

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN NHẬN THỨC Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ NHỒI MÁU NÃO VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

ThS. Nguyễn Mai Anh¹, SV. Nguyễn Thị Thanh Hằng², BS. Vi Thị Ngọc Trâm³,
CN. Nguyễn Hải Châu¹, CN. Đinh Ngọc Diệp¹

¹Trường Đại học Y tế công cộng

²Trường Đại học Hòa Bình

³Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Ngày nhận: 05/5/2025

Ngày nhận bản sửa: 17/5/2025

Ngày duyệt đăng: 25/8/2025

DOI: <https://doi.org/10.71192/700576puhfca>

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm rối loạn nhận thức và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến rối loạn nhận thức ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. 104 bệnh nhân được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não trên 18 tuổi, điều trị tại Bệnh viện E và Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2024 đến tháng 4/2025.

Kết quả: Tỷ lệ rối loạn nhận thức sau đột quỵ nhồi máu não là 35,6%. Bệnh nhân chủ yếu có tăng huyết áp (89,2%), rối loạn lipid máu (51,4%) và đái tháo đường (43,2%). Đa số thuộc nhóm thang điểm NIHSS mức vừa, mRS 4-5, Glasgow giảm nhẹ. Tổn thương trên cắt lớp vi tính (CLVT) chủ yếu đa ổ (75,7%), diện rộng (51,4%), tập trung ở thân não, dưới vỏ và vỏ não. Các yếu tố nguy cơ bao gồm: bệnh nhân sống ở nông thôn có nguy cơ cao hơn 7,7 lần so với thành thị ($p = 0,006$); tăng huyết áp làm tăng nguy cơ 8,4 lần ($p = 0,023$); điểm Glasgow giảm nhẹ tăng nguy cơ 10,1 lần ($p < 0,001$); mỗi điểm tăng NIHSS làm tăng nguy cơ 1,7 lần ($p = 0,001$); mRS từ 4-5 điểm làm tăng nguy cơ tới 525 lần so với mRS 1-3 ($p < 0,001$).

Kết luận: Rối loạn nhận thức trên người bệnh bị đột quỵ thể nhồi máu não, với tỷ lệ mắc 35,6%. Chủ yếu gặp ở bệnh nhân tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, NIHSS mức vừa, mRS cao và Glasgow giảm nhẹ, với tổn thương đa ổ, diện rộng trên CLVT. Các yếu tố nguy cơ liên quan gồm sống ở nông thôn, tăng huyết áp, Glasgow giảm nhẹ, tăng điểm NIHSS và mRS cao.

Việc sàng lọc và quản lý các yếu tố nguy cơ này có thể giúp cải thiện kết quả điều trị và giảm thiểu tác động của rối loạn nhận thức sau đột quỵ.

Từ khóa: Đột quỵ nhồi máu não, rối loạn nhận thức, yếu tố nguy cơ

Describing the Characteristics of Cognitive Impairment in Patients with Ischemic Stroke and Related Contributory Factors

Nguyen Mai Anh, MA. ¹, Nguyen Thi Thanh Hang², Dr. Vi Thi Ngoc Tram³,
Nguyen Hai Chau¹, Dinh Ngoc Diep¹

¹School of Public Health

²Hoa Binh University

³University of Medicine and Pharmacy - Viet Nam National University Ha Noi

Abstract

Objective: To describe the characteristics of cognitive impairment and identify associated factors in patients with ischemic stroke.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 104 patients over 18 years of age, diagnosed with ischemic stroke and treated at E Hospital and Bach Mai Hospital from October 2024 to April 2025.

Results: The prevalence of cognitive impairment after ischemic stroke was 35.6%. The majority of patients had hypertension (89.2%), dyslipidemia (51.4%), and diabetes (43.2%). Most patients had moderate NIHSS scores, mRS 4–5, and mild Glasgow impairment. CT scans showed multi-focal lesions in 75.7%, large lesions in 51.4%, primarily in the brainstem, subcortical, and cortical regions. Associated risk factors included: rural residence, with a 7.7 times higher risk compared to urban areas ($p = 0.006$); hypertension, increasing the risk by 8.4 times ($p = 0.023$); mild Glasgow score, increasing the risk by 10.1 times ($p < 0.001$); each additional NIHSS point increasing the risk by 1.7 times ($p = 0.001$); and mRS 4–5, increasing the risk up to 525 times compared to mRS 1–3 ($p < 0.001$).

