

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VỀ TỈ LỆ VÀ LÂM SÀNG CỦA SUY GIẢM NHẬN THỨC VÀ SA SÚT TRÍ TUỆ SAU ĐỘT QUY

Nguyễn Thị Kim Thoa*, Trần Công Thắng**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ sau đột quy. Khảo sát liên quan giữa đặc điểm dịch tễ và lâm sàng với suy giảm nhận thức sau đột quy.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Bệnh nhân sau đột quy thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ bệnh, làm bảng câu hỏi IQCODE (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly) để loại trừ những trường hợp suy giảm nhận thức trước đột quy, được nhận vào mẫu nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được hỏi bệnh, thăm khám thần kinh, đánh giá tình trạng chức năng vận động, nhận thức và hành vi tâm thần bằng các test như chỉ số Barthel, MoCA (Montreal Cognitive Assessment), bảng câu hỏi về các rối loạn hành vi tâm thần, IADL (Instrumental Activities of Daily Living) và thực hiện các xét nghiệm huyết học, sinh hóa. Sa sút trí tuệ được chẩn đoán tại thời điểm 3 tháng sau đột quy theo tiêu chuẩn DSM – IV.

Kết quả: Tỉ lệ suy giảm nhận thức mạch máu chung (Vascular cognitive impairment VCI) là 66%. Tỉ lệ suy giảm nhận thức mạch máu không sa sút trí tuệ (vascular cognitive impairment – non dementia VCI-ND) là 24,3%. Tỉ lệ sa sút trí tuệ mạch máu (vascular dementia VaD) là 41,7%. Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ của suy giảm nhận thức mạch máu không sa sút trí tuệ ($p = 0,032$). Sa sút trí tuệ mạch máu liên quan với các yếu tố dịch tễ như:

* Bác sĩ, bộ môn Thần Kinh, Đại Học Y Dược TP.HCM, ĐT: 0986766346, email: kimthoa3112@gmail.com

** Tiến sĩ, bộ môn Thần Kinh, Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh

tuổi ($p = 0,03$), giới nữ ($p = 0,001$), trình độ học vấn thấp ($p = 0,000$), tình trạng nghỉ hưu trước đột quy ($p = 0,011$); các yếu tố nguy cơ mạch máu như: đái tháo đường ($p = 0,03$), rung nhĩ ($p = 0,034$); các yếu tố lâm sàng như: tổn thương não bán cầu trái ($p = 0,007$), mất ngôn ngữ ($p = 0,000$). Sa sút trí tuệ mạch máu không liên quan với loại đột quy (nhồi máu não hay xuất huyết não), nơi cư trú, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu ($p > 0,05$). Bệnh nhân sa sút trí tuệ mạch máu có giảm rõ nhiều lĩnh vực nhận thức khác nhau như chức năng điều hành, ngôn ngữ, trí nhớ, định hướng, gọi tên, chú ý, trừu tượng.

Kết luận: Suy giảm nhận thức chiếm tỉ lệ cao sau đột quy. Các yếu tố tuổi, giới, trình độ học vấn, tình trạng nghề nghiệp trước đột quy, các yếu tố nguy cơ mạch máu (đái tháo đường, rung nhĩ), bệnh nhân tổn thương não bán cầu trái, mất ngôn ngữ có liên quan với tình trạng sa sút trí tuệ sau đột quy. Bệnh nhân sa sút trí tuệ mạch máu có giảm rõ nhiều lĩnh vực nhận thức khác nhau như chức năng điều hành, ngôn ngữ, trí nhớ, định hướng, gọi tên, chú ý, trừu tượng.

Từ khóa: Suy giảm nhận thức mạch máu (VCI), suy giảm nhận thức mạch máu không sa sút trí tuệ (VCI – ND), sa sút trí tuệ mạch máu (VaD).

INCIDENCE AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF POST-STROKE COGNITIVE IMPAIRMENT AND DEMENTIA

Nguyen Thi Kim Thoa^{*}, Tran Cong Thang^{**}

ABSTRACT

Objectives: To define post-stroke cognitive impairment and dementia incidence; and to investigate the correlations between epidemiological-clinical characteristics and post-stroke cognitive impairment.

