấp ở các nước đang phát triển [16],[17],[18]. Với bệnh nhân sau đột quỵ thì việc điều trị phục hồi chức năng vận động thường được quan tâm còn điều trị phục hồi chức năng nhận thức thường chưa được quan tâm đúng mức. Ở một mức độ nào đó, tình trạng suy giảm nhận thức tiến triển có thể dự phòng được khi chúng ta phát hiện sớm và chẩn đoán chính xác bệnh cùng với các biện pháp điều trị, kiểm soát các yếu tố nguy cơ. Lợi ích của mục tiêu này là không chỉ nâng cao chất lượng sống cho người bệnh mà còn làm giảm gánh nặng cho gia đình, cộng đồng và xã hội [6].

Tại Việt Nam, đã có nhiều công trình nghiên cứu về suy giảm nhận thức sau đột quỵ, tuy nhiên, các công trình nghiên cứu hầu hết đánh giá tại thời điểm sau đột quỵ 3 tháng, 6 tháng hoặc muộn hơn. Với mục đích phát hiện sớm tình trạng suy giảm nhận thức sau đột quỵ và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân sau đột quỵ, chúng tôi tiến hành đề tài: “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, các yếu tố nguy cơ suy giảm nhận thức sau đột quỵ” tại Bệnh viện Đa Khoa Thành phố Cần Thơ năm 2022 - 2023 với 2 mục tiêu: Xác định tỷ lệ suy giảm nhận thức sau đột quỵ tại Bệnh viện Đa Khoa Thành phố Cần Thơ năm 2022 – 2023; mô tả đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ của suy giảm nhận thức sau đột quỵ tại Bệnh viện Đa Khoa Thành phố Cần Thơ năm 2022 - 2023.

## 2. PHƯƠNG TIỆN VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 2.1 Phương tiện nghiên cứu

Địa điểm: Tại Khoa Nội Thần Kinh – Cơ xương khớp Bệnh viện Đa Khoa Thành phố Cần Thơ.

Thời gian: Từ tháng 10/2022 đến tháng 8/2023.

Nghiên cứu sử dụng phiếu thu thập số liệu, máy đo huyết áp đồng hồ do Nhật sản xuất, máy CT Scanner 160 lát Aquilion Prime TSX – 303A và Máy CT 16 lát Philips Khoa Chẩn đoán hình ảnh – Bệnh viện Đa Khoa Thành phố Cần Thơ, máy Chụp cộng hưởng từ TOSHIBA 1.5 Tesla model: MRT-2020/GI Khoa Chẩn đoán hình ảnh – Bệnh viện Đa Khoa Thành phố Cần Thơ, các xét nghiệm sinh hóa máu được phân tích trên máy xét nghiệm tự động tại Khoa Xét nghiệm – Bệnh viện Đa Khoa Thành phố Cần Thơ.

### 2.2 Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.1 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành với thiết kế mô tả cắt ngang có phân tích.

#### 2.2.2 Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ:

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

n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

Z: Chọn mức độ tin cậy mong muốn là 95% tương ứng  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

d: Sai số cho phép, chọn  $d = 0,06$

Tỷ lệ bệnh nhân suy giảm nhận thức sau đột quỵ chung theo báo cáo của tác giả Aam là 0,35 [12]. Áp dụng công thức trên tính ra cỡ mẫu là 243 bệnh nhân, thực tế nghiên cứu đã thu thập cỡ mẫu là 245 bệnh nhân.

#### 2.2.3 Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân đột quỵ thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh để đưa vào nghiên cứu.

#### 2.2.4 Thu thập thông tin

Đặc điểm chung của đối tượng khảo sát bao gồm tuổi, giới tính, nghề nghiệp, địa chỉ, tay

thuận, thời gian nằm viện, tiền căn bệnh nhân và phân loại đột quy dựa vào kết quả hình ảnh học chụp cắt lớp vi tính não hoặc cộng hưởng từ não, được chia thành 2 nhóm là nhồi máu não và xuất huyết não. Tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng, một số yếu tố nguy cơ của suy giảm nhận thức sau đột quy được đánh giá dựa vào điểm MMSE tại thời điểm 4 tuần, 16 tuần sau đột quy.

### 2.2.5 Phân tích dữ liệu

Số liệu được kiểm tra, mã hóa, nhập và xử lý dữ liệu theo phương pháp thống kê y học với phần mềm SPSS 20.0. Các số liệu thống kê mô tả được tính tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và giá trị lớn nhất, nhỏ nhất. Đánh giá sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ, xác định tỷ số chênh OR, khoảng tin cậy 95% bằng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher's ở mức có ý nghĩa khi  $p < 0,05$ . Phân tích hồi quy đa biến để xác định các yếu tố nguy cơ độc lập, có ý nghĩa khi  $p < 0,05$ . Đánh giá sự khác biệt giữa 2 trung bình bằng phép kiểm định trung bình cho mẫu cặp, có ý nghĩa khi  $p < 0,05$ .

## 3. KẾT QUẢ VÀ THẢO LUẬN

### 3.1 Đặc điểm chung của đối tượng khảo sát

#### 3.1.1 Tuổi

Đặc điểm về tuổi ở đối tượng khảo sát có nhỏ nhất là 33 tuổi, lớn nhất là 101 tuổi và trung bình là 66,4 tuổi. Nhóm tuổi 60 – 69 tuổi chiếm nhiều nhất 28,6%, kế đến là nhóm tuổi 70 – 79 tuổi chiếm 27,8% và nhóm tuổi  $\leq 59$  chiếm ít nhất với 29,0%. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Nga và cộng sự (2012) tại Bệnh viện Thống Nhất Thành Phố Hồ Chí Minh về tỷ lệ và các yếu tố nguy cơ của sa sút trí tuệ sau đột quy não ghi nhận tuổi trung bình là 70,8 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 37 và tuổi lớn nhất là 91 [3]. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi thấp hơn so với

Đào Thị Bích Ngọc (2018) tại Bệnh viện Bạch Mai về đặc điểm lâm sàng của chức năng nhận thức sau nhồi máu não và một số yếu tố liên quan ghi nhận tuổi trung bình là 72,1 tuổi và nhóm tuổi 70 – 79 chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 60,9%. Nghiên cứu của Young Soon Yang và cộng sự (2018) ở bệnh nhân sa sút trí tuệ liên quan với bệnh mạch máu não thấy rằng tuổi trung bình của bệnh nhân là 73,0 tuổi. Sự khác biệt về tuổi này có thể do sự khác nhau về tuổi thọ trung bình khác nhau ở từng khu vực, nhưng nhìn chung bệnh lý này hầu hết có xu hướng xuất hiện gia tăng ở người cao tuổi [4],[21],[22].

