

TỶ LỆ SUY GIẢM NHẬN THỨC VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI XÃ PHÚ AN HUYỆN PHÚ VANG TỈNH THỪA THIÊN HUẾ NĂM 2016

Huỳnh Thị Thanh Tú, Đoàn Vương Diễm Khánh, Nguyễn Thị Hạnh,
Lê Thị Thảo Nguyễn, Trần Thị Phương Linh, Nguyễn Nhật Mạnh
Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Suy giảm nhận thức là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật và tình trạng lệ thuộc ở người cao tuổi. Suy giảm nhận thức không những gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh mà còn tác động rất lớn đến đời sống thể chất, tâm lý, kinh tế xã hội của người chăm sóc, gia đình và xã hội. Cho đến nay, các nghiên cứu về tình hình suy giảm nhận thức còn rất ít ở Việt Nam.

Mục tiêu nghiên cứu: (1) Xác định tỷ lệ suy giảm nhận thức ở người cao tuổi xã Phú An, huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế. (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến suy giảm nhận thức ở đối tượng nghiên cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 343 người từ 60 tuổi trở lên có hộ khẩu thường trú tại xã Phú An. Chẩn đoán suy giảm nhận thức bằng cách sử dụng thang đo MMSE. Phân tích hồi quy đa biến logistics được sử dụng để kiểm định các yếu tố liên quan đến suy giảm nhận thức. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ hiện mắc suy giảm nhận thức là 19,5%. Sự gia tăng của tuổi, tình trạng hôn nhân không thuận lợi (không kết hôn, li dị, li thân, góa) và hoàn cảnh sống một mình là những yếu tố nguy cơ của suy giảm nhận thức. **Kết luận:** Suy giảm nhận thức là phổ biến ở người cao tuổi tại xã Phú An. Chương trình giáo dục sức khỏe và thăm khám sức khỏe định kỳ cho người cao tuổi nhằm phát hiện và can thiệp sớm suy giảm nhận thức là rất cần thiết ở Việt Nam.

Từ khóa: Suy giảm nhận thức, tỷ lệ hiện mắc, yếu tố liên quan, người cao tuổi.

Abstract

PREVALENCE OF COGNITIVE IMPAIRMENT AND ASSOCIATED FACTORS AMONG THE ELDERLY IN PHU AN COMMUNE, PHU VANG DISTRICT, THUA THIEN HUE PROVINCE IN 2016

Huỳnh Thị Thanh Tú, Đoàn Vương Diễm Khánh, Nguyễn Thị Hạnh,
Lê Thị Thảo Nguyễn, Trần Thị Phương Linh, Nguyễn Nhật Mạnh
Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Background: Cognitive impairment is one of the major causes of disability and dependency among the elderly. Cognitive impairment not only seriously affects the quality of the patient's life but also has a great impact on physical, psychological and economic situation of family caregivers and society. There is little research on the prevalence of cognitive impairment and its related factors in Vietnam. **Aims:** The aims of this study were: (i) To examine the prevalence of cognitive impairment among the elderly in Phu An commune, Phu Vang district, Thua Thien Hue province (ii) To examine some associated factors of cognitive impairment among participants. **Methods:** A randomly selected sample of 343 people aged 60 years and over living in Phu An commune were interviewed and examined. MMSE test (Mini Mental State Examination) was used as a screening instrument for cognitive impairment. Multilogistic regression was undertaken for exploring associated factors of cognitive impairment. **Results:** The overall prevalence of cognitive impairment was 19.5%. Increasing age, inconvenient marital status (single, widowed, separate), living alone were associated with increasing risk of acquiring cognitive impairment. **Conclusion:** In this population, probable cognitive impairment is common. Health education program and routine health checkup for early detection and intervention of cognitive impairment are urgently needed among the elderly in Vietnam.

Key words: Cognitive impairment, prevalence, associated factors, elderly people.

- Địa chỉ liên hệ: Đoàn Vương Diễm Khánh, email: diemkhanh1972@gmail.com
- Ngày nhận bài: 10/8/2017; Ngày đồng ý đăng: 16/5/2018; Ngày xuất bản: 8/11/2018

DOI: 10.34071/jmp.2018.5.10

1. ĐẶT VẤN ĐỀ VÀ MỤC TIÊU

Việt Nam cũng như những quốc gia khác đang đối mặt với các bệnh liên quan đến lão hóa và thoái hóa thần kinh đặc biệt là não, sự thoái hóa này gây nên nhiều tình trạng bệnh lý và hay gặp nhất là suy giảm nhận thức (SGNT). Đây là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật và tình trạng lệ thuộc ở người cao tuổi. Suy giảm nhận thức không những gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh mà còn tác động rất lớn đến đời sống thể chất, tâm lý, kinh tế xã hội của người chăm sóc, gia đình và xã hội.

