

# Một số yếu tố liên quan đến suy giảm nhận thức sau nhồi máu não vùng chiến lược

Cognitive functions following strategic cerebral infarction and associated factors

Nguyễn Diệu Hương<sup>1</sup>, Tô Thị Thu Hương<sup>1,2</sup>, Lê Thị Thu Huyền<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup> Bệnh viện Bạch Mai

## Tác giả liên hệ

BSCCKII, Tô Thị Thu Hương

Trường Đại học Y Hà Nội

Bệnh viện Bạch Mai

Email: dr.tohuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 10/11/2025

Ngày duyệt bài: 26/12/2025

## TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Phân tích một số yếu tố liên quan tới rối loạn nhận thức sau nhồi máu não vùng chiến lược.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 44 người bệnh đã chẩn đoán nhồi máu não vùng chiến lược điều trị nội trú và ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2024 đến 08/2025. Công cụ sàng lọc suy giảm nhận thức: thang điểm Montreal Cognitive Assessment (MoCA) và thời điểm 3 tháng sau chẩn đoán đột quỵ. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

**Kết quả:** Nghiên cứu trên 44 bệnh nhân tại thời điểm sau 3 tháng sau nhồi máu não vùng chiến lược, ghi nhận tỷ lệ suy giảm nhận thức (SGNT) là 34,1%, tỷ lệ sa sút trí tuệ (SSTT) là 43,2%. Nhóm người bệnh < 65 tuổi, nghề nghiệp liên quan đến lao động trí óc, trình độ học vấn cao, không có tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường có điểm MoCA trung bình cao hơn và tỷ lệ SGNT thấp hơn.

**Kết luận:** Tỷ lệ suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ sau nhồi máu não vùng chiến lược theo thang điểm MoCA là cao. Chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tiền sử bệnh lý đến SGNT sau đột quỵ. Việc sàng lọc suy giảm nhận thức và quản lý các yếu tố nguy cơ mạch máu trên người bệnh nhồi máu não vùng chiến lược là cần thiết.

**Từ khóa:** Suy giảm nhận thức, nhồi máu não, vùng chiến lược.

## ABSTRACT

**Objectives:** This study aimed to assess cognitive functions and analyze associated factors in patients at three months post-strategic cerebral infarction.

**Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 44 patients with a diagnosis of strategic cerebral infarction who received inpatient or outpatient care at Bach Mai Hospital between August 2024 and August 2025. Cognitive functions were assessed 3 months after the stroke diagnosis using the Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Data

analysis was performed using SPSS 20.0 software.

**Results:** The study revealed a high prevalence, specifically a rate of mild cognitive impairment of 34.1% and a rate of dementia of 43.2%. Patients who were under 65 years of age, had an occupation involving intellectual labor, attained a high educational level, and had no prior history of hypertension or diabetes mellitus exhibited a significantly higher mean MoCA score and a lower prevalence of cognitive impairment.

**Conclusions:** The prevalence of post-stroke cognitive impairment and post-stroke dementia following strategic cerebral infarction, as assessed by the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) scale, is high. No statistically significant association was established between factors such as age, gender, educational level, occupation, or pre-existing medical history and post-stroke cognitive impairment. Therefore, screening for cognitive impairment and managing vascular risk factors in patients with strategic cerebral infarction are essential.

**Keywords:** Cognitive impairment, cerebral infarction, strategic location, MoCA test.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là nguyên nhân gây tàn tật nặng, dài hạn hàng đầu trên toàn thế giới, với tỷ lệ mắc và lưu hành tiếp tục tăng.<sup>1</sup> Mặc dù liệt vận động là di chứng phổ biến và được chú trọng trong phục hồi chức năng, nhưng suy giảm nhận thức (SGNT) mới là gánh nặng tiềm ẩn khổng lồ. SGNT không chỉ ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống, khả năng tái hòa nhập cộng đồng mà còn làm tăng nguy cơ phát triển sa sút trí tuệ sau này. Nhóm bệnh nhân nhồi máu não tại các vùng chiến lược (ví dụ: Đồi thị, nhân đuôi, hồi góc, hồi thái dương trong) có tỷ lệ SGNT sau đột quy cao đáng kể do tổn thương ở các vị trí này gây gián đoạn

