

# THỰC TRẠNG RỐI LOẠN NHẬN THỨC VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI SAU ĐỘT QUỴ NÃO

Vũ Thu Hương<sup>1,2,\*</sup>, Hồ Hoàng Dung<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng rối loạn nhận thức (RLNT) và phân tích một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi sau đột quỵ não. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 188 người bệnh  $\geq 60$  tuổi sau đột quỵ. Chức năng nhận thức đánh giá bằng MMSE. Các yếu tố lâm sàng và chức năng được thu thập qua NIHSS, ADL, IADL, CFS, GDS, PSQI và bệnh kèm. Hồi quy tuyến tính đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan độc lập với điểm MMSE. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $79 \pm 10$ ; nam 54,3%. Điểm NIHSS trung bình  $15 \pm 11$ ; MMSE  $15 \pm 7,6$ . Tỷ lệ RLNT là 76,6%, trong đó mức trung bình và nặng chiếm tỷ lệ cao nhất (30,9% và 35,1%). Mức độ nặng đột quỵ và suy giảm chức năng sinh hoạt tăng theo mức độ RLNT ( $p < 0,001$ ). Người bệnh RLNT nặng có tình trạng suy yếu, trầm cảm và rối loạn giấc ngủ cao hơn. Không ghi nhận khác biệt về loại đột quỵ và bệnh tim mạch kèm theo giữa các nhóm. Hồi quy đa biến cho thấy NIHSS ( $\beta = -0,32$ ;  $p < 0,001$ ) và GDS ( $\beta = -0,26$ ;  $p = 0,044$ ) liên quan nghịch, trong khi IADL liên quan thuận ( $\beta = 0,72$ ;  $p = 0,011$ ) với điểm MMSE. **Kết luận:** RLNT rất phổ biến ở người cao tuổi sau đột quỵ. Mức độ nặng đột quỵ, suy giảm hoạt động sinh hoạt phức tạp và triệu chứng trầm cảm là các yếu tố liên quan độc lập với chức năng nhận thức. Cần sàng lọc và can thiệp sớm RLNT ở nhóm người bệnh này.

**Từ khóa:** Đột quỵ, rối loạn nhận thức, MMSE, người cao tuổi, yếu tố liên quan.

## ABSTRACT

### CURRENT STATUS OF COGNITIVE IMPAIRMENT AND ASSOCIATED FACTORS IN OLDER ADULTS AFTER STROKE

**Objectives:** To describe the current status of cognitive impairment and identify associated factors in older adults after stroke. **Methods:** A cross-sectional study was conducted in 188 post-stroke patients aged  $\geq 60$  years. Cognitive function was assessed using the MMSE. Clinical and functional variables were collected using NIHSS, ADL, IADL, CFS, GDS, PSQI, and comorbidity data. Multivariable linear regression was performed to determine independent factors associated with MMSE scores. **Results:** Mean age was  $79 \pm 10$  years; 54.3% were male. Mean NIHSS and MMSE scores were  $15 \pm 11$  and  $15 \pm 7.6$ , respectively. The prevalence of cognitive impairment was 76.6%,

with moderate and severe levels being most common (30.9% and 35.1%). Stroke severity and functional decline increased with worsening cognitive impairment ( $p < 0.001$ ). Frailty, depressive symptoms, and sleep disturbances were more frequent in severe impairment. No significant differences were found regarding stroke type or cardiovascular comorbidities. Multivariable analysis showed NIHSS ( $\beta = -0.32$ ;  $p < 0.001$ ) and GDS ( $\beta = -0.26$ ;  $p = 0.044$ ) were negatively associated, while IADL was positively associated ( $\beta = 0.72$ ;  $p = 0.011$ ) with MMSE scores. **Conclusions:** Cognitive impairment is highly prevalent in older adults after stroke. Stroke severity, impaired instrumental daily activities, and depressive symptoms are independently associated with cognitive function. Early screening and management of cognitive impairment are essential in this population.

**Keywords:** Stroke, cognitive impairment, MMSE, older adults, associated factors.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế ở người cao tuổi. Bên cạnh các di chứng vận động, rối loạn nhận thức sau đột quỵ đang ngày càng được quan tâm do ảnh hưởng sâu sắc đến khả năng tự chăm sóc, hòa nhập xã hội và chất lượng cuộc sống của người bệnh<sup>1</sup>. Suy giảm nhận thức làm tăng gánh nặng chăm sóc và nguy cơ phụ thuộc chức năng.

