

COGNITIVE IMPAIRMENT AMONG THE ELDERLY IN DA NANG CITY

Nguyen Trong Thien¹, Nguyen Tan Dung^{1*}, Nguyen Thi Ngoc Linh¹, Truong Van Dung¹, Nguyen Thi Thuy Anh¹, Cao Chi Hieu¹, Ngo Huu Thuan¹, Nguyen Hoai Trung¹, Phan Thi Hai Van¹, Tran Xuan Trinh¹, Bui Van Nhieu²

¹*Da Nang C Hospital - 122 Hai Phong, Hai Chau ward, Da Nang city, Vietnam*

²*Ha Noi University Of Public Health - 1A Duc Thang, Dong Ngac ward, Hanoi, Vietnam*

Received: 27/03/2026

Revised: 20/05/2026; Accepted: 18/06/2026

ABSTRACT

Objectives: This study aimed to determine the prevalence of cognitive impairment and its associated factors among the elderly in Da Nang city.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 846 individuals aged ≥ 60 years, selected through multistage random sampling in 18 communes/wards. Cognitive impairment was assessed using the MMSE, standardized for use in Vietnam.

Results: The overall prevalence of cognitive impairment was 20.6%. Prevalence increased with age: 12.8% (60-65 years), 22.3% (65-70 years), and 32.5% (> 70 years), $p < 0.05$. Cognitive impairment prevalence decreased significantly with higher education levels: 27.6% (primary school), 23.5% (lower secondary), 18.1% (upper secondary), and 12.1% (above high school), $p < 0.05$. No statistically significant differences were found by gender or economic status.

Conclusions: Cognitive impairment is common among the elderly in Da Nang and is influenced by age and educational level. These findings highlight the need for community-based screening and early intervention programs to detect and prevent cognitive impairment.

Keywords: Cognitive impairment, elderly, MMSE, Da Nang.

*Corresponding author

Email: nguyentandungbvc@gmail.com Phone: (+84) 905102308 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5530

THỰC TRẠNG SUY GIẢM NHẬN THỨC Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

Nguyễn Trọng Thiện¹, Nguyễn Tấn Dũng^{1*}, Nguyễn Thị Ngọc Linh¹, Trương Văn Dũng¹, Nguyễn Thị Thùy Anh¹, Cao Chí Hiếu¹, Ngô Hữu Thuận¹, Nguyễn Hoài Trung¹, Phan Thị Hải Vân¹, Trần Xuân Trình¹, Bùi Văn Nhiều²

¹Bệnh viện C Đà Nẵng - 122 Hải Phòng, phường Hải Châu, thành phố Đà Nẵng, Việt Nam

²Trường Đại học Y tế công cộng - 1A Đức Thắng, phường Đông Ngạc, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 27/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 20/05/2026; Ngày duyệt đăng: 18/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ suy giảm nhận thức và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại thành phố Đà Nẵng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang trên 846 người ≥ 60 tuổi được chọn ngẫu nhiên nhiều giai đoạn tại 18 xã/phường. Suy giảm nhận thức được đánh giá bằng thang MMSE đã chuẩn hóa tại Việt Nam.

Kết quả: Tỷ lệ suy giảm nhận thức chung là 20,6%. Suy giảm nhận thức tăng dần theo tuổi: 12,8% (60-65 tuổi), 22,3% (65-70 tuổi), và 32,5% (> 70 tuổi), $p < 0,05$. Suy giảm nhận thức giảm rõ rệt ở nhóm có học vấn cao: 27,6% (tiểu học), 23,5% (trung học cơ sở), 18,1% (trung học phổ thông), 12,1% (trên trung học phổ thông), $p < 0,05$. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo giới tính và tình trạng kinh tế.

Kết luận: Suy giảm nhận thức ở người cao tuổi tại Đà Nẵng chiếm tỷ lệ cao, chịu ảnh hưởng bởi tuổi và trình độ học vấn. Kết quả nghiên cứu gợi ý cần triển khai các chương trình sàng lọc và can thiệp cộng đồng để phát hiện sớm và phòng ngừa suy giảm nhận thức.

Từ khóa: Suy giảm nhận thức, người cao tuổi, MMSE, Đà Nẵng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy giảm nhận thức, bao gồm cả suy giảm nhận thức nhẹ và sa sút trí tuệ, hiện được xem là một trong những vấn đề y tế công cộng quan trọng nhất toàn cầu [1-2]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, năm 2021 có khoảng 55 triệu người sống chung với sa sút trí tuệ, và mỗi năm có thêm gần 10 triệu trường hợp mới [1]. Báo cáo của Alzheimer's Association năm 2023 cho thấy tỷ lệ này tiếp tục gia tăng nhanh chóng, đặc biệt tại các quốc gia có dân số già hóa [10].

