

- Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg.* 2004;240(2): 205-213. doi:10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae
6. **Mai DN, Nguyen QV, Phan MT, Doan TM.** Surgical Treatment for Chronic Pancreatitis With a Normal-Sized Pancreatic Head and a Dilated Duct: Frey or Extended Partington Procedure? *Cureus.* 16(6):e61881. doi:10.7759/cureus.61881
 7. **Sah DN, Bhandari RS, Singh YP, et al.** Early outcome of Frey's procedure for chronic pancreatitis: Nepalese tertiary center experience. *BMC Surg.* 2019;19:139. doi:10.1186/s12893-019-0592-7
 8. **Izbicki JR, Bloechle C, Knoefel WT, Kuechler T, Binmoeller KF, Broelsch CE.** Duodenum-preserving resection of the head of the pancreas in chronic pancreatitis. A prospective, randomized trial. *Ann Surg.* 1995;221(4):350-358.
 9. **Shukla A, Gnanasekaran S, Kalayarasan R, Pottakkat B.** Early experience with robot-assisted Frey's procedure surgical outcome and technique: Indian perspective. *J Minim Invasive Surg.* 2022;25(4): 145-151. doi:10.7602/jmis.2022.25.4.145
 10. **Sato H, Ishida M, Motoi F, et al.** Combination of longitudinal pancreaticojejunostomy with coring-out of the pancreatic head (Frey procedure) and distal pancreatectomy for chronic pancreatitis. *Surg Today.* 2019;49(2):137-142. doi:10.1007/s00595-018-1720-1

RỐI LOẠN NHẬN THỨC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 SAU NHỒI MÁU NÃO

Nguyễn Thị Thúy Quỳnh^{1,2}, Nguyễn Thanh Bình^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả một số đặc điểm rối loạn nhận thức ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) typ 2 sau nhồi máu não (NMN) và phân tích các yếu tố liên quan đến mức độ rối loạn nhận thức. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 56 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có suy giảm nhận thức (SGNT) theo tiêu chuẩn DSM-5, tuổi ≥ 50 tuổi, tiền sử nhồi máu não ≥ 3 tháng điều trị nội trú và ngoại trú tại bệnh viện Lão khoa trung ương và trung tâm hần kinh bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2024 đến tháng 6/2025. Đánh giá chức năng nhận thức bằng thang điểm MMSE và các trắc nghiệm thần kinh tâm lý. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Trong 56 bệnh nhân có rối loạn nhận thức thì 78,6% suy giảm nhận thức nhẹ và 21,4% sa sút trí tuệ (SSTT). Trí nhớ là lĩnh vực bị ảnh hưởng nhiều nhất (92,9%), tiếp đến là chức năng điều hành (64,3%) và thị giác-không gian (48,2%). Có đến 71,4% bệnh nhân bị ảnh hưởng từ hai chức năng trở lên. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ rối loạn nhận thức bao gồm: tuổi ≥ 70 , trình độ học vấn thấp, lao động chân tay, thời gian mắc bệnh đái tháo đường ≥ 2 năm, HbA1c $> 8\%$ và tuân thủ điều trị kém với $p < 0.05$. **Kết luận:** Trong nhóm đối tượng nghiên cứu có 78,6% là SGNT nhẹ, 21,4% SSTT, với các lĩnh vực bị ảnh hưởng nhiều nhất gồm trí nhớ, chức năng điều hành và thị giác-không gian. Việc kiểm soát tốt đường huyết, nâng cao tuân thủ điều trị có vai trò quan trọng trong việc làm chậm quá trình tiến

triển đến sa sút trí tuệ.

Từ khóa: Rối loạn nhận thức, đái tháo đường typ 2, nhồi máu não, MMSE, sa sút trí tuệ.

