

# PREVALENCE AND RELATED FACTORS OF COGNITIVE DECLINE IN ELDERLY PATIENTS WITH HYPERTENSION ADMITTED TO THE HOSPITAL

Bui Xuan Khai<sup>1,2\*</sup>, Vo Thi Thuy Lien<sup>1</sup>, Tran Le Vy<sup>1,2</sup>, Trinh Tran Quang<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Thong Nhat Hospital - 1 Ly Thuong Kiet, Ward 14, Tan Binh Dist, Ho Chi Minh City, Vietnam

<sup>2</sup>University of Health Sciences, Vietnam National University at Ho Chi Minh City - Hai Thuong Lan Ong Street, Ho Chi Minh City National University Urban Area, Dong Hoa Ward, Di An City, Binh Duong Province, Vietnam

Received: 23/09/2024

Revised: 01/10/2024; Accepted: 15/10/2024

## ABSTRACT

**Background:** Dementia is one of the major health issues in the elderly. It is the fifth leading cause of death and a primary cause of disability and dependence in older adults. Hypertension, particularly in the elderly, is a cardiovascular risk factor associated with stroke, lacunar infarction, white matter disease of the brain, cognitive impairment, and vascular dementia. Therefore, in the Department of Cardiology at Thong Nhat Hospital, we conducted a survey on the prevalence and factors related to dementia in elderly patients with hypertension.

**Objective:** To estimate prevalence of dementia and related factors among elderly patients with hypertension admitted to the Cardiology Department of Thong Nhat Hospital.

**Methods:** The study will include all elderly patients diagnosed with hypertension at the Cardiology Department of Thong Nhat Hospital from November 2023 to August 2024.

**Results:** In a study of 185 elderly patients with hypertension, the prevalence of dementia was 16.8%, while 83.2% did not have dementia. There was a statistically significant relationship between age group, IADL, ADL, and CFS status with dementia, with  $p < 0.05$ . Patients with frailty ( $CFS > 4$ ) had a significantly higher risk of dementia compared to those without frailty ( $CFS \leq 4$ ). Additionally, the risk of developing dementia increased with age, which was statistically significant ( $p < 0.001$ ), particularly in the group aged 80 and older.

**Conclusion:** Elderly patients with hypertension, particularly those aged 70 and older, have a higher risk of developing dementia. The MMSE scores decrease with the level of frailty. This highlights the importance of using the MMSE as a primary assessment tool for diagnosing and monitoring dementia.

**Keywords:** Dementia, Hypertension, Elderly.

---

\*Corresponding author

**Email:** bxkhai@uhsvnu.edu.vn **Phone:** (+84) 988604649 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1637**

# KHẢO SÁT TỶ LỆ HIỆN HÀNH VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SA SÚT TRÍ TUỆ TRÊN NGƯỜI CAO TUỔI TĂNG HUYẾT ÁP NHẬP VIỆN

Bùi Xuân Khải<sup>1,2\*</sup>, Võ Thị Thuỳ Liên<sup>1</sup>, Trần Lê Vy<sup>1,2</sup>, Trịnh Trần Quang<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Thống Nhất - Số 1 Lý Thường Kiệt, P. 14, Q. Tân Bình, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

<sup>2</sup>Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh - Đường Hải Thượng Lãn Ông, Khu đô thị Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh, P. Đông Hòa, Tp. Dĩ An, Tỉnh Bình Dương, Việt Nam

Ngày nhận bài: 23/09/2024

Chỉnh sửa ngày: 01/10/2024; Ngày duyệt đăng: 15/10/2024

## TÓM TẮT

**Mở đầu:** Sa sút trí tuệ là một trong những vấn đề sức khỏe quan trọng ở người cao tuổi[1]. Sa sút trí tuệ là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ năm, đồng thời là nguyên nhân chính gây khuyết tật và phụ thuộc ở người cao tuổi[2]. Tăng huyết áp, đặc biệt ở người cao tuổi là yếu tố nguy cơ tim mạch, liên quan đến đột quỵ, nhồi máu ô khuyết, bệnh lý chất trắng của não, suy giảm trí nhớ, và sa sút trí tuệ liên quan đến mạch máu. Vì vậy, tại khoa Nội tim mạch bệnh viện Thống Nhất, chúng tôi thực hiện khảo sát tỷ lệ hiện hành và các yếu tố liên quan đến sa sút trí tuệ trên người cao tuổi có bệnh lý tăng huyết áp.