Tuổi cao là yếu tố nguy cơ mạnh nhất của suy giảm nhận thức (SGNT). Nhiều nghiên cứu đã khẳng định rằng tỷ lệ SGNT tăng gấp đôi sau mỗi 5 năm tuổi kể từ mốc tuổi 60 [2-3]. Bên cạnh đó, trình độ học vấn và dự trữ nhận thức có vai trò bảo vệ quan trọng, giúp trì hoãn khởi phát triệu chứng và làm giảm nguy cơ sa sút trí tuệ [4-5].

Tại Việt Nam, dân số đang bước vào giai đoạn già hóa nhanh, tỷ lệ người ≥ 60 tuổi tăng nhanh qua từng năm. Một số nghiên cứu trong nước cho thấy tỷ lệ SGNT dao động từ 5-10%, song còn khác biệt tùy địa bàn, công cụ đánh giá và đối tượng nghiên cứu [7-9]. Các nghiên cứu này đồng thời chỉ ra vai trò của học vấn và các yếu tố xã hội trong nguy cơ SGNT, phù hợp với xu hướng y văn quốc tế.

Thành phố Đà Nẵng là trung tâm kinh tế - xã hội lớn ở miền Trung, có tốc độ già hóa dân số nhanh, nhưng đến

nay chưa có nhiều nghiên cứu hệ thống về SGNT tại cộng đồng. Trong bối cảnh đó, việc khảo sát thực trạng SGNT và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi là cần thiết để cung cấp bằng chứng khoa học, định hướng chính sách và can thiệp y tế. Mục tiêu nghiên cứu này là xác định tỷ lệ SGNT ở người cao tuổi tại thành phố Đà Nẵng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi (≥ 60 tuổi) đang sinh sống tại thành phố Đà Nẵng trong năm 2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: người ≥ 60 tuổi, có hộ khẩu hoặc cư trú thực tế tại địa bàn, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: người khiếm thị, khiếm thính nặng, mắc bệnh cấp tính nặng hoặc không đủ khả năng hợp tác để làm bài kiểm tra MMSE (mini-mental state examination), hoặc vắng mặt trong thời gian thu thập số liệu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 5-6 năm 2024 tại 18 xã/phường, được chọn ngẫu nhiên từ tổng số 56 xã/phường thuộc thành phố Đà Nẵng.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyentandungbvc@gmail.com Điện thoại: (+84) 905102308 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5530

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, mô tả và phân tích. Đây là phương pháp thường được áp dụng trong các nghiên cứu dịch tễ học cộng đồng nhằm xác định tỷ lệ hiện mắc và phân tích các yếu tố liên quan tại một thời điểm [5].

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu; Z là độ tin cậy đòi hỏi, với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; p là tỷ lệ hiện mắc, do chưa có nghiên cứu nào trước đó tại thành phố Đà Nẵng và để cỡ mẫu lớn nhất đại diện cho quần thể người cao tuổi, chúng tôi chọn p = 50% tương ứng với p = 0,5; d là mức sai lệch mong muốn cho phép hay là sự khác biệt giữa tỷ lệ p thu được trên mẫu và tỷ lệ p thật trong quần thể, chọn d = 0,05. Hệ số thiết kế DE = 2.

Cỡ mẫu tối thiểu tính được là n = 769, cộng với 10% cỡ mẫu để dự trù mất mẫu nên cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là n = 846.

- Chọn mẫu ngẫu nhiên nhiều giai đoạn:

Bước 1: Chọn ngẫu nhiên 18 xã/phường (khoảng 30% tổng số xã/phường thuộc thành phố Đà Nẵng).

Bước 2: Lập danh sách người cao tuổi từ các trạm y tế xã/phường.

Bước 3: Chọn ngẫu nhiên các cá thể theo tỷ lệ thuận với quy mô từng xã/phường.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Biến phụ thuộc: SGNT (có/không) đánh giá bằng thang MMSE [6-7].

- Biến độc lập: tuổi, giới tính, trình độ học vấn, tình trạng kinh tế hộ gia đình.

2.6. Công cụ thu thập số liệu

Thang MMSE là công cụ phổ biến nhất trong sàng lọc SGNT, được Folstein M.F và cộng sự phát triển từ năm 1975 [6]. Thang MMSE đã được chuẩn hóa tại Việt Nam và chứng minh có độ tin cậy phù hợp trong cộng đồng người cao tuổi [7].