Conclusion: Cognitive impairment affects 35.6% of ischemic stroke patients, primarily in those with hypertension, dyslipidemia, diabetes, moderate NIHSS, high mRS, and mild Glasgow scores, with multi-focal and large lesions on CT scans. Key risk factors include rural residence, hypertension, mild Glasgow score, increased NIHSS, and high mRS. Early screening and management of these factors may improve treatment outcomes and reduce the impact of post-stroke cognitive impairment.

Keywords: Ischemic stroke, cognitive impairment, risk factor.

1. Đặt vấn đề

Rối loạn nhận thức (RLNT) là một biến chứng phổ biến ở bệnh nhân đột quỵ, tỷ lệ suy giảm nhận thức sau đột quỵ não dao động từ 20% đến 80% [1]. RLNT chiếm tỷ lệ khoảng 61,7% sau nhồi máu não (NMN) [2], tỷ lệ này thay đổi tùy theo sự khác biệt giữa các quốc gia, chủng tộc và tiêu chí chẩn đoán [3]. RLNT để lại nhiều di chứng nặng nề và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nói chung, đặc biệt gây khó khăn nhiều trong giai đoạn phục hồi chức năng (PHCN) sau đột quỵ. Vì vậy, việc chẩn đoán và can thiệp sớm RLNT có ý nghĩa rất lớn trong điều trị và phục hồi chức năng cho người bệnh sau NMN. Từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu chủ đề: “*Mô tả đặc điểm rối loạn nhận thức ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não và một số yếu tố liên quan*” với mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm rối loạn nhận thức ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não tại Bệnh viện E và Bệnh viện Bạch Mai năm 2024-2025; (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến rối loạn nhận thức ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não tại Bệnh viện E và Bệnh viện Bạch Mai năm 2024-2025.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định đột quỵ nhồi máu não tại Bệnh viện E

và Bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ tháng 10/2024 đến tháng 4/2025.

Tiêu chuẩn chọn lựa: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định đột quỵ nhồi máu não, tuổi >18, Glasgow >12 điểm tại thời điểm khám. Bệnh nhân giao tiếp được, biết chữ và hợp tác.

Tiêu chuẩn loại trừ: Có bệnh lý tâm thần, sa sút trí tuệ trước khi bị nhồi máu não.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng công thức tính cỡ mẫu tính được 104 bệnh nhân thuộc đối tượng nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Sử dụng thang MoCA tìm hiểu mức độ rối loạn nhận thức ở đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới, BMI, địa dư, trình độ học vấn... tiền sử bệnh tật, thói quen sinh hoạt), đặc điểm lâm sàng. Đặc điểm bệnh: Đánh giá thang điểm Glasgow, mRS thời điểm khám; thang điểm đột quỵ NIHSS ngay khi nhập viện. Xác định vị trí, số lượng và tổn thương diện rộng.

Phương pháp xử lý số liệu

Thụ thập số liệu và nhập dữ liệu bằng phần mềm SPSS 22.0: Thực hiện phân tích xác định mối liên quan của các yếu tố nguy cơ với tình trạng rối loạn nhận thức.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Rối loạn nhận thức ở bệnh nhân sau đột quỵ nhồi máu não

Bảng 1. Tỷ lệ RLNT của người bệnh đột quỵ thể nhồi máu não

Biến số		n=104	Tỷ lệ (%)
Điểm MoCA	Bình thường (từ 26 điểm trở lên)	67	64,4
	Nhẹ (21-25 điểm)	37	35,6

Khi đánh giá rối loạn nhận thức ở bệnh nhân nhồi máu não theo thang điểm

MoCA, tỷ lệ bệnh nhân mắc rối loạn nhận thức là 35,6% (37 bệnh nhân).