các mạng lưới thần kinh quan trọng, đóng vai trò trung tâm trong quá trình nhận thức. Mặc dù tầm quan trọng của việc sàng lọc và đánh giá toàn diện SGNT đã được công nhận, các nghiên cứu phân tích các yếu tố liên quan (như đặc điểm hình ảnh học, bệnh lý kèm theo) và ảnh hưởng của một số yếu tố nhân khẩu học đối với chức năng nhận thức sau đột quy ở nhóm đối tượng nhồi máu não vùng chiến lược tại Việt Nam vẫn còn hạn chế. Việc xác định các yếu tố này là cực kỳ quan trọng để giúp bác sĩ lâm sàng nhận diện sớm bệnh nhân có nguy cơ cao và đưa ra các chiến lược can thiệp dự phòng hoặc phục hồi chức năng hiệu quả. Với mong muốn lấp đầy khoảng trống kiến thức này, chúng tôi tiến hành đề tài: **“Một số yếu tố liên quan đến suy giảm nhận thức sau nhồi máu não vùng chiến lược”**.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 44 người bệnh chẩn đoán đột quy não điều trị nội trú hoặc ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ 8/2024 đến 8/2025.

#### Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh

- Người bệnh được chẩn đoán nhồi máu não theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Đột quy Hoa Kỳ năm 2013.

- Có hình ảnh nhồi máu não cấp được xác định trên chuỗi xung khuếch tán (DWI) tại thời điểm chẩn đoán nhồi máu não, đồng thời vị trí tổn thương nằm ở vỏ não và/hoặc dưới vỏ tại các vùng chiến lược sau: Vỏ não trán trước, thùy thái dương trong, hồi góc, hạch nền, đồi thị.

- Thời điểm đánh giá nhận thức cách thời điểm chẩn đoán đột quy nhồi máu não  $\geq 3$  tháng.

- Tất cả các bệnh nhân đều được chẩn đoán đột quy não lần đầu tiên.

#### Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc các bệnh lý thần kinh ảnh hưởng hoặc để lại di chứng liên quan đến rối

loạn vận động, cảm giác, ngôn ngữ, trí nhớ, định hướng, chức năng cao cấp thùy trán trước đó.

- Bệnh nhân bị thất ngôn, khiếm thị hoặc khiếm thính, không hợp tác khám bệnh được.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:**

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**Tiến trình nghiên cứu:**

- Thu tuyển những người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ

- Thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu, bao gồm: yếu tố nhân khẩu học, tiền sử, trình độ học vấn, nghề nghiệp, bệnh sử, lâm sàng.

- Đánh giá nhận thức: Sử dụng thang điểm MoCA phiên bản tiếng Việt để đánh giá mức độ suy giảm nhận thức tại thời điểm 3 tháng sau đột quỵ. Dựa trên các nghiên cứu trước đây về suy giảm nhận thức sau đột quỵ, chúng tôi phân loại như sau:

- Không suy giảm nhận thức: Tổng điểm MoCA  $\geq 22$ .
- Suy giảm nhận thức nhẹ: Điểm MoCA từ 17 đến 21.
- Sa sút trí tuệ: Điểm MoCA  $< 17$ .

- Xác định vị trí nhồi máu não trên phim chụp cộng hưởng từ não mạch não.

**Xử lý số liệu**

- Số liệu sau khi thu thập được kiểm tra, làm sạch các lỗi mã hóa, phân tích và xử lý bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 20.0.

- Các phép thống kê được sử dụng phù hợp với từng biến và mục đích phân tích, bao gồm: Independent samples T – test, Anova test, Test  $\chi^2$

- Mức ý nghĩa thống kê sử dụng là  $p < 0.05$ .

**2.3. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu tiến hành là nghiên cứu mô tả, không can thiệp vào quá trình điều trị. Thông tin của người bệnh chỉ được sử dụng cho nghiên cứu và được bảo mật theo quy định. Người bệnh được cung cấp đầy đủ thông tin về nghiên cứu, người bệnh hiểu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của mẫu nghiên cứu**

**Bảng 1.** Đặc điểm triệu chứng thần kinh và hình ảnh học của mẫu nghiên cứu (n = 44)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng thần kinh	Liệt nửa người	31	70,5
	Rối loạn cảm giác	13	29,5
	Rối loạn ngôn ngữ	24	54,4
	Mất chú ý nửa người	0	0
	Tiểu không tự chủ	5	11,4
Vị trí nhồi máu	Bán cầu ưu thế	10	22,7
	Bán cầu không ưu thế	23	52,3
	Cả hai bán cầu	11	25

**Nhận xét:** Trong nhóm nghiên cứu, 70,5% người bệnh có triệu chứng liệt nửa người, 29,5% có rối loạn cảm giác, 54,5% có rối loạn ngôn ngữ. Tỷ lệ nhồi máu bán cầu không ưu thế chiếm phần lớn (52,3%), trong khi đó nhồi máu ở bán cầu ưu thế là 22,7% và cả hai bán cầu là 25%.

