

THỰC TRẠNG SA SÚT TRÍ TUỆ VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI YẾU TỐ GIỚI TÍNH

Vũ Thu Hương^{1,2}, Nguyễn Trung Anh^{1,2}, Nguyễn Trọng Hưng^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sa sút trí tuệ là một hội chứng tiến triển mạn tính, suy giảm các lĩnh vực nhận thức và ảnh hưởng đến khả năng tự chủ trong sinh hoạt hàng ngày. Hiểu rõ hơn về giới tính và sự khác biệt về giới tính tác động lên tiến triển của bệnh sa sút trí tuệ sẽ giúp cải thiện khả năng phòng ngừa các yếu tố nguy cơ và cải thiện chức năng nhận thức. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ bệnh nhân sa sút trí tuệ theo giới tính và mối liên quan với một số yếu tố. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 399 bệnh nhân sa sút trí tuệ tại hai huyện Thanh Miện và Gia Lộc, tỉnh Hải Dương năm 2021-2022. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân SSTT là nữ giới chiếm đa số với tỷ lệ 72,4%. Tỷ lệ nữ giới không đi học cao gấp 1,5 lần so với nam giới (63,7 so với 43,6%). Tỷ lệ nữ giới mắc SSTT làm nông dân cao gấp đôi nam giới (82,7% so với 49,1%). Tỷ lệ nữ giới sống cùng bạn đời thấp hơn so với nam giới (56,1 so với 74,5%). Nữ giới có tỉ lệ nhẹ cân và nặng cân cao hơn so với nam giới (27,7 so với 16,4% và 6,2 so với 4,6%). Tỷ lệ nam giới mắc tai biến mạch máu não cao hơn nữ giới (36,4 so với 20,8%). Tỷ lệ lạm dụng rượu và phụ thuộc nicotine ở nam đều cao hơn của nữ (33,6 so với 14,9%; 40,9 so với 22,5%). **Kết luận:** Những yếu tố liên quan ở nữ bao gồm: trình độ học vấn, nghề nghiệp, có bạn đời và tình trạng nhẹ cân. Những yếu tố nguy cơ ở nam giới: tai biến mạch máu não, lạm dụng rượu và phụ thuộc nicotine.

Từ khóa: sa sút trí tuệ, giới tính, yếu tố liên quan

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF DEMENTIA AND THE RELATIONSHIP WITH GENDER INEQUALITY FACTORS

Background: Dementia is a chronic progressive syndrome, that impairing cognitive domains and affects the ability to control daily activities. A better understanding of how sex and gender differences impact the progression and development of dementia will help improve the ability to prevent risk factors and improve cognitive function. **Objectives:** Determine the proportion of dementia patients by gender and the relationship with some factors. Research subjects and methods: 399 dementia patients in Thanh Mien and Gia Loc districts, Hai Duong province in 2021-2022. **Results:** The majority of patients with dementia are female at 72.4%. The rate of women not going to school is 1.5 times higher than that of men (63.7

compared to 43.6%). The rate of women with dementia working as farmers is nearly twice as high as that of men (82.7% compared to 49.1%). The proportion of women living with a partner is lower than that of men (56.1 vs 74.5%). Females had a higher rate of underweight and overweight than men (27.7 vs. 16.4% and 6.2 vs. 4.6%). The rate of men suffering from stroke is higher than that of women (36.4 vs. 20.8%). The rates of alcohol abuse and nicotine dependence in men were both higher than in women (33.6 vs. 14.9%; 40.9 vs. 22.5%). **Conclusions:** Related factors in women include: education level, occupation, having a partner, and being underweight. Risk factors in men: stroke, alcohol abuse, and nicotine dependence.

Keywords: dementia, gender, related factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019 về già hoá dân số và người cao tuổi ở Việt Nam, dân số cao tuổi ở Việt Nam năm 2019 là 11,41 triệu (chiếm 11,86% tổng dân số), dự báo con số này là 31,69 triệu người (chiếm 27,11% tổng dân số) vào năm 2069[1]. Cùng với đó, theo Điều tra Quốc gia về người cao tuổi Việt Nam, nhóm dân số cao tuổi có tỷ lệ mắc các bệnh không lây nhiễm cao hơn các nhóm tuổi khác, trong đó có sa sút trí tuệ. Bên cạnh đó, hút thuốc và lạm dụng rượu phổ biến ở người cao tuổi nam giới cũng là một trong những yếu tố nguy cơ của sa sút trí tuệ[2].