#### 3.1.2 Giới tính

Phân bố giới tính trong nghiên cứu ghi nhận tỷ số nam/nữ là 1/1. Cụ thể, nữ giới chiếm tỷ lệ là 50,6% so với nam giới là 49,4%. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Đào Thị Bích Ngọc (2018) tại Bệnh viện Bạch Mai về đặc điểm lâm sàng của chức năng nhận thức sau nhồi máu não và một số yếu tố liên quan ghi nhận tỷ số nam/nữ gần 1/1, với nam giới là 52,2% và nữ giới là 47,8%. Nghiên cứu của Vũ Anh Nhị và cộng sự (2010) tại Bệnh viện Nhân dân 115 và Bệnh viện Quân Y 175 về test MOCA trong tầm soát suy giảm nhận thức do mạch máu ở bệnh nhân sau đột quy cấp đã ghi nhận tỷ số nam/nữ là 1/1 [4]. Tuy nhiên, kết quả này khác so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Nga và cộng sự (2012) tại Bệnh viện Thống Nhất Thành phố Hồ Chí Minh về tỷ lệ và các yếu tố nguy cơ của sa sút trí tuệ sau đột quy não ghi nhận tỷ lệ nam giới là 76,5% và nữ giới là 23,5% [3]. Nguyễn Thị Kim Liên và cộng sự (2015) tại Trung tâm phục hồi chức năng - Bệnh viện Bạch Mai về tình trạng rối loạn nhận thức của bệnh nhân tai biến mạch máu não đã ghi nhận tỷ lệ nam giới là 65% và nữ giới là 35%.

Young Soon Yang và cộng sự (2018) nghiên cứu bệnh nhân sa sút trí tuệ liên quan với bệnh mạch máu não đã ghi nhận tỷ lệ nam giới là 83,3% và nữ giới là 16,7%. Sự khác nhau này là do tuổi thọ của phụ nữ cao hơn và tỷ lệ sống sót của phụ nữ khi bị sa sút trí tuệ cũng cao hơn so với nam giới cùng độ tuổi [22].

### 3.1.3 Nghề nghiệp

Phân bố nghề nghiệp trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm mất sức lao động là nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất với 70,2% và chiếm ít nhất là văn phòng chỉ 0,8%. Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự như Nguyễn Thị Phương Nga và cộng sự tại Bệnh viện Thống Nhất Thành Phố Hồ Chí Minh về tỷ lệ và các yếu tố nguy cơ của sa sút trí tuệ sau đột quỵ não ghi nhận đối tượng không làm việc chiếm 87,3%, Nghiên cứu của Nguyễn Đình Toàn tại Bệnh viện Trung Ương Huế về tầm soát sa sút trí tuệ do mạch máu ở bệnh nhân tai biến mạch máu não cho thấy, nhóm bệnh nhân già chiếm nhiều nhất với 40% [3],[7]. Có thể nói rằng đặc điểm về nghề nghiệp trong các nghiên cứu nêu trên ghi nhận tỷ lệ nhóm bệnh nhân già hoặc hết tuổi lao động chiếm đa số là phù hợp, bởi vì tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu  $\geq 60$  tuổi. Vì các bệnh lý liên quan đến rối loạn nhận thức chủ yếu gặp ở người cao tuổi. Ở các nghiên cứu về rối loạn nhận thức đều cho thấy rằng tỷ lệ mắc suy giảm nhận thức đều gia tăng theo tuổi, nhóm tuổi càng cao thì tỷ lệ suy giảm nhận thức càng tăng.

### 3.1.4 Học vấn

Kết quả nghiên cứu cho thấy trình độ học vấn cấp 2 chiếm nhiều nhất với 46,1%, kế đến là cấp 1 với 40,0%, cấp 3 là 12,2% và nhóm trên cấp 3 chiếm ít nhất 1,7%. Kết quả này cũng tương tự như của Vũ Anh Nhị và cộng sự tại Bệnh viện

Nhân dân 115 và Bệnh viện Quân Y 175 về test MOCA trong tầm soát suy giảm nhận thức do mạch máu ở bệnh nhân sau đột quỵ cấp thì nhóm bệnh nhân có học vấn trung học cơ sở chiếm đa số với 63,5%. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác hơn kết quả của Nguyễn Đình Toàn tại Bệnh viện Trung Ương Huế về tầm soát sa sút trí tuệ do mạch máu ở bệnh nhân tai biến mạch máu não thấy rằng nhóm bệnh nhân có học vấn trung học cơ sở và tiểu học chiếm nhiều nhất với 45,6% [7]. Theo Đào Thị Bích Ngọc (2018), nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai về đặc điểm lâm sàng của chức năng nhận thức sau nhồi máu não và một số yếu tố liên quan cho thấy, nhóm bệnh nhân học vấn trung học phổ thông chiếm đa số 49,6% [4]. Sự khác biệt này được giải thích có thể là do sự khác nhau về địa điểm lấy mẫu. Cụ thể, trong khi nghiên cứu các tác giả đều thực hiện ở những bệnh viện trung tâm ở các thành phố lớn như Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh thì nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại vùng Đồng bằng sông Cửu Long nên phân bố học vấn cũng vì thế mà khác nhau, mỗi vùng miền khác nhau thì có phân bố trình độ học vấn khác nhau phụ thuộc vào điều kiện kinh tế - xã hội của mỗi khu vực.