Bảng 2. Mối liên quan giữa tiền sử bệnh và rối loạn nhận thức sau đột quỵ NMN

Đặc điểm tiền sử bệnh		Rối loạn nhận thức	
		Không (%)	
Tăng huyết áp	Có (%)	33(89,2)	50(74,6)
	Không	4(10,8)	17(25,4)

Rối loạn lipid máu	Có	19(51,4)	22(32,8)
	Không	18(48,6)	45(67,2)
Đái tháo đường	Có	16(43,2)	20(29,9)
	Không	21(56,8)	47(70,1)
Bệnh lý tim mạch	Có	8(21,6)	15(22,4)
	Không	29(78,4)	52(77,6)
Bệnh lý khác	Có	20(54,1)	28(41,8)
	Không	17(45,9)	39(58,2)
Uống rượu	Có	17(45,9)	25(37,3)
	Không	20(54,1)	42(62,7)
Hút thuốc lá	Có	11(29,7)	22(32,8)
	Không	26(70,3)	45(67,2)
Điểm NIHSS	Nhẹ	2(5,6)	41(61,2)
	Vừa	35(94,6)	26(38,8)

Tỷ lệ có tiền sử tăng huyết áp rất cao (89,2%). Tỷ lệ rối loạn lipid máu và đái tháo đường cũng chiếm lần lượt 51,4% và 43,2%. Ngoài ra, 54,1% bệnh nhân có thêm các bệnh lý khác, và

45,9% có thói quen uống rượu. Tỷ lệ hút thuốc lá (29,7%). Đa số bệnh nhân rối loạn nhận thức có điểm NIHSS mức độ vừa (94,6%), trong khi chỉ 5,6% thuộc mức nhẹ.

Bảng 3. Phân bố giữa RLNT với đặc điểm trên CLVT

Đặc điểm tổn thương Có (%)		Rối loạn nhận thức	
		Không (%)	
Số lượng ổ tổn thương	Đơn ổ	9(24,3)	27(40,3)
	Đa ổ	28(75,7)	40(59,7)
Tổn thương diện rộng	Không	18(48,6)	62(92,5)
	Có	19(51,4)	5(7,5)
Can thiệp mạch	Không	27(73)	64(95,5)
	Có	10(27)	3(4,5)
Vị trí tổn thương	Vỏ não	11(29,7)	23(34,3)
	Dưới vỏ	12(32,4)	25(37,3)
	Chất trắng	0(0)	4(6,0)
	Thân não	13(35,1)	10(14,9)
	Tiểu não	1(2,7)	5(7,5)

Tỷ lệ tổn thương đa ổ chiếm 75,7%. Tỷ lệ tổn thương diện rộng là 51,4%, có 27% bệnh nhân rối loạn nhận thức

từng được can thiệp. Xét theo vị trí tổn thương, tỷ lệ cao nhất là ở thân não (35,1%).

Bảng 4. Tỷ lệ rối loạn nhận thức theo điểm NIHSS, điểm mRS và thang điểm Glasgow

Biến số Có (%)		Rối loạn nhận thức	
		Không (%)	
Điểm NIHSS	Nhẹ	2(5,6)	41(61,2)
	Vừa	35(94,6)	26(38,8)

Điểm mRS	1 điểm	0	16(23,9)
	2 điểm	0	23(34,3)
	3 điểm	0	20(29,9)
	4 điểm	28(75,7)	8(11,9)
	5 điểm	9(24,3)	0
Điểm Glasgow	Bình thường	0	67(100)
	Nhẹ	37(100)	0

94,6% bệnh nhân có rối loạn nhận thức thuộc nhóm NIHSS mức vừa, 75,7% có mRS = 4 và 24,3% có mRS = 5. 100% bệnh nhân rối loạn nhận thức có điểm

Glasgow giảm nhẹ.
3.2. Phân tích các yếu tố liên quan tới rối loạn nhận thức ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não

Bảng 5. Liên quan giữa RLNT và đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh bị MNM