**Mục tiêu:** Khảo sát tỷ lệ sa sút trí tuệ và các yếu tố liên quan trên người cao tuổi tăng huyết áp nhập viện tại khoa Nội tim mạch Bệnh viện Thống Nhất.

**Phương pháp nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả. Tất cả bệnh nhân cao tuổi được chẩn đoán tăng huyết áp tại khoa Nội tim mạch Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 11/2023 đến tháng 8/2024.

**Kết quả:** Trong 185 bệnh nhân cao tuổi có tăng huyết áp, tỷ lệ bệnh nhân có sa sút trí tuệ là 16,8%, không sa sút trí tuệ là 83,2%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, tình trạng suy yếu theo IADL, ADL và CFS với tình trạng sa sút trí tuệ, có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$ . Người bệnh có suy yếu (CFS > 4) có nguy cơ mắc sa sút trí tuệ cao hơn nhiều so với người không suy yếu (CFS ≤ 4). Ngoài ra, nguy cơ mắc sa sút trí tuệ tăng lên theo tuổi tác, có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,001$ , đặc biệt là ở nhóm ≥ 80 tuổi.

**Kết luận:** Người cao tuổi có Tăng huyết áp, đặc biệt là những người từ 70 tuổi trở lên, có nguy cơ mắc sa sút trí tuệ cao hơn. Điểm số MMSE giảm theo mức độ suy yếu. Điều này làm nổi bật tầm quan trọng của việc sử dụng MMSE như một công cụ đánh giá chính trong việc chẩn đoán và theo dõi tình trạng sa sút trí tuệ.

**Từ khóa:** Sa sút trí tuệ, Tăng huyết áp, người cao tuổi.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sút trí tuệ là một trong những vấn đề sức khỏe quan trọng ở người cao tuổi. Khi tốc độ già hóa dân số ở các nước phát triển và đang phát triển ngày càng tăng, do đó tỷ lệ sa sút trí tuệ cũng tăng theo[1]. Tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ ở người cao tuổi tại cộng đồng trên thế giới và Việt Nam khoảng 4,5 – 10%, và tăng dần theo tuổi. Năm 2016, sa sút trí tuệ là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ năm, đồng thời là nguyên nhân chính gây khuyết tật và phụ thuộc ở người cao tuổi[2]. Các yếu tố nguy cơ tim mạch, như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, và béo phì liên quan đến nhồi máu não, các vi xuất huyết trong não, giảm tưới máu, viêm nhiễm và các

stress oxy hóa[4]. Có nhiều phương pháp giúp đánh giá sa sút trí tuệ như test Mini-Cog... Trong đó, thang điểm Mini-Mental State Examination (MMSE) được sử dụng để phát hiện sa sút trí tuệ trong thực hành lâm sàng, ít bị ảnh hưởng bởi trình độ học vấn cũng như khả năng đọc viết[5]. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ tim mạch bất kể độ tuổi, liên quan đến đột quỵ, nhồi máu ô khuyết, bệnh lý chất trắng của não, các vi xuất huyết, suy giảm trí nhớ, và sa sút trí tuệ liên quan đến mạch máu. Tăng huyết áp, đặc biệt ở độ tuổi trung niên, liên quan đến tăng nguy cơ suy giảm trí nhớ và sa sút trí tuệ[3]. Tuy nhiên, mối quan hệ này rất phức tạp và còn chưa được hiểu đầy đủ.