Năm 2015, chi phí ước tính liên quan đến sa sút trí tuệ ở Việt Nam là 1450 USD/ người[3], chiếm hơn một nửa so với thu nhập bình quân đầu người là 2581.6 USD/ người[4]. Là nước có thu nhập thấp và trung bình, hệ thống y tế ở Việt Nam còn chưa phát triển, dẫn đến khả năng chẩn đoán và điều trị sa sút trí tuệ hạn chế[5]. Do đó, cần phải có hành động khẩn cấp để phát triển chương trình quốc gia về sa sút trí tuệ nhằm giải quyết vấn đề này. Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến mức độ trầm trọng của sa sút trí tuệ là một trong những hướng đi mang tính chiến lược nhằm dự phòng và đẩy lùi căn bệnh này. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả thực trạng và đánh giá mối liên quan của sa sút trí tuệ với một số yếu tố giới tính ở người cao tuổi tại hai huyện Thanh Miện và Gia Lộc, tỉnh Hải Dương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thu Hương

Email: vuthuhuong93@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- NCT (tương đương với độ tuổi từ 60 tuổi trở lên)

- Đang sinh sống trên địa bàn của huyện Thanh Miện và Gia Lộc, tỉnh Hải Dương

- Chẩn đoán xác định STTT bởi bác sĩ của bệnh viện Lão khoa Trung ương và bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương bằng tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Đối tượng nghiên cứu từ chối tham gia nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu không có mặt tại địa phương

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu.

Cỡ mẫu được ước tính dựa theo công thức được khuyến nghị bởi Tổ chức Y tế Thế giới đối với ước tính một tỉ lệ, như sau:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{P(1-P)}{(\epsilon P)^2}$$

Trong đó: n: Là cỡ mẫu tối thiểu cần chọn.

P: Tỉ lệ STTT ước tính ở NCT, được lựa chọn là 9.4% theo kết quả nghiên cứu của tác giả Doan Vuong Diem Khanh và cộng sự (2015)[6].

$Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy, ứng với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

ϵ : Độ chính xác tương đối, lựa chọn là 0,4%.

Chúng tôi ước tính thêm 10% người từ chối trả lời và mất theo dõi, áp dụng công thức, tính ra cỡ mẫu tối thiểu là 127 đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu lấy được 399 bệnh nhân.

2.2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Từ tháng 07/2021 đến tháng 12/2022

Nghiên cứu được tiến hành tại huyện Thanh Miện và huyện Gia Lộc, tỉnh Hải Dương. Hải Dương có sự kết hợp giữa khu vực nông thôn và bán đô thị, gần giống với mặt bằng chung tại Việt Nam, từ đó, nâng cao tính khái quát của các phát hiện: hơn 2/3 dân số Việt Nam sống ở khu vực nông thôn.

Các bước tiến hành nghiên cứu

+ Bước 1: Xin ý kiến đồng thuận của huyện Thanh Miện và Gia Lộc, tỉnh Hải Dương. Phối hợp với đơn vị địa phương liên hệ thông báo về nghiên cứu.

+ Bước 2: Lên danh sách toàn bộ NCT của huyện Thanh Miện và Gia Lộc.

+ Bước 3: Nhân viên trung tâm y tế huyện và trạm y tế xã, quản lý hồ sơ sức khoẻ nhân dân tại địa phương, sàng lọc và giới thiệu người

có nguy cơ STTT: có rối loạn về trí nhớ, và hoặc ngôn ngữ, và hoặc hành vi.

+ Bước 4: Bác sĩ chuyên khoa và điều dưỡng bệnh viện Lão khoa Trung ương mời những người có nguy cơ đến tham gia đánh giá lâm sàng, chẩn đoán xác định bằng tiêu chuẩn DSM - V. Kết hợp thăm khám lâm sàng, gồm khám thần kinh, đánh giá nhận thức Mini-Cog, thang điểm đánh giá STTT lâm sàng CDR và khai thác các yếu tố liên quan theo bộ câu hỏi. Phương pháp phân tích ca sẽ được dùng để khẳng định những trường hợp mắc STTT.

