

Nghiên cứu tình trạng rối loạn nhận thức ở người bệnh sau đột quỵ não cấp bằng thang điểm đánh giá tâm thần tối thiểu MMSE tại Khoa Đột quỵ, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2024

Study on the status of cognitive impairment in patients after acute stroke using the mini-mental state examination (MMSE) at the Stroke Department - Ninh Binh Provincial General Hospital in 2024

Nguyễn Thị Mai, Phạm Duy Nghiệp
và Trương Thị Thuỳ Linh*

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

Tóm tắt

Mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ rối loạn nhận thức (RLNT) ở người bệnh sau đột quỵ não cấp bằng thang điểm MMSE. (2) Phân tích mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và RLNT ở bệnh nhân sau đột quỵ não cấp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 383 bệnh nhân đột quỵ não cấp (94 chảy máu não, 289 nhồi máu não) tại Khoa Đột quỵ - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2024. Dữ liệu được thu thập qua phỏng vấn, khám lâm sàng và thang điểm MMSE. Xử lý số liệu bằng SPSS 20.0; biến định tính (%) dùng test χ^2 ; biến định lượng (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, min-max) dùng test T-student. $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê. **Kết quả:** Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $66,7 \pm 13,366$ tuổi. Tỷ lệ rối loạn nhận thức tổng thể là 45,95% (MMSE < 24). Rối loạn nhận thức mức độ vừa và nặng phổ biến hơn đáng kể ở nhóm chảy máu não (70,3% tổng RLNT mức độ vừa và nặng) so với nhóm nhồi máu não (9,7%, $p < 0,01$). Các lĩnh vực nhận thức bị ảnh hưởng nhiều nhất là trí nhớ gần (74,9%) và chú ý và tính toán (56,1%). Các yếu tố liên quan đáng kể đến RLNT bao gồm tuổi cao (trung bình $72,99 \pm 10,28$ ở nhóm RLNT), trình độ học vấn thấp, tiền sử đái tháo đường (31,2% ở nhóm RLNT), tổn thương vùng bán cầu ưu thế (60%) và tổn thương vùng vỏ não (85,7% ở nhóm RLNT). Bệnh nhân chảy máu não có tỷ lệ rối loạn nhận thức cao hơn nhóm nhồi máu não (85,1% so với 33,2%, $p < 0,001$). **Kết luận:** Rối loạn nhận thức là biến chứng phổ biến sau đột quỵ não cấp, với tỷ lệ 45,95%, đặc biệt cao ở bệnh nhân chảy máu não. Nhiều yếu tố lâm sàng như tuổi, trình độ học vấn, đái tháo đường và vị trí tổn thương não (bán cầu ưu thế, vùng vỏ não) có liên quan đáng kể đến tình trạng này.

Từ khóa: Đột quỵ não cấp, rối loạn nhận thức, MMSE, Ninh Bình.

Ngày nhận bài: 15/9/2025, ngày chấp nhận đăng: 30/9/2025

* Tác giả liên hệ: truonglinh24991@gmail.com - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

Summary

Objective: (1) To determine the prevalence of post-stroke cognitive impairment (PSCI) in patients after acute stroke using the mini-mental state examination (MMSE). (2) To analyze the correlation between selected clinical, subclinical factors and PSCI in acute stroke patients. **Subject and method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 383 acute stroke patients (94 hemorrhagic, 289 ischemic) at the Stroke Department - Ninh Binh Provincial General Hospital in 2024. Data were collected via interviews, clinical examination, and MMSE. Data analysis used SPSS 20.0; qualitative variables were presented as percentages (%) with χ^2 test; quantitative variables as mean $\pm$ standard deviation, min-max, with Student's T-test. $p < 0.05$ was considered statistically significant. **Result:** The mean age of the study group was 66.7 ± 13.366 years. The overall prevalence of cognitive impairment (MMSE < 24) was 45.95%. Moderate to severe cognitive impairment was significantly more common in hemorrhagic stroke (70.3% of total moderate-to-severe CI) than in ischemic stroke (9.7%, $p < 0.01$). The most affected cognitive domains were recent memory (74.9%) and attention and calculation (56.1%). Factors significantly associated with PSCI included higher age (mean 72.99 ± 10.28 in the CI group), lower educational attainment, history of diabetes (31.2% in the CI group, $p = 0.01$), dominant hemisphere lesion (60.0%), and cortical lesion (85.7% in the CI group, $p < 0.001$). Hemorrhagic stroke patients had a higher prevalence of cognitive impairment than ischemic stroke patients (85.1% vs. 33.2%, $p < 0.001$). **Conclusion:** Cognitive impairment is a common complication after acute stroke, with a prevalence of 45.95%, and is particularly severe in hemorrhagic stroke patients. Several clinical factors such as age, educational level, diabetes, and brain lesion location (dominant hemisphere, cortical regions) are significantly associated with this condition.