SUMMARY

COGNITIVE IMPAIRMENT AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AFTER ISCHEMIC STROKE

Objective: This study aimed to describe the characteristics of cognitive impairment in patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) following cerebral infarction and to analyze factors associated with the severity of cognitive impairment. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 56 patients with T2DM aged ≥ 50 years, with a history of cerebral infarction ≥ 3 months, who received inpatient or outpatient care at the National Geriatric Hospital and the Neurology Center of Bach Mai Hospital from November 2024 to June 2025. Cognitive function was assessed using the Mini-Mental State Examination (MMSE) and a battery of neuropsychological tests. Data were analyzed using SPSS version 20.0. **Results:** Among the 56 patients with cognitive impairment, 78.6% had mild cognitive impairment, 21.4% had dementia. Memory was the most severely affected domain (92.9%), followed by executive function (64.3%) and visuospatial function (48.2%). A total of 71.4% of patients had impairments in two or more cognitive domains. Factors significantly associated with the severity of cognitive impairment included: age ≥ 70 years, low educational level, manual labor occupation, diabetes duration ≥ 2 years, HbA1c $> 8\%$, and poor treatment adherence ($p < 0.05$). **Conclusion:** In the study group, 78.6% of patients had mild cognitive impairment and 21.4% had dementia, with memory, executive, and visuospatial functions being the most affected. Effective blood glucose control and improved treatment adherence play an important role in slowing the progression to dementia. **Keywords:** Cognitive

¹Bệnh viện Đa khoa Thái Bình

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Lão khoa trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thúy Quỳnh

Email: dr.Quynhytdb@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

impairment, type 2 diabetes mellitus, cerebral infarction, MMSE, dementia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường đang gia tăng nhanh chóng tại Việt Nam, với 6,1% dân số mắc ĐTĐ vào năm 2021 và ước tính tăng lên 7,1% vào năm 2045. Trong khi đó đột quỵ não, đặc biệt là NMN là nguyên nhân thứ 2 gây suy giảm nhận thức sau Alzheimer. Các nghiên cứu gần đây cho thấy sau nhồi máu não bệnh nhân ĐTĐ typ 2 có nguy cơ suy giảm nhận thức cao hơn. Một phân tích tổng hợp cảnh báo rằng ĐTĐ làm tăng rủi ro suy giảm nhận thức từ 26–46% trong vòng 2–6 tháng sau đột quỵ, ngay cả khi đã kiểm soát mức độ nặng của đột quỵ. Quên sử dụng thuốc hoặc dùng sai liều dẫn đến kiểm soát đường huyết kém, gia tăng biến chứng cấp tính như hạ hoặc tăng đường huyết đột ngột và tái phát đột quỵ. Khi có suy giảm nhận thức thì bệnh nhân ĐTĐ typ 2 càng khó khăn trong việc theo dõi đường huyết tại nhà, thực hiện chế độ ăn - luyện tập và tái khám định kỳ. Điều này đặt gánh nặng lớn không chỉ cho bệnh nhân, người chăm sóc và cả hệ thống y tế. Chính vì vậy, việc phát hiện sớm các rối loạn nhận thức sau nhồi máu não trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2 là cần thiết. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Rối loạn nhận thức và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đái tháo đường typ 2 sau nhồi máu não" với mục tiêu mô tả một số đặc điểm rối loạn nhận thức và phân tích các yếu tố liên quan ở nhóm bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 56 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có suy giảm nhận thức (SGNT) theo tiêu chuẩn DSM-5, tuổi ≥ 50 tuổi, tiền sử nhồi máu não ≥ 3 tháng điều trị nội trú và ngoại trú tại bệnh viện Lão khoa Trung ương và trung tâm Thần kinh bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2024 đến tháng 6/2025, có khả năng hợp tác trong quá trình thăm khám, phỏng vấn và tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tiền sử chấn thương sọ não, động kinh trước đó, bệnh Parkinson, trầm cảm, nghiện chất: rượu, heroin; bệnh nhân thất ngôn, khiếm thính, khiếm thị; bệnh nhân có tiền sử suy giảm nhận thức trước khi bị nhồi máu não; đang có biến chứng cấp tính của bệnh đái tháo đường hoặc tái phát nhồi máu não trong 3 tháng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang chùm ca bệnh
- Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: chọn

mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ trong thời gian nghiên cứu

