

17 KHẢO SÁT VAI TRÒ CỦA THANG ĐIỂM MOCA TRONG TẦM SOÁT SA SÚT TRÍ TUỆ DO MẠCH MÁU Ở BỆNH NHÂN TẠI BIẾN MẠCH MÁU NÃO GIAI ĐOẠN BÁN CẤP

Nguyễn Đình Toàn
Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Sa sút trí tuệ sau tai biến mạch máu não, đặc biệt là giai đoạn bán cấp thường bị bỏ qua. Ngày nay chất lượng cuộc sống con người ngày càng được nâng cao, việc tìm kiếm thang điểm có giá trị cao nhằm tầm soát sa sút trí tuệ ở bệnh nhân tai biến mạch máu não ngày càng được quan tâm. Thang điểm MoCA có độ nhạy cao với sa sút trí tuệ nhẹ và xác định nhiều hơn những bất thường nhận thức do mạch máu, nhưng ở Việt Nam chưa được nghiên cứu nhiều. **Mục tiêu:** Đánh giá thang điểm MoCA ở bệnh nhân tai biến mạch máu bán cấp và so sánh thang điểm MoCA và thang điểm MMSE ở các bệnh nhân này. **Đối tượng nghiên cứu:** 90 bệnh nhân tai biến mạch máu não giai đoạn bán cấp điều trị tại khoa nội tim mạch bệnh viện Trung Ương Huế, từ tháng 7/2014 – 7/2015. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang và phân tích. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $65,57 \pm 13,38$; nam chiếm 54,4% và nữ chiếm 45,6%. Tuổi, thời gian bị bệnh có sự tương quan yếu với thang điểm MoCA. Các yếu tố nguy cơ: tăng huyết áp, tai biến mạch máu não thoáng qua, nghiện rượu, hút thuốc lá, bệnh tim, đái tháo đường, rối loạn lipid máu liên quan không có ý nghĩa thống kê với sa sút trí tuệ theo thang điểm MoCA. Tỷ lệ sa sút trí tuệ ở giai đoạn tai biến mạch máu não bán cấp theo thang điểm MoCA là 82,2%. Thang điểm MoCA và MMSE có độ phù hợp chặt chẽ ($\kappa = 0,684$). Sử dụng DSM-IV làm tiêu chuẩn vàng chúng tôi nhận thấy thang điểm MoCA có giá trị hơn thang điểm MMSE trong chẩn đoán SSTT (AUC 0,864 so với 0,774, $p < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ sa sút trí tuệ ở giai đoạn tai biến mạch máu não bán cấp theo thang điểm MoCA khá cao. Thang điểm MoCA có giá trị hơn thang điểm MMSE trong việc phát hiện SSTT ở các bệnh nhân tai biến mạch máu não giai đoạn bán cấp, thang điểm này dễ thực hiện vì vậy cần đưa vào sử dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: Thang điểm MoCA, tai biến mạch máu não giai đoạn bán cấp, sa sút trí tuệ.

Abstract

ASSESSING MOCA TEST IN SUBACUTE STROKE PATIENTS AND COMPARE MOCA VERSUS MMSE IN THESE PATIENTS

Nguyen Dinh Toan
Hue University of Medicine and Pharmacy

Background: Dementia after stroke, particularly subacute period is often overlooked. Today the quality of human life is increasingly high, finding scales that have high value for detection of dementia in patients with stroke is increasingly interested. MoCA test is high sensitivity with mild dementia and identify more abnormalities of awareness caused by vascular, but MoCA have not been studied much in Vietnam. **Objective:** Assessing MoCA test in subacute stroke patients and compare MoCA versus MMSE in these patients. **Subjects:** 90 patients with subacute stroke period, these people are

- Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Đình Toàn, email: toan_joseph@yahoo.com

DOI: 10.34071/jmp.2016.2.17

- Ngày nhận bài: 7/3/2016 *Ngày đồng ý đăng: 20/4/2016 * Ngày xuất bản: 10/5/2016

being treated at Department of cardiovascular internal medicine at Hue Central Hospital, from 7/2014 - 7/2015. **Methods:** cross-sectional description and analysis. **Results:** The mean age is 65.57 ± 13.38 , accounting for 54.4% male and 45.6% female. Age, duration of illness has weak correlation with MoCA. The risk factors: hypertension, stroke ischemic transient, alcoholism, smoking, heart disease, diabetes, dyslipidemia related no statistical significance with MoCA. The proportion of dementia in subacute stroke according MoCA is 82.2%. The concordance between MoCA and MMSE was good ($\kappa = 0.684$). Using DSM-IV criteria as the gold standard we found MoCA more valuable in the dementia diagnosis than MMSE (AUC 0.864 versus 0.774, $p < 0.05$). **Conclusion:** The rate of dementia in stroke subacute period according MoCA is quite high. MoCA is valuable than MMSE in detecting dementia in patients with stroke subacute period, this scale is short, easy to implement so should put into using widely in clinical practice.