Chỉ số nghiên cứu

- Yếu tố về nhân khẩu học: giới tính, tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân

- Tiền sử bệnh tật

- Mức độ sa sút trí tuệ theo thang điểm CDR (Clinical dementia rating scale)

- Mức độ lạm dụng rượu theo AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test-Concise), Mức độ phụ thuộc Nicotin: theo FTND (Fagerström test for nicotine dependence), Mức độ hoạt động thể lực theo IPAQ - SF (International Physical Activity Questionnaire - Short Form), Chất lượng giấc ngủ: theo PSQI (The Pittsburgh Sleep Quality Index PIISBURGH)

- Khả năng tự chủ trong sinh hoạt hàng ngày theo thang ADL (Activity of Daily living Scale) và IADL (Instrumental activity of Daily living Scale)

- Mức độ trầm cảm lão khoa: theo GDS-15 (Geriatric Depression Scale-15)

- Chất lượng cuộc sống: theo EQ-5D-5L (European Quality of Life)

2.3. Quản lý và phân tích số liệu

- Nhập liệu bằng phần mềm nhập và quản lý số liệu Kobotoolbox.

- Làm sạch, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 17.0

- Các biến định tính được tính toán theo tần số và tỉ lệ %.

- Các biến định lượng được tính toán theo giá trị trung bình hoặc trung vị, sai số chuẩn hoặc khoảng tứ phân vị, phụ thuộc vào sự phân bố của biến.

- Sử dụng kiểm định Khi bình phương hoặc Fisher Exact Test để xác định sự khác biệt cho biến định tính.

- Sử dụng kiểm định Kruskal-Wallis, t-test hoặc ANOVA test để xác định sự khác biệt cho biến định lượng.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu.

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội (chấp thuận số 476/GCN-HĐĐĐNCYSH - ĐHYHN ngày 23/07/2021).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

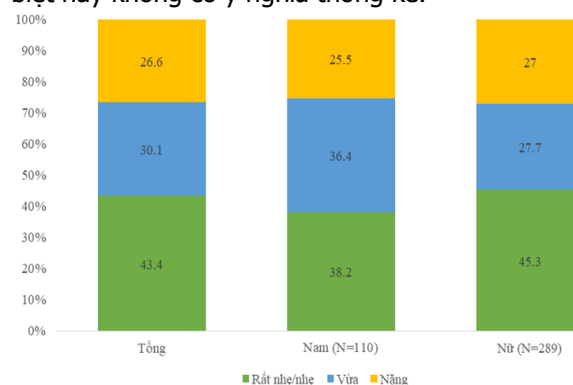
Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu tại địa bàn nghiên cứu (N = 399)

| Yếu tố | Tổng (N = 399) | Nam (N = 110) | Nữ (N = 289) | p |
|-------------------------------------|----------------|---------------|--------------|---------|
| | n (%) | | | |
| Học vấn | | | | |
| Không đi học | 232 (58,1) | 48 (43,6) | 184 (63,7) | <0,001* |
| Tốt nghiệp tiểu học | 69 (17,3) | 30 (27,3) | 39 (13,5) | |
| Tốt nghiệp THCS trở lên | 98 (24,6) | 32 (29,1) | 66 (22,8) | |
| Tuổi (TB ± SD) | 79,6 ± 10,3 | 78,8 ± 9,76 | 80 ± 10,5 | 0,31 |
| Nghề nghiệp trước khi về hưu | | | | |
| Cơ quan nhà nước | 55 (13,8) | 30 (27,3) | 25 (8,65) | <0,001* |
| Nông dân | 293 (73,4) | 54 (49,1) | 239 (82,7) | |
| Khác (công nhân, tự do,...) | 51 (12,8) | 26 (23,6) | 25 (8,65) | |
| Tình trạng hôn nhân | | | | |
| Đã kết hôn và sống cùng nhau | 244 (61,2) | 82 (74,5) | 162 (56,1) | <0,001* |
| Góa/ độc thân/ ly hôn | 155 (38,8) | 28 (25,5) | 127 (43,9) | |
| Phân loại BMI | | | | |
| Nhẹ cân | 98 (24,6) | 18 (16,4) | 80 (27,7) | 0,04* |
| Bình thường | 278 (69,7) | 87 (79,1) | 191 (66,1) | |
| Nặng cân | 23 (5,76) | 5 (4,55) | 18 (6,23) | |

