

## TỶ LỆ SUY GIẢM NHẬN THỨC NHẸ, SA SÚT TRÍ TUỆ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN THEO THANG ĐIỂM MoCA Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI TẠI PHÒNG KHÁM LÃO KHOA, BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Thị Minh Ngọc<sup>2</sup>, Nguyễn Ngọc Hoàn Mỹ Tiên<sup>1,2</sup>, Nguyễn Trần Tố Trân<sup>1</sup>,  
Nguyễn Đoàn Ngọc Mai<sup>2</sup>, Thân Hà Ngọc Thế<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Sa sút trí tuệ (SSTT) là nguyên nhân chính gây tàn phế, nhập viện và giảm chất lượng sống ở người cao tuổi. Tiêu chuẩn DSM -5 là tiêu chuẩn vàng nhưng cần có sự đánh giá của chuyên gia. Thang điểm MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ngày càng được áp dụng trong tầm soát suy giảm nhận thức (SGNT), đặc biệt tầm soát SGNT nhẹ.

**Mục tiêu:** Khảo sát tỷ lệ suy giảm nhận thức nhẹ, sa sút trí tuệ và các yếu tố liên quan của người bệnh cao tuổi theo thang điểm MoCA tại phòng khám Lão khoa, bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Tiến hành trên 288 NCT ( $\geq 60$  tuổi) tại phòng khám Lão khoa, bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (ĐHYD TP.HCM), trong thời gian từ ngày 01/11/2019 đến 30/05/2020.

**Kết quả:** Theo thang điểm MoCA, tỷ lệ sa sút trí tuệ ở người cao tuổi (NCT) tại phòng khám Lão khoa là 23,3%, suy giảm nhận thức nhẹ là 43,4%. Các yếu tố liên quan giảm nhận thức gồm tuổi  $\geq 70$ , sống nông thôn và trình độ học vấn thấp ( $p < 0,05$ ).

**Kết luận:** Suy giảm nhận thức khá phổ biến ở NCT. Cần tầm soát suy giảm nhận thức thường quy với thang điểm MoCA ở NCT.

**Từ khóa:** người cao tuổi, sa sút trí tuệ, suy giảm nhận thức nhẹ

### ABSTRACT

PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF MILD COGNITIVE IMPAIRMENT AND DEMENTIA BY USING MoCA SCORE AMONG THE OLDER OUTPATIENTS AT GERIATRICS CLINIC, UNIVERSITY MEDICAL CENTER AT HO CHI MINH CITY

Nguyen Thi Minh Ngoc, Nguyen Ngoc Hoanh My Tien, Nguyen Tran To Tran,  
Nguyen Doan Ngoc Mai, Than Ha Ngoc The

\* Ho Chi Minh City Journal of Medicine \* Vol. 25 - No. 2 - 2021: 182 - 187

**Background:** Dementia causes disability, hospitalization, and low quality of life among older people. DSM-5 is the gold standard in dementia diagnosis but it should be evaluated by a specialist. MoCA score (Montreal Cognitive Assessment) is widely used as a dementia screening tool, especially for mild cognitive impairment (MCI).

**Objectives:** This study aims to identify the prevalence of MCI, dementia, and associated factors among the elderly outpatients by using MoCA score at geriatrics clinic, University Medical Center at Ho Chi Minh city.

<sup>1</sup>Bộ môn Lão, Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Khoa Lão – Chăm sóc Giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Tác giả liên lạc: BS. Nguyễn Thị Minh Ngọc      ĐT: 0909140775      Email: ngoc.nt,@umc.edu.vn

**Methods:** A cross-sectional study was conducted among 288 older outpatients (≥60 years old) at the geriatrics clinic in UMC, from 01/11/2019 to 30/05/2020. The participants were evaluated cognition by MoCA score by face to face interview.

**Results:** The prevalence of dementia and MCI were 23.3% and 43.4%, respectively. The associated factors of MCI included: age ≥70, female, and rural living ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** Cognitive impairment was prevalent among older outpatients. MoCA should be used as a routine screening tool in older patients.

**Keywords:** older people, dementia causes disability, mild cognitive impairment

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sút trí tuệ (SSTT) ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe, chất lượng sống của người cao tuổi (NCT). Theo báo cáo World Alzheimer Report 2015, cứ mỗi 3 giây là thế giới lại có 1 người bị SSTT<sup>(1)</sup>.