Đặc điểm Có (%)		Rối loạn nhận thức		p	OR
		Không (%)			
Giới	Nữ	15(40,5)	22(32,8)	0,432	1,395 (0,608-3,205)
	Nam	22(59,5)	45(67,2)		
Tuổi	Dưới 60	9(24,3)	17(25,4)	0,1	-
	Từ 60 đến 69	12(32,4)	20(29,9)		
	Từ 70 đến 79	7(18,9)	24(35,8)		
	Trên 80 tuổi	9(24,3)	6(9,0)		
Nơi sống	Thành thị	12(32,4)	48(71,6)	<0,001	5,263 (2,207- 12,5)
	Nông thôn	25(67,6)	19(28,4)		
Nghề nghiệp	LĐ trí óc	7(18,9)	28(41,8)	0,018	3,078 (1,183-8,00)
	LĐ chân tay	30(81,1)	39(58,2)		
Học vấn	Cấp 1	2(5,4)	4(6)	0,007	
	Cấp 2	29(78,4)	28(41,8)		
	Cấp 3	3(8,1)	16(23,9)		
	CĐ/ĐH	3(8,1)	16(23,9)		
	Sau đại học	0(0)	3(4,5)		

Bệnh nhân sống tại nông thôn có nguy cơ rối loạn nhận thức cao hơn 5,26 lần so với bệnh nhân sống ở thành thị ($p < 0,001$). Những người làm lao động chân tay có nguy cơ cao hơn 3,08 lần so với lao động

trí óc ($p = 0,018$). Trình độ học vấn thấp cũng có mối liên quan chặt chẽ với rối loạn nhận thức ($p = 0,007$). Các yếu tố như giới tính và tuổi chưa cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu này.

Bảng 6. Liên quan giữa RLNT và đặc điểm trên CLVT

Đặc điểm tổn thương Có (%)		Rối loạn nhận thức		p	OR
		Không (%)			
Số lượng ổ tổn thương	Đơn ổ	9(24,3)	27(40,3)	0,101	2,1 (0,857-5,143)
	Đa ổ	28(75,7)	40(59,7)		
Tổn thương diện rộng	Không	18(48,6)	62(92,5)	<0,001	13,089 (4,287-39,962)
	Có	19(51,4)	5(7,5)		
Can thiệp mạch	Không	27(73)	64(95,5)	0,001	7,901 (2,015-30,981)
	Có	10(27)	3(4,5)		
Vị trí tổn thương	Vỏ não	11(29,7)	23(34,3)	0,097	
	Dưới vỏ	12(32,4)	25(37,3)		
	Chất trắng	0(0)	4(6,0)		
	Thân não	13(35,1)	10(14,9)		
	Tiểu não	1(2,7)	5(7,5)		

Tổn thương diện rộng có nguy cơ cao gấp 13 lần so với không tổn thương diện rộng (OR = 13,089; $p < 0,001$). Bệnh

nhân không được can thiệp mạch cũng có nguy cơ cao hơn gần 8 lần (OR = 7,901; $p = 0,001$).

Bảng 7. Liên quan giữa RLNT và điểm NIHSS

Biến số Có (%)		Rối loạn nhận thức		p	OR
		Không (%)			
Điểm NIHSS	Nhẹ	2(5,6)	41(61,2)	<0,001	27,596 (1,660-3,015)
	Vừa	35(94,6)	26(38,8)		
Điểm mRS	Nhóm 1-3 điểm	0	59(88,1)	<0,001	525,0 (hiệu chỉnh)
	Nhóm 4-5 điểm	37(100)	8(11,9)		
Điểm Glasgow	Bình thường	0	67(100)	<0,001	10,125 (hiệu chỉnh)
	Nhẹ	37(100)	0		

Bệnh nhân có điểm Glasgow ở mức nhẹ có nguy cơ rối loạn nhận thức cao gấp khoảng 10 lần so với những người có điểm Glasgow bình thường (OR $\approx 10,1$; $p < 0,001$). Tương tự, nhóm bệnh nhân có mức độ đột quỵ trung bình theo thang điểm

NIHSS có nguy cơ rối loạn nhận thức cao gấp 27,6 lần so với nhóm có điểm NIHSS nhẹ ($p < 0,001$). Đặc biệt, nhóm bệnh nhân có mức độ di chứng nặng (mRS từ 4-5 điểm) có nguy cơ cao gấp khoảng 525 lần so với nhóm mRS 1-3 điểm ($p < 0,001$).