Method: Cross-sectional observational study. All post-stroke patients satisfying inclusion and exclusion criteria are included in our study. The IQCODE (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly)

questionnaire was used to exclude patients with pre-stroke cognitive impairment. Neurological assessment, motor function, cognitive, and mental behaviour were assessed respectively by clinical examination, Barthel index, Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test, mental behaviour disorder questionnaire table. Other tests were Instrumental Activities of Daily Living (IADL), hematology, serum biochemistry. Dementia was diagnosed at three month after stroke according to the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM – IV).

Results: The incidence of vascular cognitive impairment (VCI) is 66%. The incidence of non-dementia cognitive impairment (VCI – ND) is 24.3%. The incidence of vascular dementia (VaD) is 41.7%. Smoking is a risk factor of non-dementia vascular cognitive impairment. Vascular dementia is significantly correlated with epidemiological factors such as: increasing age ($p = 0.03$), female gender ($p = 0.001$), low level of education ($p = 0.000$), retirement before stroke ($p = 0.011$); vascular risks factors such as: diabetes ($p = 0.03$), atrial fibrillation ($p = 0.034$); clinical factors such as: left hemispheric cerebral lesion ($p = 0.007$), and aphasia ($p = 0.000$). Vascular dementia is not significantly correlated with stroke type (ischemia or hemorrhage), hypertension, and serum lipid disorder ($p > 0.05$). Vascular dementia patients have significantly decreased cognitive functions such as visuospatial execution, language, memory, attention, abstraction, orientation.

Conclusion: The incidence of vascular cognitive impairment is high. Age, sex, level of education, retirement before stroke, vascular risk factors (diabetes, atrial fibrillation), left hemispheric cerebral lesion, aphasia are correlated with post-stroke dementia. Vascular dementia patients have significantly decreased cognitive functions such as visuospatial execution, language, memory, attention, abstraction, orientation.

Key words: Vascular cognitive impairment (VCI), vascular cognitive impairment – non dementia (VCI – ND), vascular dementia (VaD).

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sút trí tuệ mạch máu là một trong những nguyên nhân chính của sa sút trí tuệ, đứng hàng thứ hai sau sa sút trí tuệ do bệnh Alzheimer. Nguy cơ phát triển suy giảm nhận thức tăng sau đột quy, trên thế giới đột quy ảnh hưởng đến 31 triệu người, khoảng 65% đến 71% BN suy giảm nhận thức mạch máu, nhưng chỉ 25% - 41% các suy giảm này đủ nặng ảnh hưởng hoạt động sống và đủ tiêu chuẩn chẩn đoán sa sút trí tuệ mạch máu⁽⁴⁾. Tại sao lại có kết quả như thế này? Phải chăng có thể có một sự đảo ngược ngăn chặn diễn tiến suy giảm nhận thức phát triển thành sa sút trí tuệ, và nhân tố làm ảnh hưởng quá trình này là việc kiểm soát và điều chỉnh tốt những yếu tố nguy cơ? Còn ở Việt Nam chúng ta, tỉ lệ suy giảm nhận thức mạch máu và sa sút trí tuệ mạch máu có đúng là như vậy không? Các yếu tố liên quan giữa ba nhóm không suy giảm nhận thức mạch máu, suy giảm nhận thức mạch máu không sa sút trí tuệ và sa sút trí tuệ mạch máu là gì? Chính những câu hỏi này đã thôi thúc chúng tôi tiến hành “Nghiên cứu đặc điểm về tỉ lệ và lâm sàng của suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ sau đột quy” tại phòng khám thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy và khoa Bệnh lý mạch máu não bệnh viện 115 với các mục tiêu: xác định tần suất suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ sau đột quy; khảo sát liên quan giữa đặc điểm dịch tễ và lâm sàng với suy giảm nhận thức sau đột quy.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Dân số nghiên cứu: bệnh nhân sau đột quy lần đầu tái khám tại phòng khám nội thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy và khoa Bệnh lý mạch máu não bệnh viện 115 từ tháng 8/2013 - 3/2014.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân đột quy lần đầu cách 3 tháng đến phòng khám nội thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy và khoa Bệnh lý mạch máu não bệnh viện 115 trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh: bệnh nhân có tiền sử: rối loạn tâm thần, chậm phát triển tâm thần, có khiếm khuyết về thính lực và thị lực, bệnh nhân được chẩn đoán suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ trước đột quy, bệnh nhân đột quy có tổn thương dưới lều hay xuất huyết khoang dưới nhện.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Thu thập dữ liệu:

