

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
VIỆN SỐT RÉT - KÝ SINH TRÙNG - CÔN TRÙNG TRUNG ƯƠNG

BỘ Y TẾ

TẶNG VIỆT HÀ

Tên đề tài luận án:

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ SA SÚT TRÍ TUỆ
(DEMENTIA) Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI TỈNH NGHỆ AN VÀ KẾT
QUẢ ĐIỀU TRỊ (2022-2023)

Chuyên ngành: Dịch tễ học

Mã số: 9 72 01 17

Cán bộ hướng dẫn khoa học:

PGS. TS. Cao Bá Lợi

PGS. TS. Dương Đình Chính

Hà Nội, 2024

**CÔNG TRÌNH ĐÃ ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI
VIỆN SÓT RÉT - KÝ SINH TRÙNG - CÔN TRÙNG TRUNG ƯƠNG**

Cán bộ hướng dẫn khoa học

- 1. Hướng dẫn 1: PGS. TS. Cao Bá Lợi.**
- 2. Hướng dẫn 2: PGS. TS. Dương Đình Chính**

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng đánh giá chất lượng luận án tiến sĩ cấp Viện tại Viện Sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng Trung ương vào hồi:
giờ ngày ... tháng năm 2024

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc gia Việt Nam
2. Thư viện Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

Từ viết tắt	Tiếng Anh	Tiếng Việt
AD	Alzheimer's Disease	Bệnh Alzheimer
ADL	Activities Daily living	Thang điểm đánh giá hoạt động chức năng cơ bản
BC		Bạch cầu
BMI	Body Mass Index	Chỉ số khối cơ thể
BN		Bệnh nhân
COMIT	Community Intervention Trial	Hiệp hội phòng chống tác hại của thuốc lá toàn cầu
CT		Can thiệp
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn tâm thần
ĐTĐ		Đái tháo đường
Egb 761	ginkgo biloba 761	ginkgo biloba được chuẩn hoá
EGBs	ginkgo biloba	Chất chiết xuất từ cây Bạch quả
IADL	Instruments Activities Daily Living	Thang điểm sinh hoạt hàng ngày có sử dụng dụng cụ
KT		Kháng thể
MCI	Mild Cognitive Impairment	Suy Giảm Nhận Thức Nhẹ
MMSE	Mini-Mental State Examination	Thang điểm đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu
MoCA	Montreal Cognitive Assessment	Thang đánh giá nhận thức Montreal
NPI	NeuroPsychiatric Inventory	Bảng kiểm Đánh giá trạng thái

		tâm thần kinh
RLTKNT		Rối loạn thần kinh nhận thức
SDD		Suy dinh dưỡng
SL		Số lượng
SSTT		Sa sút trí tuệ
TBMMN		Tai biến mạch máu não
TLM		Tỷ lệ mắc
TM		Thiếu máu
WHO	World Health Organization	Tổ chức Y tế Thế giới
XN		Xét nghiệm
YTLQ		Yếu tố liên quan
YTNC		Yếu tố nguy cơ
BN		Bệnh nhân

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo dự báo, đến năm 2050, dân số thế giới từ 60 tuổi trở lên dự kiến sẽ đạt tổng cộng 2 tỷ người [1].

Ở Việt Nam, trong 30 năm qua, không những số người cao tuổi đang tăng lên nhanh chóng (4,6 triệu năm 1989; 6,2 triệu năm 1999; 9,1 triệu năm 2009 [3]; 11,41 triệu người năm 2019) tỷ lệ người cao tuổi trong dân số cũng tăng lên tương ứng là 7,10%; 8,12%; 8,95% và 11,86% [4].

Tuy nhiên, ở Việt Nam đến nay mới chỉ có một số ít công trình nghiên cứu về sa sút trí tuệ ở người cao tuổi tại cộng đồng, các công trình này chủ yếu tập trung nghiên cứu trên lâm sàng, có rất ít các số liệu về dịch tễ sa sút trí tuệ ở người cao tuổi.

Ginkgo biloba đã được một số nghiên cứu trên thế giới đánh giá tính hiệu quả trong hỗ trợ điều trị sa sút trí tuệ và cũng được Bộ Y tế đưa vào hướng dẫn chẩn đoán điều trị sa sút trí tuệ [5]. Nghệ An cho đến nay chưa có nghiên cứu nào về dịch tễ học sa sút trí tuệ và Việt Nam cho đến nay chưa có công trình nào nghiên cứu về hiệu quả của ginkgo biloba trong điều trị sa sút trí tuệ.

Từ những lý do trên và với tính cấp thiết của vấn đề nghiên cứu các can thiệp về sa sút trí tuệ chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu: *“Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ sa sút trí tuệ (dementia) ở người cao tuổi tại tỉnh Nghệ An và kết quả điều trị (2022-2023)”* nhằm mục tiêu:

1. Mô tả tỷ lệ mắc, phân bố tỷ lệ mắc và yếu tố liên quan sa sút trí tuệ ở người cao tuổi tại tỉnh Nghệ An (2022-2023).

2. Đánh giá kết quả can thiệp điều trị sa sút trí tuệ bằng các biện pháp không dùng thuốc kết hợp với sử dụng ginkgo biloba.

CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Luận án dày 118 trang, gồm: Đặt vấn đề 2 trang; Tổng quan 34 trang; Phương pháp nghiên cứu 20 trang; Kết quả nghiên cứu 26 trang; Bàn luận 33 trang; Kết luận 2 trang; Kiến nghị 1 trang. Luận án có 5 hình, 34 bảng kết quả nghiên cứu. Có 138 tài liệu tham khảo, trong đó 66 tài liệu trong thời gian 5 năm gần đây.

TÍNH KHOA HỌC, TÍNH MỚI, KHẢ NĂNG ỨNG DỤNG

Đây là nghiên cứu thực hiện tại cộng đồng với cỡ mẫu lớn (2202 người cao tuổi), với các thiết kế nghiên cứu, các kỹ thuật sử dụng chuẩn mực hiện đang áp dụng rộng rãi tại Việt Nam và Thế giới: nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, nghiên cứu can thiệp điều trị không đối chứng, theo dõi trước sau; các tiêu chuẩn lựa chọn, sàng tuyển đối tượng nghiên cứu chặt chẽ. Các phương pháp nhập và phân tích số liệu phù hợp cho từng biến số nghiên cứu vì vậy các số liệu của luận án có độ tin cậy cao, đảm bảo tính khoa học.

Ở Việt Nam hiện nay mới chỉ có một số ít công trình nghiên cứu về dịch tễ sa sút trí tuệ ở người cao tuổi tại cộng đồng, các công trình này chủ yếu tập trung nghiên cứu trên lâm sàng. Nghệ An chưa có nghiên cứu nào về dịch tễ sa sút trí tuệ. Việt Nam cho đến nay chưa có công trình nghiên cứu nào về hiệu quả của ginkgo biloba trong điều trị sa sút trí tuệ.

Kết quả của đề tài đã mô tả được bức tranh về dịch tễ sa sút trí tuệ trên địa bàn tỉnh Nghệ An: các đặc điểm tỷ lệ mắc, phân bố tỷ lệ mắc và phân tích được các yếu tố liên quan đến sa sút trí tuệ người cao tuổi. Từ đó giúp đưa ra các giải pháp can thiệp, dự phòng làm giảm tỷ lệ mắc bệnh.

Đề tài đánh giá kết quả can thiệp điều trị bằng các biện pháp không dùng thuốc kết hợp sử dụng ginkgo biloba, kết quả nghiên cứu của đề tài dễ dàng ứng dụng rộng rãi trong cộng đồng.

Các tài liệu tham khảo đảm bảo tính cập nhật: 47,8% tài liệu trong thời gian 5 năm gần đây.

Với các lý do trên đề tài đảm bảo tính khoa học, tính mới và ý nghĩa thực tiễn.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới [8]: “Sa sút trí tuệ là một thuật ngữ bao gồm một số bệnh hầu hết là đang tiến triển, có ảnh hưởng đến trí nhớ, nhận thức, khả năng và hành vi gây cản trở đáng kể tới khả năng duy trì các hoạt động sinh hoạt hàng ngày. Bệnh Alzheimer là bệnh phổ biến nhất trong sa sút trí tuệ, có thể gặp ở 60-70% trường hợp. Các thể bệnh khác bao gồm sa sút trí tuệ mạch máu, sa sút trí tuệ Thể Lewy và một nhóm bệnh góp phần vào sa sút trí tuệ vùng trán. Ranh giới giữa các hình thức khác nhau của sa sút trí tuệ thường không rõ ràng và các thường tồn tại các dạng sa sút trí tuệ kiểu hỗn hợp”.

Năm 2021, Hội bệnh Alzheimer Thế giới chỉ ra rằng hiện tại có hơn 55 triệu người sống chung với sa sút trí tuệ trên toàn thế giới. Đây là một con số đáng kinh ngạc, gia tăng từng ngày và có thể đạt 78 triệu vào năm 2030 [14].

Theo số liệu của châu Âu, nếu ở nhóm tuổi 60 - 64 tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ là 1,0%, thì ở nhóm 65 - 69 tuổi tỷ lệ này là 2,0%, nhóm 70-74 tuổi là 4,0%, nhóm 75 - 79 tuổi là 8,0%, nhóm 80-84 tuổi là 16,0%.

Tác giả Weiban năm 2022 trong một nghiên cứu phân tích tổng hợp có quy mô trên toàn thế giới trong các mẫu cộng đồng. Kết quả cho thấy tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ trên 66 nghiên cứu và hơn 240.000 cư dân cộng đồng là 10.03%.

Hội nghị Sa sút trí tuệ Quốc gia Việt Nam lần thứ nhất tại Hà Nội. Báo cáo tại hội nghị đã chỉ ra rằng: Năm 2015, ước tính có khoảng 660.000 người mắc sa sút trí tuệ ở Việt Nam và con số này được dự đoán sẽ tăng lên 1,2 triệu người vào năm 2030 [19].

Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hoà trên 5712 người cao tuổi tại 8 xã thuộc huyện Ba Vì, tỉnh Hà Tây (cũ) từ tháng 10 năm 2005 đến tháng 10 năm 2006 báo cáo tỷ lệ SSTT là 4,6%.

Theo Lê Văn Tuấn (2014) ở Hà Nội tỷ lệ mắc SSTT là 4,24%.

Theo tác giả Võ Văn Thắng và cộng sự (2015) ở Huế cho thấy tỷ lệ sa sút trí tuệ ước tính là 9,4% (12% ở phụ nữ và 4,7% ở nam giới). Tỷ lệ này dao động từ 0,5% ở những người từ 65-69 tuổi đến 37,7% ở những người từ 90 tuổi trở lên [22].

* *Tình hình nghiên cứu về ginkgo biloba trong điều trị sa sút trí tuệ:*

Ginkgo biloba là chất chiết xuất từ bạch quả (GBEs) được sử dụng rộng rãi cho các loại rối loạn khác nhau, bao gồm rối loạn chức năng nhận thức, đau đầu, ù tai, chóng mặt, kém chú ý, rối loạn tâm trạng, bệnh tim mạch và bệnh tim mạch vành (DeFeudis và Drieu, 2000) [65].

Ginkgo biloba đã được sử dụng rộng rãi trong điều trị sa sút trí tuệ trong nhiều thập kỷ nay. Một số đánh giá có hệ thống đã được thực hiện để đánh giá ginkgo biloba trong phòng ngừa, điều trị MCI và sa sút trí tuệ [67], [68].

Mặc dù trong phác đồ của Bộ Y tế có chỉ định sử dụng ginkgo biloba đối với sa sút trí tuệ. Tuy nhiên đến thời điểm hiện nay ở Việt Nam chưa có một nghiên cứu nào về hiệu quả của ginkgo biloba cũng như liều dùng, thời gian dùng thuốc trong điều trị sa sút trí tuệ ở người cao tuổi.

Chương 2:

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Mục tiêu 1: Người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên đang sinh sống trên địa bàn của tỉnh Nghệ An, được lựa chọn vào nghiên cứu theo các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn: người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên, có hộ khẩu thường trú và đang sinh sống tại khu vực nghiên cứu thời gian trên 6 tháng, không phân biệt giới tính, tự nguyện tham gia và hợp tác nghiên cứu, có trình độ học vấn từ biết đọc - biết viết trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ: đang mắc bệnh nặng không thể tham gia nghiên cứu, không biết đọc - biết viết, không tự nguyện và không hợp tác nghiên cứu, không có hộ khẩu thường trú và không sinh sống thường xuyên tại khu vực nghiên cứu.

Mục tiêu 2: Toàn bộ người từ 60 tuổi trở lên được chẩn đoán có suy giảm nhận thức bằng thang điểm MMSE với điểm cắt 23/24 trong điều tra cắt ngang, đồng thời thoả mãn các tiêu chuẩn chẩn đoán theo DSM 5.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người không đồng ý tham gia nghiên cứu và đang sử dụng các thuốc điều trị sa sút trí tuệ.

2.1.2 Địa điểm nghiên cứu

Địa điểm lựa chọn phục vụ cho nghiên cứu gồm 06 xã tại 3 huyện của tỉnh Nghệ An, đại diện cho 3 vùng sinh thái của tỉnh, gồm: xã Sơn Hải, xã Quỳnh Diễn thuộc vùng đồng bằng ven biển huyện Quỳnh Lưu; xã Tây Hiếu, xã Nghĩa Thuận thuộc vùng trung du Thị xã Thái Hòa; 2 xã Tân Lạc, Châu Hạnh thuộc vùng miền núi cao huyện Quỳnh Châu.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

2 năm, năm 2022 -2023

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mục tiêu 1: Tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích

Mục tiêu 2: Nghiên cứu can thiệp điều trị cộng đồng, không đối chứng, so sánh trước sau

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

* Cỡ mẫu nghiên cứu mục tiêu 1

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu tối thiểu cho một tỷ lệ hiện mắc [74]

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu,

p: Tỷ lệ mắc ước tính của quần thể, chọn p = 0,046 nghiên cứu của Lê Văn Tuấn tại Hà Nội [21], 1- p = 0,954

$Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy, ứng với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

d: Sai số tuyệt đối, chọn d = 0,015.

DE: hệ số thiết kế, DE= 2,5 (Để tăng tính chính xác của cỡ mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn).

Với các giá trị đã chọn, cỡ mẫu tính toán là 1874 người.

Chúng tôi dự kiến mất mẫu 10%, cỡ mẫu tối thiểu cần lấy là 2082 người.

Thực tế chúng tôi chọn được 2202 người

* Cỡ mẫu nghiên cứu mục tiêu 2:

- Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu nghiên cứu so sánh trước sau, kiểm định hai số trung bình

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \times \delta^2}{(\mu_2 - \mu_1)^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu.

$Z_{1-\alpha/2}$: Giá trị từ phân bố chuẩn được tính trên xác suất sai lầm loại I, với $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$;

$Z_{1-\beta}$ là giá trị từ phân bố chuẩn được tính trên lực thống kê, với $\beta = 0,05$ lực thống kê 1- $\beta = 95\%$ thì $Z_{1-\beta} = 1,645$;

μ_1 : Điểm trung bình (MMSE) trước can thiệp là 20,94; μ_2 : Điểm trung bình (MMSE) sau can thiệp là 21,67; $\mu_2 - \mu_1 = 0,73$; δ là độ lệch chuẩn, $\delta = 1,94$ (nghiên cứu sử dụng ginkgo biloba điều trị sa sút trí tuệ của José ở Tây Ban Nha) [75].

Tính được n = 92.

Chúng tôi dự kiến mất mẫu 10%, cỡ mẫu tối thiểu cần lấy là 103 người.

Thực tế nghiên cứu đã chọn 125 người.

2.2.3. Nội dung và biến số chỉ số trong nghiên cứu

2.2.3.1 Nội dung nghiên cứu

- **Mục tiêu 1: Mô tả tỷ lệ mắc, phân bố tỷ lệ mắc và yếu tố liên quan sa sút trí tuệ ở người cao tuổi tại tỉnh Nghệ An (2022-2023).**

+ Nghiên cứu xác định tỷ lệ hiện mắc sa sút trí tuệ chung, tỷ lệ hiện mắc sa sút trí tuệ theo giới, theo trình độ học vấn, tỷ lệ hiện mắc sa sút trí tuệ theo nhóm tuổi...

+ Nghiên cứu xác định các yếu tố liên quan với sa sút trí tuệ

- Mục tiêu 2: Đánh giá kết quả can thiệp điều trị sa sút trí tuệ bằng các biện pháp không dùng thuốc kết hợp với sử dụng ginkgo biloba

Nghiên cứu can thiệp điều trị cộng đồng, không đối chứng, so sánh trước sau. Đánh giá kết quả can thiệp sau 3 tháng, 6 tháng. Theo dõi đánh giá lại sau 1 năm.

2.2.3.2. Các biến số, chỉ số nghiên cứu

*** Các biến số nghiên cứu**

Bảng 2 1. Biến số nghiên cứu

Tên biến số	Định nghĩa biến	Loại biến	Công cụ thu thập
Tuổi	Tính theo dương lịch, từ tháng năm hiện tại trừ tháng, năm sinh	Liên tục	Phỏng vấn
Tăng huyết áp	Tăng Huyết áp khi: Huyết áp tâm thu ≥ 140 mm Hg, tâm trương ≥ 90 mm Hg [76]	Nhị phân	Đo huyết áp
Đái tháo đường	Glucose > 200 mg /dL bất kỳ, hoặc > 126 mg/dL khi đói [78]	Nhị phân	Kết quả xét nghiệm
Rối loạn giấc ngủ	Có rối loạn giấc ngủ là: Không thể thỏa mãn cả về mặt số lượng hay chất lượng của giấc ngủ, tồn tại trong một thời gian đáng kể, bao gồm việc khó đi vào giấc ngủ, khó khăn trong việc duy trì giấc ngủ hay thức dậy sớm, là một trong những phần nản chủ yếu của bệnh nhân và được nhận thức như là một tình trạng bệnh lý [80]. Không rối loạn giấc ngủ: thỏa mãn cả về số lượng và chất lượng giấc ngủ.	Nhị phân	Phỏng vấn
Hút thuốc lá	Theo tiêu chuẩn của nghiên cứu COMMIT (Community Intervention Trial) [81], phân làm hai nhóm: Không hút thuốc lá: Người bệnh chưa bao giờ hút thuốc lá hoặc có hút nhưng đã nghỉ hút ít nhất là 5 năm gần lại đây được xem là người không hút thuốc lá; Có hút thuốc lá thường xuyên: Bệnh nhân hiện là người đang có hút thuốc lá và đã hút ít nhất 100 điếu trở lên được xem là người có hút thuốc lá	Nhị phân	Phỏng vấn
Chế độ ăn không hợp lý	Chế độ ăn không hợp lý: là một chế độ ăn (hay chế độ dinh dưỡng) không đảm bảo các yếu tố sau: Không đảm bảo các nguyên tắc dinh dưỡng hợp lý chính về: Nhu cầu về năng lượng và nhu cầu các chất dinh dưỡng; Không đảm bảo sự hợp lý về thời gian và khoảng cách bữa ăn: Không ăn sáng ,khoảng cách giữa các bữa ăn quá 4,5 Chế độ ăn hợp lý là một chế độ ăn đảm bảo hợp lý về: Nhu cầu về năng lượng và nhu cầu các chất dinh dưỡng;; Đảm bảo sự hợp lý về thời gian và khoảng cách bữa ăn [82]	Nhị phân	Phỏng vấn, quan sát
Hoạt động thể	- Nhóm có hoạt động thể lực: Đối tượng hoạt động	Nhị phân	Phỏng