### 3.1.5 Địa chỉ

Trong nghiên cứu này, đa số bệnh nhân sống ở thành thị chiếm 68,6% các trường hợp. Tỷ lệ bệnh nhân sống ở thành thị cao hơn nông thôn là do đặc điểm địa điểm tiến hành nghiên cứu, đồng thời bệnh nhân cần được đánh giá lại sau 4 tuần đột quỵ, 12 tuần sau điều trị.

### 3.1.6 Tay thuận

Kết quả nghiên cứu này ghi nhận hầu hết bệnh nhân thuận tay phải với tỷ lệ bệnh nhân thuận tay phải là 90,2% và thuận tay trái là 9,8%. Tỷ lệ này

phù hợp với y văn và các nghiên cứu trước đó [8],[11].

### 3.1.7 Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân đột quỵ trong nghiên cứu này là  $7,02 \pm 3,25$ . Thời gian nằm viện của bệnh nhân liên quan mức độ nặng của đột quỵ và bệnh kèm theo. Nằm viện kéo dài cũng có thể ảnh hưởng đến những nguy cơ nhiễm trùng, tập vận động hồi phục hoặc tâm lý.

### 3.1.8 Tiền căn bệnh nhân

Tỷ lệ bệnh nhân đột quỵ có tiền căn hút thuốc lá trong nghiên cứu này là 24,1%, tương đương với nghiên cứu của Võ Quang Vinh là 24,11%. Hút thuốc lá gây tăng nguy cơ bệnh tim mạch và bệnh mạch máu não, tác động xấu đến mức cholesterol máu, tăng LDL và giảm HDL, thành mạch dễ bị tổn thương và xơ vữa. Tỷ lệ uống rượu trong nghiên cứu này là 14,3%. Tất cả bệnh nhân uống rượu, hút thuốc lá là nam giới. Uống trên 30 ml rượu mỗi ngày từ 2 năm trở lên làm tăng huyết áp nặng lên và tăng nguy cơ đột quỵ. Các thực nghiệm cho thấy ethanol với nồng độ cao trong máu, có tác dụng co mạch trực tiếp rõ rệt, kích thích thần kinh trung ương, làm tăng cung lượng tim, rối loạn nhịp tim như cơn rung nhĩ kịch phát, bệnh cơ tim, giảm tưới máu não. Ngoài ra, uống nhiều rượu còn làm tăng hematocrit, làm tăng độ nhớt của máu. Bệnh nhân đột quỵ có tiền căn tăng huyết áp chiếm 89,0% tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Nga và cộng sự (2012) tại Bệnh viện Thống Nhất Thành Phố Hồ Chí Minh về tỷ lệ và các yếu tố nguy cơ của sa sút trí tuệ sau đột quỵ não ghi nhận tiền căn THA là yếu tố nguy cơ gặp nhiều nhất với 91,7% [3]. Tỷ lệ bệnh nhân đột quỵ có tiền căn đái tháo đường trong nghiên cứu của chúng tôi là 26,1%. Kết quả

nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với Nguyễn Thiên Trang là 24,0% [8]. Đái tháo đường là bệnh lý ngày càng trở nên phổ biến, trong hơn 2 thập kỷ qua số lượng người lớn được chẩn đoán với bệnh đái tháo đường ở các nước phát triển dự kiến sẽ tăng 20% trên tổng thể và 38% đối với những người trên 60 tuổi.

### 3.1.9 Phân loại đột quỵ

Trong nghiên cứu này, bệnh nhân nhồi máu não chiếm 93,5% và chỉ có 6,5% bệnh nhân xuất huyết não. Trong khi nhồi máu não được đặc trưng bởi quá ít máu để cung cấp đủ lượng oxy và chất dinh dưỡng cho một phần não bộ thì xuất huyết não được đặc trưng bởi quá nhiều máu trong khoang sọ kín. Tỷ lệ nhồi máu não thường chiếm 80 – 85%, xuất huyết não chiếm 10 -15% các trường hợp đột quỵ. Tuy nhiên, xuất huyết não thường diễn tiến nặng hơn và tỷ lệ tử vong lên đến 30 – 60% [2].

### 3.2 Tỷ lệ suy giảm nhận thức sau đột quỵ

Qua nghiên cứu, 245 bệnh nhân ra viện đủ điều kiện thực hiện trắc nghiệm tâm lý MMSE, kết quả cho thấy có 91 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 37,1% sau đột quỵ có tình trạng suy giảm nhận thức mức độ từ nhẹ đến nặng. Ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não, tỷ lệ suy giảm nhận thức là 37,1% và chúng chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ suy giảm nhận thức giữa hai nhóm bệnh nhân nhồi máu não và xuất huyết não. Điểm MMSE thấp nhất là 13 điểm, cao nhất là 29 điểm và trung bình là 23,77 điểm. Kết quả này tương đương với kết quả của Nguyễn Trọng Hưng và cộng sự (2012) về vai trò trắc nghiệm thần kinh tâm lý trong SGNT sau NMN cho thấy rằng, điểm MMSE trung bình là 20,78 điểm. Nguyễn Thanh Vân và cộng sự nghiên cứu về trắc nghiệm thần kinh tâm lý trong chẩn đoán SSTT