Bộ câu hỏi nhân khẩu học gồm các thông tin về tuổi, giới, trình độ học vấn, tình trạng kinh tế.

2.7. Quy trình thu thập số liệu

Các điều tra viên được tập huấn về cách phỏng vấn, cách chấm điểm MMSE và kỹ năng giao tiếp với người cao tuổi. Người tham gia được mời đến trạm y tế hoặc khảo sát tại nhà. Phiếu khảo sát được kiểm tra và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, sau đó chuyển sang phần mềm SPSS 20.0 để phân tích.

2.8. Phân tích số liệu

- Thống kê mô tả: tính tỷ lệ phần trăm (%), trung bình và độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$).

- So sánh tỷ lệ: kiểm định Chi-square để đánh giá mối liên quan giữa SGNT và các biến độc lập.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức và Ban Giám đốc Bệnh viện C Đà Nẵng, số 135/HDDD-BVC ngày 29/1/2024.

Người tham gia được giải thích mục tiêu nghiên cứu, có quyền từ chối hoặc rút lui bất kỳ lúc nào.

Thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

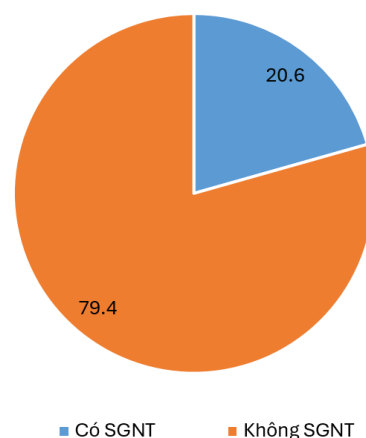
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học (n = 846)

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	338	40,0
	Nữ	508	60,0
Nhóm tuổi	60-65 tuổi	407	48,1
	66-70 tuổi	202	23,9
	> 70 tuổi	237	28,0
Học vấn	Mù chữ	0	0,0
	Tiểu học	203	24,0
	Trung học cơ sở	221	26,1
	Trung học phổ thông	248	29,3
	> Trung học phổ thông	174	20,6
Vấn đề về kinh tế	Không	787	93,0
	Có	59	7,0

Nữ chiếm 60% và nam chiếm 40%. Về tuổi, nhóm tuổi 60-65 chiếm tỷ lệ lớn nhất với 48,1%, theo sau là nhóm trên 70 tuổi với 28%, và nhóm 65-70 tuổi chiếm 23,9%. Về trình độ học vấn, dữ liệu cho thấy hầu hết mọi người trong nhóm đều có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở lên, với tỷ lệ cao nhất ở trình độ trung học phổ thông (29,3%). 93% người không gặp vấn đề về kinh tế, trong khi chỉ có 7% gặp vấn đề về kinh tế.

3.2. Tỷ lệ SGNT chung



Biểu đồ 1. Tỷ lệ SGNT chung

Tỷ lệ SGNT chiếm 20,6%.

3.3. Các yếu tố liên quan đến SGNT

Bảng 2. Phân bố SGNT và giới tính của đối tượng nghiên cứu

Giới tính	Có SGNT		Không SGNT		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Nam (n = 338)	60	17,8	278	82,2	> 0,05
Nữ (n = 508)	114	22,4	394	77,6	

Dữ liệu cho thấy tỷ lệ SGNT ở nữ giới (22,4%) cao hơn so với nam giới (17,8%), tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3. Phân bố SGNT và nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Có SGNT		Không SGNT		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
60-65 tuổi (n = 407)	52	12,8	355	87,2	< 0,05
66-70 tuổi (n = 202)	45	22,3	157	77,7	
> 70 tuổi (n = 237)	77	32,5	160	67,5	

Tỷ lệ SGNT tăng lên đáng kể theo độ tuổi: từ 12,8% ở nhóm 60-65 tuổi, tăng lên 22,3% ở nhóm 66-70 tuổi, và đạt mức cao nhất là 32,5% ở nhóm trên 70 tuổi. Với giá trị $p < 0,05$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Phân bố SGNT và học vấn của đối tượng nghiên cứu

Học vấn	Có SGNT		Không SGNT		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Mù chữ (n = 0)	0	0	0	0	< 0,05
Tiểu học (n = 203)	56	27,6	147	72,4	
Trung học cơ sở (n = 221)	52	23,5	169	76,5	
Trung học phổ thông (n = 248)	45	18,1	203	81,9	
Trên trung học phổ thông (n = 174)	21	12,1	153	87,9	

