

nhân có thể sẽ thực hành tốt hơn.

KẾT LUẬN

1. Tình hình bệnh nhân HIV/AIDS có kiến thức đúng, thực hành đúng về tuân thủ điều trị ARV

- Kiến thức chung đúng của bệnh nhân về tuân thủ điều trị ARV: 50,2% bệnh nhân có kiến thức đúng. Trong đó kiến thức đúng về tuân thủ uống thuốc chiếm 49,1%; loại thuốc chiếm 45,5% và tác dụng phụ của thuốc chiếm 2,5%.

- Thực hành chung đúng của bệnh nhân về tuân thủ điều trị ARV: 64% bệnh nhân có kiến thức đúng. Trong đó thực hành đúng về số lần uống thuốc chiếm 83,6%; tái khám chiếm 85,1% và xử trí khi bị tác dụng phụ của thuốc chiếm 96,4%.

2. Các yếu tố liên quan với kiến thức đúng, thực hành đúng tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân HIV/AIDS

- Người bệnh có thời gian điều trị càng lâu thì tỉ kiến thức đúng càng cao ($\chi^2 = 9,77$; $p < 0,05$).

- Người bệnh có nhận được sự hỗ trợ điều trị có tỉ lệ kiến thức đúng cao hơn gấp 1,994 lần so với người bệnh không nhận được sự hỗ trợ này (KTC 95% cho PR: 1,294 – 3,071; $\chi^2 = 12,969$; $p < 0,05$).

- Nữ giới có thực hành đúng cao hơn so với nam giới gấp 1,202 lần (KTC 95% cho PR: 1,007 – 1,434; $\chi^2 = 4,141$; $p < 0,05$).

- Nhóm có kiến thức chung đúng có tỉ lệ thực hành chung đúng cao gấp 1,337 lần nhóm có kiến thức chung chưa đúng (KTC 95% cho PR: 1,114 – 1,605; $\chi^2 = 10,151$; $p < 0,05$).

- Người bệnh có kiến thức đúng về số lần uống thuốc có tỉ lệ thực hành chung đúng cao gấp 2,662 lần so với nhóm có kiến thức chưa đúng (KTC 95% cho PR: 1,786 – 3,969; $\chi^2 = 46,594$; $p < 0,05$).

- Người bệnh có kiến thức đúng về xử trí khi quên thuốc có tỉ lệ thực hành chung đúng cao gấp 2,656 lần so với nhóm có kiến thức chưa đúng (KTC 95% cho PR: 1,132 – 6,234; $\chi^2 = 11,215$; $p < 0,05$).

- Người bệnh có kiến thức đúng về xử trí khi gặp tác dụng phụ có tỉ lệ thực hành chung đúng cao gấp 2,521 lần so với nhóm có kiến thức chưa đúng (KTC 95% cho PR: 1,331 – 4,776; $\chi^2 = 17,133$; $p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Minh An (2010), "Nghiên cứu cắt ngang phân tích tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân HIV/AIDS người lớn tại tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu năm 2010".

2. Bộ Y tế (2012), Báo cáo tình hình nhiễm HIV/AIDS và hoạt động phòng, chống HIV/AIDS năm 2011, phương hướng nhiệm vụ năm 2012.

3. Bộ Y tế (2015), Báo cáo công tác phòng chống HIV/AIDS 6 tháng đầu năm 2015 và nhiệm vụ trọng tâm 6 tháng cuối năm 2015.

4. Chương trình AIDS của Trường Y khoa Havard tại VN (HAIVN) (2008), "Đánh giá và cải thiện tuân thủ điều trị ARV - Tài liệu tập huấn".

5. Cục phòng chống HIV/AIDS (2009), "Báo cáo kết quả điều trị bằng thuốc kháng Retrovirus (ARV) và thí điểm thu thập chỉ số cảnh báo sớm HIV kháng thuốc năm 2007", 9-10.