SSTT là nguyên nhân chính gây tàn phế, nhập viện, giảm tuổi thọ, giảm chất lượng sống của NCT, là một trong những bệnh lý chi phí tốn kém nhất, chỉ đứng sau các bệnh tim mạch và ung thư<sup>(2)</sup>. SSTT khiến cho gia đình, xã hội phải chịu gánh nặng về kinh tế, căng thẳng thể chất và tinh thần<sup>(3)</sup>. Một yêu cầu cấp thiết đặt ra là cần phát hiện sớm, ngăn chặn để tình trạng tiến triển càng chậm càng có lợi. Vì vậy việc tầm soát, phát hiện sớm suy giảm nhận thức (SGNT) cần phải tiến hành. Tiêu chuẩn DSM-5 là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán SGNT và SSTT. Tuy nhiên tiêu chuẩn này đòi hỏi nhiều thời gian, công sức, những trắc nghiệm đánh giá thần kinh phức tạp bởi chuyên gia thần kinh. Thang điểm MMSE là một thang điểm được sử dụng phổ biến trên thế giới và Việt Nam để tầm soát SGNT ở NCT, vì tính tiện lợi dễ thực hiện nhưng bị ảnh hưởng bởi trình độ học vấn, kinh tế, tuổi tác nên bỏ sót nhiều trường hợp SGNT nhẹ. Trên thế giới, thang điểm MoCA ngày càng được áp dụng trong tầm soát SGNT, đặc biệt SGNT nhẹ. MoCA đánh giá đầy đủ các lĩnh vực nhận thức trong SGNT như thị giác, không gian, sắp xếp điều hành, trí nhớ, sự chú ý với độ nhạy, độ đặc hiệu cao. Tuy nhiên MoCA chưa được phổ biến tại Việt Nam. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tầm soát SGNT (SGNT nhẹ và SSTT) bằng thang điểm MoCA tại phòng khám

Lão khoa, bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM.

## ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu

Tất cả NCT (≥60 tuổi) khám ngoại trú tại phòng khám Lão khoa từ ngày 01/11/2019 đến 30/05/2020 đồng ý tham gia nghiên cứu.

### Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh cấp tính đang diễn tiến nặng: sáng, nhiễm trùng, rối loạn chuyển hóa nặng, đột quỵ cấp, suy tim, suy thận, suy gan, suy hô hấp nặng. Tình trạng bệnh nội khoa nặng như phải đặt sonde dạ dày, mở khí quản...

Tiền sử bệnh tâm thần (tâm thần phân liệt, trầm cảm), chấn thương sọ não nặng, nghiện rượu.

Người bệnh bị rối loạn vận ngôn, khiếm khuyết thị lực, thính lực và không đủ khả năng hợp tác đầy đủ (Mù chữ, chậm phát triển trí tuệ, không có khả năng viết, nhìn, nghe, nói).

### Phương pháp nghiên cứu

#### Thiết kế nghiên cứu

Mô tả, cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

#### Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu được thu thập dựa trên bảng thu thập đã soạn sẵn. Nghiên cứu viên phỏng vấn mặt đối mặt.

#### Định nghĩa biến số

Tình trạng nhận thức đánh giá bằng thang MoCA, là biến định lượng có điểm số từ 0 đến 30 được chia theo mức độ: SGNT khi điểm <26 điểm. Không giảm nhận thức khi điểm ≥26 điểm.

SGNT nhẹ khi đối tượng thỏa tiêu chuẩn điểm MoCA theo định nghĩa biến số và không giảm chức năng IADL. SSTT khi đối tượng thỏa

tiêu chuẩn điểm MoCA theo định nghĩa biến số và có giảm chức năng IADL.

Tình trạng chức năng ADL, IADL: Có bất thường với điểm ADL≤5. Không bất thường với ADL=6. Có bất thường IADL, IADL ≤7. Không bất thường IADL, IADL=8.

**Xử lý số liệu**

Nhập liệu bằng Epi Data 3.1, phân tích theo STATA 14.0. Kiểm định Chi bình phương để kiểm định sự khác biệt tỷ lệ giữa 2 nhóm của biến số định tính. Nếu không thỏa điều kiện của phép kiểm Chi bình phương thì kiểm định bằng phép kiểm chính xác Fisher. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi trị số p <0,05 với độ tin cậy 95%. Hồi qui Poisson kiểm định các yếu tố liên quan.

**Y đức**

Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. HCM, số 478/ĐHYD-HĐĐĐ, ngày 11/10/2019.

**KẾT QUẢ**

Từ tháng 01/11/2019 - 30/05/2020, chúng tôi thu thập được 288 NCT thỏa các tiêu chí chọn mẫu.

