Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal. 2013;18(6):e824-31.
6. **Seifo N, Cassie H, Radford JR, Innes NPT.** Silver diamine fluoride for managing carious lesions: an umbrella review. BMC oral health. 2019;19(1):145.
7. **Fung MHT, Duangthip D, Wong MCM, Lo ECM, Chu CH.** Randomized Clinical Trial of 12% and 38% Silver Diamine Fluoride Treatment. Journal of dental research. 2018;97(2):171-8.
8. **Vollu AL, Rodrigues GF, Rougemount Teixeira RV, Cruz LR, Dos Santos Massa G, de Lima Moreira JP, et al.** Efficacy of 30% silver diamine fluoride compared to atraumatic restorative treatment on dentine caries arrestment in primary molars of preschool children: A 12-months parallel randomized controlled clinical trial. Journal of dentistry. 2019;88:103165.

SUY GIẢM NHẬN THỨC Ở NGƯỜI SUY TIM MẠN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Nguyễn Trần Vĩnh An[1], Trần Kim Trang[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy giảm nhận thức là một tình trạng đồng mắc thường gặp ở người suy tim, làm cho suy tim xấu hơn và ngược lại. Một số nghiên cứu ở người suy tim cho thấy tỷ lệ hiện mắc suy giảm nhận thức cao, đặc biệt trên bệnh nhân ngoại trú nhưng thường không đủ thời gian để đánh giá và bỏ sót tình trạng này. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ hiện mắc và các mối liên quan đến suy giảm nhận thức trên người bệnh suy tim mạn được điều trị ngoại trú. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả 200 trường hợp được chẩn đoán suy tim mạn tại phòng khám Nội tim mạch bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Các bệnh nhân được thu thập thông tin và thực hiện thang đánh giá nhận thức MoCA. **Kết quả**: Độ tuổi trung bình là 65,2 ± 13,4, nam giới chiếm tỷ lệ 61%. Tỷ lệ người bệnh mắc suy giảm nhận thức là 84,5%; các mối liên quan đến suy giảm nhận thức như tuổi tác, giới tính, trình độ học vấn, béo phì và độ suy tim NYHA. **Kết luận:** Suy giảm nhận thức là một tình trạng đồng mắc phổ biến cũng như có nhiều yếu tố nguy cơ cần được các nhà lâm sàng quan tâm.

SUMMARY

COGNITIVE IMPAIRMENT IN OUTPATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

Background: Cognitive impairment is a common comorbidity in patients with heart failure deteriorating heart failure and vice versa. Some studies on heart failure patients demonstrate the high prevalence of cognitive impairment, especially in outpatients whom do not have enough time to be assessed and omitted this comorbidity. **Objectives:** To define the prevalence and involved factors of cognitive impairment in outpatients with chronic heart failure (CHF). **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 200 CHF patients at Cardiovascular clinic – University Medical Center Ho Chi Minh city. Patient information was collected and they performed a Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test. **Results:** The mean age was 65.2 ± 13.4 years, and male patients accounted for 61% of the study population. The prevalence of cognitive impairment is 84.5%; involved factors of cognitive impairment are age, gender, education level, obesity and NYHA classification. **Conclusion:** Cognitive impairment not only is a common comorbidity but also has some involved factors required physicians's attention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong một báo cáo năm 2021, tại Việt Nam, tuy chưa có số liệu chính thức nào nhưng dựa trên tỷ lệ hiện mắc suy tim trên thế giới (0,4-2%), có khoảng 320.000 đến 1,6 triệu người mắc suy tim [1]. Kết cục kém trong suy tim điển hình là tần suất tái nhập viện cao và tỷ lệ tử vong cao được chứng minh là có liên quan đến việc tuân trị. Suy giảm nhận thức (SGNT), biểu hiện qua các vấn đề về trí nhớ, sự chú ý, chức năng điều hành,… sẽ ảnh hưởng tiêu cực tới sự tuân trị qua việc dùng thuốc và điều chỉnh lối sống của người bệnh. Tuy nhiên, dù là một tình trạng đồng mắc phổ biến trong suy tim, đặc biệt trên đối tượng bệnh nhân ngoại trú với tỷ lệ hiện mắc lên tới 50%, nhưng SGNT vẫn còn hiếm được đánh giá trong thực hành lâm sàng và thường bị bỏ qua [4].