**Bảng 2.** Phân loại mức độ suy giảm nhận thức theo thang điểm MoCA của nhóm nghiên cứu (n=44)

Nhóm	Điểm MoCA trung bình	n	Tỷ lệ (%)
Không SGNT	24,5 $\pm$ 2,5	10	22,7
SGNT nhẹ	19,8 $\pm$ 3,0	15	34,1
SSTT	15,8 $\pm$ 2,4	19	43,2
Tổng	19,2 $\pm$ 3,8	44	100

**Nhận xét:** Phân tích kết quả đánh giá nhận thức bằng thang điểm MoCA trên nhóm đối tượng nghiên cứu tại thời điểm sau 3 tháng, cho thấy tỷ lệ SGNT nhẹ là 34,1 %, tỷ lệ SSTT là 43,2%.

**Bảng 3.** Đặc điểm suy giảm nhận thức theo bán cầu (n = 44)

Chức năng nhận thức	Bán cầu ưu thế (n=7)	Bán cầu không ưu thế (n = 20)	Cả hai bán cầu (n = 7)	p
Điều hành và thị giác - không gian	2,4 ± 1,2	3,1 ± 0,4	2,2 ± 1,2	0,18
Trí nhớ	1,6 ± 1	3,1 ± 1,4	2,8 ± 1,7	0,12
Sự chú ý	3,3 ± 1,2	3,8 ± 1	3,5 ± 1	0,15
Ngôn ngữ	2,1 ± 0,4	2,8 ± 0,3	2,2 ± 0,7	0,34
Tư duy trừu tượng	1,5 ± 0,7	1,6 ± 0,5	1,3 ± 0,3	0,31
Định hướng	4,2 ± 0,5	4,7 ± 0,7	4,3 ± 0,7	0,06

**Nhận xét:** So sánh điểm trung bình từng lĩnh vực nhận thức giữa các vị trí nhồi máu não theo bán cầu, nhóm nhồi máu não bán cầu ưu thế có điểm MoCA trung bình các lĩnh vực trí nhớ, chú ý, ngôn ngữ, định hướng thấp nhất, trong khi nhóm nhồi máu cả hai bán cầu có điểm trung bình chức năng điều hành, tư duy trừu tượng thấp nhất. Kiểm định ANOVA cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của điểm trung bình từng lĩnh vực nhận thức giữa 3 nhóm vị trí nhồi máu theo bán cầu ( $p > 0,05$ ).

### 3.2. Các yếu tố liên quan đến suy giảm nhận thức ở người bệnh nhồi máu não vùng chiến lược

**Bảng 4.** Mối liên quan giữa các yếu tố nhân khẩu học với SGNT ở nhóm nghiên cứu (n = 44)

Yếu tố liên quan	Giá trị	Điểm MoCA trung bình	Nhóm người bệnh		p - value
			Không SGNT n (%)	Có SGNT n (%)	
Tuổi	< 65	21,8	4 (40)	6 (60)	0,138
	≥ 65	18,4	6 (17,6)	28 (82,4)	
Giới	Nam	19,7	7 (29,2)	17 (70,8)	0,264
	Nữ	18,4	3 (15)	17 (85)	
Trình độ học vấn	TH - THCS	18	4 (18,2)	18 (81,8)	0,3
	THPT	19,9	4 (23,5)	13 (76,5)	
	TC - CĐ - ≥ ĐH	20,0	1 (25)	3 (75)	
Nghề nghiệp	Lao động trí óc	19,7	4 (30,8)	9 (69,2)	0,41
	Lao động chân tay	18,9	6 (19,4)	25 (80,6)	

**Nhận xét:** Qua kết quả phân tích ghi nhận các yếu tố nhân khẩu học gồm tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp không có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với suy giảm nhận thức. Tuy nhiên, kết quả thống kê mô tả cho thấy điểm MoCA trung bình cao hơn ở nhóm dưới 65 tuổi, nhóm có trình độ học vấn cao, lao động trí óc.