Trực tiếp thu thập số liệu từ bệnh nhân tái khám sau 3 tháng bị đột quy ở phòng khám nội thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy và khoa Bệnh lý mạch máu não bệnh viện 115 thỏa các tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ bệnh nêu trên.

Các bệnh nhân được chọn vào mẫu nghiên cứu được khám lâm sàng, đánh giá chỉ số Barthel, điểm MOCA test, thang IADL, bảng câu hỏi về các thay đổi hành vi tâm thần, bảng IQCODE và thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng (huyết học, sinh hóa).

Phương pháp thu thập số liệu: quan sát, phỏng vấn, làm test.

Công cụ thu thập số liệu: bảng thu thập số liệu.

Các biến số thu thập gồm: tuổi, giới, nơi cư trú, trình độ học vấn, tình trạng nghề nghiệp trước đột quy, tăng huyết áp, đái tháo đường, rung nhĩ, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, loại đột quy, bán cầu não bị tổn thương, mất ngôn ngữ, chỉ số Barthel, MoCA test, thang điểm IADL, bảng câu hỏi về các thay đổi hành vi tâm thần.

Xử lý và phân tích số liệu:

Tính tỉ lệ cho các biến định tính và trị số trung bình cho các biến định lượng. Trong phân tích thống kê tìm mối liên quan giữa biến độc lập và phụ thuộc, phép kiểm chi bình phương được dùng cho biến số định tính,

phép kiểm T - test được dùng cho biến định lượng. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ bánh, biểu đồ thanh. Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0.

KẾT QUẢ

Tần suất suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ sau đột quy:

Mẫu nghiên cứu của chúng tôi gồm 103 bệnh nhân có tuổi trung bình $56,72 \pm 9,78$ tuổi (34 – 80),

67 nam (65%) và 36 nữ (35%), 78 nhồi máu não (75,7%) và 25 xuất huyết não (24,3%). Tỷ lệ suy giảm nhận thức mạch máu chung (VCI) là 66%. Tỷ lệ suy giảm nhận thức mạch máu không sa sút trí tuệ (VCI - ND) là 24,3%. Tỷ lệ sa sút trí tuệ mạch máu (VaD) là 41,7%.

Liên quan giữa đặc điểm dịch tễ và lâm sàng với suy giảm nhận thức sau đột quy:

Yếu tố dịch tễ:

Tuổi trung bình của nhóm BN SSTTMM cao nhất, thấp nhất ở nhóm BN không SGNTMM. Nhóm BN SSTTMM ở nhóm tuổi > 69 chiếm tỉ lệ cao nhất, thấp nhất ở nhóm tuổi < 45. Tỷ lệ BN nữ có SSTT cao hơn tỉ lệ BN nam có SSTT. Nguy cơ SSTT tỉ lệ nghịch với trình độ học vấn, BN có trình độ học vấn càng thấp nguy cơ bị SSTT càng cao. BN nghỉ hưu trước khi bị đột quy có nguy cơ SSTT cao hơn BN còn làm việc trước khi bị đột quy.