Thang đánh giá nhận thức Montreal (MoCA) có độ nhạy và độ đặc hiệu tốt hơn thang MMSE khi dùng để xác định SGNT nhẹ lần lượt là 94,6% và 76,3% so với 33,8% và 100% [5]. Do đó, chúng tôi dùng thang MoCA để khảo sát tỷ lệ và các mối liên quan đến suy giảm nhận thức trên người bệnh suy tim mạn được điều trị ngoại trú, thiết nghĩ sẽ tránh được những yếu tố gây nhiễu của giai đoạn nằm viện.

[1]*Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trần Vĩnh An
Email: dr.nt.vinhan@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.5.2023
Ngày phản biện khoa học: 20.6.2023
Ngày duyệt bài: 10.7.2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Nghiên cứu cắt ngang mô tả những bệnh nhân suy tim mạn đến khám tại phòng khám Nội Tim mạch Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 2/2023 đến tháng 3/2023. Chúng tôi loại trừ những bệnh nhân đang có các tình trạng nội khoa nặng như suy tim cấp, nhiễm trùng, nhiễm độc, rối loạn điện giải; phẫu thuật tim trong vòng 3 tháng gần đây; tiền sử bị chấn thương đầu vừa hoặc nặng; bệnh nhân mù chữ, bị tật khúc xạ mắt hay không hợp tác. Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học tại Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh số 57/HĐĐĐ-ĐHYD.

Biến số nghiên cứu: Người nghiên cứu trực tiếp thu thập các thông tin về các mối liên quan đến suy giảm nhận thức trên người bệnh suy tim: tuổi, giới tính, nơi cư trú, trình độ học vấn, béo phì (khi chỉ số khối cơ thể ≥ 25 kg/m^2), phân độ suy tim NYHA; phân suất tống máu được thu thập từ bệnh án điện tử và điểm số MoCA (MoCA ≥ 26 điểm: bình thường, 18 – 25: SGNT nhẹ, 10 – 17: SGNT trung bình, ≤ 9: SGNT nặng).

Xử lý số liệu: Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata Manager và Epidata Entry (Christiansen TB and Lauritsen JM. (Ed.) EpiData - Comprehensive Data Management and Basic Statistical Analysis System. Odense Denmark, EpiData Association, 2010-. Http://www.epidata.dk) và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 14.2 trên hệ điều hành Window (StataCorp. 2015. Stata Statistical Software: Release 14. College Station, TX: StataCorp LP.)

Các biến số liên tục (tuổi, EF và điểm số MoCA) được biểu diễn bằng trung bình, độ lệch chuẩn nếu có phân phối bình thường, dùng phép kiểm T-test. Nếu không có phân phối bình thường, biến số được biểu diễn bằng trung vị và khoảng tứ phân vị, dùng phép kiểm định phi tham số Mann-Whitney.

Các biến định tính (giới tính, nơi cư trú, trình độ học vấn, béo phì và phân độ suy tim NYHA) được biểu diễn bằng tỷ lệ, dùng phép kiểm chi bình phương. Dùng hiệu chỉnh Fisher nếu > 20% tổng số ô trong bảng có vọng trị < 5.

Tìm mối tương quan giữa 2 biến định lượng: chúng tôi dùng hệ số tương quan Pearson cho phân phối bình thường hay tương quan Spearman đối với biến số không có phân phối bình thường.