Key words: MoCA test, subacute stroke, dementia.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sút trí tuệ (SSTT) sau tai biến mạch máu não là một dạng SSTT do căn nguyên mạch máu là nguyên

nhân thường gặp. Việc tìm kiếm thang điểm có giá trị cao nhằm tầm soát sa sút trí tuệ ở giai đoạn sớm là vấn đề luôn được quan tâm. Thang điểm MoCA (Montreal cognitive assessment) của Nasreddine ra đời năm 1996, được sử dụng nhiều trong các nghiên cứu về sa sút trí tuệ từ năm 2006 và hiện nay được dịch sang 36 ngôn ngữ khác nhau [6], [8], đã được nhiều tác giả trên thế giới sử dụng để tầm soát SSTT sau tai biến mạch máu não. Tuy nhiên ở Việt Nam việc sử dụng thang điểm MoCA trong tầm soát sa sút trí tuệ nói chung và sa sút trí tuệ sau tai biến mạch máu não nói riêng chưa được nghiên cứu nhiều. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “**Khảo sát vai trò của thang điểm MoCA trong tầm soát sa sút trí tuệ do mạch máu ở bệnh nhân tai biến mạch máu não giai đoạn bán cấp**” nhằm đánh giá thang điểm MoCA ở bệnh nhân tai biến mạch máu bán cấp và so sánh thang điểm MoCA với thang điểm MMSE ở các bệnh nhân này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên bệnh nhân TBMMN đến nhập viện tại khoa Nội Tim mạch Bệnh viện Trung ương Huế trong thời gian từ tháng 07 năm 2014 đến tháng 07 năm 2015 thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân được chẩn đoán là TBMMN theo TCYTGT.
- Có hình ảnh chụp não cắt lớp vi tính có tổn

thương.

- Bệnh sau tuần thứ 2 đến tuần thứ 6 (giai đoạn bán cấp).
- Tuổi từ 18 trở lên.
- Có phác đồ điều trị nội khoa tương đối giống nhau gồm: điều trị nguyên nhân, điều trị triệu chứng, điều trị hỗ trợ (chăm sóc, hồi sức toàn diện, dinh dưỡng, hồi phục chức năng, lý liệu pháp).

Tiêu chuẩn loại trừ

- Trạng thái “giả sa sút trí tuệ” (trầm cảm)
 - Chứng sa sút trí tuệ do thoái hóa nguyên phát (bệnh Alzheimer)
 - Bệnh nhân rối loạn chức năng nặng: hôn mê hay không có khả năng giao tiếp (thang điểm Rankin từ độ 4 trở lên).
 - Rối loạn ngôn ngữ hay rối loạn vận ngôn ảnh hưởng đến việc đánh giá nhận thức: Thang điểm đột quỵ NIHSS với ngôn ngữ hoặc vận ngôn > 1).
 - Bệnh nhân có bệnh lý tâm thần đang tồn tại, thiếu năng trí tuệ, trầm cảm, động kinh.
 - Sa sút trí tuệ tồn tại trước đó: dựa vào tiền sử.
 - Bệnh nhân sử dụng thuốc ảnh hưởng đến sự tỉnh táo của bệnh nhân.
 - Bệnh nhân có rối loạn phát âm do nguyên nhân tại môi, lưỡi, răng, miệng hoặc bị cầm đờ, mù, rối loạn tiếng do nhược cơ, mù chữ, Parkinson.
- Các tiêu chuẩn chẩn đoán sử dụng trong nghiên cứu*
- Chẩn đoán TBMMN và thể tai biến: Dựa vào các tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới năm 1990, kèm hình ảnh chụp não cắt lớp vi tính.

- Chẩn đoán sa sút trí tuệ: dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán DSM- IV – 1994 của hội tâm thần học Hoa Kỳ, chúng tôi sử dụng để so sánh độ nhạy, độ đặc hiệu của thang điểm MoCA và MMSE.