- Cách thức tiến hành nghiên cứu: Lấy thông tin trực tiếp tất cả người bệnh và người chăm sóc bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu. Thông tin được lấy theo mẫu bệnh án nghiên cứu, gồm các thông tin về: yếu tố dịch tễ, tiền sử, bệnh sử, lâm sàng, phỏng vấn và đánh giá bằng test MMSE và các trắc nghiệm thần kinh tâm lý.

- **Xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được nhập, làm sạch, quản lý và xử lý phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0 Các phép thống kê được sử dụng phù hợp với từng biến và mục đích phân tích. 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 nên không gây hại cho người bệnh. 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 của nhóm đối tượng nghiên cứu. Nhóm đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình là 70.52 ± 7.58 , trong đó tuổi thấp nhất là 53 và cao nhất là 90. Trong đó tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế với 55,4%, nữ giới chiếm 44,6%.

Bảng 3.1: Phân bố địa dư, trình độ học vấn, nghề nghiệp và các yếu tố nguy cơ của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=56)

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trình độ học vấn	Tiểu học, THCS	13	23.2
	THPT	35	62.5
	$\geq$ Trung cấp	8	14.3
Nơi ở	Nông thôn	40	71.4
	Thành thị	16	28.6
Nghề nghiệp	Lao động trí óc	20	35.7
	Lao động chân tay	36	64.3
Yếu tố nguy cơ	Tăng huyết áp	53	94.6
	Rối loạn lipid máu	25	44.6
	Bệnh tim mạch	14	25
	Sử dụng rượu bia	10	17.9
	Hút thuốc lá	15	26.8

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh có trình độ trung học phổ thông trở lên chiếm 76,8%. Người bệnh lao động chân tay chiếm tỉ lệ 64,3% và sinh sống ở nông thôn chiếm tỉ lệ 71,4%. Về yếu tố nguy cơ, tăng huyết áp chiếm tỉ lệ cao nhất 94,6%, tiếp đến là rối loạn lipid máu chiếm 44,6%, yếu tố nguy cơ rượu bia chiếm tỉ lệ thấp nhất với 17,9%.

Bảng 3.2: Đặc điểm về bệnh NMN và

ĐTĐ typ 2 của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=56)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bán cầu tổn thương	Bán cầu phải	21	37.5
	Bán cầu trái	18	32.1
	Cả hai	17	30.4
Số lượng tổn thương	Một	16	28.6
	Nhiều	40	71.4
Vị trí tổn thương	Vỏ não	27	48.2
	Dưới vỏ	6	10.7
	Cả hai	23	41.1
Thời gian mắc ĐTĐ	Dưới 2 năm	14	25
	Trên 2 năm	42	75
Đường máu vào viện	≤ 7 mmol/l	8	14.3
	>7 mmol/l và ≤11 mmol/l	29	51.8
	>11 mmol/l	15	26.8
HbA1c	≤7%	24	42.8
	7-8%	16	28.6
	>8%	16	28.6
Tuân thủ điều trị ĐTĐ	Không tuân thủ	30	53.6
	Tuân thủ	26	46.4

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân bị tổn thương 1 bán cầu chiếm 69,6%, trong đó bán cầu phải chiếm 37,5%, bán cầu trái chiếm 32,1%; 30,4 % bệnh nhân bị tổn thương cả hai bên. Bệnh nhân bị nhiều tổn thương chiếm tỉ lệ cao (71,4%). Vị trí tổn thương ở vỏ não chiếm ưu thế hơn (48,2%), trong đó tỷ lệ bệnh nhân bị tổn thương cả vỏ não và dưới vỏ cũng chiếm tỷ lệ cao (41,1). 75% bệnh nhân mắc đái tháo đường ≥ 2 năm, nhưng tỷ lệ tuân thủ điều trị ĐTĐ chỉ chiếm 46,4%. Đường máu và chỉ số HbA1c chưa đạt kiểm soát còn cao, HbA1c trên 7% chiếm 57,2%, trên 8% chiếm 28,6%.