đã ghi nhận điểm MMSE trung bình là 20,5 điểm. Nghiên cứu của Nguyễn Thiên Trang (2019) tại Cần Thơ đã ghi nhận điểm MMSE trung bình tại thời điểm ra viện là 22,0 [8]. Có nhiều tiêu chuẩn để chẩn đoán suy giảm nhận thức và trong thực hành lâm sàng chưa có sự thống nhất. Tỷ lệ suy giảm nhận thức phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó có hai yếu tố chính là thời điểm đánh giá nhận thức sau đột quy và đặc điểm của bệnh nhân đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ sa sút trí tuệ sau đột quy bao gồm nhồi máu não và xuất huyết não theo nghiên cứu tại bệnh viện Chợ Rẫy dựa vào tiêu chuẩn DSM-IV là 40,4% [7]. Nguyễn Hoàng Ngọc đã sử dụng thang điểm MMSE ghi nhận tỷ lệ suy giảm nhận thức sau đột quy chung 53%, và tính riêng sau nhồi máu não là 56%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các đối tượng đều là những bệnh nhân có khả năng hợp tác đầy đủ khi thực hiện trắc nghiệm MMSE nên những bệnh nhân mất ngôn ngữ, sa sút trí tuệ mức độ nặng, bệnh nhân không hợp tác sẽ không đưa vào nghiên cứu. Do vậy, tỷ lệ suy giảm nhận thức trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các tác giả này. Về thời điểm làm các trắc nghiệm thần kinh tâm lý, đa số các tác giả nước ngoài đều chọn thời điểm ba tháng sau nhồi máu để loại trừ các yếu tố nhiễu do triệu chứng của nhồi máu não cũng như đảm bảo tính chất lâm sàng của suy giảm nhận thức mạch máu là diễn biến từ từ và không thể đảo ngược. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân được chẩn đoán suy giảm nhận thức ở thời điểm 1 tháng sau đột quy, bệnh nhân có thể tái khám sau 1 tháng cũng có nghĩa là các bệnh nhân không bị tổn thương não nặng nề hay có các triệu chứng không nặng nề, vẫn có thể hợp tác khi thăm khám và làm các trắc nghiệm thần kinh tâm lý.

Khi phân nhóm theo các mức điểm thì nhóm bệnh nhân nhẹ chiếm nhiều nhất với tỷ lệ 52,7%, kế đến là nhóm bệnh nhân suy giảm nhận thức mức độ vừa là 42,9%, chiếm ít nhất là nhóm nặng 4,4%. Nghiên cứu của Nguyễn Thiên Trang đã ghi nhận mức độ suy giảm nhận thức trên bệnh nhân nhồi máu não với MMSE 24 – 26 điểm chiếm 36,5%, kế đến là nhóm bệnh nhân 20 – 23 điểm với tỷ lệ 33,7%, nhóm bệnh nhân 14 – 19 điểm với tỷ lệ 24,0% và chiếm ít nhất là nhóm bệnh nhân nặng chiếm tỷ lệ 5,8% [8]. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đặng Hoàng Anh ghi nhận nhóm bệnh nhân suy giảm nhận thức mức độ nhẹ chiếm nhiều nhất, mức độ nặng chiếm tỷ lệ ít nhất [1].

### **3.3 Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân SGNT sau đột quy**

#### *3.3.1 Đặc điểm tổn thương thần kinh khu trú*

Bệnh nhân suy giảm nhận thức có yếu/liệt nửa người chiếm 89,0%, liệt VII trung ương chiếm 46,2% và rối loạn cảm giác chiếm 31,9% và nói khó 26,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như của Đặng Hoàng Anh và cộng sự nghiên cứu tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Thái Nguyên về đặc điểm sa sút trí tuệ sau nhồi máu não ở bệnh nhân cao tuổi ghi nhận liệt nửa người chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 95,9% [1]. Nguyễn Hoàng Ngọc và cộng sự nghiên cứu tại Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108 về suy giảm nhận thức ở bệnh nhân sau đột quy đã ghi nhận tỷ lệ liệt nửa người là 80,0% [5]. Liệt là một đặc điểm phổ biến của đột quy gặp ở 85 – 90% bệnh nhân, thông thường xảy ra liệt nửa người. Liệt hoặc suy kiệt có thể chỉ ảnh hưởng tới khuôn mặt, một tay hoặc một chân hay có thể ảnh hưởng tới toàn bộ một nửa của cơ thể và khuôn mặt. Tỷ lệ bệnh nhân yếu liệt nửa người cao hơn so với y

vấn vì đối với mẫu nghiên cứu, yếu liệt nửa người là lý do vào viện chính.

### 3.3.2 Đặt điểm nhận thức

#### *Rối loạn định hướng:*

Theo kết quả nghiên cứu, thấy rằng trong số các bệnh nhân có suy giảm nhận thức có 45,1% có rối loạn định hướng. Kết quả này cao hơn kết quả của Đào Thị Bích Ngọc ghi nhận tỷ lệ này là 21,1%. Ở bệnh nhân sau đột quỵ có rối loạn định hướng chúng tôi thấy rằng, bệnh nhân có rối loạn định hướng thời gian là 35,2%, biểu hiện bệnh nhân không nhận biết được hoặc nhận biết sai trong việc xác định thứ trong tuần, ngày tháng và mùa trong năm,... rối loạn định hướng không gian là 24,2% với biểu hiện chủ yếu không xác định được hoặc xác định sai tên nơi mình đang ở. Định hướng là một lĩnh vực trong nhận thức. Tuy không được đưa vào tiêu chuẩn chẩn đoán sa sút trí tuệ theo tiêu chuẩn của ICD 10 và DSM- IV, song theo nhiều tác giả rối loạn định hướng tham gia vào quá trình tiến triển của sa sút trí tuệ. Mặt khác khi rối loạn định hướng bệnh nhân sẽ gặp khó khăn trong sinh hoạt hàng ngày [1],[4].

#### *Rối loạn về sự chú ý và khả năng tính toán:*

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ rối loạn về chú ý và khả năng tính toán ở bệnh nhân có suy giảm nhận thức là 94,5%. Kết quả này cao hơn của Đoàn Thị Bích Ngọc là 63,4%. Nghiên cứu của Đặng Hoàng Anh trên 122 bệnh nhân đánh giá dựa trên thang điểm MMSE ghi nhận chỉ 13,13% bệnh nhân không có rối loạn sự chú ý và khả năng tính toán. Khả năng chú ý và làm phép tính 100 -7 là một phép tính đơn giản, tuy nhiên, nó yêu cầu chú ý tốt. Sự giảm chú ý và khả năng tính toán là một trong những yếu tố góp phần làm giảm khả năng lao động trí óc [1],[4].