- Tăng huyết áp: dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán THA của TCYTTC và Hội THA Quốc tế (WHO/ISH 2008).

- Tai biến mạch máu não thoáng qua: Rối loạn chức năng thần kinh khu trú, khởi đầu đột ngột, hồi phục trong vòng 24 giờ không để lại di chứng.

- Đái tháo đường dựa vào tiền sử Đái tháo đường và theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ năm 2010.

- Hút thuốc lá dựa vào hồi bệnh nhân và người thân.

- Chẩn đoán rung nhĩ dựa vào điện tâm đồ.

- Bệnh tim khác: dựa vào khám lâm sàng, kết quả điện tim, men tim và siêu âm tim.

- Rối loạn lipid máu: Dựa vào tiền sử và tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn lipid máu NCEP ATP III (2001).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang.

Tiến trình nghiên cứu

- Lập phiếu nghiên cứu cho các đối tượng chọn nghiên cứu. Ghi đầy đủ các thông số hành chính như họ tên, tuổi, giới, ngày khám.

- Trực tiếp hỏi bệnh nhân và người nhà bằng bảng câu hỏi (mẫu thu thập số liệu) bao gồm tuổi, trình độ học vấn, tiền sử hút thuốc lá, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh mạch vành và rung nhĩ, tiền sử đột quỵ.

- Khám lâm sàng tỉ mỉ, đánh giá sa sút trí tuệ bằng thang điểm MMSE, MoCA, đánh giá thang điểm Rankin, thang điểm Hachinski, phần ngôn ngữ và vận ngôn của thang điểm NIHSS.

- Các bệnh nhân đều được làm các xét nghiệm thường quy của bệnh nhân TBMMN trong đó chú ý các xét nghiệm đường huyết, lipid máu, men tim, điện tim, siêu âm tim, chụp não cắt lớp vi tính.

Xử lý số liệu

- Các số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm Medcalc 11.3. Kết quả được tính theo tỉ lệ %,

trị số trung bình, độ lệch chuẩn. Lập bảng thống kê tỉ lệ, các sự liên quan giữa biến số nghiên cứu bằng phép kiểm chi bình phương (có hiệu chỉnh Yates khi cần). Sử dụng xét ANOVA để so sánh các giá trị trung bình.

- Tính hệ số tương quan r (tương quan Pearson) để xem xét mối tương quan tuyến tính giữa 2 biến định lượng.

- Khảo sát độ phù hợp giữa 2 xét chẩn đoán MoCA và MMSE dựa vào hệ số kappa.

- Sử dụng đường ROC để xác định điểm cắt (cut off), độ nhạy, độ đặc hiệu, diện tích dưới đường cong của xét MoCA và MMSE trong chẩn đoán SSTT với tiêu chuẩn vàng là tiêu chuẩn chẩn đoán SSTT của DSM-IV. Xác định mức độ chính xác của xét dựa vào diện tích dưới đường cong.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các yếu tố về dân số học

Trong 90 bệnh nhân TBMMN bán cấp nam chiếm 54,4% và nữ chiếm 45,6%. Độ tuổi chiếm tỷ cao nhất là 60-79 tuổi (43,3%), độ tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là <40 tuổi (7,7%), độ tuổi trung bình là $65,57 \pm 13,38$. Bệnh nhân có nghề nghiệp là ở nhà và lao động chân tay chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 40% và 36,7%, bệnh nhân có nghề nghiệp nội trợ và lao động trí óc chiếm tỷ lệ thấp. Đa số bệnh nhân có trình độ từ trung học phổ thông trở xuống trong đó trình độ trung học cơ sở và tiểu học chiếm tỷ lệ cao nhất (45,6%). Các đối tượng nghiên cứu ở nông thôn chiếm tỷ lệ 66,7%.

3.2. Các yếu tố về tình trạng bệnh trên lâm sàng

- Thời gian bị tai biến mạch máu não trung bình là $18,98 \pm 4,10$ ngày, ngắn nhất là 15 ngày, dài nhất là 35 ngày. Số lượng bệnh nhân xuất huyết não chiếm 44,4%, nhồi máu não chiếm 55,6%. Vị trí tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não đa số thuộc vùng cấp máu của động mạch não giữa với tỷ lệ 68,9% và tổn thương dưới vỏ chiếm tỷ lệ cao nhất (74,4%).