Yếu tố dịch tễ		Tỉ lệ BN không SGNTMM	Giá trị p	Tỉ lệ BN SGNTMM không SSTT	Giá trị p	Tỉ lệ BN SSTTMM	Giá trị p
Nhóm tuổi	< 45	6 (54,5%)	P=0,030	2 (18,2%)	P=0,833	3 (27,3%)	P=0,030
	45- 59	20 (37%)		15(27,8%)		19(35,2%)	
	60- 69	7 (25,9%)		6 (22,2%)		14(51,9%)	
	> 69	2 (18,2%)		2 (18,2%)		7(63,6%)	
Giới	Nam	28 (41,8%)	P=0,022	19 (28,4%)	P=0,187	20(29,9%)	P=0,001
	Nữ	7 (19,4%)		6 (16,7%)		23(63,9%)	
Nơi cư trú	Thành thị	19 (35,2%)	P=0,786	14 (25,9%)	P=0,681	21(38,9%)	P=0,537
	Nông thôn	16 (32,7%)		11 (22,4%)		22(44,9%)	

<i>Trình độ học vấn</i>	KBC	0%	P=0,000	2 (18,2%)	P=0,601	9 (81,8%)	P=0,000
	Cấp I	4 (11,1%)		11 (30,6%)		21(58,3%)	
	Cấp II	13 (44,8%)		7 (24,1%)		9 (31%)	
	Cấp III	9 (60%)		4 (26,7%)		2 (13,3%)	
	CĐ/ĐH	9 (75%)		1 (8,3%)		2 (16,7%)	
<i>Tình trạng nghề nghiệp</i>	Làm việc	42 (60%)	P=0,042	18 (27,7%)	P=0,290	21(32,3%)	P=0,011
	Nghỉ hưu	9 (23,7%)		7 (18,4%)		22(57,9%)	
<i>Tuổi trung bình</i>		53,11 ± 8,79		55,20 ± 8,38		59,58 ± 10,46	

Yếu tố tiền căn: Nhóm BN hút thuốc lá có nguy cơ SGNTMM không SSTT cao hơn nhóm BN không hút thuốc lá, nhưng không có mối liên quan với tình trạng SSTTMM. Nhóm BN có tiền căn đái tháo đường, rung nhĩ có nguy cơ SSTT cao hơn nhóm BN không có tiền căn đái tháo đường, rung nhĩ.

Tiền căn		Tỉ lệ BN không SGNTMM	Giá trị p	Tỉ lệ BN SGNTMM không SSTT	Giá trị p	Tỉ lệ BN SSTTMM	Giá trị p
<i>Tăng huyết áp</i>	Có	25 (31,2%)	P=0,275	18 (22,5%)	P=0,434	37 (46,2%)	P=0,084
	Không	10 (43,5%)		7 (30,4%)		6 (26,1%)	
<i>Đái tháo đường</i>	Có	7 (38,9%)	P=0,628	5 (16,7%)	P=0,248	17 (58,6%)	P=0,030
	Không	28 (32,9%)		20 (27,4%)		26 (35,1%)	
<i>Rối loạn lipid máu</i>	Có	22 (33,3%)	P=0,853	15 (22,7%)	P=0,625	29 (43,9%)	P=0,547
	Không	13 (35,1%)		10 (27%)		14 (37,8%)	
<i>Rung nhĩ</i>	Có	2 (28,6%)	P=0,754	3 (20%)	P=0,676	10 (66,7%)	P=0,034
	Không	33 (34,4%)		22 (25%)		33 (37,5%)	
<i>Hút thuốc lá</i>	Có	11 (28,2%)	P=0,334	14 (35,9%)	P=0,032	14 (35,9%)	P=0,347
	Không	24 (37,5%)		11 (17,2%)		29 (45,3%)	

Yếu tố lâm sàng: Điểm trung bình chỉ số Barthel thấp nhất ở nhóm BN SSTTMM, cao nhất ở nhóm BN không SGNTMM. BN tổn thương não bán cầu trái, mất ngôn ngữ có liên quan với tình trạng SSTT. Loại đột quy (NMN hay XHN) không liên quan với tình trạng suy giảm nhận thức mạch máu.