Bảng 8. Kết quả hồi quy logistics các yếu tố liên quan đến suy giảm nhận thức sau đột quỵ

	p	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
Giới (nam/nữ)	0,104	0,219	0,035	1,364
Tuổi (trên 70/dưới 70)	0,099	3,221	0,802	12,945
Nơi ở (nông thôn/thành thị)	0,006	7,665	1,776	33,092

Nghề nghiệp (chân tay/trí óc)	0,711	0,633	0,056	7,133
Học vấn (từ cấp 3/dưới cấp 3)	0,241	5,186	0,331	81,280
Uống rượu (có/không)	0,716	1,392	0,235	8,251
Hút thuốc lá (có/không)	0,301	2,438	0,450	13,208
Béo phì, thừa cân (có/không)	0,476	,262	0,007	10,466
Tăng huyết áp (có/không)	0,023	8,384	1,344	52,311
Tổn thương diện rộng (có/không)	0,098	4,320	0,762	24,480
Can thiệp mạch (có/không)	0,381	2,585	0,309	21,604
NIHSS (với mỗi một điểm tăng)	0,001	1,736	1,255	2,401

Nhận xét:

- Yếu tố nguy cơ có ý nghĩa thống kê khi bị NMN: Nơi ở nông thôn làm tăng nguy cơ rối loạn nhận thức gấp 7,665 lần so với thành thị ($p = 0,006$). Tăng huyết áp làm tăng nguy cơ rối loạn nhận thức gấp 8,384 lần ($p = 0,023$). Mỗi điểm tăng trong thang điểm NIHSS làm tăng nguy cơ rối loạn nhận thức gấp 1,736 lần ($p = 0,001$).

- Các yếu tố khác không có ý nghĩa thống kê, dù có xu hướng ảnh hưởng đến NMN: Tuổi ≥ 70 có nguy cơ cao hơn (OR = 3,221; $p = 0,099$). Tổn thương diện rộng cũng có xu hướng làm tăng nguy cơ (OR = 4,320; $p = 0,098$). Các yếu tố như: giới tính, nghề nghiệp, học vấn, uống rượu, hút thuốc, béo phì, can thiệp mạch đều không liên quan có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4. Bàn luận

4.1. Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn nhận thức

Tỷ lệ RLNT ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não là 35,6%, toàn bộ ở mức độ nhẹ. Một số nghiên cứu quốc tế ghi nhận tỷ lệ cao hơn, như nghiên cứu của nhóm tác giả Pendlebury năm 2019 [4] tại Anh và nhóm tác giả Mellon năm 2015 tại Úc (56,6%) [5]. Sự khác biệt có thể do thời gian đánh giá, công cụ sàng lọc, và tiêu chí chọn mẫu. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu vẫn cho thấy tầm quan trọng của việc sàng lọc nhận thức sớm ở bệnh nhân đột quỵ nhẹ.

RLNT phổ biến hơn ở nam giới, bệnh nhân sống tại nông thôn, người lao động chân tay, và người học vấn thấp. Tuổi cao cũng là yếu tố nguy cơ quan trọng. Vì vậy, cần tập trung tầm soát ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi, trình độ học vấn thấp và sống ở vùng nông thôn.

RLNT chủ yếu gặp ở bệnh nhân có điểm NIHSS từ 5-15, chiếm 94,6%. Mỗi liên hệ giữa mức độ tổn thương thần kinh và RLNT được xác nhận qua nghiên cứu của nhóm tác giả Nys và cộng sự [6]. Bệnh nhân có mRS cao (≥ 4) cũng có tỷ lệ RLNT

cao; kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Polding và cộng sự năm 2021, cho thấy mRS cao có liên quan đến suy giảm chất lượng cuộc sống, bao gồm cả chức năng nhận thức [7]. Điểm Glasgow thấp cũng được xem là chỉ số cảnh báo sớm RLNT.