- Triệu chứng khởi đầu của tai biến mạch máu não: Nhức đầu là triệu chứng hay gặp nhất ở cả 2 thể xuất huyết não và nhồi máu não. Nôn mửa là triệu chứng hay gặp thứ 2 ở thể xuất huyết não (36,7%) và cũng khá thường gặp ở

thể nhồi máu não (20%). Liệt nửa người cũng là một triệu chứng khá thường gặp ở cả 2 thể tai biến mạch máu não.

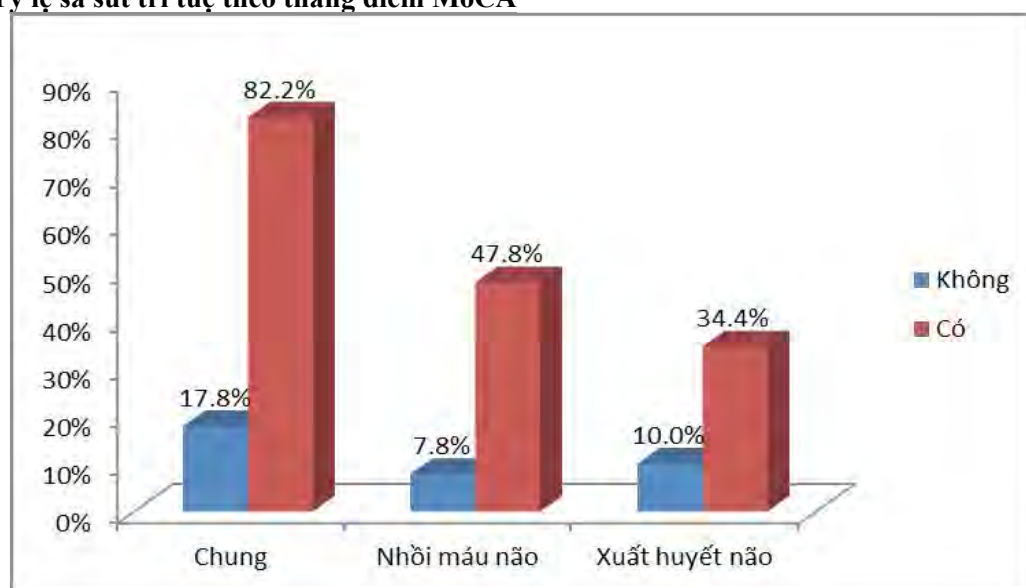
3.3. Điểm MoCA theo thể bệnh

Bảng 1. Điểm MoCA theo thể bệnh

Điểm MoCA	Chẩn đoán		
	Chung (1) n = 90	Nhồi máu não (2) n = 50	Xuất huyết não (3) n = 40
Thấp nhất	17	17	17
Cao nhất	28	28	28
Trung bình	22,42	22,34	22,53
Độ lệch chuẩn(SD)	2,92	2,70	3,20
Giá trị của xét ANOVA (F-ratio)	0,0884		
p(2) – (3)	0,767		

Sự khác biệt điểm MoCA trung bình giữa nhóm nhồi máu não và nhóm xuất huyết não không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (bảng 1).

3.4. Tỷ lệ sa sút trí tuệ theo thang điểm MoCA



Hình 1. Tỷ lệ sa sút trí tuệ theo thang điểm MoCA

Tỷ lệ sa sút trí tuệ theo thang điểm MoCA ở bệnh nhân tai biến mạch máu não là 82,2%. Nhóm

bệnh nhân nhồi máu não có tỷ lệ sa sút trí tuệ cao hơn nhóm xuất huyết não nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (hình 1).

3.5. Các đặc điểm sa sút trí tuệ theo thang điểm MoCA

Khi đánh giá nhận thức theo thang điểm MoCA: số bệnh nhân nổi số và chữ theo thứ tự sai là 40%, vẽ khối lập phương sai là 48,9%,

vẽ đồng hồ sai là 47,8%, Gọi sai tên vật sai là 18,9%. 100% bệnh nhân có rối loạn sự chú ý, 51,1% có rối loạn ngôn ngữ, 44,4% bệnh nhân rối loạn khả năng tư duy trừu tượng, 92,2% bệnh nhân có rối loạn trí nhớ, 26,7% bệnh nhân có rối loạn khả năng định hướng.