**Bảng 5.** Mối liên quan giữa tiền sử bệnh lý và SGNT ở nhóm nghiên cứu (n=44)

Yếu tố liên quan	Giá trị	Điểm MoCA trung bình	Nhóm người bệnh		p – value và OR (95% CI)
			Không SGNT n (%)	Có SGNT n (%)	
Tiền sử tăng huyết áp	Có	19,0	8 (21,6)	29 (78,4)	p = 0,69 OR: 1,45
	Không	19,9	2 (28,6)	5 (71,4)	
Tiền sử đái tháo đường	Có	18,8	7 (21,9)	25 (78,1)	0,83 OR: 1,19
	Không	19,9	3 (25)	9 (75)	

**Nhận xét:** Qua kết quả phân tích ghi nhận tiền sử bệnh lý tăng huyết áp, đái tháo đường không có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với suy giảm nhận thức. Tuy nhiên, kết quả thống kê mô tả cho thấy điểm MoCA trung bình cao hơn ở nhóm không có tiền sử bệnh lý tăng huyết áp, đái tháo đường.

## BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của nhóm nghiên cứu:

Kết quả nghiên cứu trên 44 bệnh nhân ghi nhận triệu chứng thần kinh phổ biến nhất là liệt nửa người (70,5%), sau đó là rối loạn ngôn ngữ (54,5%), rối loạn cảm giác (29,5%). So sánh với nghiên cứu Nguy cơ xơ vữa mạch trong cộng đồng (ARIC) mô tả đặc điểm lâm sàng của 474 trường hợp đột quy mới mắc, tỷ lệ rối loạn ngôn ngữ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể (54,5% so với 24,0%) trong khi tỷ lệ liệt nửa người thấp hơn (70,5% so với 81,6%).<sup>2</sup>

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nhồi máu bán cầu không ưu thế chiếm phần lớn (52,3%) so với tỷ lệ nhồi máu bán cầu ưu thế (22,7%) và cả hai bán cầu (25%). Tỷ lệ tổn thương hai bán cầu trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 25%, cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Wolf và cộng sự (2012). Trong nghiên cứu của Wolf, chỉ có 173 bệnh nhân nhồi máu cấp tính ở hai bán cầu trong tổng số 7000 bệnh nhân chiếm 2,5%.<sup>3</sup> Nghiên cứu của chúng tôi tập trung chủ yếu vào

vùng chiến lược kinh điển theo định nghĩa của Tatemichi (1992)<sup>4</sup> bao gồm: đồi thị, nhân đuôi, hồi góc và các cấu trúc thái dương trong. Đây là những vùng có kích thước nhỏ nhưng là các nút trung tâm của mạng lưới nhận thức, trong đó có chức năng ngôn ngữ. Các vùng này được cấp máu chủ yếu bởi các nhánh xuyên, cơ chế bệnh sinh thường liên quan đến bệnh lý mạch máu nhỏ, không có trường hợp tổn thương vỏ não vận động sơ cấp hoặc tổn thương nhồi máu não diện rộng do tắc mạch lớn, nhưng lại gây ngắt quãng các đường dẫn truyền trong mạng lưới nhận thức. Điều này dẫn đến sự khác biệt về tỷ lệ các triệu chứng thần kinh: giảm tỷ lệ liệt nửa người và rối loạn ngôn ngữ, nhận thức chiếm ưu thế. Tỷ lệ nhồi máu cả hai bán cầu chiếm 25%, cao vượt trội so với nghiên cứu của Wolf và cộng sự (2,5%). Tỷ lệ cao này trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi phản ánh tình trạng nhồi máu đa ổ tích lũy (bao gồm cả các tổn thương cũ và mới) trên nền bệnh lý mạch máu nhỏ mạn tính.

Kết quả đánh giá nhận thức bằng thang điểm MoCA trên nhóm đối tượng nghiên cứu tại thời điểm sau 3 tháng, với ngưỡng dưới 22 điểm xác nhận có suy giảm nhận thức sau đột quy cho thấy tỷ lệ SGNT nhẹ là 34,1 %, tỷ lệ SSTT là 43,2%. Nghiên cứu của Cumming và cộng sự (2011) với cỡ mẫu lớn hơn (n = 220), tính đa dạng cao (bao gồm 45% đột quy nhẹ, 32% đột quy trung bình, 23% đột quy nặng phân loại theo thang