Bệnh nhân có RLNT có tỷ lệ tổn thương đa ổ cao (75,7%) và diện rộng (51,4%), với tổn thương chủ yếu ở thân não (35,1%) và vùng dưới vỏ (32,4%). Các tổn thương này liên quan mật thiết đến RLNT, đặc biệt là vùng vỏ não, thân não và dưới vỏ. Ngoài ra, bệnh nhân từng can thiệp tái thông mạch có tỷ lệ RLNT cao hơn. Hình ảnh học đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá nguy cơ RLNT.

4.2. Các yếu tố liên quan

Kết quả phân tích cho thấy nơi sống, nghề nghiệp và trình độ học vấn có liên quan đến RLNT. Cụ thể, bệnh nhân sống ở nông thôn có nguy cơ cao gấp 5,263 lần so với thành thị ($p < 0,001$) và nguy cơ này tăng lên gấp 7,665 lần trong hồi quy đa biến ($p = 0,006$). Bệnh nhân lao động chân tay có nguy cơ cao hơn so với lao động trí óc, nhưng yếu tố này không còn giữ ý nghĩa thống kê khi kiểm soát các yếu tố khác. Trình độ học vấn thấp cũng liên quan đến rối loạn nhận thức, nhưng không được giữ lại trong mô hình hồi quy do ảnh hưởng của “dự trữ nhận thức”. Tuổi cao (≥ 70) có xu hướng tăng nguy cơ RLNT, dù chưa đạt mức ý nghĩa thống kê ($p = 0,099$).

Các bệnh lý mạn tính như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và đái tháo đường đều có xu hướng làm tăng nguy cơ RLNT, nhưng chỉ có tăng huyết áp đạt ý nghĩa thống kê trong hồi quy đa biến (OR = 8,384; $p = 0,023$). Các yếu tố như hút thuốc, uống rượu và bệnh tim mạch không có ý nghĩa thống kê.

Tổn thương diện rộng và không can thiệp mạch có mối liên quan mạnh với rối loạn nhận thức, với nguy cơ cao gấp 13,089 lần đối với tổn thương diện rộng (p

< 0,001). Tuy nhiên, trong hồi quy đa biến, tổn thương diện rộng chỉ còn xu hướng liên quan (OR = 4,32; $p = 0,098$), và biến “không can thiệp mạch” không còn ý nghĩa. Tổn thương đa ổ và thân não có xu hướng làm tăng nguy cơ rối loạn nhận thức, nhưng chưa đạt mức ý nghĩa thống kê.

Bệnh nhân có mức độ đột quỵ vừa (NIHSS trung bình) có nguy cơ RLNT cao gấp 27,6 lần so với nhóm nhẹ ($p < 0,001$). Mỗi điểm tăng trong thang NIHSS làm tăng nguy cơ RLNT gấp 1,736 lần ($p = 0,001$). Mức độ tàn tật (mRS 4-5) có tỷ lệ rối loạn nhận thức 100%, nhưng không được đưa vào hồi quy do mối liên hệ với NIHSS. Điểm Glasgow không có sự khác biệt đáng kể về nguy cơ RLNT mạn tính ($p = 0,471$).

5. Kết luận

5.1. Đặc điểm lâm sàng rối loạn nhận thức ở bệnh nhân bị đột quỵ nhồi máu não

- Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân mắc rối loạn nhận thức sau đột quỵ nhồi máu não là 35,6%.

- Về tiền sử bệnh và thói quen sinh hoạt hàng ngày: Tỷ lệ tăng huyết áp chiếm 89,2%; rối loạn lipid máu và đái tháo đường 51,4% và 43,2%; thói quen uống rượu 45,9%; hút thuốc lá: 29,7%.

- Về phân bố giữa RLNT và điểm NIHSS, mRS và Glasgow: 94,6% bệnh nhân có rối loạn nhận thức thuộc nhóm NIHSS mức vừa, 75,7% có mRS = 4 và 24,3% có mRS = 5. 100% bệnh nhân rối

loạn nhận thức có điểm Glasgow giảm nhẹ.