#### *Rối loạn trí nhớ:*

Tỷ lệ suy giảm trí nhớ trong nghiên cứu này là 80,2%, trong đó rối loạn trí nhớ tức thì là 45,1% và rối loạn trí nhớ gần là 73,6%. Trí nhớ là tiêu chuẩn tiền đề trong sa sút trí tuệ. Trí nhớ của bệnh nhân giảm liên quan đến khả năng ghi nhận thông tin kém, mặc dù chỉ là những thông tin đơn giản và khả năng nhớ lại cũng giảm, dẫn đến chậm chạp trong suy nghĩ, phản ứng và nói chậm, tư duy kém, khả năng giải quyết vấn đề kém, điều này làm ảnh hưởng đến khả năng tư duy của bệnh nhân. Nghiên cứu của Đào Thị Bích Ngọc cũng cho thấy, trí nhớ giảm chiếm tỷ lệ cao sau đột quỵ, tỷ lệ rối loạn trí nhớ trong nghiên cứu này là 87,3%. Suy giảm trí nhớ ở bệnh nhân sau đột quỵ chủ yếu là giảm khả năng ghi nhận thông tin, dẫn đến thiếu sót và khó khăn trong lời nói, học tập và làm việc [4],[5].

#### *Rối loạn ngôn ngữ:*

Ở nhóm có suy giảm nhận thức thì tỷ lệ rối loạn ngôn ngữ là 52,7%. Rối loạn ngôn ngữ trong suy giảm nhận thức bao gồm ngôn ngữ diễn đạt, ngôn ngữ thông hiểu. Các khả năng về ngôn ngữ tiếp nhận và diễn đạt có thể bị rối loạn trong nhiều bệnh lý thần kinh. Ngôn ngữ tiếp nhận liên quan đến khả năng hiểu sự giao tiếp bằng ngôn ngữ hay bằng văn bản. Giảm hiểu có thể liên quan đến các từ riêng rẽ hay cả câu. Khả năng đọc hiểu một văn bản dựa vào sự tinh thông của thính giác và cũng thường bị rối loạn ở người giảm hiểu thính giác. Khả năng đánh giá các thành phần không lời của ngôn ngữ, như sự am hiểu văn luật, và kiến thức xã hội, có thể bị suy giảm một phần trong hội chứng sa sút trí tuệ. Bệnh nhân suy giảm nhận thức thường có thể nói được công dụng của một vật nhưng không thể nói tên vật đó. Nói không đúng ngữ pháp và cú pháp cũng gặp, bệnh nhân không có khả năng ghép hơn hai hoặc ba từ với

nhau thành một câu. Tương tự bệnh nhân có thể có khả năng nói một câu tự phát bình thường, nhưng không có khả năng nhắc lại từ hoặc câu của người khác. Rối loạn ngôn ngữ chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố. Để nói hoặc hiểu được một từ, não bộ cần xác định vị trí của từ đó trong kho lưu trữ các từ đã được học từ trước. Rối loạn ngôn ngữ liên quan trực tiếp đến vùng giải phẫu bị tổn thương, liên quan đến khả năng ghi nhận thông tin, vấn đề học vấn, nhận thức và nghề nghiệp.

*Rối loạn chức năng điều hành:*

Nghiên cứu ghi nhận có 83,5% bệnh nhân suy giảm nhận thức có rối loạn chức năng điều hành. Tỷ lệ này tương đương với kết quả của Nguyễn Hoàng Ngọc là 80,5%, nhưng cao hơn của Đào Thị Bích Ngọc là 66,2% bệnh nhân có rối loạn chức năng điều hành. Rối loạn chức năng điều hành chiếm tỷ lệ cao ở bệnh nhân suy giảm nhận thức, bên cạnh rối loạn trí nhớ, rối loạn chú ý và khả năng tính toán. Vì vậy, xem xét xem đây là những biểu hiện để đánh giá tầm soát suy giảm nhận thức nhằm phát hiện sớm suy giảm nhận thức sau đột quỵ [4].

**3.4 Yếu tố nguy cơ suy giảm nhận thức sau đột quỵ**

*3.4.1 Tuổi*

Có 79,1% bệnh nhân suy giảm nhận thức sau đột quỵ từ 60 tuổi trở lên so với 20,9% bệnh nhân dưới 60 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả nghiên cứu này phù hợp với những công bố trước đây. Tuổi là một yếu tố nguy cơ của suy giảm nhận thức, tuổi càng cao tỷ lệ suy giảm nhận thức càng tăng. Nghiên cứu cũng ghi nhận được bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên có nguy cơ suy giảm nhận thức sau đột quỵ cao gấp 1,9 lần nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi. Kể từ tuổi 60,

trung bình cứ sau năm năm tỷ lệ sa sút trí tuệ lại tăng gấp đôi, và tỷ lệ sa sút trí tuệ chiếm khoảng 1/3 số người ngoài 80 tuổi [4]. Tuổi chính là yếu tố nguy cơ không thể khắc phục được của suy giảm nhận thức.

*3.4.2 Giới tính*

Kết quả nghiên cứu nhận thấy rằng không có sự khác biệt giữa đối tượng nam và nữ đối với rối loạn nhận thức cũng như mức độ suy giảm nhận thức. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với đa số các nghiên cứu trong và ngoài nước [4].

*3.4.3 Học vấn*

Có 48,0% bệnh nhân có trình độ học vấn cấp 1 có suy giảm nhận thức sau đột quỵ so với 29,9% bệnh nhân có trình độ từ cấp 2 trở lên có suy giảm nhận thức ( $p < 0,05$ ). Kết quả tương tự như trong nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Ngọc nhóm bệnh nhân có trình độ tiểu học có tỷ lệ suy giảm nhận thức sau đột quỵ cao hơn nhóm có trình độ cao hơn [5]. Võ Quang Vinh đã đánh giá suy giảm nhận thức sau nhồi máu não ghi nhận tỷ lệ suy giảm nhận thức ở nhóm bệnh nhân trên dưới lớp 12 là 54%, khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân có trình độ học vấn thấp hơn [11]. Các bằng chứng hiện tại đều khẳng định tác dụng này và giải thích là dự trữ nhận thức có thể giúp não phát triển các cơ chế bù trừ để đối phó với tổn thương bệnh lý. Nhiều yếu tố được xem là góp phần làm tăng dự trữ nhận thức và có nhiều bằng chứng cho thấy mối liên quan giữa các yếu tố này với nguy cơ suy giảm nhận thức. Các yếu tố này bao gồm giáo dục, trí thông minh, nghề nghiệp và hoạt động xã hội trong suốt cuộc đời. Tác giả Hong nghiên cứu về điều trị rối loạn ngôn ngữ sau đột quỵ và đánh giá điểm MMSE ghi nhận trình độ học vấn cao có kết quả hồi phục

điểm MMSE tốt hơn nhóm có trình độ học vấn thấp hơn [15].