điểm NIHSS), thời điểm đánh giá nhận thức là 3 tháng sau đột quỵ ghi nhận điểm MoCA trung bình cao hơn nghiên cứu của chúng tôi (21,1 so với 19,2) và tỷ lệ không SGNT là 35%.<sup>5</sup> Giá trị điểm MoCA trong nghiên cứu của Cumming có độ phân tán lớn, điểm trung vị là 23 và độ lệch chuẩn là 7,5, trong khi nghiên cứu của chúng tôi có độ lệch chuẩn là 3,8. Với đặc điểm mẫu có tính chọn lọc trong nghiên cứu của chúng tôi (nhóm bệnh nhân có khối máu vùng chiến lược) dẫn đến xu hướng ghi nhận mức độ suy giảm nhận thức nặng hơn và điểm MoCA có tính đồng nhất hơn so với quần thể mẫu đối có tính đa dạng, với cùng thời điểm và công cụ đánh giá nhận thức.

Khi phân tích điểm trung bình các lĩnh vực nhận thức theo bán cầu, điểm trung bình chức năng điều hành của nhóm khối máu bán cầu ưu thế là  $2,4 \pm 1,2$ , trong khi ở nhóm khối máu bán cầu không ưu thế là  $3,1 \pm 0,4$ . Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Jankowska (2024) đánh giá chức năng điều hành trên nhóm bệnh nhân khối máu não bằng 3 test thần kinh tâm lý (WSCT, TMT, bài kiểm tra lưu loát lời nói) cho thấy xu hướng nhóm khối máu não bán cầu trái có tổng số lỗi nhiều hơn và cải thiện kém hơn về chức năng điều hành sau phục hồi chức năng.<sup>6</sup> Sự suy giảm chức năng điều hành nổi trội khi tổn thương ở bán cầu ưu thế có thể được lý giải là do các bài kiểm tra chức năng điều hành (như TMT, bài kiểm tra lưu loát lời nói, hoặc các thành phần của MoCA) cần khả năng hiểu ngôn ngữ và xử lý logic để hoàn thành nhiệm vụ. Tổn thương bán cầu trái và các vị trí chiến lược ở bán cầu ưu thế có thể gây rối loạn ngôn ngữ, giảm trí nhớ ngắn hạn ở các mức độ khác nhau. Do đó, nhóm bệnh nhân khối máu não bán cầu ưu thế cần được chú ý hơn về sàng lọc và phục hồi chức năng nhận thức.

#### **4.2. Mối liên quan giữa các yếu tố về nhân khẩu học, tiền sử bệnh lý với suy giảm nhận thức**

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận điểm

MoCA trung bình cao hơn ở nhóm < 65 tuổi (21,8 so với 18,4), tỷ lệ có SGNT là 60%. Sự khác biệt về kết quả điểm MoCA trung bình giữa 2 nhóm tuổi phản ánh vai trò của tuổi tác lên nguy cơ suy giảm nhận thức theo sinh lý và trong bối cảnh sau đột quỵ. Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Thanh và cộng sự (2020) kết luận tuổi có mối liên quan với tổng điểm MoCA theo mối tương quan tuyến tính nghịch biến với  $r = -0,476$  và  $p < 0,001$ , đồng thời cũng tương quan tỷ lệ nghịch với điểm các tiểu phần.<sup>7</sup>

Chúng tôi tập trung phân tích hai yếu tố quyết định hình thành dự trữ nhận thức là trình độ học vấn và nghề nghiệp. Khi đánh giá suy giảm nhận thức ở các nhóm đối tượng phân loại theo trình độ học vấn và nghề nghiệp, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt giữa 2 nhóm (kết quả không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ ) trong khi kết quả quan sát mô tả cho thấy điểm MoCA trung bình cao hơn ở nhóm lao động trí óc và trình độ học vấn cao hơn. Nghiên cứu năm 2019 của Shin M tiến hành theo dõi dọc những người bệnh đột quỵ lần đầu trong khoảng thời gian 10 năm khẳng định trình độ học vấn là một yếu tố độc lập liên quan đến suy giảm nhận thức sau đột quỵ và chỉ ra trình độ học vấn hoặc nghề nghiệp trước khi mắc bệnh thấp hơn liên quan đến suy giảm nhận thức sau đột quỵ trầm trọng hơn và khả năng cải thiện nhận thức kém hơn.<sup>8</sup>