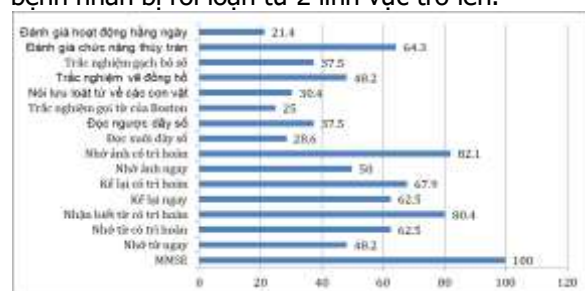
3.2. Đặc điểm một số rối loạn nhận thức và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2 sau nhồi máu

não. Trong 56 bệnh nhân bị suy giảm nhận thức thì có 44 bệnh nhân ở mức suy giảm nhận thức nhẹ chiếm 78,6% và 12 bệnh nhân đã tiến triển thành sa sút trí tuệ chiếm 21,4%.

Bảng 3.3: Đặc điểm các chức năng nhận thức bị rối loạn (n=56)

Chức năng nhận thức bị rối loạn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trí nhớ	52	92.9
Ngôn ngữ	17	30.4
Chú ý	21	37.5
Thị giác không gian	27	48.2
Chức năng điều hành	36	64.3
Từ 2 lĩnh vực	40	71.4

Nhận xét: Trí nhớ là chức năng nhận thức bị ảnh hưởng nặng nề nhất với tỷ lệ 92,9%. Các chức năng điều hành (64,3%) và thị giác – không gian (48,2%) cũng bị suy giảm rõ rệt, chức năng về ngôn ngữ và chú ý chiếm tỷ lệ thấp hơn (30,4% và 37,5%). Đáng chú ý, có tới 71,4% bệnh nhân bị rối loạn từ 2 lĩnh vực trở lên.

**Biểu đồ 1: Suy giảm nhận thức ở các lĩnh vực của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=56)**

Nhận xét: Trắc nghiệm thần kinh tâm lý có bất thường thì nhóm chức năng trí nhớ có tỷ lệ cao hơn cả bao gồm nhớ ảnh có tri hoãn (82,1%), nhận biết từ có tri hoãn (80,4%), kể lại có tri hoãn (67,9%). Tiếp đến là đánh giá chức năng thùy trán chiếm 64,3%; trắc nghiệm vẽ đồng hồ chiếm 48,2%.

Bảng 3.4: Mối liên quan giữa đặc điểm của nhóm đối tượng với mức độ SGNT (n=56)

Đặc điểm		Mức độ suy giảm nhận thức		Tổng (n=56) (%)	P- OR
		SGNT nhẹ (n=44) (%)	Sa sút trí tuệ (n=12) (%)		
Tuổi	Dưới 70	28 (87.5)	2 (12.5)	30 (100)	<0.01 OR:8,75
	≥ 70	16 (61.5)	10 (38.5)	26 (100)	
Giới	Nam	25 (80.6)	6 (19.4)	31 (100)	0.674
	Nữ	19 (76)	6 (24)	25 (100)	
Học vấn	Tiểu học –THCS	7 (53.8)	6 (46.2)	13 (100)	<0.05
	THPT	31 (88.6)	4 (11.4)	35 (100)	
	≥Trung cấp	6 (75)	2 (25)	8 (100)	
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	25 (69.4)	11 (20.6)	36 (100)	<0.05 OR:8,36
	Lao động trí óc	19 (95)	1 (5)	20 (100)	
Nơi ở	Nông thôn	31 (77.5)	9 (22.5)	40 (100)	1
	Thành thị	13 (81.3)	3 (19.7)	16 (100)	