*: có ý nghĩa thống kê với p<0,05

Trong số 399 đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu, 289 (72,4%) người là nữ, với độ tuổi trung bình là 79,6. Về trình độ học vấn, đa số đối tượng không đi học hoặc chỉ tốt nghiệp tiểu học (75,4%), với tỉ lệ nam giới tốt nghiệp tiểu học trở lên cao hơn nữ giới (p<0,001). Trước khi về hưu, đa số đối tượng làm nông dân (73,4%), với tỉ lệ nữ giới làm nông dân cao gần gấp đôi so với nam giới (82,7 so với 49,1%, p<0,001). Cuối cùng, tỉ lệ những người đã kết hôn và đang sống cùng bạn đời cao gần gấp đôi những người sống một mình (do góa, độc thân hoặc ly hôn), với tỉ lệ nữ giới sống cùng bạn đời thấp hơn so với nam giới (56,1 so với 74,5%, p<0,001). Đa số các đối tượng nghiên cứu có thể trạng bình thường, chỉ có 25% người nhẹ cân và 5,5% người nặng cân. Nữ giới có tỉ lệ nhẹ cân và nặng cân cao hơn so với nam giới (27,7 so với 16,4% và 6,2 so với 4,6%, p<0,05).

Nhìn chung, hơn một nửa đối tượng nghiên cứu (56,7%) mắc SSTT mức độ vừa và nặng (Biểu đồ 3.1). Tỉ lệ nam giới mắc SSTT vừa và nặng cao hơn nữ giới (61,9 so với 54,7%), nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 3.1. Phân bố tỉ lệ mức độ sa sút trí tuệ theo giới (p=0,22)

Bảng 3.2. Đặc điểm tiền sử bệnh của đối tượng nghiên cứu (N = 399)

| Yếu tố | Tổng(N = 399) | Nam(N = 110) | Nữ(N = 289) | p |
|---------------------------------|---------------|--------------|-------------|--------|
| | n (%) | | | |
| Tăng huyết áp | 177 (44,4) | 51 (46,4) | 126 (43,6) | 0,62 |
| Đái tháo đường | 59 (14,8) | 16 (14,5) | 43 (14,9) | 0,93 |
| Tai biến mạch não | 100 (25,1) | 40 (36,4) | 60 (20,8) | 0,001* |
| Rối loạn mỡ máu | 71 (17,8) | 17 (15,5) | 54 (18,7) | 0,45 |
| Mức độ trầm cảm | | | | |
| Bình thường | 183 (45,9) | 49 (44,5) | 134 (46,4) | 0,58 |
| Nhẹ | 135 (33,8) | 35 (31,8) | 100 (34,6) | |
| Vừa tới nặng | 81 (20,3) | 26 (23,6) | 55 (19) | |
| Mức độ rối loạn giấc ngủ | | | | |
| Rất nhẹ/nhẹ | 90 (22,6) | 30 (27,3) | 60 (20,8) | 0,37 |

| | | | | |
|---------------------------------|------------|-----------|------------|------|
| Vừa | 131 (32,8) | 35 (31,8) | 96 (33,2) | 0,41 |
| Nặng | 178 (44,6) | 45 (40,9) | 133 (46,0) | |
| Mức độ rối loạn tâm thần | | | | |
| Không | 85 (21,3) | 20 (18,2) | 65 (22,5) | |
| Có | 314 (78,7) | 90 (81,8) | 224 (77,5) | |

*: có ý nghĩa thống kê với p<0,05

Bảng 3.2 cho thấy sự phân bố tỉ lệ về tình trạng tiền sử bệnh của đối tượng nghiên cứu. Tỉ lệ người mắc huyết áp chiếm cao nhất (44,4%), sau đó tới tai biến mạch não (25,1%), và thấp nhất là đái tháo đường (14,8%). Sự khác biệt giữa hai giới có ý nghĩa thống kê duy nhất là ở tai biến mạch máu não, với tỉ lệ nam giới mắc cao hơn nữ giới (36,4 so với 20,8%, p<0,001). Sự phân bố tỉ lệ của trầm cảm vừa tới nặng, rối loạn giấc ngủ nặng và có rối loạn tâm thần lần lượt là 20,3, 44,6 và 78,7%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nào giữa nam và nữ.