Trên toàn thế giới tỷ lệ suy giảm nhận thức chiếm từ 3% đến 19% ở những người trên 65 tuổi và tiến triển thành bệnh sa sút trí tuệ 11-33% sau 2 năm. Theo nghiên cứu có 44% bệnh nhân với suy giảm nhận thức nhẹ đã trở lại bình thường sau một năm nếu được can thiệp sớm [7]. Các nghiên cứu trong thời gian 1995-2011 ở Benin, Botswana, Cộng hòa Trung Phi, Congo và Nigeria với khoảng 10.500 người tham gia. Tỷ lệ suy giảm nhận thức dao động từ 6,3% tại Nigeria; 25% tại Cộng hòa Trung Phi [9]. Việc can thiệp sớm ngay từ khi có biểu hiện suy giảm nhận thức là mối quan tâm to lớn trong việc cải thiện sức khỏe cộng đồng. Tuy nhiên hiện tại, những nghiên cứu về suy giảm nhận thức ở Việt Nam cũng như Thừa Thiên Huế còn rất ít. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: 1) *Xác định tỷ lệ suy giảm nhận thức ở người cao tuổi xã Phú An, huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế* (2) *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến suy giảm nhận thức ở đối tượng nghiên cứu.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người dân từ 60 tuổi trở lên có hộ khẩu thường trú tại xã Phú An, huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

Thời gian thu thập số liệu từ tháng 9/2016 đến tháng 10/2016.

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ

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

Trong đó: n là số đối tượng cần nghiên cứu; Z^2 $\alpha/2$: Hệ số tin cậy với $\alpha = 0,05$ thì $n = Z^2 \times \frac{1}{(1-\frac{\alpha}{2})^2} = 1,96$; d là sai số cho phép, chọn d = 0,05;

p=28,8% (tỷ lệ suy giảm nhận thức theo thang điểm MMSE theo nghiên cứu của Đoàn Vương Diễm Khánh tại thành phố Huế năm 2014) [3]. Thay vào công thức trên, tính được n=315

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu phân tầng tỷ lệ.

- Chọn ngẫu nhiên 3 thôn trong 4 thôn thuộc xã Phú An, huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế vào mẫu.

- Lập danh sách người từ 60 tuổi trở lên trong mỗi thôn được chọn. Chọn ngẫu nhiên số người ở 3 thôn theo phương pháp chọn mẫu xác suất tỷ lệ với số người từ 60 tuổi trở lên ở các thôn. Cỡ mẫu cuối cùng là 343 người.

Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn mặt đối mặt với đối tượng và người thân tại hộ gia đình

Xử lý số liệu và phân tích số liệu: Nhập dữ liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích và xử lý dữ liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Tỷ lệ suy giảm nhận thức được đánh giá bằng thang đo MMSE với tổng điểm 30. Suy giảm nhận thức được đánh giá dựa theo trình độ học vấn: MMSE <18 (người mù chữ), MMSE <21 (biết đọc biết viết, tiểu học), MMSE <24 (THCS trở lên) [11]. Một nghiên cứu tổng hợp kết quả từ 15 nghiên cứu khác nhau trên thế giới cho thấy độ nhạy của thang đo MMSE với điểm cắt <24 là 0,85 (95% CI: 0,74-0,92), độ đặc hiệu là 0,90 (95% CI: 0,82-0,95) [6]

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 72,9 $\pm$ 10,2; tuổi nhỏ nhất là 60, lớn nhất là 105 tuổi. Các đối tượng nghiên cứu đa số thuộc nữ giới (61%), nam (39%). Nghề nông chiếm tỷ lệ cao nhất (42,3%); cán bộ công chức chiếm tỷ lệ thấp (6,4%). Trình độ tiểu học chiếm tỷ lệ 30,9%; biết đọc, biết viết chiếm 28,9%; thấp nhất là nhóm THPT trở lên (8,5%). Hầu hết đối tượng đều theo phật giáo (63,8%); thiên chúa giáo (16,3%).