Tỷ lệ rối loạn nhận thức sau đột quỵ được ghi nhận khá cao và chịu tác động bởi nhiều yếu tố như giới tính nữ, tuổi tác, trình độ học vấn thấp, rung nhĩ, tiểu đường, hút thuốc, uống rượu, tăng huyết áp, bệnh động mạch vành, mảng xơ vữa động mạch cảnh, điểm NIHSS khi nhập viện  $\geq 5$ , thất nghiệp và homocysteine<sup>2</sup>. Tuy nhiên, đặc điểm dân số già và gánh nặng bệnh lý mạn tính ở người cao tuổi Việt Nam có thể làm thay đổi mô hình và mức độ ảnh hưởng của các yếu tố này. Hiện nay, các nghiên cứu trong nước về rối loạn nhận thức giai đoạn sớm sau đột quỵ ở người cao tuổi còn hạn chế, đặc biệt tại thời điểm 1 tháng sau khởi phát - giai đoạn quan trọng cho phục hồi chức năng và lập kế hoạch chăm sóc dài hạn.

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng rối loạn nhận thức và phân tích một số yếu tố liên quan đến chức năng nhận thức ở người cao tuổi sau đột quỵ não.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

<sup>1</sup> Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup> Bệnh viện Lão khoa Trung ương

<sup>3</sup> Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thu Hương

Email: vuthuhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2026

Ngày duyệt bài: 25.3.2026

Nghiên cứu được thực hiện trên người bệnh ≥ 60 tuổi được chẩn đoán đột quỵ não dựa trên lâm sàng và hình ảnh học (CT/MRI) theo hướng dẫn của Bộ Y tế, đang được theo dõi tái khám sau 1 tháng Bệnh viện Lão khoa Trung ương, trong thời gian từ 5/2025 đến 12/2025.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Tuổi ≥ 60
- Chẩn đoán xác định là nhồi máu não theo Hướng dẫn của Bộ Y tế<sup>3</sup>
- Tái khám sau 1 tháng tại khoa Cấp cứu và Đột quỵ, Bệnh viện Lão khoa Trung ương.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Rối loạn giao tiếp nặng hoặc RLNT không thể phỏng vấn.
- Bệnh lý nặng kèm theo ảnh hưởng đến đánh giá (ung thư tiến triển, suy thận giai đoạn cuối, nhồi máu cơ tim gần đây...).
- Tình trạng nặng không hợp tác được.

**2. Phương pháp nghiên cứu**

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, thu thập tiền cứu.

**Cỡ mẫu:** Được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong nghiên cứu mô tả cắt ngang:

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

- Z = 1,96 (độ tin cậy là 95%)
- p = 0,379 (Dựa vào tỷ lệ rối loạn nhận thức sau đột quỵ tham khảo từ nghiên cứu tại Khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, năm 2023 là 37,9%<sup>4</sup>)
- d ≈ 0,07

Cỡ mẫu tối thiểu là 184, thực tế thu thập 188 người bệnh.

**3. Chỉ số và công cụ đánh giá**

Chức năng nhận thức được đánh giá bằng thang MMSE (Mini Mental State Examination), thang điểm sàng lọc nhận thức được sử dụng rộng rãi trong lâm sàng, phân loại: Bình thường, Rối loạn nhận thức nhẹ, Rối loạn nhận thức trung bình, Rối loạn nhận thức nặng

Các biến độc lập, bao gồm:

- Đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới, trình độ học vấn
- Đặc điểm lâm sàng đột quỵ: Loại đột quỵ, Mức độ nặng đột quỵ: NIHSS
- Chức năng và tâm thần - xã hội: Hoạt động sinh hoạt: ADL, IADL, Mức độ suy yếu: CFS, Trầm cảm: GDS-15, Chất lượng giấc ngủ: PSQI, Tần suất tham gia hoạt động xã hội, bạn bè
- Hành vi nguy cơ: Sử dụng rượu: AUDIT, Phụ thuộc nicotin: FTND
- Bệnh kèm: tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, rung nhĩ, nhồi máu cơ tim, suy tim.
- Tình trạng dinh dưỡng: BMI, Sụt cân gần đây

**4. Phân tích số liệu**

Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 17.0. Thống kê mô tả: trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, trung vị (IQR) hoặc tỷ lệ (%). So sánh giữa các mức độ rối loạn nhận thức: sử dụng ANOVA, Kruskal-Wallis hoặc Chi-square phù hợp. Hồi quy tuyến tính đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan độc lập với điểm MMSE. Ngưỡng ý nghĩa thống kê: p < 0,05.