Bảng 3.3. Mức độ lạm dụng rượu và nicotin, hoạt động thể lực theo giới

| Yếu tố | Tổng (N = 399) | Nam (N = 110) | Nữ (N = 289) | p |
|--|----------------|---------------|--------------|---------|
| | n (%) | | | |
| Mức độ lạm dụng rượu | | | | <0,001* |
| Mức độ nguy cơ thấp | 319 (79,9) | 73 (66,4) | 246 (85,1) | |
| Mức độ nguy cơ vừa tới nghiện rượu/bia | 80 (20,1) | 37 (33,6) | 43 (14,9) | |
| Mức độ phụ thuộc Nicotin | | | | <0,001* |
| Mức độ phụ thuộc rất thấp | 289 (72,4) | 65 (59,1) | 224 (77,5) | |
| Mức độ phụ thuộc thấp tới rất cao | 110 (27,6) | 45 (40,9) | 65 (22,5) | |
| Mức độ hoạt động thể lực | | | | 0,42 |
| Nhẹ | 39 (9,8) | 10 (9,09) | 29 (10) | |
| Vừa | 298 (74,7) | 87 (79,1) | 211 (73) | |
| Nặng | 62 (15,5) | 13 (11,8) | 49 (17) | |

*: có ý nghĩa thống kê với p<0,05

Tỉ lệ lạm dụng rượu nguy cơ vừa tới nghiện, phụ thuộc nicotin thấp tới rất cao và hoạt động thể lực vừa tới nặng lần lượt là 20,1, 27,6 và 91,2%. Tỉ lệ lạm dụng rượu và phụ thuộc nicotine ở nam đều cao hơn của nữ (33,6 so với 14,9%; 40,9 so với 22,5%; p<0,001).

Bảng 3.4. Đặc điểm về lối sống theo giới

| Yếu tố | Tổng(N=399) | Nam (N=110) | Nữ (N = 289) | p |
|---|------------------------------|-----------------|-----------------|------|
| | trung vị (khoảng tứ phân vị) | | | |
| Tần suất tham gia các hoạt động (lần/ tháng) | 0 (0-2) | 0 (0-1) | 0 (0-2) | 0,1 |
| Tần suất thăm bạn bè hoặc hàng xóm (lần/ tháng) | 0 (0-5) | 0 (0-4) | 0 (0-5) | 0,28 |
| Chất lượng cuộc sống (điểm) | 0,55(0,15-0,76) | 0,55(0,15-0,78) | 0,56(0,20-0,76) | 0,92 |
| Chức năng hoạt động hàng ngày (điểm) | 3 (1-6) | 3 (1-5) | 3 (1-6) | 0,98 |
| Chức năng hoạt động hàng ngày bằng dụng cụ, phương tiện (điểm) | 1 (0-5) | 0 (0-4) | 1 (0-6) | 0,05 |

Tần suất tham gia các hoạt động và thăm bạn bè/hàng xóm có trung vị là 0 lần, ở cả nam và nữ. Điểm chất lượng cuộc sống, chức năng hoạt động hàng ngày, và chức năng hoạt động hàng ngày bằng dụng cụ lần lượt là 0,55, 3 và 1 điểm, không có sự khác biệt giữa nam và nữ.

IV. BÀN LUẬN

Theo hiểu biết của chúng tôi, đây là nghiên cứu đầu tiên cung cấp thông tin về thực trạng sa sút trí tuệ theo giới tính ở Việt Nam. Nó cung cấp bằng chứng khoa học cho các chiến lược cải thiện tình trạng bất bình đẳng, đặc biệt trong