6. Hà Thị Minh Đức (2009), "Kiến thức - thực hành về tuân thủ điều trị ở bệnh nhân HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú quận 10 thành phố Hồ Chí Minh".

7. Phạm Thị Cẩm Giang (2011), "Chăm sóc, hỗ trợ và điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS tại huyện Tiên Du, tỉnh Bắc Ninh", Tạp chí Y tế công cộng, 20(20), 29 -36.

8. Hồ Thị Hiền (2012), "Tuân thủ điều trị ARV và các yếu tố ảnh hưởng trên đối tượng AIDS tiêm chích ma túy", Tạp chí Y tế Công cộng, 25(25), 50-57.

NGHIÊN CỨU SÀNG LỌC TÌNH TRẠNG NHẬN THỨC CỦA BỆNH NHÂN PARKINSON BẰNG BỘ TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ TRẠNG THÁI TÂM THẦN TỐI THIỂU (MMSE)

NGUYỄN THANH BÌNH^{1,2}, NGUYỄN THỊ THANH BÌNH²

¹Bộ môn thần kinh, Trường Đại học Y Hà Nội

²Khoa Tâm Thần kinh, Bệnh viện Lão khoa Trung ương

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu sàng lọc tình trạng nhận thức của bệnh nhân Parkinson bằng bộ trắc nghiệm đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu (MMSE) tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang. Các đối

tượng được chẩn đoán mắc bệnh Parkinson dựa trên Thang điểm thống nhất đánh giá bệnh Parkinson (UPDRS) và phân loại giai đoạn bệnh theo thang điểm của Hoehn and Yahr. Tất cả các bệnh nhân được khám lâm sàng và được làm trắc nghiệm đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu MMSE). Kết quả: 242 bệnh nhân Parkinson bao gồm 126 nam, 116 nữ; tuổi trung bình $65,86 \pm 7,28$. Điểm trung bình MMSE là $25,54 \pm 3,89$. Tỷ lệ rối loạn nhận thức ($MMSE \leq 23$ điểm) là 21,1%. Không có sự khác biệt về đặc điểm trí nhớ và ngôn ngữ, chú ý theo giai đoạn của bệnh. Nhớ lại từ là biểu hiện rối loạn nhiều nhất ở cả hai giai đoạn bệnh. Kết luận: Cần có nhiều nghiên cứu hơn nữa để đánh giá đầy đủ và toàn diện các rối loạn nhận thức ở

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thanh Bình
Địa chỉ: Bệnh viện Lão khoa Trung ương
Email: nguyenminhben@gmail.com
Ngày nhận: 22/12/2016
Ngày phân biện: 29/12/2016
Ngày duyệt bài: 08/1/2017
Ngày xuất bản: 30/1/2017

bệnh nhân Parkinson.

Từ khóa: Suy giảm nhận thức, Parkinson, MMSE.

SUMMARY

Purpose: The screening cognitive status study of Parkinson's by Mini Mental State Examination (MMSE) at the National Geriatric Hospital. **Subjects and research methods:** cross-sectional descriptive method. The subjects were diagnosed as Parkinson disease based on the Unified Parkinson's disease rating scale (UPDRS) and classified the stage of the disease according to Hoehn and Yahr's scale. All patients were examined clinically and tested by Mini Mental State Examination (MMSE). **Results:** 242 Parkinson's patients included 126 males, 116 females, average age 65.86 ± 7.28 . The average MMSE was 25.54 ± 3.89 . Percentage cognitive dysfunction (MMSE ≤ 23 points) is 21.1%. No differences in the characteristics of memory, language and attention according to the stage of the disease. Recall is most manifest in both stages of disease. **Conclusion:** More research is needed to assess more fully and comprehensively the cognitive disorders in patients with Parkinson's.