Tỷ lệ SGNT giảm dần một cách rõ rệt khi trình độ học vấn tăng lên: từ 27,6% ở nhóm tiểu học, giảm xuống 23,5% ở nhóm trung học cơ sở, 18,1% ở nhóm trung học phổ thông, và thấp nhất là 12,1% ở nhóm trên trung học phổ thông. Với giá trị $p < 0,05$, mối liên hệ này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Phân bố SGNT và kinh tế của đối tượng nghiên cứu

Kinh tế	Có SGNT		Không SGNT		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Không có vấn đề về kinh tế (n = 787)	160	20,3	627	79,7	> 0,05
Có vấn đề về kinh tế (n = 59)	14	23,7	45	76,3	

Tỷ lệ SGNT ở nhóm có vấn đề kinh tế (23,7%) cao hơn một chút so với nhóm không có vấn đề kinh tế (20,3%). Tuy nhiên, với giá trị $p > 0,05$, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ SGNT ở người cao tuổi

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ SGNT ở người cao tuổi tại thành phố Đà Nẵng là 20,6%. Con số này cao hơn so với một số nghiên cứu trong nước. Trần Thị Phương (2023) báo cáo tỷ lệ SGNT là 4,9% trong một khảo sát cộng đồng [8], trong khi nghiên cứu của Trần Viết Lực và cộng sự (2024) ghi nhận tỷ lệ SGNT ở nhóm người cao tuổi kèm suy dinh dưỡng là 16,2% [9]. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm dân số, cỡ mẫu, công cụ đánh giá, cũng như điều kiện kinh tế - xã hội khác nhau giữa các địa phương.

So sánh với quốc tế, kết quả của chúng tôi nằm trong khoảng tỷ lệ SGNT được báo cáo ở các nước đang phát triển. Báo cáo toàn cầu của Alzheimer's Disease International (2015) cho thấy tỷ lệ SGNT ở nhóm ≥ 65 tuổi dao động từ 5-20% tùy theo quốc gia [2]. Tổ chức Y tế Thế giới (2021) cũng ước tính rằng cứ 20 người ≥ 60 tuổi thì có ít nhất 1 trường hợp mắc sa sút trí tuệ hoặc SGNT [1]. Như vậy, kết quả tại Đà Nẵng phản ánh đúng xu hướng gia tăng gánh nặng SGNT khi dân số Việt Nam đang bước vào giai đoạn già hóa nhanh chóng.

4.2. Các yếu tố liên quan đến SGNT

Tuổi là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất được xác nhận trong nghiên cứu của chúng tôi: tỷ lệ SGNT tăng từ 12,8% (60-65 tuổi) lên 32,5% (> 70 tuổi), $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu dịch tễ học quốc tế. Prince M và cộng sự (2015) cho thấy tỷ lệ sa sút trí tuệ tăng gấp đôi sau mỗi 5 năm kể từ mốc 60 tuổi [2]. Petersen R.C (2011) cũng khẳng định rằng tiến trình lão hóa liên quan trực tiếp đến suy giảm trí nhớ, khả năng tập trung và tư duy [3]. Alzheimer's Association (2023) nhấn mạnh rằng tuổi cao là yếu tố không thể thay đổi, giải thích vì sao tỷ lệ bệnh lý nhận thức tập trung nhiều ở nhóm ≥ 70 tuổi [10].

Điều này gợi ý rằng các chương trình sàng lọc SGNT nên ưu tiên cho nhóm người cao tuổi nhất, đặc biệt là nhóm ≥ 70 tuổi, nhằm phát hiện sớm và có biện pháp can thiệp phù hợp.

Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ SGNT giảm dần theo mức học vấn: 27,6% (tiểu học) xuống còn 12,1% (trên trung học phổ thông), $p < 0,05$. Điều này phù hợp với giả thuyết "dự trữ nhận thức" (cognitive reserve), theo đó việc tiếp nhận giáo dục và các hoạt động trí tuệ giúp tăng cường khả năng bù trừ thần kinh, làm chậm khởi phát triệu chứng SGNT [4].

Stern Y (2012) đã chứng minh rằng những người có học vấn cao hoặc tham gia nhiều hoạt động trí tuệ ít có nguy cơ xuất hiện SGNT, ngay cả khi có bằng chứng tổn thương não tương tự nhóm ít học [4]. Livingston G và cộng sự (2020) cũng nhấn mạnh vai trò của giáo dục như một yếu tố dự phòng quan trọng trong chiến lược toàn cầu phòng chống sa sút trí tuệ [5]. Kết quả này cho thấy đầu tư vào giáo dục không chỉ có lợi trước mắt mà còn mang lại tác động lâu dài đến sức khỏe nhận thức ở tuổi già.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nữ giới có tỷ lệ SGNT cao hơn nam (22,4% so với 17,8%), song sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Điều này khác với nhiều báo cáo quốc tế, vốn cho thấy phụ nữ có nguy cơ cao hơn mắc Alzheimer và các dạng SGNT. Ví dụ, báo cáo của Alzheimer's Association (2023) ghi nhận gần 2/3 số bệnh nhân Alzheimer là nữ [10]. Nguyên nhân có thể do tuổi thọ nữ dài hơn, sự thay đổi nội tiết sau mãn kinh và một số yếu tố xã hội - tâm lý.