Tìm mối liên quan khi biến phụ thuộc là biến nhị giá: chúng tôi dùng hồi quy logistic, để tìm giá trị OR và khoảng tin cậy 95%.

Để khử nhiễu giữa các biến số dùng phân tích phân tầng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 200 bệnh nhân suy tim mạn thỏa tiêu chuẩn được nhận vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu (N = 200)

Đặc điểm	N (%)	Trung bình ± Độ lệch chuẩn
Tuổi	200 (100)	65,2 ± 13,4
< 60 tuổi	64 (32,0)	49,5 ± 8,7
≥ 60 tuổi	136 (68,0)	72,5 ± 7,7
Giới: Nam	122 (61,0)	
Nữ	78 (39,0)	
Nơi cư trú		
Thành thị	140 (70,0)	
Nông thôn	60 (30,0)	
Trình độ học vấn		
Cấp 1	71 (35,5)	
Cấp 2	58 (29,0)	
Cấp 3	41 (20,5)	
Trên cấp 3	30 (15,0)	
Béo phì	62 (31,0)	
Độ suy tim NYHA		
NYHA 1	15 (7,5)	
NYHA 2	95 (47,5)	
NYHA 3	81 (40,5)	
NYHA 4	9 (4,5)	
Phân suất tống máu (EF)	200 (100)	47,1 ±13,3
EF < 40%	61 (30,5)	31,3 ± 6,5
EF ≥ 40%	139 (69,5)	54,0 ± 8,9
Điểm số MoCA	200	17,9 ± 6,2
Suy giảm nhận thức	169 (84,5)	
SGNT nhẹ	75 (44,4)	
SGNT trung bình	74 (43,8)	
SGNT nặng	20 (11,8)	

Đa số là những người bệnh ≥ 60 tuổi, tỷ lệ nam:nữ là 1,6, đa số sống ở thành thị và trình độ học vấn chiếm tỷ lệ cao nhất là cấp 1. Tỷ lệ bệnh nhân béo phì, uống rượu bia, hút thuốc lá chiếm khoảng 1/3 dân số nghiên cứu.

Bảng 2. Các lĩnh vực nhận thức theo thang MoCA

Lĩnh vực	N (%)						
	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm	4 điểm	5 điểm	6 điểm
Thị giác – Không gian	25 (12,5)	40 (20,0)	41 (20,5)	31 (15,5)	37 (18,5)	26 (16,0)	

Gọi tên	36 (18,0)	39 (19,5)	45 (22,5)	80 (40,0)			
Sự chú ý	1(0,5)	10 (5,0)	26 (13,0)	25 (12,5)	39 (19,5)	65 (32,5)	34 (17,0)
Ngôn ngữ	34 (17,0)	43 (21,5)	39 (19,5)	84 (42,0)			
Trừu tượng	111 (55,5)	42 (21,0)	47 (23,5)				
Nhớ lại có trì hoãn	**134 (67,0)**	14 (7,0)	14 (7,0)	23 (11,5)	11 (5,5)	4 (2,0)	
Định hướng	0 (0)	1 (0,5)	5 (2,5)	10 (5,0)	25 (12,5)	38 (19,0)	**121 (60,5)**

Trong số các lĩnh vực được khảo sát qua thang đánh giá nhận thức Montreal, nhớ lại có trì hoãn là lĩnh vực có tỷ lệ 0 điểm cao nhất với 67,0% và định hướng là lĩnh vực có điểm cao nhất chiếm tỷ lệ cao nhất là 60,5%.