Keywords: Cognitive impairment, Parkinson's, MMSE.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Parkinson là một bệnh thoái hóa tiến triển của hệ thần kinh trung ương, thường khởi phát từ 60 tuổi trở lên [0]. Bệnh đặc trưng bằng các biểu hiện rối loạn vận động và các triệu chứng ngoài vận động trong đó suy giảm nhận thức ngày càng được quan tâm. Theo nhiều tác giả, tỷ lệ suy giảm nhận thức ở bệnh nhân Parkinson dao động từ 14.8% đến 36% và được coi là một phần quan trọng trong bệnh cảnh lâm sàng của bệnh Parkinson. Một trong những biểu hiện nặng nề của suy giảm nhận thức ở bệnh nhân Parkinson là sa sút trí tuệ, chiếm khoảng 20-40%. Đây là một hội chứng đặc trưng với đặc điểm suy giảm nhiều chức năng nhận thức nhưng ý thức không bị rối loạn. Phát hiện sớm các rối loạn nhận thức rất quan trọng để có biện pháp điều trị hợp lý. Trắc nghiệm thần kinh tâm lý là tiêu chuẩn vàng để đánh giá nhận thức, tuy nhiên thực hiện các trắc nghiệm này phải do bác sĩ đã được đào tạo và tốn nhiều thời gian. Việc sử dụng các trắc nghiệm sàng lọc nhanh và ngắn giúp phát hiện sớm tình trạng suy giảm nhận thức ở bệnh nhân Parkinson là một cách tiếp cận hiệu quả hơn nhằm định hướng cho các bác sĩ lâm sàng trong chẩn đoán và điều trị. Do vậy chúng tôi tiến hành đề tài "*Nghiên cứu sàng lọc tình trạng nhận thức của bệnh nhân Parkinson bằng bộ trắc nghiệm đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu (MMSE)*" với mục tiêu nhận xét tình trạng nhận thức của bệnh nhân Parkinson bằng trắc nghiệm sàng lọc đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu (MMSE).

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn Thang điểm thống nhất đánh giá bệnh Parkinson (UPDRS) và phân loại giai đoạn bệnh theo thang điểm của Hoehn and

Yahr, đang được khám và điều trị theo chương trình Parkinson tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 10 năm 2016.

Tiêu chuẩn loại trừ: Có bằng chứng lâm sàng và/hoặc bằng có hình ảnh học gợi ý đến các hội chứng Parkinson khác của viêm não, bệnh mạch máu não, bệnh tràn dịch não thất hay bệnh sa sút trí tuệ.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tất cả bệnh nhân được hỏi và khám theo mẫu bệnh án thống nhất, được làm trắc nghiệm đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu (MMSE) và kết quả được xử lý thống kê theo phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

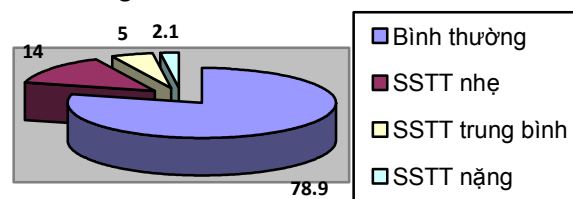
1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên 242 bệnh nhân Parkinson, bao gồm 126 nam, 116 nữ, tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ gần tương đương nhau ($p > 0,05$). Tuổi trung bình là $65,86 \pm 7,28$ (năm), trong đó tuổi thấp nhất là 50 tuổi và cao nhất là 84 tuổi; Độ tuổi khởi bệnh trung bình là $60,99 \pm 7,54$ (năm), tuổi khởi bệnh thấp nhất là 42 tuổi và cao nhất là 82 tuổi. Thời gian mắc bệnh trung bình là $4,86 \pm 2,87$ (năm).

Phần lớn các bệnh nhân Parkinson ở giai đoạn 2 và 3 theo phân loại của Hoehn và Yahr, giai đoạn 2 chiếm tỷ lệ 43,4%, giai đoạn 3 chiếm tỷ lệ 50%, số bệnh nhân ở giai đoạn 1 và 4 ít gặp, không có bệnh nhân nào ở giai đoạn 5. Do vậy chúng tôi chia thành 2 nhóm giai đoạn bệnh: giai đoạn 1 và 2 (45,5%) và giai đoạn 3 và 4 (54,5%).