Keywords: Acute stroke, cognitive impairment, MMSE, Ninh Binh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não (ĐQN) là một trong những thách thức y tế toàn cầu nghiêm trọng nhất, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật lâu dài ở người trưởng thành. Với tỷ lệ mắc và tử vong cao, ĐQN không chỉ gây gánh nặng cho cá nhân mà còn cho gia đình và hệ thống y tế¹. Mặc dù các tiến bộ trong điều trị cấp tính đã cải thiện đáng kể tỷ lệ sống sót, nhưng nhiều người sống sót sau đột quỵ phải đối mặt với các di chứng phức tạp, trong đó rối loạn nhận thức (RLNT) là một trong những biến chứng phổ biến và có ảnh hưởng sâu sắc đến chất lượng cuộc sống.

Rối loạn nhận thức sau đột quỵ (RLNT-SDQ) bao gồm suy giảm ở một hoặc nhiều lĩnh vực nhận thức như trí nhớ, chú ý, chức năng điều hành, ngôn ngữ, và khả năng thị giác-không gian. Tỷ lệ RLNT-SDQ rất thay đổi tùy thuộc vào định nghĩa, phương pháp đánh giá, thời điểm đánh giá

sau đột quỵ và đặc điểm quần thể nghiên cứu, dao động từ 20% đến 80%². Các yếu tố như tuổi cao, trình độ học vấn thấp, loại đột quỵ (đặc biệt là chảy máu não), và vị trí tổn thương não (như bán cầu ưu thế, vùng vỏ não, hoặc tổn thương nhiều ổ) đã được xác định có liên quan đến mức độ nghiêm trọng của RLNT. Bên cạnh đó, các yếu tố nguy cơ mạch máu như tăng huyết áp và đái tháo đường không chỉ làm tăng nguy cơ đột quỵ mà còn có thể trực tiếp gây ra suy giảm chức năng nhận thức.

Việc phát hiện sớm RLNT-SDQ có ý nghĩa quan trọng trong việc lập kế hoạch phục hồi chức năng toàn diện, cải thiện tiên lượng và giảm gánh nặng cho người bệnh và xã hội. Thang điểm đánh giá tâm thần tối thiểu (Mini-Mental State Examination - MMSE) là một công cụ sàng lọc nhận thức được sử dụng rộng rãi, đơn giản và hiệu quả trong môi trường lâm sàng để phát hiện

rối loạn nhận thức chung³. Mặc dù các công cụ khác như MoCA (Montreal Cognitive Assessment) được biết đến với độ nhạy cao hơn trong việc phát hiện RLNT nhẹ, nhưng MMSE vẫn được lựa chọn trong nghiên cứu này vì tính đơn giản, dễ thực hiện nhanh chóng, phù hợp để sàng lọc ban đầu cho một số lượng lớn bệnh nhân trong bối cảnh lâm sàng cấp cứu tại bệnh viện tuyến tỉnh, nơi nguồn lực có thể hạn chế. Hơn nữa, MMSE vẫn là một công cụ đáng tin cậy để xác định mức độ rối loạn nhận thức từ vừa đến nặng, giúp định hướng can thiệp kịp thời.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về ĐQN đang ngày càng được chú trọng, nhưng các nghiên cứu chuyên sâu về RLNT-SDQ, đặc biệt là ở giai đoạn cấp tính và tại các bệnh viện tuyến tỉnh, còn hạn chế. Nhằm góp phần làm rõ thực trạng này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Nghiên cứu tình trạng rối loạn nhận thức ở người bệnh sau đột quỵ não cấp bằng thang điểm đánh giá tâm thần tối thiểu MMSE tại Khoa Đột quỵ - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2024*" với các mục tiêu cụ thể như sau:

Xác định tỷ lệ rối loạn nhận thức ở người bệnh sau đột quỵ não cấp bằng thang điểm MMSE.