Tên biến số	Định nghĩa biến	Loại biến	Công cụ thu thập
lực	thể lực ≥ 30 phút/ ngày hoặc ≥ 150 phút/tuần và không có hai ngày ngưng tập liên tục. - Nhóm ít hoạt động hoặc tĩnh tại: đối tượng hoạt động < 30 phút trong/ngày hoặc hoạt động thể dục [83].		vấn
Hoạt động giải trí	Có tham gia hoạt động giải trí là bệnh nhân tham gia ít nhất một trong các hoạt động như Một trong các hoạt động làm thỏa mãn nhu cầu tinh thần và giải tỏa sự căng thẳng tinh thần để đạt tới sự thư giãn, thanh thần trong tâm hồn và cao hơn, đó là sự rung cảm về thẩm mỹ của con người. Các hoạt động giải trí thường thấy như: thưởng thức nghệ thuật, chơi các trò chơi, sinh hoạt tôn giáo, đọc sách, xem phim,... [83] Không hoạt động giải trí là không tham gia bất cứ một hoạt động giải trí nào.	Nhị phân	Phỏng vấn
Hoạt động xã hội	- Có hoạt động xã hội Là những hoạt động liên quan đến các nhu cầu xã hội và mối quan tâm của cá nhân như: tham gia công tác đoàn thể, tổ chức xã hội, quần chúng, công tác giáo dục,.. [83]. - Không hoạt động xã hội: Không tham gia bất cứ hoạt động nào liên quan đến nhu cầu xã hội, đoàn thể, tổ chức xã hội,...	Nhị phân	Phỏng vấn

2.2.4. Các kỹ thuật, phương pháp thu thập thông tin và phương tiện sử dụng trong nghiên cứu

2.2.4.1. Các kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu

- * Kỹ thuật phỏng vấn cộng đồng
- * Kỹ thuật đo chiều cao, cân nặng và tính chỉ số khối cơ thể (BMI).
- * Kỹ thuật và phương pháp định lượng đường huyết:
- * Kỹ thuật đo huyết áp
- * Kỹ thuật đo lipid máu

2.2.4.2. Bộ test sử dụng trong nghiên cứu

* Thang đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu của Folstein (Mini-Mental State Examination: MMSE)

* Phiếu lượng giá đánh giá chỉ số KATZ trong đánh giá hoạt động chức năng cơ bản (Activities Daily living – ADL) [84]

Gồm 6 hoạt động chức năng cơ bản hàng ngày như: tắm rửa, mặc quần áo, đi vệ sinh, vận

* Phiếu lượng giá đánh giá sinh hoạt hàng ngày có sử dụng dụng cụ Lawton (Instruments Activities Daily Living – IADL) [85]

Gồm 8 hoạt động quan trọng hàng ngày: Khả năng sử dụng điện thoại, Mua sắm, Chuẩn bị thức ăn, Dọn dẹp nhà cửa, Giặt giũ, Cách thức di chuyển (cộng đồng), Trách nhiệm về thuốc

men của bản thân, Khả năng xử lý tài chính.

2.2.6. Phương pháp nhập và phân tích số liệu

Các số liệu thu thập trong nghiên cứu, được xử lý theo phương pháp thống kê y, sinh học và sử dụng phần mềm SPSS 20.0

Sử dụng các tham số thống kê mô tả (tần số, tỷ lệ...) cho các biến định tính của mẫu nghiên cứu.

Sử dụng các tham số thống kê mô tả (Mean, media...) cho các biến định lượng của mẫu nghiên cứu.

Sử dụng kiểm định t-test để so sánh trung bình của 2 biến chuẩn.

Sử dụng kiểm định Khi bình phương để so sánh 2 tỷ lệ và xét mối liên quan giữa 2 biến định tính.

Nghiên cứu sử dụng mô hình hồi qui Logistic và tỉ suất chênh (OR) với khoảng tin cậy 95% để phân tích các yếu tố liên quan và SSTT.

+ Phân tích đa biến: là phân tích mối liên quan giữa một YTNC và SSTT có cân nhắc YTNC khác vào phương trình hồi quy đa biến.

2.2.7. Sai số và hạn chế sai số

Để làm giảm sai số chúng tôi thực hiện như sau:

- Có tiêu chuẩn chọn mẫu thật rõ ràng, chính xác,...
- Tuân thủ tiêu chuẩn sàng tuyển mẫu, phân lô theo các yếu tố gây nhiễu.
- Tăng cỡ mẫu nghiên cứu.
- Tất cả các đối tượng đều được chọn ngẫu nhiên vào mẫu nghiên cứu và có đủ tiêu chuẩn, tự nguyện tham gia nghiên cứu...
- Tuân thủ nghiêm ngặt qui trình lấy mẫu xét nghiệm, chỉ xét nghiệm những mẫu đủ tiêu chuẩn. Tuân thủ nghiêm túc các biện pháp can thiệp điều trị.

2.2.8. Đạo đức trong nghiên cứu.

- Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng phê duyệt đề cương và Hội đồng Y đức Viện Sốt rét-Ký sinh trùng-Côn trùng Trung Ương phê duyệt.
- Nghiên cứu được sự đồng ý của chính quyền và y tế địa phương.
- Những đối tượng được phát hiện ra bệnh đều được tư vấn hướng dẫn khám, chữa trị và phòng bệnh đúng quy định.
- Kết quả nghiên cứu được phản hồi cho người bệnh.
- Tuân thủ nghiêm ngặt các qui định trong nghiên cứu y, sinh học như: trước khi nghiên cứu đối tượng nghiên cứu phải được thông báo và nói rõ mục đích nghiên cứu. Chỉ nghiên cứu ở người tự nguyện. Giữ bí mật về tình trạng sức khỏe của người tham gia nghiên cứu.

Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ và một số yếu tố liên quan ở người trên 60 tuổi tại Nghệ An (2022-2023)

Trong thời gian hai năm từ 2022 – 2023, đề tài nghiên cứu 2202 người cao tuổi trên địa bàn tỉnh Nghệ An, kết quả như sau:

3.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (2022 -2023)

+ *Độ tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu*

Bảng 3. 1. Độ tuổi của đối tượng nghiên cứu

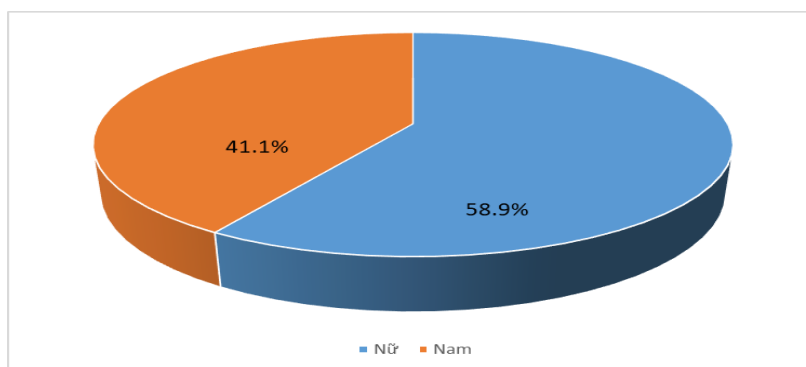
Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Chung	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
60-64	204	27,1	437	30,2	641	29,1
65-69	217	28,8	350	24,2	567	25,7
70-74	165	19,3	304	22,4	469	21,3
75-79	86	11,4	179	12,4	265	12,0
80-84	44	5,8	97	6,7	141	6,4
85-89	37	4,9	40	2,8	77	3,5
90-102	20	2,7	22	1,5	42	1,9
Cộng	906	100	1269	100	2202	100,0
Tuổi trung bình	69,7 ± 7,38		69,6 ± 7,35		69,7 ± 7,36	

Nhận xét:

Nhóm tuổi 60-64 tuổi chiếm tỷ lệ 29,1%, 65-69 tuổi chiếm tỷ lệ 25,7%, 70-74 tuổi chiếm tỷ lệ 21,3%, 75-79 tuổi chiếm tỷ lệ 12,0%, 80 - 84 tuổi chiếm tỷ lệ 6,4%, 85 - 89 tuổi chiếm tỷ lệ 3,5%, từ 90 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ 1,9%.

Tuổi trung bình chung của quần thể nghiên cứu là: $69,7 \pm 7,36$; Tuổi trung bình chung của nam là $69,7 \pm 7,38$, nữ là $69,9 \pm 7,35$.

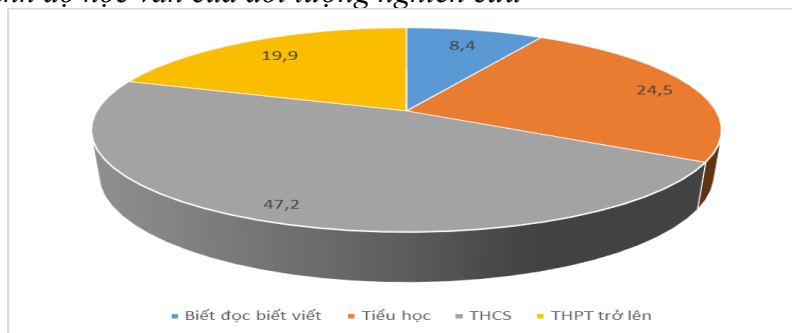
+ *Giới tính của đối tượng nghiên cứu*



Hình 3.1 Giới tính của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét:

Trong quần thể nghiên cứu, tỷ lệ người cao tuổi là nữ giới chiếm 58,9% và nam giới chiếm 41,1%.

+ *Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu*

Hình 3.2 Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ người cao tuổi có trình độ học vấn Biết đọc, biết viết là 8,4%; Tiểu học là 24,5%; THCS là 47,2%; THPT trở lên là 19,9%.

3.1.2. Mô tả tỷ lệ mắc, phân bố tỷ lệ mắc và yếu tố liên quan sa sút trí tuệ ở người cao tuổi tại tỉnh Nghệ An (2022-2023).