3.2. Các mối liên quan của suy giảm nhận thức

Bảng 3. Mối liên quan giữa SGNT và một số yếu tố xã hội, lâm sàng, cận lâm sàng

Các mối liên quan	Suy giảm nhận thức		p	OR (KTC 95%)
	Không(%) n = 31	Có (%) n = 169		
Tuổi	57 (KTPV: 47 – 64)	69 (KTPV: 59 – 76)	< 0,001	1,07(1,0 – 1,1)
< 60 tuổi	21 (32,8)	43 (67,2)	< 0,001	6,2 (2,5 – 15,7)
≥ 60 tuổi	10 (7,4)	126 (92,6)		
Giới: Nam	25 (20,5)	97 (79,5)	0,01	3,1 (1,2 – 9,7)
Nữ	6 (7,7)	72 (92,3)		
Nơi cư trú: Thành thị	25 (17,9)	115 (82,1)	0,2	2 (0,7 – 6,2)
Nông thôn	6 (10)	54 (90)		
Trình độ học vấn				
Cấp 1	0 (0)	71 (100)	< 0,001	0,3 (0,2 – 0,5)
Cấp 2	9 (15,5)	49 (84,5)		
Cấp 3	8 (19,5)	33 (80,5)		
Trên cấp 3	14 (46,7)	16 (53,3)		
Béo phì: Có	20 (32,3)	42 (67,7)	< 0,001	0,2 (0,1 – 0,4)
Không	11 (8)	127 (92)		
Độ suy tim NYHA				
NYHA 1	14 (93,3)	1 (6,7)	< 0,001	7,4 (3,3 – 16,4)
NYHA 2	11 (11,6)	84 (88,4)		
NYHA 3	5 (6,2)	76 (93,8)		
NYHA 4	1 (11,1)	8 (88,9)		
Phân suất tống máu (EF)	48,9 ± 12,4	46,8 ± 13,5	0,4	1,0 (1,0 – 1,0)
EF < 40%	25 (18)	114 (82)	0,1	2,0 (0,7 – 6,3)
EF ≥ 40%	6 (9,8)	55 (90,2)		

Có mối liên quan giữa SGNT và:

- Tuổi:

○ Hệ số tương quan Spearman, r = - 0,5, cho thấy tương quan giữa tuổi và điểm số MoCA là tương quan nghịch và quy mô tác động lớn.

○ Phương trình dự báo:

Điểm MoCA = 33,5 – 0,2 x tuổi (cả hằng số và hệ số đều tin cậy, p < 0,001).

○ Ở nhóm ≥ 60 tuổi, bệnh nhân có SGNT chiếm tỷ lệ cao hơn, khác biệt có ý nghĩa thống kê, p < 0,001.

- Giới tính: Nữ bị suy giảm nhận thức nhiều hơn nam
- Trình độ học vấn: bệnh nhân có trình độ học vấn càng thấp thì tỷ lệ suy giảm nhận thức càng cao.
- Béo phì: bệnh nhân béo phì có tỷ lệ suy giảm nhận thức thấp hơn. Tuy nhiên, sau khi phân tích các yếu tố tương tác/gây nhiễu cho thấy, giới tính có tương tác với mối liên quan giữa béo phì và suy giảm nhận thức.
- Độ suy tim NYHA: người bệnh suy tim càng nặng thì chức năng nhận thức càng giảm.

Bảng 4. Liên quan giữa SGNT và EF hiệu chỉnh theo tuổi

Tuổi	p	RR	KTC 95%
> 60 tuổi	**0,008**	1	0,9 – 1,1
≤ 60 tuổi		1,5	1,1 – 2

Không thấy mối liên quan giữa SGNT và phân suất tống máu trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, phân tích các biến tương tác cho thấy, biến số tuổi tương tác với mối liên quan giữa suy giảm nhận thức và phân suất tống máu, phân tích từng tầng cho thấy tỷ số nguy cơ ở nhóm ≤ 60 tuổi có suy giảm nhận thức và phân suất tống máu giảm là 1,5.