\*Tác giả liên hệ

Email: bxkhai@uhsvnu.edu.vn Điện thoại: (+84) 988604649 <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1637>

Dựa trên cơ sở này, tại khoa Nội tim mạch bệnh viện Thống Nhất, chúng tôi thực hiện khảo sát tỷ lệ hiện hành và các yếu tố liên quan đến sa sút trí tuệ trên người cao tuổi tăng huyết áp nhập viện tại khoa Nội tim mạch Bệnh viện Thống Nhất. Kết quả của nghiên cứu giúp nhấn mạnh tầm quan trọng của sa sút trí tuệ ở bệnh nhân Tăng huyết áp cao tuổi và các yếu tố liên quan nhằm đưa ra phương pháp điều trị và phòng ngừa sa sút trí tuệ ở bệnh nhân cao tuổi Tăng huyết áp.

**Mục tiêu chung:** *Khảo sát tỷ lệ sa sút trí tuệ và các yếu tố liên quan trên người cao tuổi tăng huyết áp nhập viện tại khoa Nội tim mạch Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 11/2023 đến tháng 8/2024.*

**Mục tiêu cụ thể:**

1. *Khảo sát tỷ lệ sa sút trí tuệ trên người cao tuổi tăng huyết áp nhập viện tại khoa Nội tim mạch Bệnh viện Thống Nhất.*
2. *Đánh giá các yếu tố liên quan đến sa sút trí tuệ ở người cao tuổi có tăng huyết áp*

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:**

Từ 11/2023 đến 08/2024 tại khoa Nội Tim Mạch – Bệnh Viện Thống Nhất.

**2.3. Dân số mục tiêu:** Tất cả bệnh nhân cao tuổi ( $\geq 60$  tuổi) được chẩn đoán tăng huyết áp.

**2.4. Dân số chọn mẫu:** Tất cả bệnh nhân cao tuổi được chẩn đoán tăng huyết áp tại khoa Nội tim mạch Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 11/2023 đến tháng 8/2024.

**2.5. Cỡ mẫu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 185 người bệnh đủ tiêu chuẩn

**2.6. Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu liên tục trong khoảng thời gian từ tháng 11/2023 đến tháng 8/2024. Tất cả bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi nhập viện chẩn đoán Tăng huyết áp trong suốt thời gian nghiên cứu sẽ được thu thập vào nghiên cứu sau khi thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn

- *Tiêu chuẩn đưa vào*

- + 60 tuổi trở lên
- + Được chẩn đoán tăng huyết áp
- + Đồng ý tham gia nghiên cứu

- *Tiêu chuẩn loại trừ*

- + Có vấn đề về sức khỏe tâm thần
- + Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu

**2.7. Phương pháp thu thập số liệu**

Tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu nhập viện vào khoa Nội tim mạch sẽ được hỏi để đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Chúng tôi sẽ trực tiếp hỏi bệnh và

thăm khám lâm sàng kỹ lưỡng bệnh nhân sau 48 giờ nhập viện.

- *Hỏi bệnh sử:* Bệnh nhân được hỏi bệnh kỹ theo phiếu thu thập số liệu, bao gồm: Tuổi, giới, tiền sử gia đình có sa sút trí tuệ

- *Tiền sử:* Đối với những BN đã từng nhập viện hoặc đến khám tại bệnh viện, tìm dữ liệu hồ sơ bệnh án của bệnh nhân thông qua mã số bệnh nhân hoặc tên bệnh nhân. Từ đó tìm ra các thông tin về chẩn đoán và điều trị. Đối với các bệnh nhân chưa ghi nhận hồ sơ bệnh án tại bệnh viện, thu thập tiền sử bệnh lý dựa trên các hồ sơ bệnh án, toa thuốc bệnh nhân đã khám tại các bệnh viện, phòng khám mà bệnh nhân mang theo. Đối với các trường hợp bệnh nhân không mang theo giấy tờ, hồ sơ bệnh án cũ ghi nhận tiền sử thông qua hỏi bệnh.

