

## **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**

**ĐỖ VĂN THẮNG, Ban BVSK tỉnh Hưng Yên,  
PHẠM THẮNG, Bệnh viện Lão khoa Trung ương**

### **TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** (1) Đánh giá các đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh ở bệnh nhân (BN) sa sút trí tuệ do mạch máu (SSTMM), (2) Đánh giá đặc điểm suy giảm nhận thức ở các BN này.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 45 BN cao tuổi ( $\geq 60$  tuổi), được chẩn đoán là SSTMM theo tiêu chuẩn DSM-4. BN được khám LS, chụp MRI hoặc CT sọ não và kiểm tra các lĩnh vực nhận thức bằng các trắc nghiệm thần kinh tâm lý (TKTL) chuyên sâu.

**Kết quả:** (1) BN thường có các yếu tố nguy cơ (YTNC) kèm theo bao gồm: TBMN (100%), THA (62,6%), ĐTĐ (15,6%) và hút thuốc lá (26,7%). Thời gian trung bình từ khi bị TBMN đến khi được chẩn đoán SSTT là  $7,8 \pm 5,15$  tháng. Biểu hiện LS bao gồm giảm trí nhớ (100%), triệu chứng thần kinh khu trú (80%), biểu hiện tâm thần (71,1%), gầy sút cân (22,2%) và cơn động kinh (15,6%). Kết quả chụp MRI (hoặc CT) cho thấy: 50% là nhồi máu não (NMN) ổ khuyết, 36,4% là NMN một ổ, 4,5% NMN nhiều ổ. (2) BN SSTMM có suy giảm

rõ nhiều lĩnh vực nhận thức như trí nhớ (cả trí nhớ tức thì và trí nhớ gần, và khả năng nhận biết), ngôn ngữ và chức năng thị giác không gian.

**Kết luận:** (1) SSTTMM có thời gian xuất hiện SSTT sau TBMN khá muộn, kèm theo nhiều YTNC mạch máu như THA, ĐTD, hút thuốc lá; biểu hiện LS bao gồm giảm trí nhớ, triệu chứng thần kinh khu trú, gầy sút cân, động kinh và biểu hiện tâm thần; tổn thương chủ yếu là NMN ổ khuếch. (2) SSTTMM gây rối loạn nhiều lĩnh vực nhận thức như trí nhớ, ngôn ngữ và thị giác không gian.

**Từ khoá:** SSTT do mạch máu.

**SUMMARY:**

Study on clinical and neuropsychological characteristics in patients with vascular dementia at National Geriatric Hospital

**Aim:** (1) To assess clinical and imaging characteristics of vascular dementia; (2) To evaluate neuropsychological disorders in these patients.

**Method:** 45 elderly patients with vascular dementia were evaluated by clinical examination, MRI (or CT scan) and comprehensive neuropsychological tests.

**Results:** (1) The risk factors included hypertension, diabetes mellitus, smoking. Average time to be diagnosed as dementia was  $7,8 \pm 5,15$  months. Clinical features included decline of memory, focal neuro deficits, psychological disorders, loss of body weight and epilepsy. Neuroimaging showed that 50% of these patients had lacune infarcs; (2) Patients with vascular dementia were associated different neuropsychological disorders in memory, language and visuospatial functions.

**Conclusion:** 1) Risk factors included hypertension, diabetes mellitus, smoking. Vascular dementia appeared late after stroke. Clinical features included decline of memory, focal neuro deficits, psychological disorders, loss of body weight and epilepsy. Neuroimaging showed that 50% of these patients had lacune infarcs; (2) Patients with vascular dementia were associated different neuropsychological disorders in memory, language and visuospatial functions.

**Key word:** Vascular dementia

**ĐẶT VẤN ĐỀ**

Rối loạn nhận thức do mạch máu là một tập hợp các hội chứng liên quan đến các cơ chế mạch máu khác nhau. Yếu tố chính của loại suy giảm nhận thức này là những thay đổi về mạch máu, ở một mức độ nào đó là có thể dự phòng được. Do vậy, phát hiện sớm và chẩn đoán chính xác, cùng với các biện pháp điều trị và kiểm soát các YTNC một cách phù hợp có ý nghĩa quan trọng.