Trong nhóm bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường ghi nhận tỷ lệ SGNT là 78,1%, nhóm bệnh nhân tăng huyết áp có tỷ lệ SGNT là 78,4%, cao hơn tỷ lệ SGNT chung (77,3%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố tiền sử bệnh lý với SGNT có thể do cỡ mẫu nhỏ, tính đồng nhất của mẫu với tỷ lệ tăng huyết áp và đái tháo đường trong nhóm nghiên cứu cao, lần lượt là 84,1% và 72,7%. Nghiên cứu mô tả của của Aam S và cộng sự năm 2021 (Nghiên cứu Nor-COAST)

cũng chỉ ra mức độ suy giảm nhận thức nghiêm trọng nhất dựa trên thang điểm MoCA ở nhóm bệnh nhân có yếu tố nguy cơ mạch máu trước đột quỵ.<sup>9</sup> Tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường được coi là yếu tố độc lập dự báo nguy cơ suy giảm nhận thức và cũng là nguyên nhân hàng đầu của bệnh lý mạch máu nhỏ gây ra phần lớn các trường hợp nhồi máu não vùng chiến lược.

## KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 44 bệnh nhân tại thời điểm sau 3 tháng sau nhồi máu não vùng chiến lược, ghi nhận tỷ lệ SGNT nhẹ là 34,1 %, tỷ lệ SSTT là 43,2%. Nhóm người bệnh < 65 tuổi, nghề nghiệp liên quan đến lao động trí óc, trình độ học vấn cao, không có tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường có điểm MoCA trung bình cao hơn và tỷ lệ SGNT thấp hơn. Chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tiền sử bệnh lý đến SGNT sau đột quỵ. Việc sàng lọc, theo dõi SGNT và đánh giá các yếu tố nguy cơ mạch máu trên người bệnh nhồi máu não vùng chiến lược là cần thiết.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Truyen TTTT, Vo NLY, Vo QP, et al. Burden and risk factors of stroke in Vietnam from 1990 to 2021 - a systematic analysis from global burden disease 2021. *J Stroke Cerebrovasc Dis Off J Natl Stroke Assoc.* 2025;34(3):108241. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2025.108241
2. Rathore SS, Hinn AR, Cooper LS, Tyroler HA, Rosamond WD. Characterization of incident stroke signs and symptoms: findings from the atherosclerosis risk in communities study. *Stroke.* 2002;33(11):2718-2721. doi:10.1161/01.str.0000035286.87503.31
3. Wolf ME, Sauer T, Kern R, Szabo K, Hennerici MG. Multiple subcortical acute ischemic lesions reflect small vessel disease rather than cardiogenic embolism. *J Neurol.* 2012;259(9):1951-1957. doi:10.1007/s00415-012-6451-4
4. Tatemichi TK, Desmond DW, Prohovnik I. Strategic infarcts in vascular dementia. A clinical and brain imaging experience. *Arzneimittelforschung.* 1995;45(3A):371-385.
5. Cumming TB, Bernhardt J, Linden T. The montreal cognitive assessment: short cognitive evaluation in a large stroke trial. *Stroke.* 2011;42(9):2642-2644. doi:10.1161/STROKEAHA.111.619486
6. Jankowska A, Hadław-Klimaszewska O, Rakoczy J, Woldańska-Okońska M, Irzmański R. THE IMPACT OF REHABILITATION ON THE RECOVERY OF EXECUTIVE FUNCTIONS IN STROKE PATIENTS WITH DIFFERENT LOCATION OF THE ISCHEMIC FOCUS. *Int J Occup Med Environ Health.* 37(4):452-467. doi:10.13075/ijomh.1896.02129
7. Nguyễn Xuân Thanh. Ảnh hưởng của một số yếu tố nhân khẩu học đến trắc nghiệm đánh giá nhận thức Montreal. *Tạp Chí Dược Lâm Sàng* 108. 2020;15(5).
8. Shin M, Sohn MK, Lee J, et al. Effect of Cognitive Reserve on Risk of Cognitive Impairment and Recovery After Stroke. *Stroke.* 2020;51(1):99-107. doi:10.1161/STROKEAHA.119.026829
9. Aam S, Einstad MS, Munthe-Kaas R, et al. Post-stroke Cognitive Impairment-Impact of Follow-Up Time and Stroke Subtype on Severity and Cognitive Profile: The Nor-COAST Study. *Front Neurol.* 2020;11:699. doi:10.3389/fneur.2020.00699