Có 57,4% đối tượng nghiên cứu có mức sống trung bình, mức khá có 26,3% và có 16,3% loại nghèo, cận nghèo. Tình trạng hôn nhân là kết hôn chiếm 60,9%, chưa kết hôn là 0,6%, ly dị, ly thân chiếm 0,4%, góa chiếm 38,1%. Có 53,1% sống với vợ/chồng; 40,2% sống với người thân và 6,7% sống một mình. Loại nhà ở gồm: nhà hộp, không cây cối chiếm 30,9%; nhà không vườn, có trồng cây cảnh chiếm 23,0%; nhà có vườn, cây cối chiếm 46,1%. Xếp loại BMI gây chiếm 25,4%; bình thường: 62,1%; thừa cân và béo phì chiếm 12,5%.

3.2. Tỷ lệ suy giảm nhận thức

3.2.1. Tỷ lệ mắc suy giảm nhận thức theo thang điểm MMSE

Bảng 1. Tỷ lệ mắc suy giảm nhận thức theo thang điểm MMSE

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có suy giảm nhận thức	67	19,5
Không mắc suy giảm nhận thức	276	80,5
Tổng	343	100

Tỷ lệ SGNT là 19,5%, không SGNT là 80,5%.

3.3. Các yếu tố liên quan đến suy giảm nhận thức

3.3.1. Mối liên quan giữa các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu và SGNT

Bảng 2. Liên quan giữa đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu và SGNT

Đặc điểm		Suy giảm nhận thức				Tổng cộng		p
		Có		Không				
		N	%	N	%	N	%	
Giới tính	Nam	23	16,7	115	83,3	138	100,0	p>0,05
	Nữ	44	21,5	161	78,5	205	100,0	
Nhóm tuổi	60-64	2	2,0	99	98,0	101	100,0	p<0,05
	65-69	4	7,4	50	92,6	54	100,0	
	70-74	5	11,6	38	88,4	43	100,0	
	75-79	11	25,0	33	75,0	44	100,0	
	80-84	17	39,5	26	60,5	43	100,0	
	85-89	18	46,2	21	53,8	39	100,0	
	90+	10	52,6	9	47,4	19	100,0	
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn	22	10,5	187	89,5	209	100,0	p<0,05
	Khác	45	33,6	89	66,4	134	100,0	
Trình độ học vấn	Mù chữ	13	37,1	22	62,9	35	100,0	p<0,05
	Biết đọc, biết viết	31	31,3	68	68,7	99	100,0	
	Tiểu học	13	12,3	93	87,7	106	100,0	
	THCS trở lên	10	9,7	93	90,3	103	100,0	
Nghề nghiệp	Nông dân	28	19,3	117	80,7	145	100,0	p>0,05
	Buôn bán	16	18,8	69	81,2	85	100,0	
	Công nhân	5	13,9	31	86,1	36	100,0	
	Cán bộ, viên chức	2	9,1	20	90,9	22	100,0	
	Nội trợ	10	29,4	24	70,6	34	100,0	
	Khác	6	28,6	15	71,4	22	100,0	
Hoàn cảnh sống	Sống một mình	9	39,1	14	60,9	23	100,0	p<0,05
	Sống với vợ/chồng	30	16,6	151	83,4	181	100,0	
	Sống với gia đình người thân	28	20,1	111	79,9	139	100,0	
Loại nhà	Nhà hộp, không cây cối	26	24,5	80	75,5	106	100,0	p>0,05
	Nhà không vườn, có trồng cây cảnh	12	15,2	67	84,8	79	100,0	
	Nhà có vườn, cây cối	29	18,4	129	81,6	158	100,0	

Kinh tế	Nghèo, cận nghèo	20	35,1	37	64,9	57	100,0	p<0,05
	Trung bình	36	18,0	164	82,0	200	100,0	
	Khá, giàu	11	12,8	75	87,2	86	100,0	
BMI	Gầy	29	33,3	58	66,7	87	100,0	p<0,05
	Bình Thường	31	14,6	182	85,4	213	100,0	
	Thừa Cân, béo phì	7	16,3	36	83,7	43	100,0	

Các yếu tố tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, hoàn cảnh sống, kinh tế, BMI có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình hình SGNT ($p<0,05$).