2. Đặc điểm nhận thức của bệnh nhân Parkinson qua thang điểm MMSE

2.1. Tổng điểm MMSE



Biểu đồ 1: Phân loại mức độ rối loạn nhận thức theo thang điểm MMSE

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân Parkinson có điểm MMSE < 24 điểm là 21,1% trong đó tỷ lệ bệnh nhân sa sút trí tuệ mức độ nhẹ (MMSE 20-23) là 14%, sa sút trí tuệ mức độ trung bình (MMSE 10-20) là 5% và sa sút trí tuệ mức độ nặng (MMSE < 10) là 2,1%.

Bảng 1: Điểm trung bình MMSE ở các giai đoạn

Giai đoạn	MMSE	p
Giai đoạn 1 và 2 (n = 109)	$25,8 \pm 3,35$	> 0,05
Giai đoạn 3 và 4 (n = 132)	$25,34 \pm 4,29$	
Chung	$25,54 \pm 3,89$	

Điểm trung bình MMSE của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $25,54 \pm 3,89$ điểm, không có sự khác biệt theo giai đoạn của bệnh ($p > 0,05$).

2.2. Liên quan giữa tình trạng nhận thức với tuổi, thời gian mắc bệnh và giai đoạn của bệnh Parkinson

Bảng 2. Tỷ lệ rối loạn nhận thức theo tuổi, giới, thời gian mắc bệnh và giai đoạn bệnh

		Rối loạn nhận thức		P
		n	%	
Giới tính	Nam (n=126)	26	10,8	>0,05
	Nữ (n=116)	25	10,3	
Tuổi	< 75 (n=213)	42	17,4	>0,05
	≥ 75 (n=29)	9	3,7	
Thời gian bị bệnh (năm)	< 4 (n=88)	24	9,9	>0,05
	≥ 4 (n=154)	27	11,2	
Phân độ Hoehn và Yahr	1 và 2 (n=110)	22	9,1	>0,05
	3 và 4 (n=132)	29	12,0	

Kết quả thu được ở bảng 4 cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ rối loạn nhận thức của bệnh nhân Parkinson theo giới, tuổi, thời gian bị bệnh và giai đoạn bệnh ($p>0,05$).

2.3. Một số đặc điểm nhận thức trong thang điểm MMSE

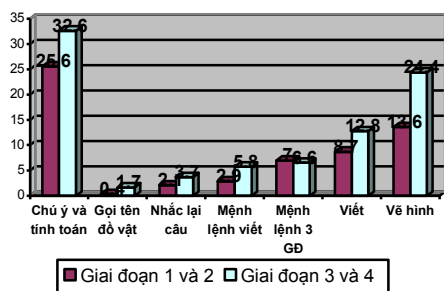
a. Trí nhớ

Bảng 3. Đặc điểm về trí nhớ theo giai đoạn bệnh

Trí nhớ		Giai đoạn 1 và 2 (n = 109)		Giai đoạn 3 và 4 (n = 132)		p
Trí nhớ tức thì	Bình thường	108	44,6%	126	52,1%	
	Rối loạn	2	0,8%	6	2,5%	> 0,05
Nhớ lại từ	Bình thường	21	8,7%	33	13,6%	> 0,05
	Rối loạn	89	36,8%	99	40,9%	

Các điểm số về trí nhớ ở cả hai giai đoạn 1 và 2, 3 và 4 đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Ở cả hai giai đoạn, mức độ rối loạn nhiều nhất biểu hiện ở điểm số nhớ lại từ.

b. Một số chức năng nhận thức khác



Biểu đồ 2: Đặc điểm rối loạn chức năng nhận thức khác theo giai đoạn bệnh

Các đặc điểm về tính toán, rối loạn ngôn ngữ, mệnh lệnh viết, mệnh lệnh 3 giai đoạn và mục viết câu không khác nhau giữa các giai đoạn của bệnh Parkinson ($p > 0,05$). Riêng mục vẽ lại hình, các bệnh nhân Parkinson ở giai đoạn 3 và 4 có rối loạn nhiều hơn so với các bệnh nhân ở giai đoạn 1 và 2 ($p<0,05$).