3.1.2.1. Mô tả tỷ lệ mắc, phân bố tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ ở người cao tuổi trên địa bàn tỉnh Nghệ An

- *Tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ*

Bảng 3. 2. Tỷ lệ hiện mắc sa sút trí tuệ

Đối tượng nghiên cứu Sa sút trí tuệ	Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sa sút trí tuệ	134	6,1
Không sa sút trí tuệ	2068	93,9
Tổng	2202	100

Nhận xét: Tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ ở người cao tuổi trên địa bàn tỉnh Nghệ An năm 2023 là 6,1%;

- *Tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ theo trình độ học vấn*

Bảng 3. 3. Tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ theo trình độ học vấn

Trình độ học vấn	Số khám bệnh	Số có sa sút trí tuệ	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Biết đọc biết viết	185	24	13,0
Tiểu học	539	52	9,6
THCS	1039	51	4,9
THPT trở lên	439	7	1,6
Tổng	2202	134	100

Nhận xét:

Tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ tăng dần từ nhóm có trình độ học vấn cao THPT trở lên là 1,6% đến nhóm có trình độ trung học cơ sở là 4,9%, nhóm có trình độ tiểu học là 9,6% và tỷ lệ

mức SSTT cao nhất ở nhóm biết đọc biết viết là 13%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm với $p < 0,001$.

- Tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ theo nhóm tuổi:

Bảng 3. 4. Tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số khám bệnh	Sa sút trí tuệ	
		Số lượng	Tỷ lệ
60-64	641	16	2,5
65-69	567	25	4,4
70- 74	469	27	5,8
75-79	263	20	7,6
80-84	141	22	15,6
85-89	83	14	16,9
≥ 90-102	38	10	26,3
Tổng	2202	134	6,1

Nhận xét:

Tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ tăng dần theo nhóm tuổi, thấp nhất ở nhóm bệnh nhân 60-64 tuổi là 2,5% và tăng dần đến nhóm tuổi 80-84 là 15,6% và cao nhất ở nhóm ≥ 90-102 tuổi là 26,3%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$)

- Tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ theo giới tính:

Bảng 3. 5. Tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ theo giới tính

Giới tính	Số khám bệnh	Sa sút trí tuệ		p
		Số lượng	Tỷ lệ	
Nam (1)	906	56	6,2	> 0,05
Nữ (2)	1296	78	6,0	
Tổng	2202	134	6,1	

Nhận xét: Khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ giữa nam và nữ (6,2% so với 6,0%, $p > 0,05$).

3.1.2.2. Yếu tố liên quan sa sút trí tuệ ở người cao tuổi tại tỉnh Nghệ An

- Liên quan giữa tình trạng đái tháo đường với sa sút trí tuệ:

Bảng 3. 6. Liên quan giữa đái tháo đường với tình trạng sa sút trí tuệ

Đái tháo đường	Tình trạng mắc sa sút trí tuệ		Tổng	OR, 95%CI, giá trị p
	Có sa sút trí tuệ	Không sa sút trí tuệ		
Có	23	221	244	1,732 (1, 082 – 2,771), 0,032
Không	111	1847	1958	
Tổng	134	2068	2202	

Nhận xét: Người bị đái tháo đường có liên quan với tình trạng mắc sa sút trí tuệ với OR= 1,732, 95% CI :1,082 – 2,771, với $p < 0,05$.

- Liên quan giữa tăng huyết áp với sa sút trí tuệ

Bảng 3. 7 Liên quan giữa tăng huyết áp với sa sút trí tuệ

Tăng huyết áp	Tình trạng sa sút trí tuệ		Tổng	OR, 95%CI, giá trị p
	Có sa sút trí tuệ	Không sa sút trí tuệ		
Có tăng huyết áp	84	855	939	2,381 (1,66 -3,42), < 0,001
Không tăng huyết áp	50	1213	1263	
Tổng	134	2068	2202	

Nhận xét:

Người cao tuổi có tăng huyết áp có liên quan mắc sa sút trí tuệ cao hơn so với người không tăng huyết áp với OR= 2,381 (95%CI: 1,66-3,42), $p < 0,01$.

- Liên quan giữa trình độ học vấn với sa sút trí tuệ

Bảng 3. 8 Liên quan giữa trình độ học vấn với sa sút trí tuệ

Trình độ học vấn	Tình trạng sa sút trí tuệ		Tổng	OR, 95%CI, giá trị p
	Có sa sút trí tuệ	Không sa sút trí tuệ		
THCS trở xuống	127	1651	1778	4,533 (2,11 - 9,776) < 0,001
Từ THPT trở lên	7	417	424	
Tổng	134	2068	2202	

Nhận xét:

Có liên quan giữa trình độ học vấn THCS trở xuống với mắc sa sút trí tuệ, với OR = 4,533 (95% CI: 2,11 – 9,776), $p < 0,001$.

- Liên quan giữa hoạt động giải trí với sa sút trí tuệ

Bảng 3. 9 Liên quan giữa hoạt động giải trí với sa sút trí tuệ

Hoạt động giải trí	Tình trạng sa sút trí tuệ		Tổng	OR, 95%CI, giá trị p
	Có sa sút trí tuệ	Không sa sút trí tuệ		
Không hoạt động	49	282	408	3,694 (2,542-5,370), < 0,001
Có hoạt động	85	1786	1794	
Tổng	134	2068	2202	

Nhận xét:

Có liên quan giữa không tham gia hoạt động giải trí ở người cao tuổi với mắc sa sút trí tuệ, với OR= 3,694 (95% CI: 2,542-5,370), $p < 0,001$.

- Liên quan giữa hoạt động thể lực với sa sút trí tuệ

Bảng 3. 10 Liên quan giữa hoạt động thể lực với sa sút trí tuệ

Hoạt động thể lực	Tình trạng sa sút trí tuệ		Tổng	OR, 95%CI, giá trị p
	Có sa sút trí tuệ	Không sa sút trí tuệ		
Không hoạt động	61	448	509	3,064 (2,144-4,377), < 0,001
Có hoạt động	73	1620	1693	
Tổng	134	2068	2202	

Nhận xét:

Có liên quan giữa không tham gia hoạt động thể lực ở người cao tuổi với mắc sa sút trí tuệ, với OR= 3,064 (95% CI: 2,144 – 4,377), $p < 0,001$.

- Liên quan giữa hút thuốc lá với sa sút trí tuệ

Bảng 3. 11 Liên quan giữa hút thuốc lá với sa sút trí tuệ

Tình trạng hút thuốc lá	Tình trạng sa sút trí tuệ		Tổng	OR, 95%CI, giá trị p
	Có sa sút trí tuệ	Không sa sút trí tuệ		
Có hút	21	194	215	1,795 (1,101-2,926), 0,017
Không hút	113	1874	1987	
Tổng	134	2068	2202	

Nhận xét:

Người hút thuốc lá có liên quan với tình trạng sa sút trí tuệ OR= 1,795 (95% CI: 1,101 – 2,926). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Liên quan giữa rối loạn giấc ngủ với sa sút trí tuệ

Bảng 3. 12 Liên quan giữa rối loạn giấc ngủ với sa sút trí tuệ

Tình trạng rối loạn giấc ngủ	Tình trạng sa sút trí tuệ		Tổng	OR, 95%CI, giá trị p
	Có sa sút trí tuệ	Không sa sút trí tuệ		
Có rối loạn	94	1085	1179	2,129 (1,456 - 3,113), < 0,001
Không rối loạn	40	983	1023	
Tổng	134	2068	2202	

Nhận xét: Có liên quan giữa rối loạn giấc ngủ ở người cao tuổi với mắc sa sút trí tuệ, với OR= 2,129 (95% CI:1,456 - 3,113), $p < 0,001$.

- Mô hình hồi quy logistic đa biến xác định các yếu tố liên quan của sa sút trí tuệ

Bảng 3. 13. Mô hình hồi quy logistic đa biến xác định các yếu tố liên quan của sa sút trí tuệ

STT	Biến số	Hệ số hồi quy	p	OR	95%CI
1	Trình độ học vấn từ THCS trở xuống	1,083	0,007	2,953	1,347-6,477
2	Tăng huyết áp	0,505	0,011	1,657	1,122-2,446
3	Không tham gia hoạt động giải trí	0,712	0,001	2,038	1,315-3,157
4	Không tham gia hoạt động thể lực	0,545	0,011	1,725	1,134-2,625
5	Nhóm tuổi 75-79	1,163	0,013	3,201	1,274-8,040
	Nhóm tuổi 80-84	1,267	0,006	3,549	1,447-8,701
	Nhóm tuổi 85-89	1,586	0,001	4,885	1,988-12,003
	Nhóm tuổi 90-102	2,045	0,001	7,729	2,987-20,00
6	Hút thuốc	0,721	0,007	2,057	1,217-3,476
7	Rối loạn giấc ngủ	0,551	0,007	1,735	1,161-2,593

Nhận xét: Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến đã xác định được 7 yếu tố có liên quan đến sa sút trí tuệ trong nghiên cứu của chúng tôi đó là: Trình độ học vấn từ THCS trở xuống; Tình trạng tăng huyết áp; Nhóm tuổi trên 75; Không tham gia hoạt động giải trí và thể lực; Hút thuốc lá; Rối loạn giấc ngủ.

3.2. Đánh giá kết quả can thiệp điều trị sa sút trí tuệ bằng các biện pháp không dùng thuốc kết hợp với sử dụng ginkgo biloba

3.2.1. Kết quả can thiệp theo mức độ bệnh

Bảng 3.14. Kết quả can thiệp theo mức độ trước và sau can thiệp (n=125)

Thời điểm Phân độ	Trước can thiệp		Sau CT 3 tháng		Sau CT 6 tháng		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Bình thường	0	0,0	50	40,0	76	60,8	p (1-0) < 0,001 p (2-0) < 0,001 p (2-1) < 0,001
Nhẹ	79	63,2	50	40,0	33	26,4	p (1-0) < 0,001 p (2-0) < 0,001 p (2-1) < 0,001
Vừa	38	30,4	20	16,0	14	11,2	p (1-0) < 0,001 p (2-0) < 0,001 p (2-1) < 0,001
Nặng	8	6,4	5	4,0	2	1,6	p (1-0) < 0,05 p (2-0) < 0,05 p (2-1) < 0,05

Nhận xét:

Số bệnh nhân bình thường trước can thiệp là 0 bệnh nhân sau 3 tháng can thiệp là 50 (40%) và sau 6 tháng là 76 (60,8%).