Thời gian mắc ĐTD	Dưới 2 năm	14 (100)	0 (0)	14 (100)	<0.01
	≥2 năm	30 (71.4)	12 (28.6)	42 (100)	
Tần suất sử dụng thuốc	Thường xuyên	25 (96.1)	1 (3.9)	26 (100)	< 0.01 OR:14,47
	Không thường xuyên	19 (63.3)	11 (33.7)	30 (100)	
HbA1c	≤7%	23 (95.8)	1 (4.2)	24 (100)	<0.01
	7-8%	12 (75)	4 (25)	16 (100)	
	>8%	9 (56.3)	7 (43.7)	16 (100)	

Nhận xét: Qua kết quả phân tích ghi nhận các yếu tố tuổi, học vấn và nghề nghiệp, thời gian mắc đái tháo đường, chỉ số HbA1c và tần suất sử dụng thuốc liên quan đến SGNT có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các yếu tố giới, nơi ở không liên quan đến SGNT với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu trên 56 bệnh nhân cho thấy độ tuổi trung bình là $70,52 \pm 7,58$, trong đó phần lớn người bệnh ≥ 60 tuổi (91,1%) và nhóm trên 80 tuổi chiếm 12,5%. Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (55,4%). Những đặc điểm này tương đồng với nghiên cứu của Ma và cộng sự (2024) tại Trung Quốc trên 353 bệnh nhân ≥ 65 tuổi sau nhồi máu não, với tuổi trung bình $71,6 \pm 8,1$ và tỷ lệ nam giới 58,2%.¹ Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân có trình độ học vấn trung học phổ thông (62,5%), trong khi nhóm có trình độ tiểu học và trung học cơ sở chiếm 23,2%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Xu và cộng sự (2022) tại Jinan, Trung Quốc trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2 sau đột quỵ, trong đó 60,3% bệnh nhân có học vấn từ trung học trở lên.² Bên cạnh đó, 71,4% người bệnh sinh sống tại nông thôn và 64,3% làm nghề lao động chân tay. Về bệnh lý kèm theo, 94,6% bệnh nhân trong nghiên cứu có tăng huyết áp và 44,6% có rối loạn lipid máu. Kết quả này phù hợp với các phát hiện từ nghiên cứu của Abdelnaby và cộng sự (2023) tại Indonesia, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu được xác định là hai yếu tố có ý nghĩa thống kê trong việc làm tăng nguy cơ rối loạn nhận thức sau đột quỵ ($p < 0,01$).³ Ngoài ra, trong nhóm nghiên cứu, 26,8% bệnh nhân có hút thuốc lá và 17,9% sử dụng rượu chủ yếu thuộc nhóm suy giảm nhận thức nhẹ. Đây là các yếu tố hành vi cũng được nhấn mạnh trong bài tổng quan của Frontiers in Aging Neuroscience (2024) cho rằng hút thuốc và lạm dụng rượu là yếu tố nguy cơ tiềm tàng gây tổn thương mạch máu nhỏ và tăng tốc độ thoái hóa thần kinh, từ đó thúc đẩy quá trình suy giảm nhận thức sau đột quỵ.⁴

4.2. Đặc điểm SGNT và các yếu tố liên quan ở người bệnh đái tháo đường typ 2 sau nhồi máu não. Trong 56 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 sau nhồi máu não trong