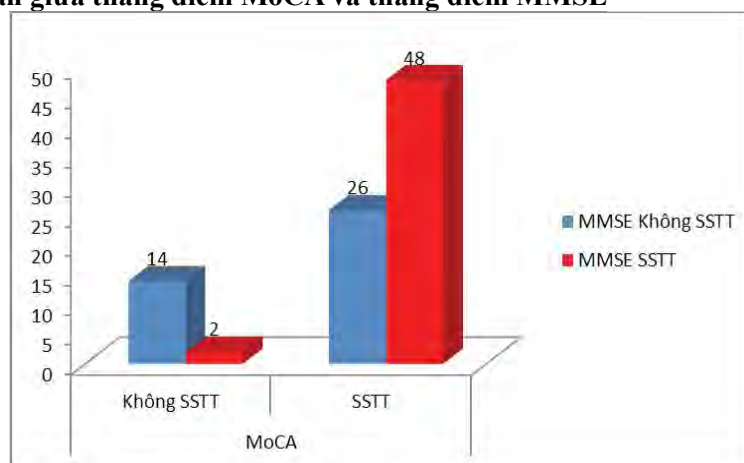
3.6. Mối liên quan giữa điểm MoCA và yếu tố nguy cơ

Bảng 2. Mối liên quan giữa điểm MoCA và yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ		SSTT		Không SSTT		P
		N	%	n	%	
Tăng huyết áp	Có	64	71,1	12	13,3	0,4418
	Không	10	11,1	4	4,4	
TBMMN thoáng qua	Có	15	16,7	2	2,2	0,7130
	Không	59	65,6	14	15,6	
Nghiện rượu	Có	8	8,9	3	3,3	0,6468
	Không	66	73,3	13	14,4	
Hút thuốc lá	Có	34	37,8	9	10,0	0,6368
	Không	40	44,4	7	7,8	
Bệnh tim	Có	4	4,4	0	0,0	0,7776
	Không	70	77,8	16	17,8	
Đái tháo đường	Có	8	8,9	2	2,2	0,8075
	Không	66	73,3	14	15,6	
Rối loạn lipid máu	Có	57	63,3	9	10,0	0,1638
	Không	17	18,9	7	7,8	

Các yếu tố nguy cơ có liên quan với sa sút trí tuệ theo thang điểm MoCA nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (bảng 2).

3.7. Mối liên quan giữa thang điểm MoCA và thang điểm MMSE



Hình 2. Mối liên quan giữa thang điểm MoCA và thang điểm MMSE

Trong 90 đối tượng nghiên cứu có 48 trường hợp vừa SSTT theo thang điểm MoCA, vừa SSTT theo thang điểm MMSE. Có 26 trường hợp có SSTT theo MoCA nhưng không SSTT theo MMSE, chỉ có 2 trường hợp SSTT theo MMSE nhưng không SSTT theo MoCA (hình 2)

Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy chẩn đoán sa sút trí tuệ bằng thang điểm MoCA và MMSE có độ phù hợp chặt chẽ ($\kappa = 0,684$).

3.8. Độ phù hợp giữa thang điểm MoCA và MMSE trong chẩn đoán sa sút trí tuệ

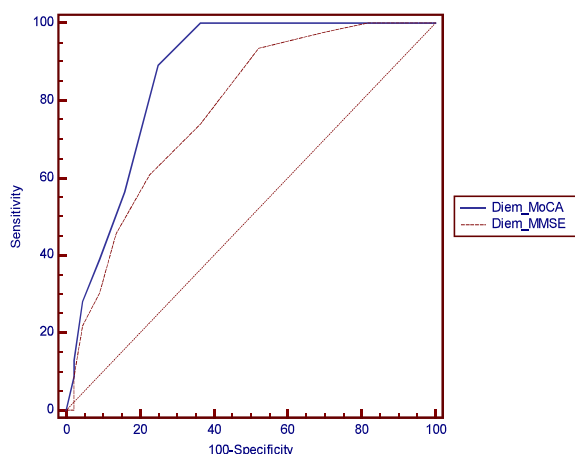
3.9. Độ nhạy và độ đặc hiệu của thang điểm MoCA và MMSE

Bảng 3. Độ nhạy và độ đặc hiệu của thang điểm MoCA và MMSE

Thang điểm	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Điểm cắt	Diện tích dưới đường cong (AUC)	p
MoCA	89,1	75,0	≤ 22	0,864	<0,05
MMSE	93,5	47,7	≤ 24	0,774	

Sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán sa sút trí tuệ của DSM-IV làm tiêu chuẩn vàng chúng tôi nhận thấy

thang điểm MoCA có độ nhạy là 89,1%, độ đặc hiệu là 75,0% (ở điểm cắt ≤ 22), thang điểm MMSE có độ nhạy là 93,5%, độ đặc hiệu là 47,7% (điểm cắt ≤ 24) trong chẩn đoán sa sút trí tuệ. Diện tích dưới đường cong của thang điểm MoCA là 0,864, của thang điểm MMSE là 0,774. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (bảng 3 và hình 3).



Hình 3. Đường cong ROC của thang điểm MoCA và MMSE

4. BÀN LUẬN

Có nhiều tiêu chuẩn chẩn đoán SSTTMM và trong thực hành lâm sàng chưa thống nhất. Hơn nữa tần suất SSTT sau đột quỵ còn phụ thuộc vào vị trí địa lý, chủng tộc, cách chọn mẫu và thời điểm đánh giá tình trạng SSTT sau đột quỵ. Điều này dẫn đến tỉ lệ SSTT sau đột quỵ của mỗi nghiên cứu không hoàn toàn giống nhau. Thật vậy, khi so sánh với các nghiên cứu trong và ngoài nước về tần suất SSTT sau đột quỵ ghi nhận có khác nhau. Theo Nguyễn Văn Chương 43,32% bệnh nhân NNM có SSTT [2]. Lê Nguyễn Nhật Tín nghiên cứu 218 bệnh nhân NMN và XHN, sử dụng tiêu chuẩn DSM – IV để chẩn đoán SSTT, thấy tần suất SSTT là 40,4% [14]. Trần Linh Giang nghiên cứu 68 bệnh nhân NMN và XHN, sử dụng tiêu chuẩn DSM – IV, thấy tần suất SSTT là 51,5% [5]. Theo

Trần Công Thắng, 68,2% bệnh nhân TBMMN có SSTT [13]. Pohjasvaara T và cộng sự nghiên cứu 107 bệnh nhân sử dụng tiêu chuẩn DSM-IV thấy tỉ lệ SSTT là 91,6% [10]. Barba R nghiên cứu 251 bệnh nhân NMN và XHN, sử dụng tiêu chuẩn DSM-IV thấy tần suất SSTT là 30% [1]. Theo y văn, khoảng 1/3 trường hợp đột quỵ trên 65 tuổi còn sống (25 - 41%) có biểu hiện SSTTMM [7].

Về các nghiên cứu sử dụng thang điểm MoCA để đánh giá nhận thức, Nguyễn Văn Quý nghiên cứu 85 bệnh nhân NMN thấy điểm MoCA trung bình là $21,13 \pm 6,29$, tỷ lệ suy giảm nhận thức theo thang điểm MoCA là 57,6% [11]. Cumming TB nghiên cứu 294 bệnh nhân TBMMN thấy 65% bệnh nhân có suy giảm nhận thức theo thang điểm MoCA [3]. Dong YH nghiên cứu 100 bệnh nhân tai biến mạch máu não thấy tỷ lệ bệnh nhân suy giảm nhận thức theo thang điểm MoCA là 32% [4]. Như vậy, tỷ lệ SSTT trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác. Giải thích cho điều này có lẽ là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có cả bệnh nhân NMN và XHN và trong giai đoạn bán cấp, trong khi đối tượng nghiên cứu trong các nghiên cứu trên là bệnh nhân NMN giai đoạn cấp.

Đối với từng lĩnh vực của nhận thức theo thang điểm MoCA, trong nghiên cứu của chúng tôi, các lĩnh vực nhận thức có tổn thương không đồng nhất. Trong đó 100% bệnh nhân có rối loạn sự chú ý, 92,2% bệnh nhân có rối loạn trí nhớ, 51,1% bệnh nhân có rối loạn ngôn ngữ; 40% bệnh nhân có rối loạn về thị giác không gian, 44,4% bệnh nhân có rối loạn tư duy, trừu tượng; 26,7% bệnh nhân có rối loạn định hướng và 18,9% bệnh nhân gọi sai tên vật. Theo Nguyễn Thanh Vân, SSTT do nguyên nhân mạch máu có tỷ lệ các lĩnh vực nhận thức tổn thương lẻ tẻ không đồng đều. Chức năng thị giác không gian bị ảnh hưởng nhiều nhất 61,5 %, khả năng ngôn ngữ, trí nhớ hình bị