**Bảng 1:** Đặc điểm dân số, xã hội, bệnh lý của mẫu nghiên cứu (n=288)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi		
< 70 tuổi	131	45,5
70 – 79 tuổi	118	41,0
≥ 80 tuổi	39	13,5
Giới tính		
Nam	100	34,7
Nữ	188	65,3
BMI (kg/m <sup>2</sup> )		
Thiếu cân (<18,5)	27	9,4
Bình thường (18,5- 23)	201	69,8
Thừa cân/Béo phì (>23)	60	20,8
Trình độ học vấn		
Cấp 1	175	60,8
Cấp 2	65	22,6
Cấp 3	38	13,2
Đại học	7	2,4
Sau đại học	3	1,0
Nơi sống		

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Thành thị	88	30,6
Nông thôn	200	69,4
Hôn nhân		
Có vợ/ chồng	187	64,9
Đã ly hôn	3	1,1
Góa	98	34,0
Tình trạng sống chung		
Sống 1 mình	11	3,8
Sống với gia đình	275	95,5
Sống với người khác	2	0,7
Nguồn thu nhập		
Con cái nuôi	177	61,5
Đang tự kiếm	65	22,6
Tiền tiết kiệm	24	8,3
Lương hưu, trợ cấp XH	22	7,6
Tập thể dục		
Có	143	49,7
Không	145	50,3
Tiền căn té ngã		
Có	39	13,5
Không	249	86,5
Giảm hoạt động IADL		
Có	69	24,0
Không	219	76,0
Giảm hoạt động ADL		
Có	32	11,1
Không	256	88,9
Bệnh lý đi kèm		
Tăng huyết áp	196	68,1
Rối loạn lipid máu	149	51,7
Đái tháo đường	106	36,8
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	54	18,8
Bệnh thận mạn	39	13,5
Đột quỵ	14	4,9
Suy tim	6	2,1
Rung nhĩ	4	1,4
Đa bệnh		
Có	244	84,7
Không	44	15,3
Đa thuốc		
Có	234	81,3
Không	54	18,7

**Bảng 2:** Tỷ lệ các mức độ suy giảm nhận thức (n=288)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Sa sút trí tuệ	67	23,3
Suy giảm nhận thức nhẹ	125	43,4
Không suy giảm nhận thức	96	33,3

Kết quả *Bảng 1* cho thấy: nữ nhiều hơn nam, tỷ lệ học vấn cấp 1 chiếm nhiều nhất (60,8%), đa

số sống ở nông thôn. Chỉ 50% NCT có tập thể dục. 13,5% NCT từng bị té ngã trong vòng 12 tháng. Tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất, kể

đến rối loạn lipid máu, đái tháo đường, khoảng 4,9% có tiền căn bị đột quỵ.