Phân tích mối liên quan giữa một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng rối loạn nhận thức ở bệnh nhân sau đột quỵ não cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu bao gồm 383 bệnh nhân đột quỵ não cấp được chẩn đoán xác định và điều trị tại Khoa Đột quỵ, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định đột quỵ não cấp (nhồi máu não hoặc chảy máu não) bằng hình ảnh học (CT scan hoặc MRI sọ não), nhập viện và điều trị tại Khoa Đột quỵ, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình, đồng ý tham gia nghiên cứu và có khả năng hợp tác thực hiện các đánh giá, có người nhà hoặc người giám hộ hợp pháp đồng ý tham gia nghiên cứu (nếu bệnh nhân không tự đưa ra quyết định).

Tiêu chuẩn loại trừ: Có tiền sử rối loạn nhận thức hoặc sa sút trí tuệ trước đột quỵ (ví dụ: Bệnh Alzheimer, Parkinson có sa sút trí tuệ, sa sút trí tuệ thể Lewy, sa sút trí tuệ trán thái dương), có tiền sử bệnh tâm thần nặng (ví dụ: Tâm thần phân liệt, rối loạn lưỡng cực) đang trong giai đoạn cấp tính hoặc không ổn định, có các bệnh lý nặng khác ảnh hưởng đến ý thức hoặc khả năng hợp tác (ví dụ: hôn mê, tình trạng thực vật, bệnh gan/thận giai đoạn cuối, ung thư giai đoạn cuối), rối loạn ngôn ngữ nặng không thể thực hiện thang điểm MMSE (ví dụ: Mất ngôn ngữ toàn bộ), suy giảm thị lực hoặc thính lực nặng không thể điều chỉnh làm ảnh hưởng đến việc thực hiện test, bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu: Theo công thức:

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

p: tỷ lệ ước tính (theo số liệu nghiên cứu: chúng tôi chọn $p = 0,53$ dựa trên kết quả nghiên cứu tương tự về rối loạn nhận thức sau đột quỵ não cấp tại Việt Nam của TS. Nguyễn Hoàng Ngọc và BS. Lê Đình Toàn (2013), đảm bảo tính phù hợp với bối cảnh dân số nghiên cứu)⁴.

d: Ước lượng khoảng sai lệch cho phép: 5.

α : Độ tin cậy: 95%.

$Z_{(1-\alpha/2)}^2$: Hệ số tin cậy tương ứng: 1,96.

Cỡ mẫu cần có:

$$n = 19,6 \times \frac{0,53(1 - 0,53)}{5^2} = 383$$

Phương pháp chọn mẫu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Bệnh nhân đột quỵ não cấp đủ điều kiện tại Khoa Đột quỵ được đánh giá tình trạng nhận thức bằng thang điểm MMSE khi ra viện.

Biến số và chỉ số nghiên cứu.

Biến số độc lập:

Đặc điểm nhân khẩu học: Tuổi, giới, trình độ học vấn.

Các yếu tố nguy cơ tiền sử: Tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid, hút thuốc lá, nghiện rượu.

Đặc điểm đột quỵ và tổn thương não: Loại đột quỵ, triệu chứng lâm sàng ảnh hưởng đến khả năng thực hiện test, vị trí tổn thương trên hình ảnh học.

Biến số phụ thuộc: Tình trạng rối loạn nhận thức.

Chỉ số nghiên cứu: Tỷ lệ %, trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, p-value.