Bảng 5. Sự tương quan giữa các biến số với các lĩnh vực nhận thức

Biến số	Tổng điểm MoCA	Thị giác – Không gian	Gọi tên	Sự chú ý	Ngôn ngữ	Trừu tượng	Nhớ lại có trì hoãn	Định hướng
Tuổi	- 0,52***	- 0,43***	- 0,40***	- 0,45***	- 0,35***	- 0,30***	- 0,42***	- 0,33***
Giới tính	0,32 ***	0,28***	0,44***	0,26***	0,21**	0,21**	0,10	0,12
Nơi cư trú	- 0,19*	- 0,18**	- 0,11	- 0,21**	- 0,14*	- 0,04	- 0,11	- 0,10
Trình độ học vấn	0,57***	0,56***	0,40***	0,52***	0,46***	0,46***	0,43***	0,37***
Béo phì	0,20**	0,13	0,14*	0,11	0,17*	0,14	0,22**	0,17*
Độ suy tim NHYA	- 0,49***	- 0,44***	- 0,28***	- 0,37***	- 0,28***	- 0,28***	- 0,44***	- 0,29***
Phân suất tống máu	- 0,04	- 0,01	- 0,10	- 0,06	- 0,03	0,05	- 0,03	0,04

**p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001*

Số liệu trong mỗi ô là hệ số tương quan r

Tuổi, giới tính, trình độ học vấn và độ suy tim NYHA tương quan đến hầu hết các lĩnh vực trong thang đo MoCA, với quy mô tác động đa phần từ trung bình đến lớn, ngoại trừ sự liên quan giữa suy tim với lĩnh vực gọi tên, ngôn ngữ, trừu tượng và định hướng có quy mô tác động nhỏ.

- Tuổi càng cao thì điểm số MoCA và điểm các lĩnh vực càng thấp.
- Nam giới có điểm số MoCA và điểm các lĩnh vực cao hơn
- Học vấn càng cao thì điểm số MoCA và điểm các lĩnh vực càng cao
- Suy tim càng nặng thì điểm số MoCA và điểm các lĩnh vực càng thấp

Người bệnh suy tim ở nông thôn có tương quan đến điểm số MoCA, điểm thị giác – không gian, sự chú ý và ngôn ngữ tệ hơn, với quy mô tác động nhỏ.

Người bệnh béo phì có tổng điểm MoCA, điểm gọi tên, ngôn ngữ và nhớ lại có trì hoãn cao hơn, với quy mô tác động nhỏ.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi là một yếu tố liên quan chặt chẽ đến suy giảm nhận thức, không chỉ nhận thức suy giảm theo độ tuổi mà còn giảm với tốc độ nhanh hơn khi tuổi ngày càng tăng. Độ tuổi của người suy tim mạn trong nghiên cứu này tương đối cao và trong phân tích tương quan tuổi dự báo tiêu cực tất cả các lĩnh vực nhận thức, gợi ý cần quan tâm hơn đến việc tầm soát sớm các tác nhân góp phần suy giảm nhận thức trên người suy tim mạn khi tuổi thọ của người suy tim tăng dần nhờ vào những tiến bộ của y học [6].

Nam giới có tình trạng nhận thức tốt hơn nữ và dự báo 5/7 lĩnh vực nhận thức có thể do hoạt động của hormon giới tính. Khi phụ nữ mãn kinh có những suy giảm về nhận thức bao gồm sự chú ý và tốc độ xử lý do estradiol giảm trong và sau thời kỳ mãn kinh. Trong các phân tích tổng hợp, liệu pháp thay thế estrogen có lợi cho nhận thức ở phụ nữ sau mãn kinh và sau phẫu thuật cắt bỏ buồng trứng, ngoài ra còn làm tăng trương lực serotonin song song với cải thiện chức năng điều hành và trí nhớ bằng lời nói. [3]

Chúng tôi nhận thấy trình độ học vấn cao hơn liên quan mật thiết đến SGNT thấp hơn và tương quan với tất cả các lĩnh vực nhận thức, tương đồng với nghiên cứu trước đây [6]. Có nhiều tranh cãi về cách lý giải mối liên quan giữa trình độ học vấn và SGNT; tác giả Schneider cho rằng những người có trình độ học vấn cao phải suy giảm hơn nữa về hiệu suất nhận thức trước khi nó đủ thấp để được chẩn đoán, tức là họ sẽ bắt đầu ở cấp độ nhận thức cao hơn và mất nhiều thời gian hơn để giảm điểm nhận thức cơ bản [9].