**Bảng 3:** Tình trạng suy giảm nhận thức theo các đặc điểm dân số và bệnh lý

Đặc điểm	Có SGNT (n = 192, %)	Không SGNT (n = 96, %)	p	PR (KTC 95%)
Hạn chế ADL				
Có	30 (93,8)	2 (6,2)	0,001 <sup>a</sup>	1,48 (1,30 – 1,69)
Không	162 (63,3)	94 (36,7)		
Nhóm tuổi				
< 70	67 (51,2)	64 (48,8)	< 0,001 <sup>c</sup>	1
70 – 79	90 (76,3)	28 (23,7)		1,35 (1,22 – 1,49)
≥ 80	35 (89,7)	4 (10,3)		1,82 (1,48 – 2,23)
Nhóm tuổi				
≥ 70	125 (79,6)	32 (20,4)	< 0,001 <sup>a</sup>	1,56 (1,29 – 1,87)
< 70	67 (51,2)	64 (48,8)		
Giới tính				
Nữ	136 (72,3)	52 (27,7)	0,005 <sup>a</sup>	1,29 (1,06 – 1,57)
Nam	56 (56,0)	44 (44,0)		
Học vấn				
Cấp 1	143 (81,7)	32 (18,3)	< 0,001 <sup>a</sup>	1,88 (1,51 – 2,35)
> Cấp 1	49 (43,4)	64 (56,6)		
Hôn nhân				
Góa/ Ly hôn	75 (74,3)	26 (25,7)	0,045 <sup>a</sup>	1,19 (1,01 – 1,39)
Có vợ/ chồng	117 (62,6)	70 (37,4)		
Nơi sống				
Nông thôn	147 (73,5)	53 (26,5)	< 0,001 <sup>a</sup>	1,44 (1,15 – 1,79)
Thành thị	45 (51,1)	43 (48,9)		
Nguồn thu nhập				
Lương hưu, trợ cấp	9 (37,5)	15 (62,5)		1
Tiền tiết kiệm	13 (59,1)	9 (40,9)	0,003 <sup>a</sup>	1,58 (0,84 – 2,94)
Con cái nuôi	130 (73,5)	47 (26,5)		1,96 (1,16 – 3,31)
Đang tự kiếm	40 (61,5)	25 (38,5)		1,64 (0,94 – 2,85)
Tập thể dục				
Có	85 (59,4)	58 (40,6)	0,010 <sup>a</sup>	0,81 (0,68 – 0,95)
Không	107 (73,8)	38 (26,2)		
Tăng huyết áp				
Có	142 (72,4)	54 (27,6)	0,002 <sup>a</sup>	1,33 (1,08 – 1,64)
Không	50 (54,3)	42 (45,7)		
Tiền căn đột quỵ				
Có	13 (92,9)	1 (7,1)	0,040 <sup>b</sup>	1,42 (1,20 – 1,68)
Không	179 (65,3)	95 (34,7)		
Bệnh thận mạn				
Có	32 (82,1)	7 (17,9)	0,028 <sup>a</sup>	1,28 (1,07 – 1,52)
Không	160 (64,3)	89 (35,7)		
Đa bệnh				
Có	173 (70,9)	71 (29,1)	< 0,001 <sup>a</sup>	1,64 (1,16 – 2,33)
Không	19 (42,2)	25 (56,8)		
Đa thuốc				
Có	166 (70,9)	68 (29,1)	0,001 <sup>a</sup>	1,47 (1,10 – 1,97)
Không	26 (48,1)	28 (51,9)		

<sup>a</sup>Kiểm định chi bình phương, <sup>c</sup>Kiểm định chi bình phương khuynh hướng, <sup>b</sup>Kiểm định chính xác Fisher

**Bảng 4:** Các yếu tố liên quan SGNT bằng mô hình hồi quy Poisson đa biến

Đặc điểm	PR <sub>hc</sub>	KTC 95% <sub>hc</sub>	Giá trị p <sub>hc</sub>
Nhóm tuổi			
< 70	1	1,15 – 1,70	0,001
≥ 70	1,40		
Học vấn			
> Cấp 1	1	1,35 – 2,05	< 0,001
Cấp 1	1,67		
Nơi sống			
Thành thị	1	1,02 – 1,49	0,028
Nông thôn	1,23		

Các yếu tố liên quan SGNT bằng mô hình hồi quy Poisson gồm tuổi ≥70, trình độ học vấn cấp 1 và sinh sống nông thôn

## BÀN LUẬN

### Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Chúng tôi thu thập được 288 NCT, tuổi trung bình 70,86 ± 7,08 tuổi (60-94 tuổi). Nhóm 60-70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (45,5%), 30,6% sống ở thành thị. Đa số NCT (61,5%) sống phụ thuộc vào con cái, 22,6% NCT đang tự kiếm sống, 8,3% có tiền tiết kiệm, 7,6% thu nhập nhờ vào lương hưu, trợ cấp.

### Tỷ lệ suy giảm nhận thức nhẹ và sa sút trí tuệ theo thang điểm MoCA

Theo thang điểm MoCA, chúng tôi ghi nhận 67 NCT (23,3%) có SSTT, 125 NCT (43,4%) có SGNT nhẹ. Tỷ lệ SGNT của chúng tôi khá tương đồng với các tác giả khác. Nghiên cứu của tác giả Xuân Lan<sup>(4)</sup> khảo sát 140 BN >50 tuổi, tại Phòng khám ngoại trú ghi nhận, SSTT là 20%, SGNT nhẹ là 28,6%. Tác giả Nguyễn Văn Quý<sup>(5)</sup>, khảo sát 85 bệnh nhân sau đột quỵ, ghi nhận tỷ lệ SGNT là 57,6%, không SGNT là 42,4%. Vì vậy việc tầm soát giảm nhận thức ở người cao tuổi tại phòng khám nên được thực hiện không chỉ bởi các bác sĩ Lão khoa.