tổn thương 50%, chức năng thực hiện nhiệm vụ, tốc độ vận động thị giác, trí nhớ từ là các lĩnh vực bị tổn thương tiếp theo chiếm 42,3 %, sự chú ý ít bị tổn thương nhất chiếm khoảng 30% [16]. Sivakumar và cộng sự nghiên cứu trên các bệnh nhân TBMMN, các tác giả này có nhận xét về sự rối loạn các lĩnh vực của nhận vào ngày thứ 7 và ngày thứ 30 sau TBMMN, kết quả cho thấy 82,6% bệnh nhân có rối loạn thị giác không gian vào ngày thứ 7 và 83,9% bệnh nhân có rối loạn vào ngày thứ 30. Rối loạn khả năng gọi tên vật là 96,1% và 96,6%; rối loạn sự chú ý là 88,6% và 90,7%; rối loạn ngôn ngữ là 69,4% và 68,2%; rối loạn khả năng trừ tượng là 89,5% và 90,3%; trí nhớ dài hạn là 72,8% và 72,3%; sự định hướng 96,1% và 97,2% [12].

Khi so sánh thang điểm MoCA và MMSE, trong 90 đối tượng nghiên cứu có 48 trường hợp vừa SSTT theo thang điểm MoCA vừa SSTT theo thang điểm MMSE. Có 26 trường hợp có SSTT theo MoCA nhưng không SSTT theo MMSE, chỉ có 2 trường hợp SSTT theo MMSE nhưng không SSTT theo MoCA. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Toglia và cộng sự (2011) đã so sánh khả năng của thang điểm MoCA và MMSE trong việc phát hiện sa sút trí tuệ ở các đơn vị phục hồi chức năng cho các bệnh nhân TBMMN cấp điều trị nội trú. Tác giả sử dụng điểm cắt 27 đối với thang điểm MMSE (cao hơn so với điểm cắt được đề xuất bởi Folstein) và 26 đối với thang điểm MoCA, các tác giả nhận thấy MoCA có khả năng có khả năng phát hiện sa sút trí tuệ tốt hơn MMSE (89% so với 63%) [15]. Như vậy, thang điểm MoCA có khả năng phát hiện sa sút trí tuệ tốt hơn thang điểm MMSE. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu trên.

Độ nhạy, độ đặc hiệu của thang điểm MoCA và MMSE đã được so sánh trong một số nghiên cứu nhằm đánh giá tính phù hợp giữa thang điểm MoCA và MMSE trên các bệnh nhân TBMMN. Pendlebury và cộng sự (2010) đã so sánh thang điểm MoCA

và MMSE trong một nghiên cứu ở các bệnh TBMMN thoáng qua và bệnh nhân TBMMN thực sự ($n = 413$), các tác giả nhận thấy thang điểm MoCA có khả năng phát hiện suy giảm nhận thức cao hơn thang điểm MMSE ở những bệnh nhân này. Sử dụng điểm cắt ≥ 27 , có 58 bệnh nhân có điểm MMSE bình thường nhưng có điểm MoCA bất thường, thang điểm MoCA cũng giúp phân biệt tốt mức độ suy giảm nhận thức [9]. Dong và cộng sự (2010) nghiên cứu trên 100 bệnh nhân TBMMN cấp ở Singapore nhận thấy thang điểm MoCA có độ nhạy cao hơn trong việc sàng lọc suy giảm nhận thức ở các bệnh nhân này [4]. Trong một mẫu nghiên cứu gồm 95 bệnh nhân đột quỵ, Godefroy và cộng sự (2010) đã đánh giá khả năng của thang điểm MoCA và MMSE để phát hiện sa sút trí tuệ sau đột quỵ, sử dụng điểm cắt đã được công bố là 26 điểm, đối với thang điểm MoCA tác giả nhận thấy có độ nhạy cao (94%) nhưng độ đặc hiệu thấp (42%) (kết quả này tương tự với nghiên cứu của chúng tôi), ngược lại thang điểm MMSE có độ nhạy 66%, độ đặc hiệu 97%. Diện tích dưới đường cong của cả thang điểm MoCA và MMSE đều lớn hơn 0,88 cho thấy rằng cả hai thang điểm có khả năng tương tự trong việc phát hiện suy giảm nhận thức [6].