- Về phân bố giữa RLNT và ổ tổn thương trên CLVT: Tổn thương đa ổ chiếm 75,7%; tổn thương diện rộng là 51,4%; bệnh nhân đã được can thiệp 27%; vị trí tổn thương: ở thân não (35,1%), dưới vỏ (32,4%) và vỏ não (29,7%).

5.2. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn nhận thức ở bệnh nhân bị đột quỵ não thể nhồi máu

- Về đặc điểm nhân khẩu học: Bệnh nhân sống ở nông thôn có nguy cơ RLNT gấp hơn 7 lần so với sống ở thành thị (OR: 7,665; CI: 1,776 - 33,092), ($p = 0,006$). Các yếu tố khác như: Tuổi, địa dư, nghề nghiệp, học vấn không có mối liên quan với RLNT ($p > 0,05$).

- Về tiền sử bệnh và thói quen sinh hoạt hàng ngày: Tăng huyết áp làm tăng nguy cơ rối loạn nhận thức gấp 8,384 lần ($p = 0,023$). Các bệnh nền khác, uống rượu, hút thuốc đều không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Đặc điểm lâm sàng: Bệnh nhân có điểm Glasgow ở mức nhẹ có nguy cơ rối loạn nhận thức cao gấp khoảng 10 lần so với những người có điểm Glasgow bình thường (OR ≈ 10.1 ; $p < 0,001$). Mỗi điểm tăng trong thang điểm NIHSS làm tăng nguy cơ rối loạn nhận thức gấp 1,736 lần ($p = 0,001$). Đáng chú ý, bệnh nhân có mức độ di chứng nặng (mRS từ 4-5 điểm) có nguy cơ rối loạn nhận thức sau đột quỵ cao gấp khoảng 525 lần so với nhóm mRS 1-3 điểm ($p < 0,001$).

Tài liệu tham khảo

- [1] B. Censori, O. Manara, C. Agostinis, M. Camerlingo, L. Casto, B. Ferraro, et al., “Prognostic factors in the early stages of poststroke dementia”, *Acta Neurologica Scandinavica*, vol. 93, no. 1, pp. 65-70, 1996.
- [2] T. Pohjasvaara, T. Erkinjuntti, R. Vataja, and M. Kaste, “Cognitive impairment after ischemic stroke: The Helsinki Stroke Aging Memory Study”, *Stroke*, vol. 28, no. 4, pp. 750-755, 1997.
- [3] M. L. Hackett and J. R. Duncan, “Quality of life after stroke: A review of the literature”, *Stroke*, vol. 31, no. 2, pp. 440-447, 2000.
- [4] S. T. Pendlebury and P. M. Rothwell, Oxford Vascular Study, “Incidence and prevalence of dementia associated with transient ischaemic attack and stroke: Analysis of the population-based Oxford Vascular Study”, *Lancet Neurology*, vol. 18, no. 3, pp. 248-258, 2019.
- [5] L. Mellon, F. O’Horgan, D. J. Williams, A. Hickey, et al., “Cognitive impairment six months after ischaemic stroke”, *BMC Neurology*, vol. 15, p. 31, 2015. doi: 10.1186/s12883-015-0288-2.
- [6] G. M. Nys, M. J. van Zandvoort, P. L. de Kort, H. B. van der Worp, B. P. Jansen, A. Algra, E. H. de Haan, and L. J. Kappelle, “The prognostic value of domain-specific cognitive abilities in acute first-ever stroke”, *Neurology*, vol. 64, no. 5, pp. 821-827, 2005. doi: 10.1212/01.WNL.0000152984.28420.5A.
- [7] L. C. Polding, M. Mlynash, M. G. Lansberg, S. Christensen, S. Kemp, G. W. Albers, and DEFUSE 3 Investigators, “Quality of life in physical, social, and cognitive domains following endovascular therapy for ischemic stroke”, *Stroke*, vol. 52, no. 7, 2021. doi: 10.1161/STROKEAHA.120.03223.