**5. Đạo đức nghiên cứu**

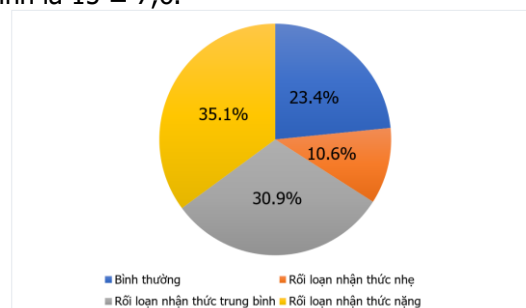
Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt (số Quyết định 2220/QĐ-ĐHYHN). Người bệnh tham gia trên tinh thần tự nguyện và được bảo mật thông tin.

**III. KẾT QUẢ**

**Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 188)**

Đặc điểm	n	%
<b>Tuổi (năm), TB ± ĐLC</b>	79 ± 10	
<b>Giới tính</b>		
Nam	102	54,3
Nữ	86	45,7
<b>Trình độ học vấn</b>		
Không đi học/chưa tốt nghiệp	37	19,7
Tiểu học	42	22,3
THCS	31	16,5
THPT	54	28,7
Trung cấp/Cao đẳng	15	8,0
Đại học/Sau đại học	9	4,8
<b>NIHSS, TB ± ĐLC</b>	15 ± 11	
<b>Phân loại NIHSS</b>		
Nhẹ	47	25,0
Trung bình	61	32,4
Trung bình nặng	24	12,8
Nặng	56	29,8
<b>MMSE, TB ± ĐLC</b>	15 ± 7,6	

Tuổi trung bình của người bệnh là 79 ± 10, nam giới chiếm 54,3%. Trình độ học vấn nhìn chung thấp, với 42,0% học đến tiểu học hoặc chưa từng đi học. Điểm NIHSS trung bình là 15 ± 11, cho thấy phần lớn người bệnh ở mức độ đột quỵ trung bình đến nặng. Điểm MMSE trung bình là 15 ± 7,6.



**Hình 1. Tỷ lệ rối loạn nhận thức sau đột quỵ theo phân loại MMSE**

Trong 188 người bệnh, 76,6% có rối loạn nhận thức sau đột quy. Mức độ nặng và trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (35,1% và 30,9%), trong khi chỉ 23,4% còn chức năng nhận thức bình thường.

**Bảng 2. Đặc điểm nhân khẩu học, mức độ đột quy và chức năng theo mức độ rối loạn nhận thức sau đột quy**

Yếu tố	Không RLNT (n=44)	RLNT nhẹ (n=20)	RLNT trung bình (n=58)	RLNT nặng (n=66)	Giá trị p
Tuổi, mean ± SD	76 ± 11	78 ± 11	81 ± 10	79 ± 8.9	0.13
NIHSS	4.5 ± 7.3	10 ± 7.7	14 ± 6.7	23 ± 9.4	<b>&lt;0.001</b>
ADL	3.7 ± 2.3	3.0 ± 2.2	1.2 ± 1.3	0.91 ± 1.5	<b>&lt;0.001</b>
IADL	5.6 ± 2.7	3.5 ± 2.5	1.7 ± 1.9	0.88 ± 1.8	<b>&lt;0.001</b>
CFS	5.2 ± 1.8	5.5 ± 1.1	6.2 ± 1.1	6.8 ± 1.1	<b>&lt;0.001</b>
GDS	4.1 ± 2.8	6.3 ± 2.7	7.1 ± 2.8	8.0 ± 3.7	<b>&lt;0.001</b>
PSQI	6.5 ± 5.7	6.8 ± 4.3	8.8 ± 4.1	11 ± 5.1	<b>&lt;0.001</b>
Tần suất hoạt động xã hội	7.6 ± 9.8	3.6 ± 9.2	3.4 ± 6.5	3.2 ± 6.1	<b>0.013</b>
Tần suất thăm bạn bè	9.4 ± 10	4.9 ± 9.3	3.9 ± 6.9	4.7 ± 7.9	<b>0.009</b>
Số lần đột quy, median (IQR)	1 (0-1)	1 (0-2)	1 (1-2)	1 (1-2)	0.12
AUDIT	1.7 ± 3.3	3.6 ± 6.3	2.8 ± 5.0	2.3 ± 4.6	0.38
FTND	0.55 ± 1.6	0.85 ± 2.1	1.3 ± 2.4	1.5 ± 3.0	0.19