lĩnh vực chăm sóc sức khỏe.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân là nữ giới chiếm tỉ lệ đa số so với nam giới (72,4% so với 27,6%). Tỉ lệ nữ nhiều hơn nam tương tự với các nghiên cứu Việt Nam và trên Thế giới. Sự khác biệt này được lý giải là tuổi thọ nữ giới cao hơn nam giới ở nhiều quốc gia. Ngoài ra, về mặt gen di truyền, nữ giới mang gen APOE4, là YTNC của bệnh Alzheimer. Về mặt sinh lý, cơ thể nữ giới có hormone là oestrogen và progesterone, chống lại sự thoái triển của tế bào thần kinh.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy về trình độ học vấn và nghề nghiệp, tỉ lệ nữ giới không đi học hoặc chỉ tốt nghiệp đại học, cũng như làm nông dân cao hơn so với nam giới. Đặc điểm trình độ học vấn và nghề nghiệp của bệnh nhân phù hợp với nghiên cứu trên Thế giới cho rằng trình độ học vấn thấp là YTNC của SSTT. Điều này có thể lý giải do giáo dục, thu nhập cao và sự phức tạp của nghề nghiệp là yếu tố giúp ngăn chặn SSTT. Những yếu tố này được quyết định một phần lớn bởi giới tính nên chúng trở nên rất quan trọng để xem xét ảnh hưởng của giới tính lên dự trữ nhận thức như thế nào. Phụ nữ thường có ít cơ hội nhận được giáo dục cao, dẫn đến trình độ học vấn thấp hơn. Đồng thời theo một nghiên cứu công bố năm 2019 cho thấy: phụ nữ cũng có ít cơ hội nghề nghiệp hơn, thường làm những công việc có độ phức tạp thấp hơn và trong khoảng thời gian ngắn hơn so với nam giới[7]. Mà độ phức tạp nghề nghiệp cao hơn sẽ kích thích chức năng nhận thức ở NCT.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ những người đã kết hôn và đang sống cùng bạn đời cao gần gấp đôi những người sống một mình (do góa, độc thân hoặc ly hôn), với tỉ lệ nữ giới sống cùng bạn đời thấp hơn so với nam giới (56,1% so với 74,5%, $p < 0,001$). Một lý giải cho kết quả này là phụ nữ thường là người chịu trách nhiệm chăm sóc sức khỏe cho gia đình họ (ví dụ: đảm bảo mọi người có chế độ ăn uống lành mạnh, đưa con cái và chồng đến bệnh viện), đôi khi chính vì vậy phải trả giá bằng chính sức khỏe của mình. Ngoài ra, lý giải cho kết quả này còn là tuổi thọ của phụ nữ cao hơn nam giới, nên khả năng sống một mình do góa cũng cao hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nữ giới SSTT có tỉ lệ nhẹ cân và nặng cân cao hơn so với nam giới (27,7% so với 16,4% và 6,2% so với 4,6%). Các nghiên cứu cho thấy dinh dưỡng kém là YTNC có thể thay đổi của căng thẳng và suy giảm nhận thức, cũng như thừa cân - béo phì có liên quan đến rối loạn chức năng trao đổi chất và thay đổi cấu trúc não, làm tăng các YTNC mạch máu, như tăng huyết áp và đái tháo đường, tất cả đều làm tăng nguy cơ SSTT[8].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự phân bố tỉ lệ về tình trạng tiền sử bệnh của đối tượng nghiên cứu, với sự khác biệt giữa hai giới có ý nghĩa thống kê duy nhất là ở đột quỵ não, với tỉ lệ nam giới mắc cao hơn nữ giới (36,4% so với 20,8%, $p < 0,001$). Điều này là phù hợp với những nghiên cứu dịch tễ học về sự liên quan giữa giới nam và đột quỵ não. Nhiều nghiên cứu chỉ ra vai trò tiềm ẩn trong cơ chế bệnh mạch

máu não với sự tích tụ, lắng đọng β Amyloid và Tau protein, dẫn đến suy giảm nhận thức và SSTT[9].

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ lạm dụng rượu nguy cơ vừa tới nghiện, phụ thuộc nicotin thấp tới rất cao và hoạt động thể lực vừa tới nặng lần lượt là 20,1%, 27,6% và 91,2%. Trong đó, tỉ lệ lạm dụng rượu và phụ thuộc nicotin ở nam đều cao hơn của nữ (33,6% so với 14,9%; 40,9% so với 22,5%), có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Hút thuốc lá và uống rượu được mô hình hóa theo giới tính, dữ liệu dịch tễ học cho thấy nam giới uống rượu và hút thuốc lá nhiều hơn nữ giới[10]. Trong rượu có chứa nhóm alcol OH- dễ hoà tan trong nước, thông qua đường tiêu hoá ngấm vào hàng rào não ruột. Khi vào hệ thống thần kinh trung ương, rượu gây độc và gây chết tế bào và đồng thời tạo ra các chất oxy hoá, phá huỷ ty thể. Từ đó, tạo nên đám rối tơ Tau protein và các mảng β -amyloid.