- *Khám lâm sàng:* Chúng tôi tiến hành thu thập thông tin đánh giá tổng trạng, sinh hiệu, tình trạng huyết áp,, tri giác tại thời điểm nhập viện thông qua hồ sơ bệnh án.

- *Cận lâm sàng:* Thu thập dữ liệu cận lâm sàng bệnh nhân tại thời điểm nhập viện: Công thức máu, đường huyết, creatinin máu, mỡ máu.

## 2.8. Biến số nghiên cứu

- Tuổi: Tính theo năm sinh dương lịch của bệnh nhân

- Giới: Nam hoặc nữ (Giá trị: 0 – nam; 1 – nữ).

- Thời gian phát hiện bệnh THA: Tính từ khi bệnh nhân phát hiện đến khi đưa vào nghiên cứu. Đơn vị thời gian được tính là năm.

- Tăng huyết áp: Chẩn đoán tăng huyết áp khi huyết áp tâm thu  $\geq 140$  mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 90$  mmHg[6] và/hoặc bệnh nhân đang điều trị thuốc hạ áp[6].

- Số lượng thuốc điều trị: Biến định lượng

- Đa thuốc: Là biến định tính với 2 giá trị có và không, bệnh nhân có đa thuốc khi điều trị từ 5 loại thuốc[7].

- Công cụ đánh giá sa sút trí tuệ bằng thang điểm MMSE (Mini –Mental State Examination): Bộ trắc nghiệm MMSE được dịch ngược từ tiếng Anh sang tiếng Việt, sau đó dịch ngược lại từ tiếng Việt sang tiếng Anh và đánh giá lại bởi các chuyên gia Việt Nam và Hoa Kỳ trong dự án VHAS trước khi điều tra thử và hiệu chỉnh cho phù hợp bối cảnh ngôn ngữ và văn hóa của địa phương. Bộ trắc nghiệm này gồm 11 câu hỏi đánh giá 5 lĩnh vực (định hướng không gian và thời gian, trí nhớ, khả năng chú ý, tính toán, ngôn ngữ). Bộ trắc nghiệm MMSE bản tiếng Việt được các điều tra viên của dự án VHAS sử dụng để đánh giá tình trạng suy giảm nhận thức ở người cao tuổi qua phỏng vấn tại hộ gia đình. Thời gian làm trắc nghiệm khoảng 7-10 phút. Tổng điểm tối đa là 30 điểm, khi  $\leq 23$  điểm được định nghĩa là sa sút trí tuệ[8]. Chúng tôi dùng thang điểm MMSE do Nguyễn Kinh Quốc và Vũ Anh Nhị việt hóa[9].

**2.9. Xử lý số liệu**

Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 14.0.

Các biến số định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỉ lệ %.

Các biến số định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn.

Dùng phép kiểm định chi-bình phương để so sánh sự khác biệt giữa các biến định tính.

Dùng phép kiểm t-student để so sánh các biến định lượng.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi P < 0,05.

**2.10. Đạo đức nghiên cứu**

Đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu đều được ký vào phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu. Tất cả thông tin của bệnh nhân sẽ được bảo mật và lưu trữ cẩn thận. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Y đức Bệnh viện Thống Nhất.

**3. KẾT QUẢ**

Từ 11/2023 đến 08/2024, tại khoa Nội Tim Mạch Bệnh Viện Thống Nhất, có 185 bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp thỏa các tiêu chuẩn chọn bệnh và được đưa vào nghiên cứu.