Không có sự khác biệt về tuổi giữa các nhóm. Tuy nhiên, điểm NIHSS tăng dần theo mức độ RLNT (p<0,001). Điểm ADL và IADL giảm rõ rệt ở các nhóm RLNT nặng hơn. Đồng thời, mức độ suy yếu, trầm cảm và rối loạn giấc

ngủ tăng có ý nghĩa thống kê. Hoạt động xã hội và tần suất thăm bạn bè giảm ở nhóm RLNT nặng. Không ghi nhận khác biệt về uống rượu, hút thuốc hay số lần đột quy.

**Bảng 3. Bệnh nền, loại đột quy và tình trạng dinh dưỡng theo mức độ rối loạn nhận thức**

Yếu tố	Không RLNT	RLNT nhẹ	RLNT TB	RLNT nặng	Giá trị p
<b>Phân loại đột quy</b>					0.81
Nhồi máu não	86%	90%	88%	83%	
Xuất huyết não	11%	5%	8.6%	14%	
Xuất huyết dưới nhện	3%				
<b>Tăng huyết áp</b>	52%	80%	66%	71%	0.10
<b>Đái tháo đường</b>	20%	35%	33%	32%	0.48
<b>Rối loạn lipid máu</b>	6.8%	25%	19%	23%	0.14
<b>Rung nhĩ</b>	9.1%	5%	17%	12%	0.43
<b>Nhồi máu cơ tim</b>	9.1%	15%	14%	12%	0.88
<b>Suy tim</b>	16%	10%	24%	18%	0.50
<b>Giảm cân</b>					<b>0.035</b>
>3 kg	6.8%	25%	12%	12%	
1-3 kg	23%	20%	17%	41%	
Không giảm	25%	15%	17%	7.6%	
<b>BMI</b>					0.74
<19	26%	40%	21%	30%	
19-<21	37%	25%	42%	34%	
21-<23	29%	20%	19%	20%	
≥23	7.9%	15%	17%	16%	

Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các mức độ RLNT về loại đột quy hay các bệnh tim mạch đi kèm. Tuy nhiên, tình

trạng sụt cân khác biệt giữa các nhóm (p=0,035), trong đó nhóm RLNT nặng có tỷ lệ sụt cân cao hơn. BMI không khác biệt đáng kể.

**Bảng 4. Các yếu tố liên quan độc lập với điểm MMSE ở người bệnh sau đột quy (Hồi quy tuyến tính đa biến)**

Biến	Hệ số ( $\beta$ )	Sai số chuẩn	p-value	KTC 95%
Tuổi	-0.02	0.04	0.608	-0.11; 0.06
<b>NIHSS</b>	<b>-0.32</b>	0.04	<b>&lt;0.001</b>	<b>-0.41; -0.24</b>
AUDIT	0.02	0.10	0.841	-0.19; 0.23
FTND	-0.28	0.18	0.123	-0.63; 0.08
ADL	0.38	0.37	0.314	-0.36; 1.11
<b>IADL</b>	<b>0.72</b>	0.28	<b>0.011</b>	<b>0.17; 1.28</b>
<b>GDS</b>	<b>-0.26</b>	0.13	<b>0.044</b>	<b>-0.51; -0.01</b>
PSQI	-0.09	0.09	0.290	-0.26; 0.08
CFS	0.11	0.38	0.770	-0.64; 0.87
Hoạt động xã hội	0.01	0.10	0.928	-0.18; 0.20
Thăm bạn bè	0.06	0.09	0.491	-0.11; 0.23
Giới nữ	-0.42	0.88	0.635	-2.15; 1.32
BMI (so với <19)				
19-<21	-0.07	1.02	0.945	-2.09; 1.95
21-<23	-0.01	1.18	0.994	-2.33; 2.31
$\geq 23$	0.00	1.31	0.998	-2.58; 2.59
Có bệnh kèm	0.28	1.15	0.804	-1.98; 2.55

Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy ba yếu tố liên quan độc lập với điểm MMSE. NIHSS có mối liên quan nghịch với chức năng nhận thức ( $\beta = -0,32$ ;  $p < 0,001$ ), nghĩa là khi NIHSS tăng 1 điểm thì MMSE giảm trung bình 0,32 điểm khi giữ các yếu tố khác không đổi. Ngược lại, IADL liên quan thuận với MMSE ( $\beta = 0,72$ ;  $p = 0,011$ ); khi IADL tăng 1 điểm thì MMSE tăng trung bình 0,72 điểm. Điểm GDS liên quan nghịch với nhận thức ( $\beta = -0,26$ ;  $p = 0,044$ ), tương ứng MMSE giảm trung bình 0,26 điểm khi GDS tăng 1 điểm.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 76,6% người bệnh có rối loạn nhận thức tại thời điểm 1 tháng sau đột quy, trong đó nhóm suy giảm trung bình và nặng chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ này cao hơn của khoa Nội Thần kinh, bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ với tỷ lệ 37,9%<sup>4</sup> và khoa Đột quy, bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình với tỷ lệ 45,95%<sup>5</sup>. Lý giải cho vấn đề này, nghiên cứu của 2 tác giả trên có tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 63,35 và 66,7 tuổi, còn nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình cao hơn là 79 tuổi, mà tuổi là yếu tố nguy cơ không thay đổi được quan trọng hàng đầu đã được ghi nhận làm giảm "dự trữ nhận thức", khiến người bệnh dễ biểu hiện suy giảm nhận thức hơn sau tổn thương não<sup>6</sup>.

Chúng tôi ghi nhận mức độ nặng của đột quy (NIHSS) tăng rõ rệt theo mức độ suy giảm nhận thức. Kết quả hồi quy đa biến khẳng định

NIHSS là yếu tố liên quan độc lập với điểm MMSE; khi NIHSS tăng 1 điểm thì MMSE giảm trung bình 0,32 điểm. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh, khi tổn thương thần kinh lan rộng và nặng nề hơn sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến các mạng lưới nhận thức, đặc biệt ở người cao tuổi vốn đã có sẵn tình trạng thoái hóa não và bệnh mạch máu nhỏ<sup>6</sup>.

Bên cạnh mức độ đột quy, chức năng sinh hoạt phức tạp (IADL) có liên quan thuận độc lập với điểm MMSE. Mỗi 1 điểm tăng của IADL tương ứng với tăng 0,72 điểm MMSE. IADL phản ánh khả năng thực hiện các hoạt động đòi hỏi phối hợp nhận thức - vận động - điều hành như quản lý tài chính, sử dụng điện thoại, đi lại ngoài cộng đồng<sup>7</sup>. Mỗi liên quan này cho thấy suy giảm nhận thức gắn liền với giảm khả năng sống độc lập, nhấn mạnh nhu cầu phục hồi chức năng toàn diện.

Một phát hiện đáng chú ý khác là triệu chứng trầm cảm (GDS) liên quan với điểm MMSE. Trầm cảm sau đột quy có thể làm nặng thêm biểu hiện suy giảm nhận thức thông qua giảm giảm tập trung, giảm chú ý không gian và thay đổi hoạt động của các hệ dẫn truyền thần kinh<sup>8</sup>. Kết quả này gợi ý việc sàng lọc và can thiệp sớm rối loạn khí sắc có thể góp phần cải thiện hoặc hạn chế tiến triển suy giảm nhận thức ở giai đoạn sớm sau đột quy.

Chúng tôi cũng ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các mức độ rối loạn nhận thức đối với ADL, mức độ suy yếu (CFS), rối loạn giấc ngủ (PSQI) và mức độ tham gia hoạt động

xã hội. Các yếu tố này phản ánh tình trạng dễ tổn thương toàn diện của người cao tuổi sau đột quỵ, trong đó suy giảm nhận thức là một phần của hội chứng lão khoa đa yếu tố. Tuy nhiên, khi đưa vào mô hình đa biến, các yếu tố này không còn giữ được ý nghĩa độc lập, có thể do mối liên quan chặt chẽ giữa chúng với mức độ đột quỵ và chức năng hoạt động hàng ngày.

Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các mức độ rối loạn nhận thức về loại đột quỵ, bệnh tim mạch kèm theo, hút thuốc hay sử dụng rượu. Điều này cho thấy trong giai đoạn sớm sau đột quỵ, mức độ tổn thương thần kinh và tình trạng chức năng hiện tại có vai trò nổi trội hơn so với các yếu tố nguy cơ tim mạch nền trong việc quyết định tình trạng nhận thức. Tuy nhiên, chúng tôi ghi nhận tình trạng sụt cân khác biệt giữa các nhóm, với tỷ lệ cao hơn ở nhóm suy giảm nhận thức nặng. Sụt cân có thể là dấu hiệu của suy dinh dưỡng, viêm mạn tính hoặc suy yếu toàn thân, vốn đều liên quan đến suy giảm nhận thức ở người cao tuổi.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Thiết kế cắt ngang tại thời điểm 1 tháng chưa cho phép đánh giá diễn tiến lâu dài của rối loạn nhận thức. Thang điểm MMSE có thể bị ảnh hưởng bởi trình độ học vấn thấp, phổ biến trong mẫu nghiên cứu. Tuy nhiên, nghiên cứu có ưu điểm là đánh giá toàn diện các yếu tố lão khoa, tâm lý và chức năng, giúp làm rõ bức tranh đa chiều của suy giảm nhận thức sớm sau đột quỵ ở người cao tuổi Việt Nam.

## V. KẾT LUẬN

Rối loạn nhận thức rất phổ biến ở người cao tuổi tại thời điểm 1 tháng sau đột quỵ, với tỷ lệ lên tới 76,6%, trong đó mức độ trung bình và nặng chiếm ưu thế. Suy giảm nhận thức liên quan chặt chẽ với mức độ nặng của đột quỵ và tình trạng suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy ba yếu tố liên quan độc lập với chức năng nhận thức gồm: mức độ nặng đột quỵ (NIHSS), khả năng thực hiện hoạt động sinh hoạt phức tạp (IADL) và triệu chứng trầm cảm (GDS). Trong đó, đột

quỵ càng nặng và trầm cảm càng nhiều thì chức năng nhận thức càng suy giảm, trong khi khả năng hoạt động độc lập tốt hơn có liên quan đến điểm nhận thức cao hơn. Kết quả nhấn mạnh sự cần thiết của việc sàng lọc sớm rối loạn nhận thức, đồng thời đánh giá toàn diện chức năng hoạt động và sức khỏe tâm thần ở người bệnh cao tuổi sau đột quỵ nhằm xây dựng chiến lược phục hồi và chăm sóc phù hợp.

## LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả trân trọng cảm ơn người bệnh và gia đình đã tham gia nghiên cứu. Xin chân thành cảm ơn cán bộ y tế và nhân viên tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương và Trường Đại học Y Hà Nội đã hỗ trợ thu thập số liệu. Chúng tôi cũng cảm ơn các đồng nghiệp và trợ lý nghiên cứu đã góp phần vào quá trình triển khai nghiên cứu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đột quỵ não. Nhà xuất bản Y học; 2024.
- Gần CV, Đức NTM.** 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. 2023;64:32-38.
- Mai NT, Nghiệp PD, Linh TTT.** Nghiên cứu tình trạng rối loạn nhận thức ở người bệnh sau đột quỵ não cấp bằng thang điểm đánh giá tâm thần tối thiểu MMSE tại Khoa Đột quỵ, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2024. Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy. 2025.
- Lee P-H, Yeh T-T, Yen H-Y, Hsu W-L, Chiu VJ-Y, Lee S-C.** Impacts of stroke and cognitive impairment on activities of daily living in the Taiwan longitudinal study on aging. Scientific Reports. 2021;11:12199.
- Livingston G, Huntley J, Liu KY, et al.** Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet Standing Commission. The Lancet. 2024;404:572-628.
- Ma Y, Yang Y, Wang X, et al.** Prevalence and risk factors of poststroke cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. Public Health Nursing. 2025;42:1047-1059.
- Rost NS, Brodtmann A, Pase MP, et al.** Post-stroke cognitive impairment and dementia. Circulation Research. 2022;130:1252-1271.
- Williams OA, Demeyere N.** Association of depression and anxiety with cognitive impairment 6 months after stroke. Neurology. 2021;96:e1966-e1974.