SGNT tăng dần theo tuổi (cao nhất ở nhóm từ 90 tuổi trở lên chiếm 52,6%, thấp nhất là 60-64 tuổi chiếm 2%). SGNT ở nhóm kết hôn chiếm tỷ lệ 10,5% thấp hơn nhóm còn lại (chưa kết hôn; ly dị, ly thân; góa) chiếm tỷ lệ 33,6%. SGNT giảm dần theo trình độ học vấn và kinh tế gia đình. Sống cùng vợ/chồng có tỷ lệ SGNT thấp nhất (16,6%), cao nhất ở nhóm sống một mình (39,1%). Người có BMI thuộc nhóm gầy là yếu tố nguy cơ dẫn đến SGNT (33%).

3.3.2. Mối liên quan giữa tiền sử bệnh và SGNT

Bảng 3. Mối liên quan giữa tiền sử bệnh và SGNT

Đặc điểm tiền sử bệnh		Suy giảm nhận thức				Tổng cộng		p
		Có		Không				
		N	%	N	%	N	%	
Tăng huyết áp	Có	24	20,0	96	80,0	120	100,0	p>0,05
	Không	43	19,3	180	80,7	223	100,0	
Tiểu đường	Có	3	14,3	18	85,7	21	100,0	p>0,05
	Không	64	19,9	258	80,1	322	100,0	
Tim mạch	Có	8	25,0	24	75,0	32	100,0	p>0,05
	Không	59	19,0	252	81,0	311	100,0	
Rối loạn Lipid	Có	6	33,3	12	66,7	18	100,0	p>0,05
	Không	61	18,8	264	81,2	325	100,0	
Tai biến mạch máu não	Có	9	39,1	14	60,9	23	100,0	p<0,05
	Không	58	18,1	262	81,9	320	100,0	
Tiền sử gia đình bị SSTT	Có	1	9,1	10	90,9	11	100,0	p>0,05
	Không	66	19,9	266	80,1	332	100,0	

Tỷ lệ hiện mắc SGNT có liên quan với tiền sử tai biến mạch máu não ($p<0,05$).

Tỷ lệ hiện mắc SGNT không có mối liên quan ($p>0,05$) với các nhóm bệnh: tăng huyết áp, tiểu đường, tim mạch, rối loạn Lipid, tiền sử gia đình SSTT.

3.3.3. Mối liên quan giữa một số thói quen của đối tượng nghiên cứu với SGNT

Bảng 4. Mối liên quan giữa một số thói quen của đối tượng nghiên cứu với SGNT

Đặc điểm thói quen		Suy giảm nhận thức				Tổng cộng		P
		Có		Không				
		N	%	N	%	N	%	
Hút thuốc lá	Có	23	22,1	81	77,9	104	100,0	p>0,05
	Không	44	18,4	195	81,6	239	100,0	
Uống rượu/bia	Có	21	23,6	68	76,4	89	100,0	p>0,05
	Không	46	18,1	208	81,9	254	100,0	
Tập thể dục	Có	29	13,2	190	86,8	219	100,0	p<0,05
	Không	38	30,6	86	69,4	124	100,0	

Tỷ lệ SGNT cao hơn ở nhóm không tập thể dục (30,6%), nhóm có tập thể dục là 13,2%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ SGNT cao hơn ở người hút thuốc lá, uống rượu/bia, tuy vậy sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

3.3.4. Mô hình hồi qui đa biến logistic kiểm định các yếu tố liên quan đến SGNT

Bảng 5. Mô hình hồi qui đa biến logistic kiểm định các yếu tố liên quan đến SGNT

Biến độc lập	OR	95% CI	P
Tuổi			
60-64	1		
65-69	3,4	0,6-19,5	>0,05
70-74	6,2	1,1-35,5	<0,05
75-79	16,7	3,2-85,8	<0,01
80-84	26,3	5,0-137,9	<0,001
85-89	30,5	5,6-116,0	<0,001
90 trở lên	37,8	6,0-236,2	<0,001
Tình trạng hôn nhân			
Kết hôn	1		
Khác	2,3	1-5,1	<0,05
Hoàn cảnh sống			
Sống với vợ/chồng	1		
Sống với gia đình người thân	1,7	0,5-4,8	>0,05
Sống một mình	3,0	1,4-6,6	<0,01

Theo mô hình hồi qui đa biến logistic thì nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân, hoàn cảnh sống có liên quan đến SGNT ở người cao tuổi ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ hiện mắc SGNT