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân Parkinson trong nghiên cứu của chúng tôi là $65,86 \pm 7,28$ năm, tuổi khởi bệnh trung bình là $60,99 \pm 7,54$ (năm). Kết quả này cũng tương tự với kết quả thu được từ nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước. Nghiên cứu

của các tác giả Châu Á và Châu Âu đều có sự thống nhất về tuổi khởi bệnh trung bình của bệnh nhân Parkinson là trên 60 tuổi. Bệnh Parkinson là bệnh thoái hóa thần kinh trung ương tiến triển từ từ, bệnh chỉ biểu hiện lâm sàng khi có trên 50% tế bào tiết dopamine ở thể vân và liềm đen bị tổn thương. Có một giai đoạn tiềm tàng ở bệnh nhân Parkinson, tức là có tổn thương thần kinh nhưng chưa có biểu hiện lâm sàng. Kết quả một số nghiên cứu giải phẫu bệnh và hình ảnh học cho thấy trung bình mỗi năm bệnh nhân Parkinson mất khoảng 5% tế bào thần kinh tiết dopamine. Do đó giai đoạn tiềm tàng của bệnh nhân mất khoảng 10 năm. Mặt khác theo nhiều tác giả thì quá trình thoái hóa ở liềm đen và thể vân thường bắt đầu ở độ tuổi trên 40. Như vậy 10 năm sau tức là lúc bệnh nhân ngoài 50 tuổi hoặc hơn nữa thì các triệu chứng lâm sàng mới bắt đầu xuất hiện.

Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 1:1. Kết quả này tương tự với kết quả thu được trong nghiên cứu của tác giả Trần Hoài Thu với tỷ lệ nam/nữ tương đương nhau. Tuy nhiên, trong một số nghiên cứu của các tác giả, tỷ lệ nam nhiều hơn nữ từ 1,3 đến 1,7 lần. Điều này có thể do sự khác biệt về sinh lý học giữa nam và nữ đặc biệt là hiệu quả bảo vệ của hormon estrogen đối với tế bào tiết dopamin.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các bệnh nhân Parkinson có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm ($4,86 \pm 2,87$), chủ yếu ở giai đoạn đầu của bệnh. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả phân loại của Hoehn và Yahr với các bệnh nhân chủ yếu ở giai đoạn 2 và 3, giai đoạn 1 và 4 ít gặp, không có bệnh nhân nào ở giai đoạn 5. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Thị Minh Nguyệt, Nguyễn Thế Anh. Các đối tượng nghiên cứu chủ yếu đang được theo dõi và điều trị định kỳ trong chương trình Parkinson của Bệnh viện, đây là những bệnh nhân chưa bị rối loạn vận động nhiều, còn khả năng đi lại được. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không thấy có bệnh nhân nào ở giai đoạn 5, có thể do giai đoạn này bệnh đã rất nặng, bệnh nhân phải nằm liệt giường nên không thể đến viện khám mà được người nhà mua thuốc hoặc đến lấy thuốc về dùng.

2. Đặc điểm nhận thức của bệnh nhân Parkinson qua thang điểm MMSE

2.1. Tổng điểm MMSE

Điểm trung bình MMSE của các bệnh nhân Parkinson trong nghiên cứu là $25,54 \pm 3,89$ điểm, tỷ lệ sa sút trí tuệ là 21,1%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thế Anh [0], Nguyễn Thị Minh Nguyệt, tuy nhiên lại cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Piovezan MR. Quá trình chuyển từ nhận thức bình thường sang sa sút trí tuệ ở bệnh nhân Parkinson đa phần trải qua một giai đoạn gọi là suy giảm nhận thức nhẹ, tuy nhiên có một số ít trường hợp người bệnh bị sa sút trí tuệ ngay mà không có giai đoạn suy giảm nhận thức nhẹ trước đó. Tác giả Mamikonyan khi nghiên cứu đặc điểm nhận thức bằng các trắc nghiệm thần kinh tâm lý ở 160 bệnh nhân Parkinson có điểm số MMSE trung bình $29,1 \pm 1,1$ nhận thấy suy giảm nhận thức nhẹ chiếm tỷ lệ 29,2%. Như