3.2.2 Hiệu quả can thiệp đánh giá bằng thang điểm MMSE

- Điểm MMSE trung bình trước và sau can thiệp

Bảng 3.15. Điểm MMSE trung bình trước và sau can thiệp (n=125)

Thời điểm Điểm MMSE	Trước CT (0)		Sau CT 3 tháng (1)		Sau CT 6 tháng (2)		p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
Trung bình chung	19,6	3,67	21,8	3,79	23,3	3,29	p (1-0) < 0,001 p (2-0) < 0,001
Nhóm nhẹ	21,8	1,09	23,9	1,84	24,9	1,73	p (1-0) < 0,001 p (2-0) < 0,001
Nhóm vừa	17,3	1,77	19,7	2,50	21,6	2,84	p (1-0) < 0,001 p (2-0) < 0,001
Nhóm nặng	10,4	1,84	13,1	1,97	16,6	2,67	p (1-0) < 0,001 p (2-0) < 0,001

Nhận xét: Điểm MMSE trung bình chung trước can thiệp $19,6 \pm 3,67$, sau 3 tháng can thiệp $21,8 \pm 3,79$ điểm MMSE cải thiện 2,2 điểm, sau 6 tháng can thiệp $23,3 \pm 3,29$, điểm MMSE cải thiện 3,7 điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.16. So sánh điểm MMSE trung bình sau 6 tháng và 3 tháng (n=125)

Thời điểm	Sau CT 3 tháng (1)		Sau CT 6 tháng (2)		p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
Trung bình chung	21,8	3,79	23,3	3,29	p (2-1) < 0,001
Nhóm nhẹ	23,9	1,84	24,9	1,73	p (2-1) < 0,001
Nhóm vừa	19,7	2,50	21,6	2,84	p (2-1) < 0,001
Nhóm nặng	13,1	1,97	16,6	2,67	p (2-1) < 0,001

3.2.3. Hiệu quả can thiệp đánh giá bằng thang điểm ADL

Bảng 3.17. Khả năng hoạt động đánh giá bằng thang điểm ADL trước và sau can thiệp (n=125)

Thời gian	Trước can thiệp		Sau can thiệp 3 tháng (1)		Sau can thiệp 6 tháng (2)		P
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Độc lập	46	36,8	52	41,6	68	54,4	P (1-0) < 0,001 P (2-0) < 0,001 P (2-1) < 0,001
Phụ thuộc một phần	79	63,2	73	58,4	57	45,6	P (1-0) < 0,001 P (2-0) < 0,001 P (2-1) < 0,001
Hoàn toàn phụ thuộc	0	0,0	0	0,0	0	0,0	

Nhận xét:

Bệnh nhân có khả năng hoạt động độc lập hoàn toàn tăng từ 46 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 36,8%) trước can thiệp lên 52 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 41,6%) sau 3 tháng, và 68 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 54,4%) sau 6 tháng với $p < 0,001$.

Bảng 3. 18. Điểm trung bình ADL trước và sau can thiệp (n=125)

Thời gian	Trước CT (0)		Sau CT 3 tháng (1)		Sau CT 6 tháng (2)		p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
Trung bình chung	4,59	1,34	4,87	1,16	5,29	0,92	p (1-0) < 0,001 p (2-0) < 0,001
Nhóm nhẹ	5,21	1,02	5,37	0,91	5,69	0,61	p (1-0) < 0,001 p (2-0) < 0,001
Nhóm vừa	3,78	1,06	4,27	0,87	4,84	0,83	p (1-0) < 0,001 p (2-0) < 0,001
Nhóm nặng	2,80	1,32	3,20	1,23	3,80	1,03	p (1-0) < 0,05 p (2-0) < 0,05

Nhận xét:

Điểm ADL trung bình trước can thiệp $4,59 \pm 1,34$, sau 3 tháng tăng lên $4,87 \pm 1,16$ điểm ADL cải thiện là 0,28; sau 6 tháng tăng lên $5,29 \pm 0,92$ điểm ADL cải thiện là 0,7 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. 19. So sánh điểm trung bình ADL sau 6 tháng và 3 tháng (n=125)

Thời gian	Sau CT 3 tháng (1)		Sau CT 6 tháng (2)		p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
Điểm trung bình ADL					
Trung bình chung	4,87	1,16	5,29	0,92	p(1-2) < 0,001
Nhóm nhẹ	5,37	0,91	5,69	0,61	p(1-2) < 0,001
Nhóm vừa	4,27	0,87	4,84	0,83	p(1-2) < 0,001
Nhóm nặng	3,20	1,23	3,80	1,03	p(1-2) < 0,05

3.2.4. Kết quả can thiệp đánh giá bằng thang điểm IADL

Bảng 3. 20. Điểm trung bình IADL trước và sau can thiệp (n=125)

Thời gian	Trước CT (0)		Sau CT 3 tháng (1)		Sau CT 6 tháng (2)		p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
Điểm trung bình IADL							
Trung bình chung	2,38	1,52	3,13	1,75	4,16	1,74	p (1-0) < 0,001 p (2-0) < 0,001
Nhóm nhẹ	2,41	1,61	3,11	1,81	4,18	1,68	p (1-0) < 0,001 p (2-0) < 0,001
Nhóm vừa	2,42	1,36	3,14	1,53	4,17	1,76	p (1-0) < 0,001 p (2-0) < 0,001
Nhóm nặng	2,1	1,52	3,2	2,20	4,0	2,31	p (1-0) < 0,05 p (2-0) < 0,05

Nhận xét:

Điểm IADL trung bình trước can thiệp $2,38 \pm 1,52$, sau 3 tháng can thiệp tăng lên $3,13 \pm 1,75$ điểm IADL cải thiện là 0,75, sau 6 tháng can thiệp tăng lên $4,16 \pm 1,74$ điểm IADL cải thiện là 1,78, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.21. So sánh điểm trung bình IADL sau 6 tháng 3 tháng (n=125)

Thời gian	Sau CT 3 tháng (1)		Sau CT 6 tháng (2)		p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
Điểm trung bình IADL					
Trung bình chung	3,13	1,75	4,16	1,74	p (1-2) < 0,001
Nhóm nhẹ	3,11	1,81	4,18	1,68	p (1-2) < 0,001
Nhóm vừa	3,14	1,53	4,17	1,76	p (1-2) < 0,001
Nhóm nặng	3,2	2,20	4,0	2,31	p (1-2) < 0,05

Chương 4 **BÀN LUẬN**

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- *Về giới tính của đối tượng nghiên cứu:* Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nữ giới (58,9%) cao hơn nam giới (41,1%). Trong nghiên cứu của Lê Văn Tuấn ở Hà Nội, nữ giới chiếm tỷ lệ 55,9%, nam giới 44,1% [21]. Trong nghiên cứu của Cao Mạnh Long ở Ba Vì, Hà Tây (cũ), nữ giới chiếm tỷ lệ 53,2%, nam giới chiếm 46,8% [17]. Trần Thị Thuý Hà khi tiến hành nghiên cứu tại 3 quận huyện của thành phố Hải Phòng cho thấy, tỷ lệ nam giới chiếm 39,6%, nữ giới 60,4% [58].

- *Về nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu:*

Trong nghiên cứu của chúng tôi: Nhóm tuổi 60-64 tuổi chiếm tỷ lệ 29,1%, 65-69 tuổi chiếm tỷ lệ 25,7%, 70-74 tuổi chiếm tỷ lệ 21,3%, 75-79 tuổi chiếm tỷ lệ 12,0%, 80-84 tuổi chiếm tỷ lệ 6,4%, 85-89 tuổi chiếm tỷ lệ 3,5%, từ 90 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ 1,9%.

Lê Văn Tuấn nhóm tuổi 60-64 tuổi chiếm tỷ lệ 27,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu về nhóm tuổi của Lê Văn Tuấn [21]. Trong nghiên cứu của Cao Mạnh Long nhóm tuổi 65-69 chiếm tỷ lệ cao nhất 32,7% [17].

- *Về độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu:* Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $69,7 \pm 7,36$. Trong nghiên cứu của Cao Mạnh Long, tuổi trung bình của quần thể nghiên cứu là $71,1 \pm 7,0$ [17]. Nguyễn Thị Thanh Hương, tuổi trung bình của quần thể nghiên cứu là $72,09 \pm 7,59$ [86]. Trần Thị Thuý Hà, tuổi trung bình của quần thể nghiên cứu: nam là $70,4 \pm 7,1$, nữ là $70,7 \pm 17,8$ [58]. Độ tuổi trung bình của các nghiên cứu có khác nhau theo chúng tôi phụ thuộc vào khu vực nghiên cứu, cỡ mẫu nghiên cứu

- *Về trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu*

Trong nghiên cứu của chúng tôi: Tỷ lệ người cao tuổi có trình độ học vấn Biết đọc, biết viết là 8,4%; Tiểu học là 24,5%; THCS là 47,2%; THPT trở lên là 19,9%. Trần Thị Thuý Hà, trình độ học vấn Tiểu học 25,9%, THCS 43,6%, THPT 20,4%, trên THPT là 10,0% [58]. Lê Văn Tuấn, trình độ học vấn biết đọc, biết viết là 18,2%, Tiểu học là 15,5%, THCS 19,5%, THPT 12,6%, THPT trở lên 34,2% [21]. Cao Mạnh Long, trình độ học vấn không biết chữ: 11,9%, tiểu học 18,2%, THCS 50,0%, THPT là 19,8% [17]. Theo chúng tôi trình độ học vấn phụ thuộc vào khu vực nghiên cứu, đặc điểm kinh tế, xã hội của từng vùng cũng như thời điểm nghiên cứu.

4.2. Một số đặc điểm dịch tễ học sa sút trí tuệ và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi:

4.2.1. Tỷ lệ hiện mắc sa sút trí tuệ

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ ở người cao tuổi trên địa bàn tỉnh Nghệ An năm 2023 là 6,1%.

Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của của tác giả Nguyễn Kim Việt tại 2 phường thuộc thành phố Thái Nguyên báo cáo tỷ lệ SSTT là 7,8% [55] Long tại huyện Ba Vì, Hà Nội (7,2%) [17]. Nghiên cứu của Trần Thị Thuý Hà ở thành phố Hải Phòng là 13,9% [86]. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hoàn Mỹ Tiên ở Thành phố Hồ Chí Minh là 7,1% [57]

Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại cao hơn tác giả Lê Văn Tuấn, ở 2 xã của huyện Sóc Sơn và 2 phường của quận Đống Đa là 4,24% [21]. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hoà tại 8 xã thuộc huyện Ba Vì, tỉnh Hà Tây (cũ) tỷ lệ mắc bệnh là 4,6% [20].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với một số tác giả trên thế giới Jia L. tại Trung Quốc là 6,1% [51], Hofman A ở Hà Lan [89] là 6,3%. Điều này cho thấy trình độ

dân trí, chính sách phổ cập giáo dục, xóa mù chữ, khả năng chăm sóc sức khỏe của hệ thống y tế của Việt nam cũng như sự quan tâm đến người cao tuổi về đời sống vật chất tinh thần hoạt động của các hội đoàn thể nhất là hội người cao tuổi là khá tốt, điều này giúp khống chế các yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh. Ở Việt nam tỷ lệ mắc bệnh qua các nghiên cứu cho các kết quả từ dao động từ 4-5% cho đến trên dưới 10% khác nhau tùy thuộc vào kết quả nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nằm ở mức trung bình so với các tác giả trong và ngoài nước. Sự gia tăng về tỷ lệ mắc bệnh theo thời gian là không rõ ràng so với kết quả nghiên cứu trước đây. Điều này cho thấy số bệnh nhân sa sút trí tuệ gia tăng chính là do tỷ lệ người cao tuổi tăng cao trong cộng đồng cùng với sự già hóa dân số theo thời gian.

4.2.2. Tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ theo trình độ học vấn

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ ở người cao tuổi giảm dần khi trình độ học vấn càng cao. Tỷ lệ mắc ở trình độ học vấn cao nhất là biết đọc - biết viết chiếm 13,0% sau đó giảm dần theo các trình độ học vấn cao hơn. Tỷ lệ thấp nhất ở nhóm có trình độ học vấn từ THPT trở lên chiếm 1,6%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Lê Văn Tuấn nhận thấy: Tỷ lệ mắc cao nhất ở nhóm biết đọc - biết viết (10,9%), thấp nhất ở nhóm có trình độ học vấn cao (từ đại học - cao đẳng - trung cấp chuyên nghiệp trở lên) (1,8%) [21]. Theo Nguyễn Ngọc Hoà, tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ giảm theo sự tăng của trình độ học vấn. Tỷ lệ cao nhất ở nhóm biết đọc biết viết là 9,7%, tỷ lệ mắc từ cấp II trở lên là 1,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ [20].

Jia L, đánh giá trình độ học vấn theo số năm học ($<1,1-6$ và >6 năm) liên quan với sa sút trí tuệ với OR từ 1,17 [1,06-1,29] đến 1,55 [1,38-1,73], mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) [51].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận định của các tác giả trong và ngoài nước: cho thấy có mối liên quan giữa trình độ học vấn với sa sút trí tuệ ở người cao tuổi. Người cao tuổi có trình độ học vấn thấp có nguy cơ mắc sa sút trí tuệ cao hơn người có trình độ học vấn cao. Nhận định này cũng phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước. Chính sách phổ cập giáo dục với mục tiêu mọi công dân trong độ tuổi đều được học tập và đạt đến trình độ học vấn nhất định theo quy định của pháp luật sẽ góp phần làm giảm tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ ở người cao tuổi.

4.2.3. Tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ theo nhóm tuổi

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ tăng dần theo nhóm tuổi, thấp nhất ở nhóm bệnh nhân 60-64 tuổi là 2,5% và tăng dần đến nhóm tuổi 80-84 là 15,6% và cao nhất ở nhóm $\geq 90-102$ tuổi là 26,3%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$)

Ở người cao tuổi: sau 5 - 10 năm tuổi thì tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ tăng lên 1,5 đến 2 lần. Nhận định này của chúng tôi phù hợp với Nguyễn Ngọc Hoà trong kết quả nghiên cứu tại huyện Ba Vì, Hà Nội [20]: nhóm tuổi 60 - 64 tuổi là 0,8%, 65-69 tuổi là 1,4%, nhóm tuổi 70-74 tuổi là 3,8%, nhóm 75-79 tuổi là 5,9%, nhóm 80-84 tuổi là 8,5%, từ 85 tuổi trở lên là 16,4%, trung bình sau mỗi khoảng cách năm năm tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ tăng lên từ 1,5-2,8 lần. Và tương đồng với Nguyễn Kim Việt tại Thái Nguyên [55].

Kết quả nghiên cứu của Jia L. cho thấy tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ tăng theo tuổi, từ 2,9% ở 27 630 cá nhân trong độ tuổi 60 - 69 lên 31,9% ở 570 người từ 90 tuổi trở lên, với tỷ lệ tăng đáng kể theo tuổi [51].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Tuổi càng cao tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ càng lớn.

4.2.4. Tỷ lệ sa sút theo giới tính

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ ở nam là 6,2% và ở nữ là 6,0%, so sánh sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tỷ lệ mắc theo giới tính trong kết quả nghiên cứu của Cao Mạnh Long: nam 20,7%, nữ 36,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [17]. Tỷ lệ mắc theo giới tính trong kết quả nghiên cứu của Lê Văn Tuấn: nam 3,6%, nữ 4,8%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$) [21]

Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của Jia L cho rằng tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ cao hơn đáng kể ở phụ nữ so với nam giới với tỷ lệ mắc và phân bố phần trăm cao hơn đáng kể ở tất cả các nhóm tuổi nữ OR 1,43 (1,31–1,56) $p < 0,001$ [51].

Như vậy, tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ ở người cao tuổi theo giới tính không có sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với đa số nhận định của các tác giả trong và ngoài nước.

4.2.5. Liên quan giữa tình trạng sa sút trí tuệ và các bệnh lý mắc phải

*** Liên quan bệnh đái tháo đường và SSTT**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tình trạng mắc sa sút trí tuệ mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê với bản thân mắc bệnh Đái tháo đường ($p < 0.05$).

Tuy nhiên trong nghiên cứu của Cao Mạnh Long [17] tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ ở bệnh nhân có đái tháo đường là 28%, chưa thấy mối liên quan giữa đái tháo đường với sa sút trí tuệ ($p = 0,9694$). Lê Văn Tuấn, tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ ở người có tiền sử bản thân đái tháo đường (3,6%) thấp hơn người không có tiền sử này (4,3%). Sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) [21]. Trần Thị Lệ Thanh [99] nghiên cứu đặc điểm rối loạn nhận thức ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 ở người trên 60 tuổi trở lên, cũng nhận thấy nguy cơ sa sút trí tuệ bị ảnh hưởng rõ rệt nhất do cách điều trị đối với bệnh nhân đái tháo đường. Nguy cơ cao nhất đối với nhóm có đường máu cao phải dùng insulin đường tiêm.

Tác giả Jingjing Song phân tích tổng hợp năm nghiên cứu hồi cứu với 577592 bệnh nhân tiểu đường đã được đưa vào, và 99,0% trong số họ mắc bệnh tiểu đường typ 2. Với thời gian theo dõi trung bình là 6,3 năm, 31963 bệnh nhân mới được chẩn đoán mắc sa sút trí tuệ. Kết quả gộp cho thấy bệnh nhân tiểu đường có biến thiên HbA1c cao hơn có liên quan đến nguy cơ mắc sa sút trí tuệ cao hơn [100].

*** Liên quan tăng huyết áp với SSTT**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi người cao tuổi có tăng huyết áp có liên quan mắc sa sút trí tuệ cao hơn so với người không tăng huyết áp với OR= 2,381 (95%CI: 1,66-3,42), $p < 0,001$.

Lê Văn Tuấn, Người cao tuổi có tăng huyết áp có nguy cơ mắc sa sút trí tuệ cao hơn 3,1 lần người không tăng huyết áp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) [21]

Tuy nhiên, Nguyễn Ngọc Hòa [20] khi nghiên cứu ở khu vực ngoại thành Hà Nội nhận định tăng huyết áp không có mối liên quan với sa sút trí tuệ.

Theo Jia L., nghiên cứu trên 46 011 người từ trên 60 tuổi có 2 766 người mắc sa sút trí tuệ; trong đó tăng huyết áp được xác định là yếu tố nguy cơ với OR = 1,86 (1,70–2,03) với $p < 0,0001$ [51].

Nhận định của các tác giả nêu trên cho thấy mối liên quan của tăng huyết áp với sa sút trí tuệ ở người cao tuổi còn có các quan điểm khác nhau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan khá rõ rệt giữa tăng huyết áp với sa sút trí tuệ ở người cao tuổi. Theo chúng tôi, tăng huyết áp không là nguyên nhân trực tiếp của sa sút trí tuệ. Tuy nhiên, biến chứng của tăng huyết áp tới các cơ quan đích: tim, mắt, não, thậm chí là nguyên nhân trực tiếp liên quan đến sa sút trí tuệ.

4.2.6. Liên quan với các hoạt động thể chất tinh thần với SSTT

*** Liên quan hoạt động giải trí với SSTT**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có liên quan giữa không tham gia hoạt động giải trí ở người cao tuổi với mắc sa sút trí tuệ, với OR= 3,694 (95% CI: 2,542-5,370), $p < 0,001$.

Nghiên cứu của Trần Việt Lực [108] cho thấy thường xuyên tham gia các hoạt động kích thích nhận thức như đọc báo, chơi cờ, chơi bài có khả năng làm giảm nguy cơ mắc sa sút trí tuệ.