#### 3.4.4 Hút thuốc lá

Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ đột quỵ cao gấp 1,5 lần bên cạnh nguy cơ gây ra các bệnh tim mạch và hô hấp. Hút thuốc lá làm cho nhịp tim đập nhanh, huyết áp tăng, mạch máu bị co lại, nicotin trong thuốc lá kích thích giải phóng nhiều catecholamine, làm tăng cholesterol và fibrinogen trong máu, kích thích gây tăng kết dính tiểu cầu, tăng thể tích hồng cầu, do đó làm tăng độ quánh của máu. Những yếu tố trên là nguy cơ gây tắc mạch máu, trong đó có mạch máu não, theo sau đó có khả năng làm tăng nguy cơ suy giảm nhận thức. Tuy nhiên, nghiên cứu này chưa có đủ bằng chứng để chỉ ra rằng tỷ lệ suy giảm nhận thức sau đột quỵ là khác nhau ở 2 nhóm bệnh nhân có hút thuốc lá và không hút thuốc lá.

#### 3.4.5 Uống rượu

Tỷ lệ suy giảm nhận thức sau đột quỵ ở 2 nhóm bệnh nhân có uống rượu và không uống rượu khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Một số tác giả cho rằng uống rượu nhẹ, lượng ít, vừa phải, đều đặn có thể ngăn ngừa sa sút trí tuệ. Trái lại, việc lạm dụng rượu là một yếu tố nguy cơ có thể với các loại sa sút trí tuệ mặc dù những hiểu biết về mối liên quan này khó có thể chứng minh. Trong nghiên cứu này, số lượng bệnh nhân uống rượu không nhiều để so sánh mức nguy cơ của rượu đối với suy giảm nhận thức [4].

#### 3.4.6 Tăng huyết áp

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hàng đầu của tai biến mạch não. Tăng huyết áp làm tăng nguy cơ các tổn thương não do thiếu máu não, xuất huyết não và thoái hoá, dẫn đến tử vong hoặc các biến chứng nặng nề về thể chất và trí tuệ ở các bệnh nhân. Các biến chứng não ở bệnh nhân tăng

huyết áp rất đa dạng, từ đột quỵ do tắc mạch não hoặc xuất huyết não đến xơ vữa mạch não, bệnh mạch máu não nhỏ và nhồi máu não lỗ khuyết tiến triển đến suy giảm nhận thức từ nhẹ đến nặng.

Bệnh nhân có tiền căn tăng huyết áp có nguy cơ suy giảm nhận thức sau đột quỵ cao gấp 2,87 lần so với bệnh nhân không có tiền căn tăng huyết áp. Bên cạnh đó, trị số huyết áp tâm thu  $\geq 140$ mmHg lúc nhập viện cũng làm tăng nguy cơ suy giảm nhận thức sau đột quỵ lên 2,13 lần. Các nhà khoa học khuyến cáo rằng trong quá trình điều trị bệnh tăng huyết áp, không chỉ chú trọng đến việc giảm con số huyết áp mà quan trọng hơn cần phải quan tâm đến sự ổn định của các con số huyết áp. Theo Lê Văn Tuấn, người có tăng huyết áp có nguy cơ mắc sa sút trí tuệ cao gấp 3,1 lần người không bị tăng huyết áp [9].

#### 3.4.7 Đường huyết

Đái tháo đường có thể là một yếu tố nguy cơ độc lập dẫn đến suy giảm nhận thức, đặc biệt là trong các lĩnh vực ngôn ngữ, chức năng điều hành, thị giác không gian và khả năng chú ý [5],[14]. Bệnh nhân đái tháo đường ngoài tuổi 65 có nguy cơ cao tiến triển chứng sa sút trí tuệ 6-8% cao hơn các nguy cơ về tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và béo phì. Các cơ chế bệnh sinh liên quan giữa đái tháo đường típ 2 đến suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ vẫn chưa được biết rõ, tuy nhiên, có nhiều khả năng đây là kết quả của sự tương tác đa yếu tố bao gồm cả tổn thương mạch máu nhỏ và mạch máu lớn ở não, kiểm soát kém glucose máu, sản phẩm đường hóa bậc cao, các chất trung gian gây viêm và ảnh hưởng từ trực dưới đồi- tuyến yên- tuyến thượng thận.

Nghiên cứu này cho thấy, chưa đủ bằng chứng để cho thấy bệnh nhân có tiền căn đái tháo đường trước đó làm tăng nguy cơ suy giảm nhận thức

sau đột quy, nhưng những bệnh nhân đái tháo đường bao gồm cả có tiền căn và mới chẩn đoán có nguy cơ suy giảm nhận thức cao gấp 1,80 lần so với nhóm bệnh nhân không được chẩn đoán đái tháo đường. Bên cạnh đó, đường huyết lúc nhập viện  $\geq 126$  mg/dL (7 mmol/L) cũng làm tăng nguy cơ suy giảm nhận thức sau đột quy lên 1,81 lần, HbA1c  $\geq 6,5$  cũng làm tăng nguy cơ suy giảm nhận thức sau đột quy lên 3,18 lần. Điều này cho thấy, tầm quan trọng của việc kiểm soát đường huyết trong giảm nguy cơ suy giảm nhận thức ở bệnh nhân đột quy.