vậy, các rối loạn về nhận thức khá phổ biến ở các bệnh nhân Parkinson với điểm MMSE trong giới hạn bình thường, điều này cho thấy rằng suy giảm nhận thức nhẹ chưa được công nhận trong thực hành lâm sàng khi sử dụng các công cụ sàng lọc có độ nhạy thấp. Một điểm đáng lưu ý nữa là suy giảm nhận thức nhẹ ở bệnh nhân Parkinson dễ bị bỏ qua trên lâm sàng vì vậy muốn phát hiện sớm suy giảm nhận thức ở bệnh nhân Parkinson không thể chỉ dùng trắc nghiệm MMSE đơn thuần bởi trắc nghiệm MMSE không phát hiện được những suy giảm nhận thức kín đáo ở giai đoạn sớm của bệnh.

2.2. Liên quan giữa tình trạng nhận thức với tuổi, thời gian mắc bệnh và giai đoạn của bệnh Parkinson

Khi tìm hiểu mối liên quan giữa tỷ lệ rối loạn nhận thức dựa trên thang điểm MMSE và các yếu tố tuổi, giới, thời gian bị bệnh và giai đoạn bệnh, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ rối loạn nhận thức của bệnh nhân Parkinson với các yếu tố trên ($p > 0,05$). Tác giả Nguyễn Thế Anh khi đánh giá đặc điểm rối loạn nhận thức ở bệnh nhân Parkinson nhận thấy tỷ lệ suy giảm nhận thức tăng lên theo tuổi. Về vấn đề giới tính, nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ suy giảm nhận thức ở bệnh nhân Parkinson nam cao hơn nữ. Điều này có thể do tỷ lệ mắc bệnh Parkinson ở nam cao hơn nữ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam và nữ cũng như tỷ lệ rối loạn nhận thức ở cả hai giới không có sự khác biệt, chúng tôi cho rằng cần có nhiều nghiên cứu đánh giá sâu hơn về vấn đề này.

Tình trạng suy giảm nhận thức theo thời gian mắc bệnh và giai đoạn bệnh cũng không có sự khác biệt. Một số tác giả nhận thấy rối loạn nhận thức có liên quan với giai đoạn bệnh có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên lại không có sự khác biệt đối với thời gian mắc bệnh. Điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi sử dụng bộ trắc nghiệm sàng lọc MMSE, việc đánh giá các lĩnh vực nhận thức trong bộ trắc nghiệm chưa đầy đủ và còn hạn chế về độ nhạy và độ đặc hiệu, do vậy, cần thực hiện nhiều trắc nghiệm chuyên sâu hơn nữa để có thể đánh giá được toàn diện và đầy đủ hơn về mối liên quan này.

2.3. Một số đặc điểm nhận thức trong thang điểm MMSE

a. Trí nhớ

Các điểm số về trí nhớ ở cả hai giai đoạn 1 và 2, 3 và 4 đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Ở cả hai giai đoạn, mức độ rối loạn nhiều nhất biểu hiện ở điểm trí nhớ lại từ. Điều này tương tự với quan điểm của một số tác giả khi cho rằng ở bệnh nhân Parkinson suy giảm nhận thức rối loạn nhớ lại từ là trầm trọng nhất, tiếp đó là nhớ từ ngay, còn nhận biết từ không có sự khác biệt với người thường. Kết quả một số nghiên cứu giải phẫu bệnh học cho thấy ở bệnh nhân Parkinson bị sa sút trí tuệ, số lượng thể vùi Lewy ở sừng Ammon hải mã và ở vỏ não cao gấp mười lần bệnh nhân Parkinson không bị sa sút trí tuệ, phải chăng đây là nguyên nhân gây rối loạn trí nhớ ở bệnh nhân Parkinson như đã kể trên?