Tác giả Jianwei Zhu nhận định: Đối với hoạt động giải trí, việc đến thăm bạn bè/gia đình (HR 0,66, 95%CI: 0,56–0,77) và tham gia các hoạt động nhóm khác (HR 0,91, 95%CI:0,85–0,98) có liên quan đến giảm nguy cơ mắc sa sút trí tuệ [114].

* Liên quan hoạt động thể lực với SSTT

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có liên quan giữa không tham gia hoạt động thể lực ở người cao tuổi với mắc sa sút trí tuệ, với OR= 3,064 (95% CI: 2,144 – 4,377), p < 0,001.

Trần Việt Lực [108] nhận định, thường xuyên tham gia các hoạt động thể lực như đi bộ, chạy bộ, làm việc nhà có khả năng làm giảm nguy cơ mắc sa sút trí tuệ do bệnh Alzheimer.

Huyền Thị Thanh Tú, tỷ lệ người không tham gia hoạt động thể lực mắc sa sút trí tuệ chiếm tỷ lệ 30,6% so với người có tham gia hoạt động thể lực mắc sa sút trí tuệ chiếm 13,2%. Mối liên quan có ý nghĩa thống kê p < 0,05 [105]

Một phân tích tổng quan hệ thống tác giả Conor Cunningham nhận định: Người lớn tuổi (≥ 60 tuổi) tích cực hoạt động thể chất làm giảm nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân và suy giảm nhận thức, sa sút trí tuệ, bệnh Alzheimer và trầm cảm làm chậm quá trình lão hóa, chất lượng cuộc sống tốt hơn và chức năng nhận thức được cải thiện [115].

Nhìn chung, các công trình nghiên cứu đều cho thấy có mối liên quan giữa hoạt động thể lực với sa sút trí tuệ ở người cao tuổi. Kết quả của chúng tôi cho thấy người không hoạt động thể lực nguy cơ mắc sa sút trí tuệ cao hơn người có hoạt động thể lực, phù hợp với nhận định của các tác giả trong và ngoài nước cho rằng có mối liên quan giữa hoạt động thể lực với sa sút trí tuệ ở người cao tuổi.

* Liên quan rối loạn giấc ngủ với SSTT

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi: có liên quan giữa rối loạn giấc ngủ ở người cao tuổi với mắc sa sút trí tuệ, với OR= 2,129 (95% CI:1,456 - 3,113), p < 0,001.

Lê Văn Tuấn, chưa tìm thấy mối liên quan giữa rối loạn giấc ngủ với sa sút trí tuệ ở người cao tuổi. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05) [21].

Neil Mookerjee, trong một nghiên cứu cắt ngang hồi cứu ở Mỹ cho kết quả: Trong nhóm rối loạn giấc ngủ có tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ cao hơn so với nhóm không rối loạn giấc ngủ, (6,5% so với 3,4%; p = 0,015). Tuy nhiên khi phân tích hồi quy logistic đa biến thì tác giả nhận thấy không có mối liên quan giữa rối loạn giấc ngủ với sa sút trí tuệ [117].

4.2.7. Liên quan hút thuốc lá với SSTT

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi người hút thuốc lá có liên quan với tình trạng sa sút trí tuệ OR= 1,795 (95% CI: 1,101 – 2,926). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Nguyễn Ngọc Hoà, tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ ở người không hút thuốc cao hơn người có hút thuốc 2,9 lần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p < 0,05 [20].

Huyền Thị Thanh Tú, tỷ lệ người hút thuốc lá mắc bệnh chiếm tỷ lệ 22,1%, so với 18,4% không hút thuốc nhưng mắc bệnh, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05) [105].

Jia L. trong nghiên cứu cắt ngang tại Trung Quốc nhận định hút thuốc có liên quan tới sa sút trí tuệ (OR: 1,85 [1,67 - 2,04]); suy giảm nhận thức OR: 1,27 [1,19 - 1,36]) với p < 0,001 [51].

4.2.8. Mô hình hồi quy logistic đa biến

Sử dụng Mô hình hồi quy logistic đa biến chúng tôi xác định được 7 yếu tố thực sự liên quan đến sa sút trí tuệ đó là: trình độ học vấn, tăng huyết áp, nhóm tuổi, không tham gia hoạt động giải trí và thể lực, hút thuốc lá, rối loạn giấc ngủ. Một số như bệnh tiểu đường, các rối

loạn chuyển hóa mỡ máu, thừa cân béo phì, không hoạt động xã hội ... không hẳn là không liên quan đến sa sút trí tuệ mà theo chúng tôi tại thời điểm nghiên cứu do các yếu tố liên quan nổi trội hơn trong phân tích đa biến

Jia L. đã nhận định 12 yếu tố nguy cơ gây sa sút trí tuệ có tính chất đặc thù ở từng người bệnh cụ thể, ông đã thống kê và chia làm 2 nhóm, nhóm 1: Các yếu tố không thể thay đổi được; nhóm 2: các yếu tố có thể thay đổi.

Nhóm 1: có ba yếu tố không thể thay đổi được là

- Tuổi cao;
- Giới tính nữ;
- Tiền sử gia đình của cha mẹ.

Nhóm 2: Có chín yếu tố rủi ro có thể thay đổi được bao gồm: sống ở vùng nông thôn, ít năm học hơn, hỗ trợ y tế kém, chế độ ăn uống không lành mạnh, tình trạng hôn nhân gia đình, các yếu tố nguy cơ và bệnh đi kèm như hút thuốc, tăng huyết áp, tăng lipid máu, bệnh tim và mạch máu não có liên quan chặt chẽ đến sa sút trí tuệ [51].

Theo chúng tôi việc xác định các yếu tố liên quan đến mắc sa sút trí tuệ phụ thuộc vào đặc điểm đời sống kinh tế, xã hội, dân trí cũng như khả năng cung cấp dịch vụ y tế chăm sóc khác nhau giữa các vùng miền trong một nước và các quốc gia trên thế giới. Tuy nhiên, ý nghĩa quan trọng đó là khi xác định được các yếu tố liên quan thực sự đến sa sút trí tuệ ở địa phương, vùng miền nào thì giúp cho việc đề xuất tập trung các giải pháp can thiệp loại bỏ các yếu tố liên quan ngay tại vùng miền địa phương đó sẽ góp phần làm giảm tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ cũng như làm chậm quá trình tiến triển ở những người đã mắc.

4.3. Kết quả can thiệp điều trị.

Trong quá trình can thiệp và theo dõi, tất cả bệnh nhân đều tuân thủ đầy đủ các biện pháp không dùng thuốc và sử dụng thuốc ginkgo biloba. Không có bệnh nhân nào gặp phải tác dụng không mong muốn của thuốc. Qua 6 tháng can thiệp điều trị và 1 theo dõi sau 1 năm mặc dù các bệnh nhân nghiên cứu đều ở tuổi cao nhưng không có bệnh nhân nào bị mất do bệnh tật và tuổi tác. Tất cả các bệnh nhân đều chưa được tiếp cận chẩn đoán và điều trị sa sút trí tuệ trước đây. Chúng tôi nhận thấy đáp ứng điều trị là rất tốt cả thời điểm sau 3 tháng và sau 6 tháng.

4.3.1. Đánh giá mức độ bệnh trước và sau can thiệp

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi sự khác biệt về cải thiện mức độ bệnh trước và sau can thiệp điều trị đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Kết quả này cũng tương tự so với nghiên cứu của Nguyễn Bích Ngọc tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương, bệnh nhân ở giai đoạn nhẹ chiếm 30,8%, ở mức độ suy giảm nhận thức trung bình là 47,5% và suy giảm nhận thức nặng là 21,7% [64]. Tuy nhiên đây là nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện nên các bệnh nhân thường ở mức độ vừa và nặng.

4.3.2. Kết quả can thiệp theo thang điểm đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu MMSE

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm về tình trạng tâm trí (MMSE) trung bình trước can thiệp là $19,6 \pm 3,67$. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Thắng và cộng sự tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Điểm trung bình MMSE của các bệnh nhân Alzheimer là $16,71 \pm 6,45$ [125].

Kết quả này cũng cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Bích Ngọc tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương, điểm về tình trạng tâm trí (MMSE) trung bình là $14,71 \pm 7,13$ [64].

Trong nghiên cứu của José và cộng sự tại Tây Ban Nha, nghiên cứu hồi cứu trên 133 bệnh nhân mắc MCI, sa sút trí tuệ đang điều trị. Điểm MMSE trung bình đối với nhóm bệnh

nhân sử dụng Egb 761 trước can thiệp là $20,94 \pm 1,94$, sau can thiệp 6 tháng là $21,67 \pm 2,04$, sau 12 tháng là $22,78 \pm 2,08$ ($p < 0,01$) [75].

Trong nghiên cứu của Mazza, có 25 bệnh nhân được sử dụng Egb 761 kết quả đánh giá về MMSE, giá trị trung bình là từ $18,80 \pm 3,622$ (SD) lúc ban đầu đến $19,40 \pm 3,485$ (SD) sau 24 tuần can thiệp, điểm trung bình tăng 0.6 [129].

Tương đồng với các nghiên cứu kết quả nghiên cứu của chúng tôi điểm MMSE cải thiện rõ rệt sau 3 tháng và 6 tháng điều trị. Sự khác biệt về cải thiện giữa thời điểm 6 tháng và 3 tháng điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Việc cải thiện chức năng nhận thức là rất quan trọng giúp cho bệnh nhân cải thiện chất lượng cuộc sống phòng tránh các tai biến biến chứng của sa sút trí tuệ như té ngã, nghẹn sặc...