Phương pháp thu thập số liệu:

Bộ công cụ: Sử dụng trong nghiên cứu này bao gồm: (1) Đặc điểm thông tin người bệnh, (2) Tình trạng nhận thức tổng thể được đánh giá bằng thang điểm Mini-Mental State Examination (MMSE).

Các bước thu thập số liệu: Người bệnh đã chẩn đoán đột quỵ não vào ngày ra, đồng ý tham gia nghiên cứu; sẽ được phỏng vấn trực tiếp bằng phiếu điều tra được chuẩn bị sẵn và thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn, bao gồm các thông tin hành chính: Tuổi, giới tính, trình độ học vấn; tiền sử bệnh lý: Tăng huyết áp,

đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid, tiền sử hút thuốc lá, uống rượu; đặc điểm đột quỵ: Loại đột quỵ, các triệu chứng lâm sàng, vị trí tổn thương não trên hình ảnh học; đánh giá tình trạng nhận thức bằng thang MMSE. Nhập liệu và kiểm tra dữ liệu vào bảng tính của phần mềm SPSS 20.0, thực hiện kiểm tra, đối chiếu dữ liệu để phát hiện và chỉnh sửa các sai sót trong quá trình nhập liệu, đảm bảo tính chính xác của bộ dữ liệu trước khi phân tích.

Phương pháp xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.2. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được hội đồng khoa học Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình phê duyệt. Tất cả đối tượng được giải thích và đồng ý tham gia. Thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được thực hiện trên 383 bệnh nhân đột quỵ não cấp nhập viện tại Khoa Đột quỵ, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2024, bao gồm 94 bệnh nhân chảy máu não và 289 bệnh nhân nhồi máu não.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 383)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Tuổi trung bình (năm)	66,7 $\pm$ 13,366	
Giới tính		
Nam	240	62,7
Nữ	143	37,3
Trình độ học vấn		
Tiểu học trở xuống	137	35,8
Trung học cơ sở/Phổ thông	185	48,3
Cao đẳng/Đại học	61	15,9

Nghiên cứu được thực hiện trên 383 bệnh nhân đột quỵ não cấp với tuổi trung bình là 66,7 $\pm$ 13,366 năm, phản ánh đặc điểm dịch tễ học của đột quỵ, vốn phổ biến ở người cao tuổi. Về giới tính, nam giới chiếm ưu thế với tỷ lệ 62,7%. Đa số bệnh nhân có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống (84,1%),

cho thấy đối tượng nghiên cứu có dự trữ nhận thức thấp, có thể ảnh hưởng đến kết quả đánh giá bằng thang điểm MMSE.

3.2. Tỷ lệ rối loạn nhận thức sau đột quỵ

Bảng 2. Tỷ lệ rối loạn nhận thức sau đột quỵ

Tình trạng nhận thức	Tổng số bệnh nhân (n = 383)	Tỷ lệ (%)
Có rối loạn nhận thức (MMSE < 24)	176	45,95
Không rối loạn nhận thức (MMSE ≥ 24)	207	54,05

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ rối loạn nhận thức (MMSE < 24 điểm) ở bệnh nhân sau đột quỵ não cấp là 45,95%, trong khi tỷ lệ không rối loạn nhận thức (MMSE ≥ 24 điểm) là 54,05%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn nhận thức

Bảng 3. So sánh đặc điểm nhân khẩu học giữa hai nhóm bệnh nhân

Đặc điểm	Có rối loạn nhận thức (n = 176)	Không rối loạn nhận thức (n = 207)	Giá trị p
Tuổi trung bình (năm)	72,99 ± 10,28	61,36 ± 13,38	< 0,001
Giới tính			
Nam	114 (64,8%)	126 (60,9%)	0,44
Nữ	62 (35,2%)	81 (39,1%)	
Trình độ học vấn			
Tiểu học trở xuống	101 (57,4%)	36 (17,4%)	< 0,001
Trung học cơ sở/Phổ thông	55 (31,2%)	130 (62,8%)	
Cao đẳng/Đại học	20 (11,4%)	41 (19,8%)	

Bệnh nhân trong nhóm có rối loạn nhận thức có tuổi trung bình cao hơn (72,99 ± 10,28) so với nhóm không có rối loạn nhận thức (61,36 ± 13,38) (p<0,001); tỷ lệ bệnh nhân có trình độ học vấn từ tiểu học trở xuống ở nhóm có rối loạn nhận thức (57,4%) cao hơn so với nhóm không có rối loạn nhận thức (17,4%) (p<0,001).