Tỷ lệ mắc mới SSTTMM ở những người trên 65 tuổi là 1,3%/năm [12]. Trong khi bệnh Alzheimer được báo cáo là thường gặp hơn ở các nước phương Tây, SSTTMM lại thường gặp hơn ở Nhật Bản, Trung Quốc và Nga [7,8]. Một nghiên cứu tại Thụy Điển cho thấy nguy cơ phát triển SSTTMM trong suốt cuộc đời là 34,5% với nam và 19,4% với nữ [6]. SSTTMM là nguyên nhân thường gặp thứ hai của SSTT; 10%-20% BN SSTT khởi phát muộn thuộc loại này.

Ở Việt Nam, một nghiên cứu gần đây trên 104 bệnh nhân NMN lần đầu tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương và Bệnh viện Hữu Nghị cho thấy tỷ lệ SSTT và suy giảm nhận thức nhẹ sau NMN, lần lượt là 25% và 19,2%, cao

hơn một cách có ý nghĩa so với nhóm chứng. Nghiên cứu cũng xác định các đặc điểm rối loạn nhận thức ở những BN này. Tuổi cao, học vấn thấp, NMN, THA, vữa xơ động mạch cảnh là các YTNC của SSTT; trong đó tuổi cao trên 80, mảng vữa xơ động mạch cảnh là những yếu tố nguy cơ độc lập của SSTT [1,2]. Chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục đích: (1) Đánh giá các đặc điểm LS và chẩn đoán hình ảnh ở BN SSTTMM; (2) Đánh giá đặc điểm suy giảm nhận thức ở các BN này.

**ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP**

- **Đối tượng nghiên cứu:** 45 BN cao tuổi ( $\geq 60$  tuổi) điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương, được chẩn đoán là SSTTMM theo tiêu chuẩn DSM-4.

- **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm nghiên cứu về trí nhớ và SSTT của Bệnh viện Lão khoa Trung ương. BN được khám LS tỷ mỷ (nội khoa và thần kinh, tâm thần), được làm các xét nghiệm sinh hoá máu, bao gồm cả FT4, FT3 và TSH và chụp MRI (hoặc CT) sọ não. Tất cả BN được kiểm tra bằng các trắc nghiệm TKTL bao gồm:

+ Đánh giá chức năng nhận thức tổng quát (MMSE).

+ Đánh giá trí nhớ bao gồm trắc nghiệm nhớ từ (nhớ từ ngay, nhớ từ sau, nhận biết từ) và nhớ hình (nhớ hình ngay, nhớ hình sau, nhận biết hình).

+ Đánh giá ngôn ngữ bao gồm trắc nghiệm gọi tên Boston sửa đổi và trắc nghiệm nói lưu loát từ.

+ Đánh giá chức năng thị giác không gian: trắc nghiệm vẽ đồng hồ.

+ Đánh giá trầm cảm: thang trầm cảm lão khoa

+ Đánh giá hoạt động hàng ngày: ADL và IADL

**KẾT QUẢ:**

**1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu**

**Quần thể nghiên cứu:** 45 BN được chẩn đoán SSTTMM, tuổi thấp nhất là 60, cao nhất là 81, tuổi trung bình là  $71,2 \pm 5,97$ , trong đó nam giới 22 (48,9%) và nữ giới 23 (51,1%). Các YTNC tìm mạch kèm theo bao gồm: TBMN (100%), THA (62,6%), ĐTD (15,6%) và hút thuốc lá (26,7%).

**2. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh**

Bảng 1. Biểu hiện lâm sàng

Biểu hiện lâm sàng	n	%
Giảm trí nhớ	45	100
Triệu chứng TK khu trú	36	80
Triệu chứng tâm thần	32	71,1
Gầy sút cân	10	22,2
Cơn động kinh	7	15,6

**Nhận xét:** Các biểu hiện LS thường gặp bao gồm giảm trí nhớ (100%), triệu chứng thần kinh khu trú (80%), biểu hiện tâm thần (71,1%), gầy sút cân (22,2%) và cơn động kinh (15,6%). Thời gian trung bình từ khi bị TBMN đến khi được chẩn đoán SSTT là  $7,8 \pm 5,15$  tháng.