4.3.3 Kết quả can thiệp dựa trên cải thiện theo thang điểm hoạt động sống cơ bản hàng ngày (ADL)

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi điểm ADL trung bình trước can thiệp $4,59 \pm 1,34$, sau 3 tháng can thiệp $4,87 \pm 1,16$ điểm ADL; sau 6 tháng can thiệp $5,29 \pm 0,92$ điểm ADL. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). So sánh giữa thời điểm 6 tháng và 3 tháng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$)

Tác giả Phạm Bích Ngọc, điểm trung bình ADL áp dụng các biện pháp không dùng thuốc cũng mang lại hiệu quả cải thiện về hoạt động chức năng cơ bản, trước can thiệp điểm ADL trung bình là $4,37 \pm 1,61$, sau can thiệp 6 tháng điểm ADL trung bình đánh giá là $4,931 \pm 1,3$ với $p < 0,05$, điểm ADL trung bình tăng 0.56 điểm [64].

Phạm Thắng, điều trị bệnh nhân sa sút trí tuệ bằng galantamine với liều 16mg/ ngày, kết quả sau 6 tháng, điểm ADL trung bình cải thiện từ 5,09 lên 6,33 ($p < 0,05$) [63].

Theo Ralf Ihl, khi thử nghiệm đa trung tâm trên 410 bệnh nhân ngoại trú mắc sa sút trí tuệ từ nhẹ đến trung bình. Bệnh nhân được phân ngẫu nhiên vào điều trị mù đôi với 240 mg EGb 761 hoặc giả dược một lần mỗi ngày trong 24 tuần. Kết quả cho thấy điểm số ADL trung bình cải thiện là 0,2 (SD 0,29). So sánh với nhóm giả dược khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$ [13].

Kanowski và cộng sự, điều trị cho 106 bệnh nhân ngoại trú mắc sa sút trí tuệ với liều 240mg Egb 761 hàng ngày, kết quả cho thấy điểm số ADL trung bình cải thiện 0,8 (SD 1.9). So sánh với nhóm giả dược sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$ [135].

Trên thực tế toàn bộ 125 bệnh nhân của chúng tôi được chưa hề được tiếp cận thăm khám chẩn đoán và điều trị về sa sút trí tuệ trước đó. Chúng tôi áp dụng đồng thời các biện pháp không dùng thuốc kết hợp với sử dụng ginkgo biloba liều 160 mg /ngày liên tục trong 6 tháng. Trong quá trình theo dõi đánh giá bệnh nhân đáp ứng với điều trị rất tốt. Việc cải thiện chức năng hoạt động cơ bản hàng ngày giúp cho bệnh nhân có khả năng tự chăm sóc cho chính mình mà không phải lệ thuộc vào người chăm sóc.

4.3.4. Kết quả can thiệp theo thang điểm hoạt động sống hàng ngày có sử dụng dụng cụ công cụ (IADL)

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi điểm IADL trung bình trước can thiệp $2,38 \pm 1,52$, sau 3 tháng can thiệp $3,13 \pm 1,75$ điểm IADL, sau 6 tháng can thiệp $4,16 \pm 1,74$ điểm IADL sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). so sánh giữa thời điểm 6 tháng và 3 tháng sự cải thiện có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$.

Tác giả Phạm Bích Ngọc, sử dụng biện pháp can thiệp không dùng thuốc bằng các bài luyện tập. Điểm số IADL trung bình trước can thiệp là $4,57 \pm 1,96$, sau can thiệp 24 tuần điểm số IADL trung bình là $4,93 \pm 1,93$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,030$) [64].

Phạm Thắng, điều trị bệnh nhân sa sút trí tuệ bằng Galantamine với liều 16mg/ngày, kết quả sau 6 tháng, điểm IADL trung bình cải thiện từ 5,77 lên 6,54 ($p < 0,05$) [63].

Olivera (2021), sử dụng biện pháp không dùng thuốc bằng các phương pháp kích thích nhận thức dựa trên thực tế ảo trong 2 tháng, điểm IADL trung bình cải thiện $0,439 \pm 0,181$ [137].

Tương tự, tác giả Liao (2020) cũng sử dụng biện pháp trên, kết quả cho thấy điểm IADL trung bình cải thiện 0.713 ± 0.346 [138].

Nhìn chung kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả trong nước và trên thế giới khi áp dụng các biện pháp khác nhau đều cho thấy sự cải thiện về điểm số chức năng hoạt động sử dụng dụng cụ hàng ngày. Việc cải thiện chức năng hoạt động có sử dụng dụng cụ công cụ giúp cho bệnh nhân cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm áp lực đối với người chăm sóc

KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 2202 người cao tuổi tại tỉnh Nghệ An cho phép rút ra một số kết luận sau:

1. Một số đặc điểm dịch tễ sa sút trí tuệ ở người cao tuổi

- Tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ trên địa bàn tỉnh Nghệ An là 6,1%

- Tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ ở nam giới là 6,2%, nữ giới là 6,0%.

- Tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ tăng dần theo tuổi: ở độ tuổi 60 - 64 tuổi là 2,5%, 65-69 tuổi: 4,4%, 70 - 74 tuổi: 5,8%, 75-79 tuổi: 7,6%, 80 - 84 tuổi: 15,6%, 85 - 89 tuổi: 16,9% và từ 90 tuổi trở lên là 26,3%.

- Tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ ở nhóm người có trình độ học vấn thấp (biết đọc - biết viết) là 13%, nhóm học hết tiểu học là 9,6%, nhóm học hết trung học cơ sở là 4,9%, nhóm học hết trung học phổ thông trở lên là 1,6%.

- Một số yếu tố liên quan với sa sút trí tuệ ở người cao tuổi tại Nghệ An

Sử dụng mô hình hồi quy logistic đa biến đã xác định được 7 yếu tố liên quan đến sa sút trí tuệ đó là:

+ Tuổi trên 75

+ Trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống

+ Tăng huyết áp.

+ Không hoạt động giải trí

+ Không hoạt động thể lực

+ Hút thuốc lá

+ Rối loạn giấc ngủ

2. Đánh giá kết quả điều trị:

- Đánh giá theo mức độ bệnh trước và sau can thiệp:

Số bệnh nhân bình thường trước can thiệp là 0 bệnh nhân sau 3 tháng can thiệp là 50 (40%) và sau 6 tháng là 76 (60,8%) ($p < 0,05$). Số bệnh nhân mức độ nhẹ giảm từ 63,2% trước can thiệp xuống còn 40,0% sau 3 tháng và còn 26,4% sau 6 tháng ($p < 0,001$). Số bệnh nhân mức độ vừa trước can thiệp giảm từ 30,4% sau 3 tháng xuống còn 16,0% sau 6 tháng và 11,2% sau 6 tháng ($p < 0,001$). Số bệnh nhân mức độ nặng giảm từ 6,4% xuống còn 4,0% sau can thiệp 3 tháng và giảm xuống còn 1,6% sau 6 tháng ($p < 0,05$).

- Điểm MMSE (Đánh giá chức năng nhận thức); Điểm ADL (Chức năng hoạt động cơ bản hàng ngày); Điểm IADL (Đánh giá chức năng hoạt động hàng ngày có sử dụng dụng cụ công cụ) đều cải thiện sau 3 tháng và 6 tháng điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Đáp ứng với can thiệp điều trị tốt ở cả ba nhóm nhẹ, vừa và nặng.

- Về thời gian điều trị so sánh giữa thời gian 6 tháng và 3 tháng sự cải thiện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ trên cả 3 thang điểm MMSE, ADL, IADL.

- Kết quả so sánh trước và sau can thiệp cải thiện đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ở tất cả các nhóm tuổi, trình độ học vấn, giới tính.

- Sử dụng Ginkgo Biloba liều 160mg/ngày có hiệu quả tốt trong điều trị sa sút trí tuệ. Thời gian điều trị 6 tháng có hiệu quả tốt hơn thời gian điều trị 3 tháng.

KIẾN NGHỊ

1. Kiến nghị tăng cường công tác phát hiện và dự phòng loại bỏ các yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh.

- Truyền thông và nâng cao sức khỏe để giảm thiểu các nguy cơ, dự phòng mắc Sa sút trí tuệ.

- Triển khai lập hồ sơ để theo dõi, tư vấn, điều trị dự phòng cho người bị tăng huyết áp, người mắc bệnh Đái tháo đường, tăng cường các hoạt động thể lực, hoạt động giải trí tại nhà gắn với vai trò của người chăm sóc và tại cộng đồng nhất là vai trò của hội người cao tuổi. Cai thuốc lá đối với người nghiện thuốc lá, quan tâm điều trị các rối loạn giấc ngủ.

2. Kiến nghị triển khai các biện pháp can thiệp điều trị với người mắc sa sút trí tuệ

- Thực hiện chẩn đoán, điều trị toàn diện, chuyên sâu về Sa sút trí tuệ tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo phân tuyến kỹ thuật. Thực hiện kê đơn dinh dưỡng, vận động thể lực, tư vấn tâm lý và thay đổi lối sống cho người mắc Sa sút trí tuệ; chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh tại cơ sở y tế và tại nhà; chăm sóc, phục hồi chức năng, tái thích ứng cộng đồng xã hội cho người bệnh.

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi đề xuất sử dụng ginkgo biloba liều 160mg/ngày liên tục từ 3 - 6 tháng.

**CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC
LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN ĐÃ ĐƯỢC CÔNG BỐ**

1. Tăng Việt Hà, Cao Bá Lợi, Dương Đình Chính (2024), Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học sa sút trí tuệ ở người cao tuổi trên địa bàn tỉnh Nghệ An 2022-2023, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, Số.65(6), Tr.181-185.
2. Tăng Việt Hà, Cao Bá Lợi, Dương Đình Chính (2024), Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến mắc sa sút trí tuệ ở người cao tuổi tại tỉnh Nghệ An (2022-2023), *Tạp chí Y học Cộng đồng*, Số.65(6), Tr.186 -191.
3. Tăng Việt Hà, Cao Bá Lợi, Dương Đình Chính (2024), Đánh giá kết quả can thiệp điều trị sa sút trí tuệ ở người cao tuổi bằng biện pháp can thiệp không dùng thuốc kết hợp ginkgo biloba ở người cao tuổi trên địa bàn tỉnh Nghệ An (2022-2023), *Tạp chí Y học Cộng đồng*, Số.66(1), Tr.39- 43.