Tỷ lệ mắc SGNT ở nghiên cứu này là 19,5%. Theo các báo cáo của các nghiên cứu khác thì tỷ lệ SGNT ở người 60 tuổi trở lên dao động từ 8-29% [9],[10]. Tuy vậy việc so sánh tỷ lệ này với các nghiên cứu khác là rất khó thực hiện. Sự khác biệt về tỷ lệ này có thể do nhiều yếu tố như phương pháp nghiên cứu, phương pháp chọn mẫu, tiêu chuẩn chẩn đoán và đặc biệt là cấu trúc tuổi của mẫu nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Đoàn Vương Diễm Khánh tại thành phố Huế năm 2014 (28,8%) [3]; nghiên cứu của Vũ Anh Nhị và cộng sự tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2011 (20,9%) [5]; nghiên cứu của Trần Kỳ Hậu tại thành phố Quy Nhơn năm 2015 (21,4%) [2], nghiên cứu của Guerchet tiến hành ở 2 thành phố thuộc Trung Phi báo cáo tỷ lệ SGNT tương ứng là 25% và 18,8% [8]. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Zhuang và cộng sự tại Thượng Hải Trung Quốc tỷ lệ SGNT là 8,38% [11]; nghiên cứu của Paramita Sengupta và cộng sự tại phía Bắc Ấn Độ tỷ lệ SGNT là 8,8% [10].

4.2. Một số các yếu tố liên quan đến SGNT

Liên quan giữa tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn và SGNT: Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ

SGNT gia tăng rõ rệt theo tuổi (đặc biệt rất cao ở tuổi từ 85 trở lên); tăng cao ở người có trình độ học vấn thấp và ở người chưa kết hôn, ly dị, ly thân, góa. Điều này phù hợp các nghiên cứu ở nhiều nơi trên thế giới như nghiên cứu tại huyện Ba Vì, Hà Nội [1], ở Châu phi cận Sahara[9], Ấn độ [10], Trung Quốc [11]. Tuy nhiên sự khác biệt về trình độ học vấn trong nghiên cứu của chúng tôi không có ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến.

Liên quan giữa hoàn cảnh sống và SGNT: Nghiên cứu cho thấy những người sống cùng vợ/chồng có tỷ lệ SGNT thấp hơn sống với người thân và sống một mình. Nghiên cứu của Zhuang và cộng sự tại Thượng Hải [11], nghiên cứu của Paramita Sengupta và cộng sự tại Ấn Độ [10] cũng cho kết quả tương tự ($p < 0,05$).

Liên quan giữa kinh tế gia đình và SGNT: SGNT tăng rõ rệt ở những người có kinh tế nghèo, cận nghèo; tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến. Nghiên cứu của Paramita Sengupta và cộng sự tại Ấn Độ SGNT tăng cao ở người có mức thu nhập thấp [10].

Liên quan giữa tiền sử TBMMN và SGNT: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm người cao tuổi có tiền sử TBMMN có nguy cơ SGNT cao gấp 2 lần so với nhóm không có tiền sử TBMMN. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến. Mỗi liên quan giữa tiền sử TBMMN và SSTD đã được tìm thấy ở nghiên cứu của Ngô Văn Dũng tại

huyện Ba Vì năm 2009, tỷ lệ SGNT ở nhóm có tiền sử TBMMN cao gấp 3,73 lần nhóm không có tiền sử TBMMN (OR=3.7, 95% CI 1.3-9.86) [1]. Nghiên cứu của Vũ Anh Nhị và Diệp Trọng Khải năm 2012: tỷ lệ SGNT cao hơn ở nhóm người có tiền sử TBMMN thể nhồi máu não động mạch lớn với $p < 0,05$ [4].

Liên quan giữa thói quen hoạt động thể lực và SGNT: Nhóm có thói quen tập thể dục có tỷ lệ SGNT thấp hơn nhóm không tập thể dục ($p < 0,05$), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến. Kết quả nghiên cứu này giống với nghiên cứu của Zhuang và cộng sự tại Thượng Hải, Trung Quốc năm 2012 với $p < 0,001$ [11].

Liên quan giữa BMI và SGNT: Tỷ lệ SGNT cao nhất ở nhóm gầy, tỷ lệ này gấp 5 lần so với nhóm thừa cân, sự khác biệt này chỉ có ý nghĩa thống kê trong mô hình đơn biến. Một số nghiên cứu trước đây cũng không tìm thấy mối liên quan giữa BMI và SGNT [2],[3].