b. Một số chức năng nhận thức khác

Đối với trắc nghiệm làm phép tính 100 trừ 7, trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân có rối loạn chiếm tỷ lệ tương đối cao, 25,6% ở giai đoạn 1 và 2, 32,6% ở giai đoạn 3 và 4. Sự chú ý và tập trung là những quá trình hoạt động thần kinh cao cấp, nó phản ánh nhiều hoạt động phức tạp liên quan đến võng mạc, đồi thị và hệ thống thùy trán của não. Khi quá trình xử lý nhận thức bị suy giảm, sự chú ý chọn lọc ở bệnh nhân sa sút trí tuệ có thể làm cho họ xao lãng, phân tán sự tập trung.

Các đặc điểm rối loạn ngôn ngữ ở các mục gọi tên đồ vật, nhắc lại câu, mệnh lệnh viết, mệnh lệnh 3 giai đoạn và mục viết câu không khác nhau giữa các giai đoạn của bệnh Parkinson ($p > 0,05$). Tỷ lệ phần trăm số bệnh nhân Parkinson có rối loạn về ngôn ngữ nói và viết không nhiều, kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Cumming và cộng sự khi so sánh chức năng ngôn ngữ và lời nói ở bệnh nhân Alzheimer và bệnh nhân Parkinson cho thấy những chức năng ngôn ngữ cơ bản ở bệnh nhân Parkinson có sa sút trí tuệ bị rối loạn ít hơn so với bệnh nhân Alzheimer. Sa sút trí tuệ trong Parkinson thuộc loại sa sút trí tuệ dưới vỏ còn sa sút trí tuệ trong Alzheimer là sa sút trí tuệ vỏ não nên bệnh nhân Alzheimer thường có thất vận ngôn (aphasia) còn bệnh nhân Parkinson, rất hiếm khi có thất vận ngôn.

KẾT LUẬN

Trắc nghiệm đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu MMSE là trắc nghiệm sàng lọc tương đối đơn giản, dễ sử dụng. Qua trắc nghiệm này có thể đánh giá cơ bản về nhận thức của bệnh nhân Parkinson. Tuy nhiên để đánh giá toàn diện các rối loạn nhận thức ở bệnh nhân cần có các thăm khám lâm sàng cũng như các trắc nghiệm sâu hơn để đánh giá các đầy đủ lĩnh vực của nhận thức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thế Anh (2008). *Nghiên cứu một số đặc điểm chức năng nhận thức ở bệnh nhân Parkinson cao tuổi*, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Trương Thị Thu Hương (2006). *Nghiên cứu rối loạn nhận thức ở bệnh nhân Parkinson*. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội. Tr 46- 69.
3. Nguyễn Thị Minh Nguyệt (2016). *Ảnh hưởng của trầm cảm lên chức năng nhận thức của bệnh nhân Parkinson*, Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Trần Thị Hoài Thu (2013). *Nghiên cứu một số triệu chứng ngoài vận động và ảnh hưởng của chúng đối với chất lượng cuộc sống bệnh nhân Parkinson*. Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Alison J. Yarnall, David P. Breen, Gordon W. Duncan và cộng sự (2014). *Characterizing mild cognitive impairment in incident Parkinson disease*. *Neurology*, 82 (4), 308–316.
6. Cumming JL, et al (1988). *Alzheimer's disease and Parkinson's disease: Comparison of speech and language alteration*. *Neurology*; 38; 680- 683.
7. D Verbaan (2007). *Patient- reported autonomic symptoms in Parkinson disease*, *Neurology*. 69, tr. 333-341.