nghiên cứu có 78,6% bệnh nhân bị suy giảm nhận thức nhẹ và 21,4% đã tiến triển thành SSTT, phù hợp với nghiên cứu của Xu và cộng sự (2022) tại Trung Quốc, cho thấy tỷ lệ SGNT nhẹ là 76,9%, trong khi sa sút trí tuệ là 18,5%, phản ánh vai trò của đái tháo đường typ 2 như một yếu tố nguy cơ độc lập có thể thúc đẩy thoái hóa thần kinh sau đột quỵ và làm nặng thêm tình trạng SGNT.² Trong các lĩnh vực nhận thức thì trí nhớ là lĩnh vực bị suy giảm nhiều nhất (92,9%), chức năng điều hành (64,3%) và thị giác không gian (48,2 %). Một nghiên cứu của Zhang và cộng sự (2023) trên 213 bệnh nhân ĐTD typ 2 sau đột quỵ tại Thượng Hải cũng cho kết quả tương tự: trí nhớ bị ảnh hưởng cao nhất (89,4%), tiếp theo là điều hành (66,2%) và chú ý (43,1%).⁵ Nguyên nhân chức năng trí nhớ bị suy giảm nhiều có thể do tại Việt Nam, suy giảm trí nhớ thường được bệnh nhân và người nhà phàn nàn, dễ ý và dễ phát hiện nên đây là một nguyên nhân quan trọng để bệnh nhân đột quỵ não quay lại tái khám. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân suy giảm 1 lĩnh vực chiếm tỷ lệ thấp 28,6%, từ hai lĩnh vực trở lên chiếm 71,4%. Narasimhalu cũng cho kết quả tương tự với 30,7% bị suy giảm 1 lĩnh vực nhận thức, 69,3% bị suy giảm nhiều lĩnh vực nhận thức.⁶ Tỷ lệ sa sút trí tuệ trong nghiên cứu này cao hơn rõ rệt ở nhóm bệnh nhân có HbA1c $>8\%$, chiếm 43,7%, so với chỉ 4,2% ở nhóm có HbA1c $\leq 7\%$. Điều này khẳng định vai trò quan trọng của việc kiểm soát đường huyết trong việc làm chậm quá trình suy giảm nhận thức, tương tự trong nghiên cứu của Albai và cộng sự (2019), khi bệnh nhân có HbA1c $>8\%$ có nguy cơ sa sút trí tuệ cao gấp 3,5 lần so với nhóm có HbA1c ≤ 7 .⁷ Ngoài ra, thời gian mắc đái tháo đường ≥ 2 năm trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có liên quan chặt chẽ với tình trạng rối loạn nhận thức (28,6% so với 0% ở nhóm mắc bệnh <2 năm ở nhóm SSTT). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Xu và cộng sự (2022) tại Trung Quốc trên 161 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 sau nhồi máu não, trong đó thời gian mắc bệnh ≥ 2 năm làm tăng nguy cơ rối loạn nhận thức gấp 5,39 lần, HbA1c $>8\%$ tăng nguy cơ gấp 3,89 lần, và đặc biệt đột quỵ tái phát làm tăng nguy cơ lên tới 7,17 lần.² Mặt khác, tình trạng không tuân thủ điều trị

cũng cho thấy ảnh hưởng rõ rệt đến kết quả nhận thức. Cụ thể, tỷ lệ sa sút trí tuệ ở nhóm không tuân thủ là 33,7%, trong khi chỉ là 3,9% ở nhóm tuân thủ tốt. Nghiên cứu của Soraya và cộng sự (2024) tại Indonesia ghi nhận bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có suy giảm nhận thức cũng cho tỷ lệ không tuân thủ điều trị cao hơn nhóm có nhận thức bình thường (70,6% so với 29,4%).⁸

V. KẾT LUẬN

Trong 56 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có suy giảm nhận thức sau nhồi máu não thì chủ yếu là suy giảm nhận thức nhẹ (71,6%). Trí nhớ, chức năng điều hành và thị giác-không gian là các lĩnh vực bị ảnh hưởng nhiều nhất. Các yếu tố liên quan chặt chẽ đến mức độ rối loạn nhận thức bao gồm: tuổi cao, học vấn thấp, lao động chân tay, thời gian mắc bệnh đái tháo đường ≥ 2 năm, HbA1c $> 8\%$ và không tuân thủ điều trị. Việc phát hiện sớm và kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ, đặc biệt là quản lý đường huyết chặt chẽ và nâng cao sự tuân thủ điều trị, đóng vai trò quan trọng trong việc làm chậm tiến trình suy giảm nhận thức và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ma F, Zhang Q, Li J, Wu L, Zhang H.** Risk factors for post-cerebral infarction cognitive dysfunction in older adults: a retrospective study.