#### 3.4.8 Rối loạn lipid máu

Nghiên cứu này nhận thấy rằng trong nhóm bệnh nhân có rối loạn lipid máu thì tỷ lệ bệnh nhân bị suy giảm nhận thức cao hơn nhóm không có rối loạn lipid máu. Một số nghiên cứu khác đã chứng minh tăng lipid máu có liên quan với nguy cơ gia tăng suy giảm nhận thức [5], trong khi những nghiên cứu khác cho thấy mối tương quan ngược lại [7]. Zhironng Yang đã thực hiện một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu 10 năm, nghiên cứu vai trò của LDL-C mật độ thấp trong máu, HDL-C và triglycerid trong sự phát triển suy giảm trí nhớ sau đột quy ở 15.879 bệnh nhân ghi nhận rằng lipid máu có thể ảnh hưởng đến nguy cơ sa sút trí tuệ sau đột quy theo nhiều cách khác nhau, với nguy cơ cao hơn liên quan đến LDL-C, rủi ro thấp hơn liên quan đến triglyceride và không liên quan đến HDL-C [23].

#### 3.4.9 Tổn thương não trên hình ảnh học và SGNT sau đột quy

Vị trí tổn thương trên não là một trong các yếu tố đã được xác định có liên quan đến suy giảm nhận thức sau đột quy. Nghiên cứu này ghi nhận 95,6% bệnh nhân suy giảm nhận thức tổn thương trên lều, 4,4% bệnh nhân suy giảm nhận thức tổn

thương dưới lều (thân não và tiểu não). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Đối với nhóm bệnh nhân nhồi máu não bán cầu thì khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Nga cho thấy, vị trí tổn thương trên bệnh nhân có liên quan đến sa sút trí tuệ, ở nhóm nhồi máu vỏ não tỷ lệ sa sút trí tuệ là cao hơn rõ rệt so với bệnh nhân có nhồi máu dưới vỏ (tỷ lệ này là: 71,4% và 37,5% với  $p < 0,05$ ). Tuy nhiên, cũng trong nghiên cứu của tác giả, tỷ lệ giữa 2 nhóm vỏ não và dưới vỏ ở bệnh nhân rối loạn nhận thức chưa có sự khác biệt có ý nghĩa [3]. Thở suy giảm nhận thức do mạch máu hay gặp nhất là tổn thương mạch máu dưới vỏ. Loại này thường có tỷ lệ hiện mắc cao ở người già. Giả thuyết là các ổ khuyết nhỏ gây mất các tế bào thần kinh vùng dưới vỏ, hoặc làm gián đoạn các tế bào thần kinh này với các đường thần kinh vỏ não, gây nên hội chứng mất điều hành, tốc độ xử lý nhận thức và vận động chậm, và sự suy giảm chú ý. Thiếu hụt nhận thức trong bệnh này, nói chung bao gồm giảm khả năng nhớ lại cả thông tin mới và cũ; khả năng nhận biết còn tương đối nguyên vẹn. Hình ảnh học thần kinh thấy các nhồi máu ổ khuyết đa số là ở nhân đuôi, nhân đậu, khu vực vành tia, vì vậy nhồi máu não ổ khuyết thường không gây triệu chứng rối loạn nặng chức năng cao cấp của não. Nhồi máu não vỏ não thường có triệu chứng lâm sàng nặng nề hơn, ảnh hưởng tới nhiều chức năng cao cấp của não, kiểu tổn thương não trong rối loạn nhận thức do thiếu máu cục bộ dưới vỏ là do bệnh mạch máu nhỏ lan tỏa gây nên.

#### 3.4.10 Phân loại đột quy

Ảnh hưởng của bệnh lý mạch máu não đến điểm đánh giá nhận thức MMSE toàn bộ đã được nghiên cứu. Trong số các bệnh nhân sa sút trí tuệ khởi phát muộn có bệnh lý mạch máu não từ trung

bình đến nặng, 75% trong số họ có biểu hiện giảm MMSE 3 điểm sau 2,5 năm, trong khi phải mất 3,6 năm để 75% nhóm bệnh nhân sa sút trí tuệ khởi phát muộn có bệnh lý mạch máu não từ mức độ nhẹ đến nhẹ mới có mức suy giảm MMSE tương tự. Nghiên cứu này ghi nhận tỷ lệ suy giảm nhận thức ở bệnh nhân nhồi máu não là 37,1% không có sự khác biệt so với nhóm bệnh nhân xuất huyết não ( $p > 0,05$ ). Nguyễn Hoàng Ngọc nghiên cứu suy giảm nhận thức trên bệnh nhân đột quy đã ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm bệnh nhân nhồi máu não và xuất huyết não có suy giảm chức năng nhận thức mức độ vừa và nặng, tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não suy giảm nhận thức cao hơn so với nhóm bệnh nhân xuất huyết não, tuy nhiên tác giả cũng không ghi nhận sự khác biệt trên nhóm bệnh nhân suy giảm nhận thức nhẹ [5].

Như vậy, nghiên cứu này đã ghi nhận được 8 yếu tố nguy cơ suy giảm nhận thức sau đột quy bao gồm: tuổi, học vấn, tiền căn tăng huyết áp, tăng huyết áp tâm thu lúc nhập viện, đái tháo đường, tăng HbA1C, tăng đường huyết lúc nhập viện, rối loạn lipid máu và tổn thương não trên lều. Kết quả phân tích hồi quy đa biến đã xác định được các yếu tố nguy cơ độc lập gây suy giảm nhận thức sau đột quy là tuổi (OR = 1,534,  $p = 0,042$ ), học vấn cấp 1 (OR = 1,830,  $p = 0,037$ ) và rối loạn lipid máu (OR = 2,741,  $p = 0,001$ ).