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hiện mắc SGNT chung là 19,5%, tỷ lệ hiện mắc SGNT ở nam là 16,7%; ở nữ là 21,5%. Tỷ lệ hiện mắc SGNT tăng dần theo tuổi: cao nhất ở nhóm từ

90 tuổi trở lên (52,6%); thấp nhất ở nhóm 60-64 tuổi (2,0%).

Phân tích đơn biến cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến suy giảm nhận thức bao gồm: tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, hoàn cảnh sống, kinh tế gia đình, tiền sử tai biến mạch máu não, thói quen hoạt động thể lực, BMI. Mô hình hồi qui đa biến logistic cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến SGNT là: tuổi, tình trạng hôn nhân, hoàn cảnh sống.

6. KIẾN NGHỊ

Cần có sự quan tâm, phối hợp giữa cán bộ y tế và người dân đến suy giảm nhận thức nhằm phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Tổ chức khám sức khỏe định kỳ và khám sàng lọc suy giảm nhận thức ở người cao tuổi. Đồng thời quản lý tốt đối tượng có nguy cơ hoặc đang mắc suy giảm nhận thức. Khuyến khích người cao tuổi sống chung với vợ/chồng hoặc người thân trong gia đình.

Tăng cường công tác phòng và điều trị tai biến mạch máu não (đặc biệt là đề phòng, quản lý tốt bệnh tăng huyết áp), khuyến cáo người dân có thói quen luyện tập thể dục thường xuyên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Văn Dũng, Lê Quang Cường (2009), "Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học của suy giảm nhận thức nhẹ ở người cao tuổi tại huyện Ba Vì thành phố Hà Nội", *Tạp chí Nghiên cứu Y học Phụ trợ*, 62(3), tr. 142-146.
2. Trần Kỳ Hậu (2015), *Nghiên cứu tỷ lệ sa sút trí tuệ và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại thành phố Quy Nhơn tỉnh Bình Định*, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.
3. Đoàn Vương Diễm Khánh (2014), *Nghiên cứu tỷ lệ sa sút trí tuệ và nhu cầu chăm sóc sức khỏe ở người từ 65 tuổi trở lên tại thành phố Huế, Việt Nam*, Viện Nghiên cứu Sức khỏe Cộng đồng, Trường Đại học Y dược Huế.
4. Vũ Anh Nhị, Diệp Trọng Khải (2012), *Đánh giá suy giảm nhận thức và tổn thương não bằng cộng hưởng từ ở người lớn tuổi tại Bệnh viện Thống Nhất thành phố Hồ Chí Minh*, Bộ môn Thần kinh, Trường Đại học Y Dược TP HCM.
5. Vũ Anh Nhị, Trần Công Thắng, Nguyễn Kinh Quốc và Cộng sự (2011), *Nghiên cứu dịch tễ bệnh lý sa sút trí tuệ tại thành phố Hồ Chí Minh*, Bộ môn Thần kinh, Trường Đại học Y Dược TP HCM.
6. Creavin ST, Wisniewski S, Noel-Storr AH, et al (2016), "Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations", *Cochrane Database of Systematic Reviews 2016*, Issue 1. Art. No.: CD011145. DOI: 10.1002/14651858.CD011145.pub2.
7. Gauthier S., Reisberg B., et al. (2006), "Mild cognitive impairment", *Lancet*, 367, pp. 1262-1270.
8. Guerchet M., M'belesso P., Mouanga A. M., et al. (2010), "Prevalence of dementia in elderly living in two cities of Central Africa: the EDAC survey", *Dement Geriatr Cogn Disord*, 30, pp 261-268.
9. Mavrodaris A., Powell J., Thorogood M., et al. (2013), "Prevalences of dementia and cognitive impairment among older people in sub-Saharan Africa: a systematic review", *Bull World Health Organ*, 91(10), pp. 773-83.
10. Paramita Sengupta I. A., Benjamin Y.S., et al. (2014), "Prevalence and correlates of cognitive impairment in a north Indian elderly population", *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 3 (2), pp. 135-143.
11. Zhuang J.P., Wang G., Cheng Q., et al. (2012) "Cognitive impairment and the associated risk factors among the elderly in the Shanghai urban area: a pilot study from China", *Translational Neurodegeneration*, 1, pp. 22.