Bảng 2. Mức độ suy giảm hoạt động hàng ngày

Hoạt động hàng ngày	Mức độ suy giảm	n	%
ADL	Nhẹ	23	51,1
	Vừa	10	22,2
	Nặng	12	26,7
IADL	Nhẹ	22	48,9
	Vừa	15	33,3
	Nặng	8	17,8

Nhận xét: BN có suy giảm rõ rệt các hoạt động hàng ngày, trong đó với hoạt động hàng ngày cơ bản (ADL) có 51,1% giảm nhẹ, 22,2% giảm vừa và 26,7% giảm nặng. Với các hoạt động hàng ngày có sử dụng công cụ (IADL): 48,9% giảm nhẹ, 33,3% giảm vừa và 17,8% giảm nặng.

Bảng 3. Kết quả chẩn đoán hình ảnh (MRI hoặc CT)

Tính chất tổn thương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Một ổ nhồi máu	16	36,4
Nhiều ổ nhồi máu lớn	2	4,5
Nhồi máu ổ khuyết	22	50,0
Hình ảnh bình thường	5	11,1
Tổng số	45	100,0

Nhận xét: Kết quả chụp hình não (MRI hoặc CT) cho thấy: 50% là NMN ổ khuyết, 36,4% là NMN một ổ, 4,5% NMN nhiều ổ, 11,1% không thấy hình ảnh bất thường.

#### 4.3. Đặc điểm suy giảm nhận thức ở bệnh nhân SSTMM

Bảng 4. Rối loạn các lĩnh vực nhận thức ở bệnh nhân SSTT do mạch máu

Trắc nghiệm TKTL		n	%
Trí nhớ hình ảnh	Nhớ ngay	37	82,2
	Nhớ hình sau	40	88,9
	Nhận biết hình sau	41	91,2
Trí nhớ từ (lời nói)	Nhớ từ ngay	35	77,7
	Nhớ từ sau	35	77,7
	Nhận biết từ sau	38	84,4
Kể lại câu chuyện	Kể lại ngay	45	100
	Kể lại có tri hoãn	45	100
Ngôn ngữ	trắc nghiệm Boston sửa đổi	33	73,3
	Nói lưu loát từ	36	80
Thị giác không gian (vẽ đồng hồ)		43	95,6

Nhận xét: BN SSTMM có sự suy giảm rõ rệt nhiều lĩnh vực nhận thức khác nhau như trí nhớ (cả trí nhớ tức thì và trí nhớ gần, và khả năng nhận biết), ngôn ngữ và chức năng thị giác không gian.

Bảng 5. So sánh giá trị trung bình của một số trắc nghiệm TKTL giữa nhóm SSTT do mạch máu và người bình thường

Trắc nghiệm TKTL		NBT []	SSTT do mạch máu	p
Trắc nghiệm MMSE		26,3 ± 3,2	14,4 ± 5,78	<0,05
Trí nhớ hình ảnh	Nhớ ngay	6,6 ± 2,1	3,4 ± 2,55	<0,05
	Nhớ hình sau	6,0 ± 1,9	2,1 ± 1,08	<0,05
	Nhận biết hình sau	9,5 ± 1,0	3,4 ± 2,35	<0,05
Trí nhớ từ (lời nói)	Nhớ từ ngay	15,9 ± 3,9	8,0 ± 5,13	<0,05
	Nhớ từ sau	5,3 ± 1,8	3,0 ± 2,29	<0,05
	Nhận biết từ sau	8,6 ± 1,6	3,5 ± 3,19	<0,05
Ngôn ngữ (trắc nghiệm Boston sửa đổi)		14,7 ± 0,8	11,3 ± 4,01	<0,05
Thị giác không gian (vẽ đồng hồ)		6,9 ± 4,0	2,5 ± 3,25	<0,05

Nhận xét: so sánh với kết quả ở NBT cho thấy điểm trung bình của tất cả các trắc nghiệm TKTL ở nhóm SSTMM đều giảm rõ rệt.

## BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh ở bệnh nhân SSTT do mạch máu

Qua nghiên cứu 45 BN SSTMM, tuổi thấp nhất là 60, cao nhất là 81, tuổi trung bình là 71,2 ± 5,97, chúng

tối thấy tỷ lệ nam nữ xấp xỉ nhau: nam giới là 22 (48,9%) và nữ giới là 23 (51,1%). Theo Jorm và Jolley, trước tuổi 75, nam giới có nguy cơ bị SSTMM nhiều hơn và nữ giới bị bệnh Alzheimer nhiều hơn; sau đó sự khác biệt về giới không rõ rệt [7]

Các YTNC tìm mạch kèm theo bao gồm: TBMN (100%), THA (62,6%), ĐTD (15,6%) và hút thuốc lá (26,7%). Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với nhận định của các tác giả khác. Theo Amenta, các YTNC gây bệnh mạch máu lớn, bao gồm tuổi cao, THA, hút thuốc lá, tăng lipid máu, ĐTD, rung nhĩ, và tăng homocysteine máu [3].

Thời gian trung bình từ khi bị TBMN đến khi được chẩn đoán SSTT là 7,8 ± 5,15 tháng. Theo Leys, SSTT thường gặp ở BN bị đột quy, hoặc ngay sau khi bị đột quy, hoặc khởi phát muộn hơn [9]

Các biểu hiện LS thường gặp bao gồm giảm trí nhớ (100%), triệu chứng thần kinh khu trú (80%), gầy sút cân (22,2%), cơn động kinh (15,6%) (Bảng 1) và biểu hiện tâm thần (71,1%) (chủ yếu là trầm cảm). Nhận định này cũng phù hợp với các tác giả khác. Ballard thấy 79% có lo âu rõ trên lâm sàng và 20% có bằng chứng trầm cảm trên các trắc nghiệm chuẩn [4]. Mặc dù, các triệu chứng tâm thần khá phổ biến ở tất cả các thể SSTT, các số liệu thống kê cho thấy lo âu và trầm cảm thường gặp trong SSTMM hơn là trong bệnh Alzheimer. Hơn nữa, sự có mặt của trầm cảm có thể là yếu tố tiên lượng quan trọng.

BN trong nghiên cứu của chúng tôi có suy giảm rõ rệt các hoạt động hàng ngày, trong đó với hoạt động hàng ngày cơ bản (ADL) có 51,1% giảm nhẹ, 22,2% giảm vừa và 26,7% giảm nặng. Với các hoạt động hàng ngày có sử dụng công cụ (IADL): 48,9% giảm nhẹ, 33,3% giảm vừa và 17,8% giảm nặng (Bảng 2)

Kết quả chụp MRI (hoặc CT) cho thấy: 50% là NMN ổ khuyết, 36,4% là NMN một ổ, 4,5% NMN nhiều ổ (Bảng 3). Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu dịch tễ lớn, sử dụng chụp hình não, cho thấy một phần ba số người già có bằng chứng đột quy ổ khuyết [10]. Không thấy mối tương quan rõ rệt giữa mức độ tổn thương mạch máu và sự có mặt của SSTT [5], và các nghiên cứu dịch tễ sử dụng chụp hình não cho thấy các tổn thương “không triệu chứng” là khá phổ biến ở người già khỏe mạnh [11]. Bệnh động mạch nhỏ gây những thay đổi ở thành động mạch, mở rộng các khoang Virchow-Robin, làm loãng khí ở nhu mô não xung quanh động mạch, và tăng sinh tế bào thần kinh đệm. Ngoài ra có thể gây các ổ NMN nhỏ ở sâu do tắc các nhánh động mạch xuyên dài. Những thay đổi này chủ yếu là do THA mạn tính, gây phì đại lớp trung mạc của thành tiểu động mạch và lắng đọng xơ huyết trong thành động mạch. Theo thời gian, gây tắc hoàn toàn động mạch dẫn đến NMN nhỏ.