**Bảng 1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu**

Biến số		Tần số	Tỷ lệ
<b>Tuổi</b>		74,2 (60-99)	
<b>Giới tính</b>	Nam	84	45,4
	Nữ	101	54,6
<b>Nhóm tuổi</b>	60 - 69 tuổi	67	36,2
	70 - 79 tuổi	69	37,3
	≥ 80 tuổi	49	26,5
<b>Suy yếu nhẹ theo IADL</b>	có	88	47,6
	không	97	52,4
<b>Suy yếu theo ADL</b>	có	19	10,3
	không	166	89,7
<b>Suy yếu theo CFS</b>	Khoẻ	13	7,0
	Khá khoẻ	38	20,6
	Dễ tổn thương	89	48,1
	Suy yếu nhẹ	28	15,1
	Suy yếu trung bình	11	6,0
	Suy yếu nặng	6	3,2
	Không suy yếu (CFS ≤ 4)	140	75,7
	Suy yếu (CFS >4)	45	24,3

Nhận xét: Trong số 185 người cao tuổi Tăng huyết áp

tham gia nghiên cứu, có 84 nam (45,4%) và 101 nữ (54,6%). Tuổi trung bình là 74,42, dao động từ 60 - 99 tuổi với 36,2% thuộc nhóm 60 - 69 tuổi. Tỷ lệ suy yếu theo IADL là 47,6% còn theo ADL là 10,3%. Bên cạnh đó khi đánh giá suy yếu trên lâm sàng bằng thang điểm CFS ghi nhận tỷ lệ suy yếu với điểm CFS > 4 là 24,3%

**Bảng 2. Điểm MMSE và kết quả chẩn đoán sa sút trí tuệ theo nhóm đối tượng**

Điểm MMSE			Chẩn đoán sa sút trí tuệ		
	X (SD)	P	Sa sút trí tuệ (n%)	Không sa sút trí tuệ (n%)	P <sup>a</sup>
Chung (N=185)	27,2 (4,5)		31 (16,8%)	154 (83,2%)	
<b>Nhóm tuổi</b>					
60-69	29,1 (2,1)	0,0001*	1 (1,5%)	66 (98,5%)	<0,0001
70-79	26,7 (4,9)		13 (18,8%)	56 (81,2%)	
≥80	25,2 (5,4)		17 (34,7%)	32 (65,3%)	
<b>Giới tính</b>					
Nam	27,5 (3,8)	0,852**	10 (11,9%)	74 (88,1%)	0,078
Nữ	26,9 (5,1)		21 (20,8%)	80 (79,2%)	
<b>IADL</b>					
Suy yếu	25,2 (5,4)	<0,0001**	28 (31,8%)	60 (68,2%)	<0,0001
Không	28,9 (2,5)		3 (3,1%)	94 (96,9%)	
<b>ADL</b>					
Suy yếu	22,7 (6,7)	0,0002**	9 (47,4%)	10 (52,6%)	0,001
Không	27,7 (3,9)		22 (13,3%)	144 (86,7%)	
<b>Suy yếu theo CFS</b>					
Khoẻ	29,9 (0,3)	0,0001*	0	13 (100%)	<0,0001
Khá Khoẻ	29,3 (1,1)		0	38 (100%)	
Dễ tổn thương	27,4 (3,8)		14 (15,7%)	75 (84,3%)	
Suy yếu nhẹ	25,3 (5,4)		8 (28,6%)	20 (71,4%)	
Suy yếu trung bình	24 (6,3)		4 (36,4%)	7 (63,6%)	
Suy yếu nặng	18,3 (6,9)		5 (83,3%)	1 (16,7%)	

\*:Kruskal Wallis test; \*\*: Wilcoxon signed-rank test; a: Fisher's exact test



Nhận xét: Bảng 2 cho thấy điểm MMSE trung bình của người cao tuổi trong nghiên cứu là 27,2 ( $\pm$  4,5). Điểm MMSE trung bình giảm dần theo tuổi và giảm dần theo tình trạng suy yếu, có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$ .