Các nghiên cứu đã cho thấy độ nặng của suy tim (biểu hiện bằng phân độ suy tim NHYA) có liên quan đến giảm lưu lượng máu não, những thay đổi nhỏ về lưu lượng máu não cũng đủ để gây ra những tổn thương não mạn tính dẫn đến suy giảm nhận thức [7]. Điều này tương đồng với chúng tôi khi xác nhận phân độ suy tim NYHA có liên quan chặt chẽ đến SGNT và tương quan với tất cả lĩnh vực nhận thức.

Trong nghiên cứu này, người suy tim có mức độ nhận thức kém nhất ở lĩnh vực trí nhớ, điều này sẽ gây khó khăn trong việc tuân thủ điều trị của người bệnh, đòi hỏi phải được các nhà lâm sàng quan tâm. Các mối liên quan đến lĩnh vực này gồm có tuổi và mức độ nặng suy tim, trong khi đó trình độ học vấn cao hơn và béo phì sẽ gợi ý điểm số lĩnh vực này cao hơn. Tác giả Rodríguez-Fernández [8] cho rằng chỉ số khối cơ thể càng cao thì càng giảm nguy cơ SGNT, do khi mất cân gây thiểu cơ, các yếu tố nội tiết hoặc liên quan đến thay đổi hành vi ăn uống, giảm thèm ăn, thay đổi lựa chọn thực phẩm và giảm

chức năng khứu giác. Tuy nhiên chỉ số khối cơ thể cao đã được hiệu chỉnh qua chu vi vòng eo, nguyên do là vì khối lượng cơ cao có tác động tốt với tình trạng nhận thức, ngược lại, khối lượng mỡ cao đặc trưng là chu vi vòng eo lớn tác động xấu với tình trạng này.

Nơi cư trú tương quan với các lĩnh vực nhận thức như: thị giác – không gian, sự chú ý và ngôn ngữ. Tác giả Nguyễn Thị Minh Ngọc và cộng sự [2] lý giải rằng người suy tim sống ở thành thị được tiếp cận dễ dàng hơn với học vấn, chăm sóc y tế và hoạt động xã hội nên chức năng nhận thức sẽ tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Suy giảm nhận thức là một tình trạng đồng mắc có tỷ lệ mắc cao trên quần thể người suy tim ngoại trú, sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến sự tuân thủ điều trị của người bệnh. Các nhà lâm sàng cần chú ý tầm soát các mối liên quan đến suy giảm nhận thức như tuổi, trình độ học vấn và độ nặng suy tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Bích Ngọc, Đinh Trần Ngọc Huya, Phạm Thị Hồng Nhung.** Healthcare Policy for Patients with Chronic Heart Failures at Nam Dinh General Hospital in Vietnam. Journal of Pharmaceutical Research International. 2021;33(40B):292-299. doi:10.9734/JPRI/2021/v33i40B32290
2. **Nguyễn Thị Minh Ngọc, Nguyễn Ngọc Hoành Mỹ Tiên, Nguyễn Trần Tố Trân, Nguyễn Đoàn Ngọc Mai, Thân Hà Ngọc Thế.** Tỷ lệ suy giảm nhận thức nhẹ, sa sút trí tuệ và các yếu tố liên quan theo thang điểm MoCA ở người bệnh cao tuổi tại phòng khám lão khoa, bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2021;25(2):182-187.
3. **Albert KM, Newhouse PA.** Estrogen, Stress, and Depression: Cognitive and Biological Interactions. Annu Rev Clin Psychol. May 7 2019;15:399-423. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050718-095557
4. **Hawkins LA, Kilian S, Firek A, Kashner TM, Firek CJ, Silvet H.** Cognitive impairment and medication adherence in outpatients with heart failure. Heart Lung. Nov-Dec 2012;41(6):572-82. doi:10.1016/j.hrtlng.2012.06.001
5. **Lifshitz M, Dwolatzky T, Press Y.** Validation of the Hebrew version of the MoCA test as a screening instrument for the early detection of mild cognitive impairment in elderly individuals. J Geriatr Psychiatry Neurol. Sep 2012;25(3):155-61. doi:10.1177/0891988712457047
6. **Lipnicki DM, Crawford JD, Dutta R, et al.** Age-related cognitive decline and associations with sex, education and apolipoprotein E genotype across ethnocultural groups and geographic regions: a collaborative cohort study. PLoS Med. Mar 2017;14(3):e1002261. doi:10.1371/journal.pmed.1002261
7. **Ovsenik A, Podbregar M, Fabjan A.** Cerebral blood flow impairment and cognitive decline in heart failure. Brain Behav. Jun 2021;11(6):e02176. doi:10.1002/brb3.2176
8. **Rodriguez-Fernandez JM, Danies E, Martinez-Ortega J, Chen WC.** Cognitive Decline, Body Mass Index, and Waist Circumference in Community-Dwelling Elderly Participants. J Geriatr Psychiatry Neurol. Mar 2017;30(2):67-76. doi:10.1177/0891988716686832
9. **Schneider AL, Sharrett AR, Patel MD, et al.** Education and cognitive change over 15 years: the atherosclerosis risk in communities study. J Am Geriatr Soc. Oct 2012;60(10):1847-53. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04164.x