Việc không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa trong mẫu nghiên cứu này có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn, hoặc sự khác biệt văn hóa - xã hội ảnh hưởng đến kết quả. Do đó, cần có thêm các nghiên cứu quy mô lớn hơn để khẳng định vai trò của giới tính đối với SGNT trong bối cảnh Việt Nam.

SGNT có xu hướng cao hơn ở nhóm có khó khăn về kinh tế (23,7%) so với nhóm không khó khăn (20,3%), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Điều này không phù hợp với một số nghiên cứu quốc tế, vốn ghi nhận rằng tình trạng kinh tế - xã hội thấp làm tăng nguy cơ SGNT do hạn chế tiếp cận dịch vụ y tế, dinh dưỡng kém và ít tham gia hoạt động trí tuệ [5].

Kết quả tại Đà Nẵng có thể được giải thích bởi tỷ lệ lớn người tham gia (93%) không báo cáo khó khăn kinh tế, dẫn đến sự khác biệt nhỏ giữa các nhóm. Ngoài ra, cấu trúc phúc lợi xã hội tại thành phố có thể góp phần giảm thiểu tác động của yếu tố kinh tế đến sức khỏe nhận thức. Tuy nhiên vẫn tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất, thiết kế cắt ngang không cho phép xác định quan hệ nhân - quả. Thứ hai, thang MMSE có thể bị ảnh hưởng bởi trình độ học vấn và yếu tố văn hóa, dẫn đến sai lệch phân loại. Thứ ba, một số yếu tố nguy cơ quan trọng (bệnh mạn tính, trầm cảm, lối sống) chưa được xem xét, có thể gây nhiễu. Ngoài ra, dữ liệu tự báo cáo có thể chịu sai số thông tin. Cuối cùng, khả năng suy rộng còn hạn chế do nghiên cứu chỉ thực hiện tại một địa phương.

5. KẾT LUẬN

Người cao tuổi tại Đà Nẵng có tỷ lệ SGNT cao với 20,6%. Tuổi cao và trình độ học vấn thấp là những yếu tố liên quan chặt chẽ. Cần triển khai sàng lọc SGNT định kỳ tại tuyến y tế cơ sở, đặc biệt cho nhóm người ≥ 70 tuổi; khuyến khích học tập suốt đời và hoạt động trí tuệ để tăng “dự trữ nhận

thức”; phát triển mô hình chăm sóc toàn diện y tế - xã hội cho người cao tuổi; và thực hiện các nghiên cứu đoàn hệ nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp.

Nghiên cứu này được sự tài trợ của Ủy ban nhân dân thành phố Đà Nẵng.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization. Dementia fact sheet, Geneva 2021.
- [2] Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali G.C, Wu Y.T, Prina M. World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia. London: Alzheimer's Disease International, 2015.
- [3] Petersen R.C. Mild cognitive impairment. N Engl J Med, 2011, 364(23): 2227-34. doi: 10.1056/NEJMc0910237
- [4] Stern Y. Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. Lancet Neurol, 2012, 11 (11): 1006-12. doi: 10.1016/S1474-4422(12)70191-6
- [5] Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. Lancet, 2020, 396 (10248): 413-46. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6
- [6] Folstein M.F, Folstein S.E, McHugh P.R. “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res, 1975, 12 (3): 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
- [7] Nguyễn Kinh Quốc, Vũ Anh Nhị. Chuẩn hóa thang đo MMSE bằng tiếng Việt. Tạp chí Y học Việt Nam, 2010, 379 (2): 45-49.
- [8] Trần Thị Phương. Thực trạng suy giảm nhận thức ở người cao tuổi tại Việt Nam. Tạp chí Y học Thực hành, 2023, 1178: 25-30.
- [9] Trần Viết Lực, Nguyễn Thị Mai, Phạm Văn Tài. Tình trạng suy dinh dưỡng và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi. Tạp chí Y học Việt Nam, 2024, 524 (1): 61-68.
- [10] Alzheimer's Association. 2023 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimers Dement, 2023, 19 (4): 1598-696.