Bảng 1. So sánh các yếu tố nguy cơ giữa hai nhóm bệnh nhân

Yếu tố nguy cơ	Có rối loạn nhận thức (n = 176)	Không rối loạn nhận thức (n = 207)	Giá trị p
Tăng huyết áp	148 (84,1%)	165 (79,7%)	0,269
Rối loạn chuyển hóa lipid	108 (51,4%)	108 (52,2%)	0,171
Đái tháo đường	55 (31,2%)	41 (19,8%)	0,01

Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường ở nhóm có rối loạn nhận thức (31,2%) cao hơn so với nhóm không có rối loạn nhận thức (19,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,01).

3.4. Mối liên quan giữa đặc điểm đột quỵ não và tình trạng rối loạn nhận thức**Bảng 2. Mối liên quan giữa đặc điểm đột quỵ não và tình trạng rối loạn nhận thức**

Đặc điểm tổn thương	Có rối loạn nhận thức (n = 176)	Không rối loạn nhận thức (n = 207)	p
Loại đột quỵ			
Chảy máu não	80 (85,1%)	14 (14,9%)	< 0,001
Nhồi máu não	96 (33,2%)	193 (66,8%)	
Bán cầu tổn thương			
Bán cầu ưu thế	123 (60%)	82 (40%)	< 0,001
Bán cầu không ưu thế	53 (32,3%)	111 (67,7%)	
Vị trí tổn thương			
Vùng dưới vỏ	134 (42,7%)	180 (57,3%)	0,006
Vùng vỏ não	84 (85,7%)	14 (14,3%)	< 0,001
Số vị trí tổn thương			
Đơn ổ	146 (44,6%)	181 (55,6%)	0,223
Nhiều ổ	30 (53,6%)	26(46,4%)	

Nhóm bệnh nhân chảy máu não có tỷ lệ rối loạn nhận thức cao hơn so với nhóm nhồi máu não (85,1% so với 33,2%). Tổn thương ở bán cầu ưu thế có liên quan với rối loạn nhận thức với tỷ lệ 60% cao hơn so với 32,3% ở nhóm bán cầu không ưu thế. Tỷ lệ tổn thương ở vùng vỏ não ở nhóm

có rối loạn nhận thức (85,7%) cao hơn so với nhóm không có rối loạn nhận thức (42,7%). Tổn thương vùng vỏ não có tỷ lệ rối loạn nhận thức cao hơn với tổn thương dưới vỏ (85,7% và 42,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,006 < 0,05$).

3.5. Đặc điểm rối loạn nhận thức các bệnh nhân sau đột quỵ não cấp lần đầu tiên bằng thang điểm đánh giá tâm thần tối thiểu (MMSE)**Bảng 6. Tỷ lệ và tần số rối loạn các lĩnh vực nhận thức (n = 383)**

Lĩnh vực nhận thức	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Ghi nhận (Registration)	41	10,7
Chú ý và tính toán	215	56,1
Trí nhớ gần	287	74,9
Ngôn ngữ	204	53,3
Thực hiện các động tác kết hợp	189	49,3
Thị giác	0	0,0
Định hướng không gian-thời gian	26	6,8