BMC Neurology. 2024;24(1):72. doi:10.1186/s12883-024-03574-7

2. **Ma ZY, Wu YY, Cui HYL, Yao GY, Bian H.** Factors Influencing Post-Stroke Cognitive Impairment in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. CIA. 2022;Volume 17:653-664. doi:10.2147/cia.s355242
3. **Utomo NP, Pinzon RT.** Risk factors of cognitive impairment post-ischemic stroke. Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg. 2023;59(1):55. doi:10.1186/s41983-023-00654-2
4. **Guo X, Phan C, Batarseh S, Wei M, Dye J.** Risk factors and predictive markers of post-stroke cognitive decline—A mini review. Frontiers in Aging Neuroscience. 2024;16:1359792.
5. **Li X, Li Y, Zhao S, Chen X, Wang L, Zhang X.** Early cognitive dysfunction after stroke and related risk factors in the high-altitude and multi-ethnic region of Qinghai, China: a multi-center cross-sectional study. Clinical Neurology and Neurosurgery. 2023;225:107607.
6. **Narasimhalu K, Lee J, Leong YL, et al.** Inflammatory Markers and Their Association with Post Stroke Cognitive Decline. International Journal of Stroke. 2015;10(4):513-518. doi:10.1111/ijss.12001
7. **Albai O, Frandes M, Timar R, Roman D, Timar B.** Risk factors for developing dementia in type 2 diabetes mellitus patients with mild cognitive impairment. NDT. 2019;Volume 15:167-175. doi:10.2147/ndt.s189905
8. **Soraya IA, Sauriasari R, Prawirohardjo P, Risni HW.** The effect of cognitive decline on the medication adherence in patients with type II diabetes mellitus. Pharmacy Education. 2024;24(2):163-171.

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NỒNG ĐỘ CYFRA 21-1 VÀ CEA Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Tiến Đạt¹, Nguyễn Thuận Lợi^{1,2}, Từ Quang Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định nồng độ CYFRA 21-1 và CEA ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN), đồng thời khảo sát mối liên quan giữa các marker này với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 221 bệnh nhân UTPKTBN được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai trong giai đoạn 2022–2023. **Kết quả:** Nồng độ trung vị của CYFRA 21-1 và CEA lần lượt là

6,60 ng/mL và 6,70 ng/mL, với tỷ lệ tăng tương ứng là 81,9% và 66,1%. CYFRA 21-1 tăng cao có ý nghĩa ở bệnh nhân có mô học vảy ($p = 0,008$), có di căn xa ($p = 0,010$), và xuất hiện triệu chứng thần kinh như đau đầu, chóng mặt ($p = 0,011$). Trong khi đó, CEA tăng có ý nghĩa ở bệnh nhân có khối u lớn ($T > 2b$) ($p = 0,026$) và các triệu chứng hô hấp như ho ($p = 0,014$), khó thở ($p = 0,010$) và ho ra máu ($p = 0,047$). Cả hai marker đều tăng đáng kể ở giai đoạn tiến triển (III–IV) so với giai đoạn sớm (I–II) ($p < 0,05$). **Kết luận:** CYFRA 21-1 và CEA là hai dấu ấn có vai trò bổ trợ, mang những đặc điểm khác biệt trong đánh giá lâm sàng bệnh UTPKTBN. CYFRA 21-1 liên quan chặt chẽ với mô học vảy và tình trạng di căn xa, trong khi CEA phản ánh kích thước khối u nguyên phát và triệu chứng hô hấp. Việc kết hợp cả hai marker có thể hỗ trợ hiệu quả trong tiên lượng và theo dõi bệnh.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, chỉ điểm khối u, CYFRA 21-1, CEA.

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tiến Đạt

Email: tiendat.ump@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025