Yếu tố lâm sàng		Tỉ lệ BN không SGNTMM	Giá trị p	Tỉ lệ BN SGNTMM không SSTT	Giá trị p	Tỉ lệ BN SSTTMM	Giá trị p
<i>Bán cầu não bị tổn thương</i>	Phải	23 (46,9%)	P=0,008	10 (20,4%)	P=0,384	16 (32,7%)	P=0,007
	Trái	12 (22,2%)		15 (27,8%)		27 (50%)	
<i>Loại đột quy</i>	NMN	26 (33,3%)	P=0,806	17 (21,8%)	P=0,300	35 (44,9%)	P=0,256
	XHN	9 (36%)		8 (32%)		8 (32%)	

Mất ngôn ngữ	Có	0%	P=0,006	0%	P=0,020	13 (100%)	P=0,000
	Không	35 (38,9%)		25 (27,8%)		30 (33,3%)	
Điểm trung bình chỉ số Barthel		91,14 ± 10,99		85,90 ± 18,09		81,63 ± 21,46	

Điểm trung bình mỗi chức năng nhận thức thấp nhất ở BN SSTTMM, cao nhất ở nhóm BN không SSTT. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy BN sa sút trí tuệ sau đột quỵ có giảm rõ nhiều lĩnh vực nhận thức khác nhau như điều hành, ngôn ngữ, trí nhớ, định hướng, gọi tên, chú ý, trừu tượng.

Chức năng nhận thức	Không SGNTMM	SGNTMM	SSTTMM
Điều hành	4,14 ± 0,97	2,96 ± 1,78	2,00 ± 2,17
Gọi tên	2,97 ± 0,17	2,81 ± 0,63	2,67 ± 0,81
Ngôn ngữ	2,71 ± 0,57	1,24 ± 1,01	0,95 ± 0,95
Nhớ lại	3,54 ± 1,10	2,20 ± 1,50	1,37 ± 1,27
Định hướng	5,66 ± 0,48	4,72 ± 1,73	3,95 ± 1,99
Trừu tượng	1,94 ± 0,24	1,54 ± 1,57	1,21 ± 0,89
Sự chú ý	5,89 ± 0,40	4,45 ± 1,93	3,28 ± 1,88

BÀN LUẬN

Tần suất suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ sau đột quỵ:

Trong 103 BN đột quỵ, tỉ lệ BN có suy giảm nhận thức mạch máu (VCI) là 66%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với y văn, tỉ lệ bệnh nhân bị VCI là 65% - 71%. Trong 66% bệnh nhân bị VCI có 24,3% BN suy giảm nhận thức mạch máu không sa sút trí tuệ (VCI - ND); 41,7% BN sa sút trí tuệ mạch máu (VaD). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp y văn, theo y văn có 65% - 71% VCI, chỉ 25 - 41% phát triển sa sút trí tuệ mạch máu⁽⁴⁾. Khi so sánh với các nghiên cứu trong và ngoài nước về tần suất SSTT sau đột quỵ ghi nhận có sự khác nhau^(1,3,9,12,15). Do các nghiên cứu khác nhau về cỡ mẫu, tiêu chuẩn chọn mẫu, tiêu chuẩn chẩn đoán SSTTMM và test đánh giá tâm thần kinh.

Liên quan giữa đặc điểm dịch tễ và lâm sàng với suy giảm nhận thức sau đột quy:

Yếu tố dịch tễ: kết quả nghiên cứu phù hợp với y văn, tỉ lệ SSTT tăng nhanh theo sự gia tăng của tuổi. Điều này được chứng minh trong các nghiên cứu của các tác giả Barba R và cộng sự⁽¹⁾, Inzitari D và cộng sự⁽⁹⁾, Pohjasvaara và cộng sự⁽¹²⁾, Tatemichi TK và cộng sự⁽¹⁵⁾. Nhóm BN không biết chữ có tỉ lệ SSTTMM cao nhất, thấp nhất ở nhóm BN trình độ cao đẳng, đại học. Kết quả này phù hợp với y văn và một số nghiên cứu như Pohjasvaara và cộng sự⁽¹²⁾, Tatemichi và cộng sự⁽¹⁵⁾. Tỉ lệ BN nữ có SSTT sau đột quy cao hơn BN nam. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Nguyễn Nhật Tín⁽¹⁰⁾ có thể lí giải điều này là trong nghiên cứu của chúng tôi BN nữ có tuổi trung bình cao hơn nhóm BN nam, trình độ học vấn BN nữ thấp hơn BN nam. BN nghỉ hưu trước đột quy có liên quan với tình trạng SSTTMM, kết quả này phù hợp với Nurdan Paker và cộng sự⁽¹¹⁾, không phù hợp với Tatemichi và cộng sự⁽¹⁵⁾, có thể giải thích kết quả nghiên cứu của chúng tôi do tuổi trung bình của nhóm BN nghỉ hưu trước đột quy cao hơn nhóm BN còn làm việc trước bị đột quy.