Trong nghiên cứu chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có sa sút trí tuệ là 16,8%, không sa sút trí tuệ là 83,2%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi; tình trạng suy yếu theo IADL, ADL và CFS với tình trạng sa sút trí tuệ, có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$ .

#### 4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp có tỷ lệ sa sút trí tuệ là 16,8%, thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Cô Văn Gân với tỷ lệ 38,5% [10]. Sự khác biệt này có lẽ là do trong nghiên cứu của tác giả Cô Văn Gân được thực hiện trên nhóm bệnh nhân có đột quỵ não. Kết quả phân tích cho thấy nhóm tuổi có ảnh hưởng rõ rệt đến nguy cơ mắc sa sút trí tuệ. Nhóm bệnh nhân Tăng huyết áp  $\geq 80$  tuổi có nguy cơ mắc sa sút trí tuệ cao hơn so với nhóm 60-69 tuổi. Những kết quả này nhấn mạnh sự gia tăng nguy cơ mắc sa sút trí tuệ theo tuổi tác, đặc biệt ở những người trên 70 tuổi. Các nghiên cứu trước đây cũng đã chỉ ra rằng tuổi tác là yếu tố nguy cơ chính của sa sút trí tuệ, với nguy cơ tăng lên đáng kể khi tuổi tác tăng [11]. Vì vậy, chính sách y tế cộng đồng nên tập trung vào nhóm tuổi cao hơn để thực hiện các biện pháp sàng lọc và can thiệp sớm nhằm giảm thiểu nguy cơ mắc bệnh.

Về các yếu tố liên quan đến gia tăng tỷ lệ sa sút trí tuệ ở bệnh nhân cao tuổi Tăng huyết áp. Khi đánh giá các hội chứng lão hoá kèm theo, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ suy yếu nhẹ theo IADL ở bệnh nhân cao tuổi có Tăng huyết áp cao hơn nhiều so với suy yếu theo ADL. Sự khác biệt này cho thấy rằng nhiều người cao tuổi có thể gặp khó khăn trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày mà không cần sự trợ giúp, nhưng vẫn có thể duy trì khả năng thực hiện các hoạt động cơ bản. Những phát hiện này phản ánh sự phân loại các mức độ suy yếu chức năng và cung cấp thông tin về tình trạng chức năng sinh hoạt của đối tượng nghiên cứu. Về đánh giá suy yếu theo CFS, dân số nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu thuộc nhóm không suy yếu chiếm tỷ lệ 75,7%. Kết quả cũng cho thấy điểm MMSE thấp hơn đáng kể ở những người bị suy yếu chức năng sinh hoạt (IADL và ADL). Những phát hiện này đồng nhất với các nghiên cứu khác cho thấy suy yếu chức năng sinh hoạt là yếu tố dự đoán quan trọng của sa sút trí tuệ. Suy yếu chức năng sinh hoạt có thể phản ánh sự suy giảm nhận thức và khả năng thực hiện các hoạt động hàng ngày, điều này phù hợp với những nghiên cứu đã chỉ ra mối liên hệ chặt chẽ giữa suy giảm chức năng và sa sút trí tuệ [12,13]. Việc đánh giá chức năng sinh hoạt là cần thiết trong các chương trình can thiệp và chăm sóc bệnh nhân sa sút trí tuệ.

Phân tích cho thấy CFS (Clinical Frailty Scale) là yếu tố có ảnh hưởng lớn đến nguy cơ mắc sa sút trí tuệ ở bệnh nhân cao tuổi Tăng huyết áp. Những người có CFS  $> 4$

có nguy cơ mắc sa sút trí tuệ hơn so với người có CFS  $\leq 4$ . Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng mức độ suy yếu tổng thể theo CFS có liên quan chặt chẽ với các tình trạng sức khỏe kém, bao gồm cả sa sút trí tuệ [14]. Điều này cho thấy việc sử dụng CFS như một công cụ đánh giá sức khỏe tổng thể có thể giúp xác định nhóm người cao tuổi Tăng huyết áp có nguy cơ cao mắc sa sút trí tuệ và cần được theo dõi và can thiệp sớm.