Rối loạn nhận thức sau đột quỵ ảnh hưởng đến nhiều lĩnh vực khác nhau, đặc biệt là trí nhớ gần (74,9%) và chú ý và tính toán (56,1%). Các lĩnh vực khác như ngôn ngữ (53,3%) và khả năng thực hiện các động tác kết hợp (49,3%) cũng bị ảnh hưởng. Tuy nhiên, tỷ lệ rối loạn ở các lĩnh vực cơ bản hơn như định hướng không gian-thời gian (6,8%) và ghi nhận (10,7%) thấp. Tỷ lệ bệnh nhân rối loạn ở lĩnh vực thị giác là 0%. Kết quả này do 100% đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đã đạt điểm tối đa ở hạng mục này. Điều này hoàn toàn phù hợp với tiêu chuẩn loại trừ của nghiên cứu: "suy giảm thị lực hoặc thính lực nặng không thể điều chỉnh làm ảnh hưởng đến việc thực hiện test". Tiêu chí này đã đảm bảo rằng toàn bộ mẫu nghiên cứu đều có khả năng thực hiện đầy đủ bài kiểm tra MMSE.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ rối loạn nhận thức ở 383 bệnh nhân đột quỵ não cấp là 45,95%, cao hơn so với nghiên cứu của Đào Thị Bích Ngọc (2018) ⁵ ghi nhận tỷ lệ sa sút trí tuệ (SSTT) là 36,5% và suy giảm nhận thức nhẹ là 17,4% ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não. Tỷ lệ này cũng cao hơn so với nghiên cứu của Cô Văn Gắn (2023) tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ ⁶, với tỷ lệ SSTT là 37,9% tại thời điểm 3 tháng sau đột quỵ. Sự khác biệt về tỷ lệ có thể lý giải do phương pháp và thời điểm đánh giá. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành sàng lọc ngay tại thời điểm bệnh nhân ra viện (giai đoạn cấp), trong khi các nghiên cứu khác đánh giá ở giai đoạn muộn hơn. RLNT có thể cải thiện trong giai đoạn cấp, vì vậy việc đánh giá sớm thường ghi nhận tỷ lệ cao hơn.

Về đặc điểm lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trí nhớ gần (74,9%) và chú ý và tính toán (56,1%) là hai lĩnh vực nhận thức bị ảnh hưởng nặng nề nhất. Điều này phù hợp với kết quả của Đào Thị Bích Ngọc⁵ cũng nhận định rằng rối loạn trí nhớ là biểu hiện lâm sàng mang tính quyết định để chẩn đoán bệnh lý thực tổn não. Trí nhớ dài hạn thường được bảo tồn trong bệnh lý mạch máu não.

Ngoài ra, chúng tôi cũng đã phân tích các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng với RLNT. Kết quả của chúng tôi cho thấy tuổi cao, trình độ học vấn thấp, tiền sử đái tháo đường, tổn thương vùng bán cầu ưu thế và vùng vỏ não đều là các yếu tố liên quan đến RLNT. Những phát hiện này phù hợp với các nghiên cứu trước đây. Cụ thể, cả nghiên cứu của Đào Thị Bích Ngọc ⁵ và Cô Văn Gắn ⁶ đều tìm thấy mối liên quan chặt chẽ giữa RLNT/SSTT với tuổi cao và trình độ học vấn thấp.

Tuy nhiên, có một số điểm khác biệt đáng chú ý. Nghiên cứu của Cô Văn Gắn ⁶ không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về SSTT giữa hai loại đột quỵ (nhồi máu và xuất huyết não). Điều này trái ngược với kết quả của chúng tôi, khi tỷ lệ RLNT ở nhóm chảy máu não (85,1%) cao hơn so với nhóm nhồi máu não (33,2%). Tương tự, nghiên cứu của Đào Thị Bích Ngọc ⁵ lại không tìm thấy mối liên quan giữa RLNT và loại tổn thương vỏ não hay dưới vỏ, trong khi chúng tôi đã ghi nhận tổn thương vùng vỏ não là một yếu tố liên quan.