Yếu tố tiền căn: đái tháo đường liên quan với tình trạng SSTTMM, kết quả này phù hợp với các nghiên cứu sau Desmond DW và cộng sự⁽⁵⁾, Censori B và cộng sự⁽³⁾, Hébert và cộng sự⁽⁸⁾. Ở những người đái tháo đường tăng nguy cơ bệnh tim mạch và bệnh mạch máu não. Trên bệnh nhân đái tháo đường có những tổn thương nhồi máu lỗ khuyết, thiếu máu chất trắng đưa đến hậu quả giảm chức năng nhận thức. BN rung nhĩ có nguy cơ SSTT cao hơn BN không có rung nhĩ, tương tự kết quả của Barba R⁽¹⁾, Sarha T Pendlepur⁽¹³⁾. BN rung nhĩ tăng nguy cơ đột quy và có liên quan với suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ sau đột quy. BN hút thuốc lá có liên quan tình trạng SGNTMM không SSTT, không liên quan với SSTTMM, có thể lí giải điều này do hút thuốc lá làm tăng nguy cơ bệnh tim mạch, có thể làm tăng nhanh teo não, suy giảm tưới máu não và tổn

thương chất trắng dẫn đến suy giảm nhận thức. Nhưng khi ngưng hút thuốc lá giảm nguy cơ những biến cố vừa nêu. Những bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khi xảy ra đột quy hầu hết ngưng hút thuốc lá.

Yếu tố lâm sàng: BN tổn thương não bán cầu trái có liên quan với SSTTMM, kết quả này tương đồng với nghiên cứu Lê Nguyễn Nhật Tín⁽¹⁰⁾, Censori B⁽³⁾. Có thể lí giải điều này vì bán cầu phải bị giới hạn khả năng khái niệm trừu tượng hoàn toàn và suy luận khi không liên kết với bán cầu trái do bán cầu trái bị tổn thương. Những tổn thương bán cầu trái có liên quan mạnh với việc làm cho xấu hơn chức năng nhận thức⁽⁷⁾. BN có biểu hiện mất ngôn ngữ có tỉ lệ SSTT cao hơn BN không có biểu hiện mất ngôn ngữ, kết quả này phù hợp với nghiên cứu Lê Nguyễn Nhật Tín⁽¹⁰⁾, Censori B⁽³⁾. Basso và cộng sự⁽²⁾ cho rằng mất ngôn ngữ có ảnh hưởng có ý nghĩa đến các test trí thông minh không bằng lời nói trong một dân số lớn và xảy ra hầu hết ở BN đột quy lần đầu. Mặt khác, trong nghiên cứu của chúng tôi, 87,4% BN thuận tay phải, do đó phần lớn BN có bán cầu ưu thế là bán cầu trái, mà bán cầu trái có liên quan sa sút trí tuệ mạch máu như đã giải thích ở phần vị trí bán cầu não bị tổn thương. Điểm trung bình chỉ số Barthel cao nhất ở nhóm BN không SGNTMM, thấp nhất ở nhóm BN SSTTMM, tương tự kết quả nghiên cứu Nurdan Paker và cộng sự⁽¹¹⁾, điểm số trung bình thang điểm Barthel của nhóm suy giảm nhận thức thấp hơn nhóm không suy giảm nhận thức. Nghiên cứu của Censori B và cộng sự⁽³⁾ cũng cho thấy sự liên quan giữa tình trạng đột quy với tình trạng sa sút trí tuệ. Nghiên cứu của Inzitari D và cộng sự⁽⁹⁾ cho rằng sa sút trí tuệ sau đột quy thường gặp ở BN có thiếu sót vận động nặng.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy BN sa sút trí tuệ sau đột quy có giảm rõ nhiều lĩnh vực nhận thức khác nhau như điều hành, ngôn ngữ, trí nhớ, định hướng, gọi tên, chú ý, trừu tượng. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đỗ Văn Thắng và Phạm Thắng⁽⁶⁾, S.Stephens và cộng sự⁽¹⁴⁾. Đặc điểm sa sút trí tuệ mạch máu là bệnh gây tổn thương não,

gây chết tế bào não và phá hủy các đường chức năng não, đó là các đường duy trì chức năng nhận thức.