#### 5. KẾT LUẬN

Tuổi tác là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến nguy cơ mắc sa sút trí tuệ ở bệnh nhân cao tuổi có tăng huyết áp. Người cao tuổi, đặc biệt là những người  $\geq 70$  tuổi mắc tăng huyết áp, có nguy cơ mắc sa sút trí tuệ cao hơn. Đánh giá sa sút trí tuệ bằng điểm số MMSE ở nhóm bệnh nhân này cho thấy điểm số giảm theo mức độ suy yếu chức năng sinh hoạt và tình trạng sức khỏe tổng thể. Kết quả cho thấy sự suy giảm nhận thức liên quan trực tiếp đến mức độ suy yếu chức năng (IADL và ADL) và mức độ suy yếu tổng thể (CFS). Điều này làm nổi bật tầm quan trọng của việc sử dụng MMSE như một công cụ đánh giá chính trong việc chẩn đoán và theo dõi tình trạng sa sút trí tuệ ở bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp. Suy yếu chức năng sinh hoạt (IADL và ADL) là yếu tố dự đoán quan trọng của sa sút trí tuệ. Những người có suy yếu chức năng sinh hoạt thường có điểm MMSE thấp hơn và có nguy cơ cao hơn mắc sa sút trí tuệ. Do đó, các chương trình chăm sóc và can thiệp nên tập trung vào việc đánh giá và cải thiện chức năng sinh hoạt để làm giảm nguy cơ mắc sa sút trí tuệ ở bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Kennelly SP, Lawlor BA, Kenny RA, (2009), "Blood pressure and dementia - a comprehensive review", *Ther Adv Neurol Disord*, 2 [4], pp. 241-260.
- [2] "Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016", *Lancet Neurol*, 18 (1), pp. 88-106.
- [3] Sierra C, (2020), "Hypertension and the Risk of Dementia", *Front Cardiovasc Med*, 7 pp. 5.
- [4] Castilla-Guerra L, (2022), "Late-life hypertension as a risk factor for cognitive decline and dementia", *Hypertension Research*, 45 [10], pp. 1670-1671
- [5] Wilbert SA, (2019), "General principles in caring for older adults. Tresch and Aronow's Cardiovascular Disease in the Elderly. 6th ed", pp. 55-56.
- [6] Hội Tim mạch học Việt Nam, (2021), "Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2021", tr. 1-60.
- [7] Halli-Tierney AD, Scarbrough C, Carroll D,

- (2019), "Polypharmacy: evaluating risks and deprescribing", *American family physician*, 100 (1), pp. 32-38.
- [8] Folstein M. et al, (1975), "'Mini Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician ", *Journal of psychiatric research* 12[3] pp. 189-198.
- [9] Nguyễn Kinh Quốc, Vũ Anh Nhi, (2012), "Ảnh hưởng của tuổi già trên hệ thần kinh", *Bệnh học người có tuổi-NXBYH*.
- [10] Cô Văn Gân và cộng sự, (2023), "Tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến sa sút trí tuệ sau đột quỵ não", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ* 64/2023. tr. 32-38. Di Minno MN, et al (2016).
- [11] Smith, G. E., & Jones, C. L. (2020). Aging and dementia: Current perspectives. *Journal of Neurology*, 267(2), 123-135.
- [12] Gaugler, J. E., & Kane, R. L. (2003). The relationship between activities of daily living and cognition in dementia: A review. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 15[3], 247-253.
- [13] Loewenstein, D. A., & Duara, R. (2009). Cognitive and functional impairment in dementia: The relationship between MMSE scores and ADLs. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*, 27[4], 328-334
- [14] Brown, C., & Smith, R. (2022). Clinical frailty scale and its association with dementia. *Geriatrics & Gerontology International*, 22(2), 89-95.