5. KẾT LUẬN

Qua khảo sát vai trò của thang điểm moca trong tầm soát sa sút trí tuệ do mạch máu ở bệnh nhân tai biến mạch máu não giai đoạn bán cấp chúng tôi nhận thấy thang điểm MoCA là thang điểm giá trị trong việc phát hiện sa sút trí tuệ ở bệnh nhân tai biến mạch máu não giai đoạn bán cấp. Thang điểm này dễ thực hiện vì vậy cần đưa vào sử dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng. Tuy nhiên khi sử dụng để đánh giá sa sút trí tuệ ở bệnh nhân tai biến mạch máu não giai đoạn bán cấp chúng tôi đề nghị sử dụng điểm cắt là 22 điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barba R et al (2000), "Poststroke Dementia: Clinical Features and Risk Factors", *Stroke*, (31), pp.1494-1501.
2. Nguyễn Văn Chương, Nguyễn Huy Ngọc (2006), "Đặc điểm rối loạn ngôn ngữ ở bệnh nhân sa sút trí tuệ sau nhồi máu não", *Đề tài nghiên cứu khoa học*, Bệnh viện 103.
3. Cumming TB et al (2011), "The Montreal Cognitive Assessment: Short cognitive evaluation in a large

- stroke Trial”, *Stroke*, (42), pp.2642-2644.
4. Dong YH et al (2013), “Cognitive screening improves the predictive value of stroke severity scores for functional outcome 3–6 months after mild stroke and transient ischaemic attack an observational study”, *BMJ Open*.
 5. Trần Linh Giang (2004), Nghiên cứu sa sút trí tuệ ở bệnh nhân tai biến mạch máu não, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
 6. Godefroy O et al (2011), “Is the Montreal Cognitive Assessment Superior to the Mini-Mental State Examination to detect poststroke cognitive impairment?”, *Stroke*, (42), pp.1712-1716.
 7. Ivan CS et al (2004), “Dementia After Stroke: The Framingham Study”, *Stroke*, (35), pp.1264-1269.
 8. Nasreddine Z (2010), “Montreal Cognitive Assessment (MoCA) administration and scoring instructions”, MoCA Version August 18.
 9. Pendlebury ST et al (2010), “Underestimation of cognitive impairment by Mini-Mental State Examination versus the Montreal Cognitive Assessment in patients with transient ischemic attack and stroke”, *Stroke*, (41), pp.1290-1293.
 10. Pohjasvaara T et al (2000), “Comparison of Different Clinical Criteria (DSM-III, ADDTC, ICD-10, NINDS-AIREN, DSM-IV) for the Diagnosis of Vascular Dementia”, *Stroke*, (31), pp.2952-2957.
 11. Nguyễn Văn Quý, Vũ Anh Nhị (2010), “Khảo sát vai trò của moca test trong tầm soát suy giảm nhận thức do mạch máu ở bệnh nhân sau đột quỵ cấp”, Đề tài nghiên cứu khoa học, Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
 12. Sivakumar L et al (2014), “Serial Montreal Cognitive Assessments Demonstrate Reversible Cognitive Impairment in Patients With Acute Transient Ischemic Attack and Minor Stroke”, *Stroke*, (45), pp.1709-1715.
 13. Trần Công Thắng (2011), “Giá trị của thang điểm mini - cog trong tầm soát sa sút trí tuệ”, *Tạp san Nghiên cứu Y học Tập 15*, (2), tr.83-85.
 14. Lê Nguyễn Nhựt Tín, Vũ Anh Nhị, Phạm Văn Ý (2006), “Tần suất và yếu tố nguy cơ của sa sút trí tuệ sau đột quỵ: khảo sát tiền cứu 218 bệnh nhân tại khoa thần kinh bệnh viện chợ rẫy”, *Tạp san Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 12, (1), tr.3-6.
 15. Togliola J et al (2011), “The Mini-Mental State Examination and Montreal Cognitive Assessment in Persons With mild subacute stroke: Relationship to functional outcome”, *Arch Phys Med Rehabil*, pp.792-798.
 16. Nguyễn Thanh Vân, Phạm Thắng, Lê Quang Cường, Tạ Thành Văn (2009), “Sa sút trí tuệ sau nhồi máu và một số yếu tố nguy cơ”, *Y Học Thực Hành*, (1), tr.641-642.