### Các yếu tố liên quan với suy giảm nhận thức theo thang điểm MoCA

Sau khi phân tích hồi qui Poisson đa biến, chúng tôi ghi nhận các yếu tố liên quan với suy giảm nhận thức gồm tuổi ≥70, trình độ học

vấn từ cấp 1 trở xuống và sinh sống ở nông thôn. Tỷ lệ SGNT của người ≥70 tuổi gấp 1,56 lần so với tuổi <70 với KTC 95% là 1,15-1,7. Tác giả Xuân Lan<sup>(4)</sup> cũng ghi nhận, tuổi là yếu tố liên quan đến SGNT, tuổi trung bình của nhóm SSTT là 74,4 tuổi, nhóm SGNT nhẹ là 62,7%, nhóm không SGNT là 61,2 với p <0,001. Tác giả Chiêm Thị Ngọc Minh<sup>(6)</sup> cũng ghi nhận, nhóm tuổi ≥80 có tỷ lệ SSTT cao nhất (44,8%), nhóm tuổi 60-69 có tỷ lệ SSTT thấp nhất (13,8%), với p <0,001. Nghiên cứu của Timmons S<sup>(7)</sup> cho thấy, tuổi trung bình của nhóm có SSTT là 84 ± 7, nhóm không SSTT là 78,3 ± 5,8, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,001. Tuổi tác là yếu tố nguy cơ hàng đầu của SGNT, điều này cũng phù hợp với y văn.

Tỷ lệ SGNT của NCT sống ở nông thôn cao gấp 1,44 lần so với sống ở thành thị, p <0,001. Tác giả Nguyễn Thị Xuân Lan<sup>(4)</sup> cũng đã ghi nhận tương tự. Điều này có thể do người dân thành thị được tiếp cận dễ dàng hơn với học vấn, chăm sóc y tế, hoạt động xã hội.

Có mối liên quan giữa SGNT và trình độ học vấn với p <0,001. Nghiên cứu của tác giả Xuân Lan<sup>(4)</sup> cũng ghi nhận tương tự với p <0,001. Nghiên cứu của Chiêm Thị Ngọc Minh<sup>(6)</sup> cũng ghi nhận tỷ lệ SSTT ở nhóm mù chữ là 52,4% so với nhóm không mù chữ tỷ lệ SSTT chỉ 21,3%. Tác giả Nguyễn Văn Quý<sup>(5)</sup>, tỷ lệ SGNT ở nhóm cấp 1 là 85,25%, cấp 2, 3 có tỷ lệ 48,1%, từ đại học trở lên tỷ lệ SGNT là 0%. Tác giả Timmons S<sup>(7)</sup> cũng kết luận, trình độ học vấn có liên quan mạnh với SSTT, trình độ học vấn càng tăng thì tỷ lệ SSTT càng giảm ( $\chi^2=16,77$ , p <0,001). Như vậy, việc học tập và rèn luyện trí não giúp làm chậm quá trình suy giảm nhận thức.

## KẾT LUẬN

Suy giảm nhận thức khá phổ biến ở NCT. Cần tầm soát suy giảm nhận thức thường quy với thang điểm MoCA ở NCT. Các yếu tố có liên quan với SGNT gồm tuổi từ 70 trở lên, trình độ học vấn thấp và sinh sống ở nông thôn.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

<p>1. World Health Organization (2015). "Dementia". URL: <a href="https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia">https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia</a>.</p> <p>2. Hurd MD, Martorell P, Delavande A, et al (2013). Monetary costs of dementia in the United States. <i>New England Journal of Medicine</i>, 368(14):1326-1334.</p> <p>3. Wimo A, Guerchet M, Gemma-Claire A, et al (2017). The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010. <i>Alzheimer's &amp; Dementia</i>, 13(1):1-7.</p> <p>4. Nguyễn Thị Xuân Lan (2016). Đánh giá thang MoCA trong tầm soát suy giảm nhận thức ở người Việt Nam. <i>Luận văn Thạc sĩ Y học</i>, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.</p> <p>5. Nguyễn Văn Quý (2010). Khảo sát vai trò của MoCA test trong tầm soát suy giảm nhận thức do mạch máu ở bệnh nhân</p>	<p>6. Chiêm Thị Ngọc Minh (2016). Tỷ lệ sa sút trí tuệ của bệnh nhân cao tuổi và nhu cầu hỗ trợ của gia đình ở Khoa Lão BV Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. <i>Luận Văn Thạc sĩ</i>, Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh.</p> <p>7. Timmons S, Manning E, Barrett A, et al (2015). Dementia in older people admitted to hospital: a regional multi-hospital observational study of prevalence, associations and case recognition. <i>Age and Ageing</i>, 44(6):993-999.</p>
---	--

<i>Ngày nhận bài báo:</i>	13/11/2020
<i>Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo:</i>	01/02/2021
<i>Ngày bài báo được đăng:</i>	10/03/2021