KẾT LUẬN

Suy giảm nhận thức mạch máu chiếm tỉ lệ cao sau đột quy. Các yếu tố tuổi, giới, trình độ học vấn, tình trạng nghề nghiệp trước đột quy, các yếu tố nguy cơ mạch máu (đái tháo đường, rung nhĩ), bệnh nhân tổn thương não bán cầu trái, mất ngôn ngữ có liên quan với tình trạng sa sút trí tuệ sau đột quy. Bệnh nhân sa sút trí tuệ mạch máu có giảm rõ nhiều lĩnh vực nhận thức khác nhau như chức năng điều hành, ngôn ngữ, trí nhớ, định hướng, gọi tên, chú ý, trừu tượng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barba R & al (2000). Poststroke dementia, clinical feature and risk factor. *Stroke*, 31: 1494-1501.
2. Basso A, Capitani E, Luzzatti C, Spinnler H (1981). Intelligence and left hemisphere disease, the role of aphasia, apraxia and size of lesion. *Brain*, 104: 721-734.
3. Censori B, Manara O, Agostinis C (1996). Dementia after first stroke. *Stroke*, 27: 1205-1210.
4. Desmond DW, Moroney JT, Sano M, Stern Y (2002). Incidence of dementia after ischemic stroke. *Stroke*, 33: 2254-2262.
5. Desmond DW, Moroney JT & al (2000). Frequency and clinical determinants of dementia after ischemia stroke. *Neurology*, 54: 1124-1131.
6. Đỗ Văn Thắng, Phạm Thắng (2010). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và trắc nghiệm thần kinh tâm lý ở bệnh nhân sa sút trí tuệ do mạch máu tại bệnh viện Lão khoa trung ương. *Y học thực hành*, 717: 78-80.
7. Gazzaniga MS, Smylie CS (1984). Dissociation of language and cognition: a psychological profile of two disconnected right hemispheres. *Brain*, 107: 145-153.

8. Hébert R, Lindsay J & al (2000). Vascular dementia and risk factors in the Canadian study of health aging. *Stroke*, 31: 1487-1493.
9. Inzitari D, Carlo AD & al (1998). Incidence and determinants of poststroke dementia as defined by an informant interview method in a hospital-based stroke registry. *Stroke*, 29: 2087-2093.
10. Lê Nguyễn Nhật Tín, Vũ Anh Nhị, Phạm Văn Ý (2008). Tần suất và yếu tố nguy cơ của sa sút trí tuệ sau đột quy. *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 1: 336-342.
11. Nurdan P & al (2010). Impact of cognitive impairment on functional outcome in stroke. *Stroke Research and Treatment*, 6: 526-532.
12. Pohjasvaara T, Erkinjuntti T, Vataja R & al (1997). Dementia three months after stroke: baseline frequency and effect of different definitions of dementia in the Helsinki stroke aging memory study cohort. *Stroke*, 28: 785-792.
13. Sarha TP, Rothwell PM (2009). Prevalence, incidence, and factors associated with prestroke and post stroke dementia. *The Lancet Neurology*, 8: 1006-1018.
14. Stephens S, Kenny RA, Rowan E, Allan L, Kalaria RN, Bradbury M, Ballard CG (2004). Neuropsychological characteristics of mild vascular cognitive impairment and dementia after stroke. *Geriatric Psychiatry*, 19: 1053-1057.
15. Tatemichi TK, Foulkes MA & al (1990). Dementia in stroke survivors in the stroke data bank cohort: prevalence, incidence, risk factors, and computed tomographic findings. *Stroke*, 21: 858-866.