### 2. Đặc điểm suy giảm nhận thức ở bệnh nhân SSTT do mạch máu

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy BN SSTMM có giảm rõ nhiều lĩnh vực nhận thức khác nhau như trí nhớ (cả trí nhớ tức thì, trí nhớ gần, và khả năng nhận biết), ngôn ngữ và chức năng thị giác không gian (Bảng 4). So sánh với kết quả ở NBT cho thấy điểm trung bình của tất cả các trắc nghiệm TKTL ở nhóm SSTMM đều giảm rõ rệt (Bảng 5). Thay đổi về sự chú ý, tốc độ xử lý thông tin

và chức năng điều hành là đặc trưng của rối loạn nhận thức do mạch máu. Tùy theo bản chất của tổn thương mạch máu, BN rối loạn nhận thức do mạch máu có thể có các thiếu hụt thần kinh tâm lý theo kiểu rải rác. BN có xu hướng nhớ tốt hơn trong bệnh Alzheimer, nhưng nói lưu loát từ kém và ít thay đổi về hành vi. Kết quả các trắc nghiệm TKTL thay đổi theo vị trí và mức độ tổn thương mạch.

#### **KẾT LUẬN**

(1) SSTMM có thời gian xuất hiện sau TBMN khá muộn, kèm theo nhiều YTNC mạch máu như THA, ĐTĐ, hút thuốc lá; biểu hiện lâm sàng thường gặp bao gồm giảm trí nhớ, triệu chứng thần kinh khu trú, gầy sút cân, động kinh và biểu hiện tâm thần; tổn thương chủ yếu là NMN ổ khuyết. (2) SSTMM gây rối loạn nhiều lĩnh vực nhận thức như trí nhớ, ngôn ngữ và thị giác không gian.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Thanh Vân, Phạm Thắng, Lê Quang Cường, Tạ Thành Văn: Đánh giá bước đầu về đặc điểm lâm sàng rối loạn nhận thức ở bệnh nhân sau nhồi máu não trên 60 tuổi. Tạp chí nghiên cứu Y học 48 (2):79-84, 2007
2. Nguyễn Thanh Vân, Phạm Thắng, Lê Quang Cường, Tạ Thành Văn: Sa sút trí tuệ do nhồi máu não và một số yếu tố nguy cơ. Tạp chí Y học thực hành 1(641+642):86-90, 2009
3. Amenta F, Mignini F, Rabbia F, et al: Protective effect of anti-hypertensive treatment on cognitive function in essential hypertension: analysis of published clinical data. J Neurol Sci 203-204:147-151, 2002
4. Ballard C, Neill D, O'Brien J, et al: Anxiety,

depression and psychosis in vascular dementia: prevalence and associations. J Affect Disord 59:97-106, 2000

5. Ballard CG, Burton EJ, Barber R, et al: NINDS AIREN neuroimaging criteria do not distinguish stroke patients with and without dementia. Neurology 63:983-988, 2004
6. Hagnell O, Franck A, Grasbeck A, et al: Vascular dementia in the Lundby study, 1: a prospective, epidemiological study of incidence and risk from 1957 to 1972. Neuropsychobiology 26:43-49, 1992
7. Jorm AF, Jolley D: The incidence of dementia: a meta-analysis. Neurology 51:728-733, 1998
8. Jorm AF, Korten AE, Henderson AS, et al: The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. Acta Psychiatr Scand 76:465-479, 1987
9. Leys D, Hénon H, Mackowiak-Cordoliani MA: Poststroke dementia. Lancet Neurology 4:752-759, 2005
10. Longstreth W, Bernick C, Manolio TA, et al: Lacunar infarcts defined by magnetic resonance imaging of 3660 elderly people: the Cardiovascular Health Study. Arch Neurol 55:1217-1225, 1998
11. Longstreth W, Diehr P, Beachamp NJ, et al: Patterns on cranial magnetic resonance imaging in elderly people and vascular disease outcomes. Arch Neurol 58:2074, 2001
12. Solfrizzi V, Panza F, Colacicco AM, et al: Vascular risk factors, incidence of MCI, and rates of progression to dementia. Neurology 63:1882-1891, 2004