KHẢO SÁT VẤN ĐỀ GIẤC NGỦ Ở TRẺ EM MẮC COVID-19 TẠI NGHỆ AN

Trần Văn Phú[1,2], Nguyễn Thị Thanh Mai[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát vấn đề giấc ngủ ở trẻ em mắc COVID-19. **Phương pháp:** Nghiên cứu khảo sát người chăm sóc của 168 trẻ em mắc COVID-19, tuổi từ 2 đến 10, tại Nghệ An, trong đó có 63 trẻ được điều trị tại bệnh viện, 105 trẻ được điều trị tại nhà. Tại thời điểm 2 – 4 tuần sau khi trẻ xét nghiệm dương tính với COVID-19, người chăm sóc được phỏng vấn về các vấn đề liên quan đến giấc ngủ của trẻ bằng thang điểm đánh giá thói quen ngủ ở trẻ em (Children's Sleep Habit Questionnaire - CSHQ) đối với trẻ 6-10 tuổi, thang rút gọn (Short Form SF-CSHQ) đối với trẻ 2-5 tuổi. **Kết quả:** Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ ở trẻ mắc COVID-19 tuổi từ 2 – 10 là 51,8%. Tỷ lệ này ở nhóm trẻ 2-5 tuổi là 55,7% và ở nhóm 6-10 tuổi là 47,5%. Nhóm điều trị tại bệnh viện có tỷ lệ rối loạn giấc ngủ cao hơn so với nhóm điều trị tại nhà (61,9% so với 45,7%), và cần hỗ trợ giấc ngủ nhiều hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Khi so sánh với nhóm trẻ 6-10 tuổi, nhóm trẻ 2 – 5 tuổi gặp nhiều hơn rõ rệt các vấn đề giấc ngủ như chống đối đi ngủ, khó vào giấc ngủ, sợ hãi khi ngủ, thức giấc trong đêm. **Kết luận:** Rối loạn giấc ngủ là thường gặp ở trẻ em 2

[1]Trường Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Hữu Nghị, Nghệ An
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Mai
Email: thanhmai@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 9.5.2023
Ngày phản biện khoa học: 19.6.2023
Ngày duyệt bài: 10.7.2023