Hạn chế của nghiên cứu là chỉ đánh giá tình trạng nhận thức bằng thang điểm MMSE khi bệnh nhân ra viện, điều này có thể không phản ánh chính xác tình trạng nhận thức tại thời điểm đột quỵ cấp, do rối loạn nhận thức có thể thay đổi theo thời gian, đặc biệt là trong giai đoạn hồi phục ban đầu, đây là một hạn chế vì sự hồi phục nhận thức thường diễn ra nhanh chóng trong những tuần đầu sau đột quỵ. Mặc dù MMSE là công cụ sàng lọc hữu ích và được sử dụng rộng rãi, nó có thể không đủ nhạy để phát hiện những rối loạn nhận thức nhẹ hoặc tinh vi, đặc biệt là những suy giảm liên quan đến chức năng điều hành, trí nhớ và chú ý. Do đó, tỷ lệ rối loạn nhận thức nhẹ trong nghiên cứu có thể đã bị đánh giá thấp. Việc sử dụng các công cụ đánh giá nhận thức toàn diện hơn như MoCA có thể mang lại kết quả chính xác hơn. Nghiên cứu với thiết kế mô tả cắt ngang nên không xác định được mối quan hệ nhân quả và chỉ sử dụng MMSE để sàng lọc, có thể bỏ sót các rối loạn nhận thức tinh vi, cần có các nghiên cứu dọc để theo dõi sự thay đổi của chức năng nhận thức theo thời gian và xác định rõ hơn các yếu tố tiên lượng. Dù vậy, kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc và phát hiện sớm RLNT ở bệnh nhân đột quỵ, đặc biệt

ở nhóm nguy cơ cao, để có thể can thiệp kịp thời, cải thiện chất lượng cuộc sống.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đánh giá tình trạng rối loạn nhận thức bằng thang điểm MMSE trên 383 bệnh nhân đột quỵ não cấp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình, chúng tôi kết luận: Tỷ lệ rối loạn nhận thức sau đột quỵ não cấp là 45,95%, cao hơn đáng kể ở nhóm chảy máu não (85,1%) so với nhồi máu não (33,2%), đặc biệt ở mức độ vừa và nặng. Các lĩnh vực bị ảnh hưởng nhiều nhất là trí nhớ gần và sự chú ý-khả năng tính toán, nghiêm trọng hơn ở bệnh nhân chảy máu não. Các yếu tố liên quan đến rối loạn nhận thức bao gồm: Tuổi cao, trình độ học vấn thấp, tiền sử đái tháo đường, tổn thương vùng bán cầu ưu thế và vùng vỏ não.

Kiến nghị

Cần thực hiện sàng lọc nhận thức thường quy (bằng MMSE hoặc MoCA) cho bệnh nhân đột quỵ não cấp, đặc biệt ở người cao tuổi (≥ 60 tuổi) và bệnh nhân chảy máu não, để phát hiện và can thiệp sớm, tăng cường quản lý chặt chẽ các yếu tố nguy cơ của đột quỵ và rối loạn nhận thức như tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn lipid máu. Thành lập các chương trình phục hồi chức năng nhận thức chuyên sâu hoặc phối hợp đa chuyên khoa để quản lý toàn diện bệnh nhân sau đột quỵ, bao gồm các phương pháp như liệu pháp nhận thức, trị liệu nghề nghiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Institute of Medicine (US) Committee on Nervous System Disorders in Developing Countries (2001) *Neurological, Psychiatric, and Developmental Disorders: Meeting the Challenge in the Developing World*. Washington (DC): National Academies Press (US). 1, Introduction. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK223471>.
2. Quinn TJ, Richard E, Teuschl Y et al (2021) *European Stroke Organisation and European Academy of Neurology joint guidelines on post-stroke cognitive impairment*. Euro J of Neurology 28(12): 3883-3920.
3. Arevalo-Rodriguez I, Smailagic N, Roqué-Figuls M et al (2021) *Mini-Mental State Examination (MMSE) for the early detection of dementia in people with mild cognitive impairment (MCI)*. Cochrane Database Syst Rev 7(7): CD010783.
4. Nguyễn Hoàng Ngọc, Lê Đình Toàn (2013) *Nghiên cứu tình trạng suy giảm nhận thức ở bệnh nhân sau đột quỵ não cấp bằng thang điểm đánh giá tâm thần tối thiểu MMSE*. Tạp chí Y dược học quân sự, tr. 1-9.
5. 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*. Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
6. Cô Văn Gắn và Nguyễn Thị Minh Đức (2023) *Tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến sa sút trí tuệ sau đột quỵ não*. Tạp chí Y dược học Cần Thơ, tr. 32-38.