#### 4. KẾT LUẬN VÀ ĐỀ NGHỊ

Qua nghiên cứu 245 trường hợp bệnh nhân đột quy, có thể kết luận như sau: Tỷ lệ suy giảm nhận thức ở thời điểm 4 tuần sau đột quy là 37,1%. Bệnh nhân suy giảm nhận thức nhẹ chiếm 52,7%, trung bình chiếm 42,9%, và nặng chiếm 4,4%. Đặc điểm tổn thương thần kinh khu trú: Có yếu hoặc liệt chi 89,0%, có rối loạn cảm giác

31,9%, liệt VII trung ương 46,2%, nói khó 26,4%. Đặc điểm nhận thức: Giảm chức năng định hướng: 45,1%, giảm sự chú ý và khả năng tính toán mức 94,5%, giảm trí nhớ: 80,2%; rối loạn ngôn ngữ 47,3%, rối loạn chức năng điều hành 83,5%. Qua phân tích hồi quy đa biến tìm ra 3 yếu tố nguy cơ gây suy giảm nhận thức sau đột quy là tuổi bệnh nhân, trình độ học vấn và rối loạn lipid máu. Từ kết quả thu được trong nghiên cứu này, chúng tôi xin đề xuất một số kiến nghị sau: Cần tầm soát thường quy suy giảm nhận thức ở tất cả bệnh nhân sau đột quy; cần tiến hành các nghiên cứu sâu hơn về kiểm soát huyết áp và rối loạn lipid máu lên chức năng nhận thức ở bệnh nhân sau đột quy.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Đặng Hoàng Anh (2012). Đặc điểm suy giảm nhận thức ở bệnh nhân tai biến mạch máu não bằng test MMSE. *Y dược học quân sự*, 3, tr. 93-99.
- [2] Lê Văn Minh (2021). Điều trị nhồi máu não. *Giáo trình thần kinh học*. Nhà xuất bản y học.
- [3] Nguyễn Thị Phương Nga (2013). Tỷ lệ và các yếu tố nguy cơ của sa sút trí tuệ sau đột quy não. *Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*. 17(3), tr. 141-146.
- [4] Đào Thị Bích Ngọc (2018). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của chức năng nhận thức sau nhồi máu não và một số yếu tố liên quan*. Đại Học Y Hà Nội.
- [5] Nguyễn Hoàng Ngọc (2015). Nghiên cứu tình trạng suy giảm nhận thức ở bệnh nhân sau đột quy não cấp bằng thang điểm đánh giá tâm thần tối thiểu MMSE. *Thần kinh học Việt Nam*, tr. 102-111.

- [6] Trần Công Thắng và Nguyễn Thị Kim Thoa (2015). Nghiên cứu đặc điểm về tỷ lệ và lâm sàng của suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ sau đột quỵ. *Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 1, tr. 257-263.
- [7] Nguyễn Đình Toàn (2016). Khảo sát vai trò của thang điểm Moca trong tầm soát sa sút trí tuệ do mạch máu ở bệnh nhân tai biến mạch máu não giai đoạn bán cấp. *Tạp chí y dược học*. Trường Đại học Y Dược Huế, 32, tr. 120-127.
- [8] Nguyễn Thiên Trang (2019). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, một số yếu tố nguy cơ và kết quả điều trị rối loạn nhận thức bằng Donepezil ở bệnh nhân nhồi máu não tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2018 - 2019* (Luận văn chuyên khoa cấp II). Đại học Y Dược Cần Thơ.
- [9] Lê Văn Tuấn (2014). *Đặc điểm dịch tễ học sa sút trí tuệ ở người cao tuổi tại hai quận, huyện Hà Nội*. Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.
- [10] Lê Văn Tuấn (2020). *Đột quỵ*. Giáo trình thần kinh học. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 109-147.
- [11] Võ Quang Vinh (2018). *Đánh giá sự thay đổi chức năng nhận thức ở thời điểm 3 tháng sau nhồi máu não* (Luận án chuyên khoa cấp II). Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
- [12] Aam, S., Gynnild, M. N., & Munthe-Kaas, R., et al. (2021). The Impact of Vascular Risk Factors on Post-stroke Cognitive Impairment: The Nor-COAST Study. *Front Neurol*, 12, p. 678794.
- [13] Stroke Collaborators, G. G. B. D., et al. (2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol*, 20(10), pp. 795-820.
- [14] Guo, M., Kang, K., & Wang, A., et al. (2020). Association of diabetes status with cognitive impairment in two Chinese rural communities. *J Neurol Sci*, 415, p. 116894.
- [15] Hong, T., Mitchell, P., & Burlutsky, G., et al. (2016). Visual Impairment, Hearing Loss and Cognitive Function in an Older Population: Longitudinal Findings from the Blue Mountains Eye Study. *PLoS One*, 11(1), p. e0147646.
- [16] Jokinen, H., Melkas, S., & Ylikoski, R., et al. (2015). Post-stroke cognitive impairment is common even after successful clinical recovery. *Eur J Neurol*, 22(9), pp. 94, 1288.
- [17] Ju, C., Wong, I. C., & Lau, W. C., et al. (2021). Global trends in symptomatic medication use against dementia in 66 countries/regions from 2008 to 2018. *European Journal of Neurology*, 28(12), pp. 3979-3989.
- [18] Kessels, R. P., Eikelboom, W. S., & Schaapsmeeders, P., et al. (2017). Effect of Formal Education on Vascular Cognitive Impairment after Stroke: A Meta-analysis and Study in Young-Stroke Patients. *J Int Neuropsychol Soc*, 23(3), pp. 223-238.
- [19] Tang, E. Y., Amiesimaka, O., & Harrison, S. L., et al. (2018). Longitudinal Effect of Stroke on Cognition: A Systematic Review. *J Am Heart Assoc*, 7(2).
- [20] Vipin, A., Satish, V., & Saffari, S. E., et al. (2021). Dementia in Southeast Asia: influence of onset-type, education, and

cerebrovascular disease. *Alzheimers Res Ther*, 13(1), p. 195.

- [21] Wilkinson, D., Doody, R., & Helme, R., et al. (2003). Donepezil in vascular dementia: a randomized, placebo-controlled study. *Neurology*, 61(4), pp. 479-486.
- [22] Yang, Y. S., Choi, H., & Lee, C. N., et al. (2018). A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial for efficacy of acetyl-L-carnitine in patients with dementia associated with cerebrovascular disease. *Dementia and Neurocognitive Disorders*, 17(1), pp. 1-10.
- [23] Yang, Z., Edwards, D., & Burgess, S., et al. (2022). Association of major blood lipids with post-stroke dementia: A community-based cohort study. *Eur J Neurol*, 29(4), pp. 968-979.