Nghiên cứu của chúng tôi có cả điểm mạnh và hạn chế. Đây là nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam công bố đánh giá mối liên quan của sa sút trí tuệ và yếu tố giới tính. Các thang đo chúng tôi sử dụng đều được chuẩn hóa với người Việt Nam. Đặc biệt, đây là một phần của Chương trình quốc gia "Nâng cao khả năng can thiệp hỗ trợ cho người chăm sóc bệnh nhân sa sút trí tuệ và năng lực nghiên cứu về sa sút trí tuệ tại Việt Nam", nghiên cứu này đã nhận được sự đồng thuận cao từ y tế cấp trung ương đến địa phương. Tuy nhiên, chúng tôi chỉ tiến hành nghiên cứu tại Hải Dương nên kết quả nghiên cứu có thể không đại diện cho tình trạng sức khỏe tại các địa phương khác. Ngoài ra, đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang nên không cho phép kết luận về quan hệ nhân quả.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ bệnh nhân SSTT là nữ giới chiếm đa số với tỉ lệ 72,4%. Tỉ lệ nữ giới không đi học cao gấp 1,5 lần so với nam giới (63,7 so với 43,6%). Tỉ lệ nữ giới mắc SSTT làm nông dân cao gấp đôi nam giới (82,7% so với 49,1%). Tỉ lệ nữ giới sống cùng bạn đời thấp hơn so với nam giới (56,1 so với 74,5%). Nữ giới có tỉ lệ nhẹ cân và nặng cân cao hơn so với nam giới (27,7 so với 16,4% và 6,2 so với 4,6%). Tỉ lệ nam giới mắc tai biến mạch máu não cao hơn nữ giới (36,4 so với 20,8%). Tỉ lệ lạm dụng rượu và phụ thuộc nicotin ở nam đều cao hơn của nữ (33,6 so với 14,9%; 40,9 so với 22,5%).

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi trân trọng cảm ơn sự hỗ trợ của

Ban giám đốc và toàn thể nhân viên Y tế Bệnh viện Lão khoa Trung ương, Đại học UC Davis và South Carolina, Viện Sức khỏe Quốc gia Hoa Kỳ (NIH) Trung tâm Y tế huyện Thanh miện và Gia lộc, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương và trường Đại học Y Hà Nội đã tạo điều kiện cho nhóm nghiên cứu được hoàn thành dự án này

Nghiên cứu được hỗ trợ một phần bởi Chương trình học bổng thạc sĩ, tiến sĩ trong nước của Quỹ Đổi mới sáng tạo Vingroup (VINIF), Viện Nghiên cứu Dữ liệu lớn, mã số VINIF.2021.TS.096.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **2019, T.p.a.h.c. Population Ageing and older persons in Viet Nam. 2021;** Available from: <https://www.gso.gov.vn/en/data-and-statistics/2021/08/population-ageing-and-older-persons-in-viet-nam/>.
2. **Nguyen, T.A. and L.T. Giang,** Factors Influencing the Vietnamese Older Persons in Choosing Healthcare Facilities. *Health Serv Insights*, 2021. **14:** p. 11786329211017426.
3. **G, R.,** Developing National Dementia Plans and Setting Priorities. The 1st Vietnam National Dementia Conference: Dementia as a public health priority – the need for the development of Vietnam’s national dementia plan, 2018.
4. **Bank, T.W. GDP per capita (current US\$) - Vietnam. 2022;** Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCA.P.CD?locations=VN>.

5. **Nguyen, T.A., et al.,** Use of potentially inappropriate medications in people with dementia in Vietnam and its associated factors. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 2018. **33(7):** p. 423-432.
6. **Khanh, D.V.D., et al.,** Prevalence of dementia among the elderly and health care needs for people living with dementia in an urban community of central Vietnam. 2015.
7. **Fujishiro, K., et al.,** The role of occupation in explaining cognitive functioning in later life: Education and occupational complexity in a US national sample of black and white men and women. *The Journals of Gerontology: Series B*, 2019. **74(7):** p. 1189-1199.
8. **Tang, X., et al.,** Relationship between Central Obesity and the incidence of Cognitive Impairment and Dementia from Cohort Studies Involving 5,060,687 Participants. *Neurosci Biobehav Rev*, 2021. **130:** p. 301-313.
9. **Kling, M.A., et al.,** Vascular disease and dementias: paradigm shifts to drive research in new directions. *Alzheimers Dement*, 2013. **9(1):** p. 76-92.
10. **Reitsma, M.B., et al.,** Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 2017. **389(10082):** p. 1885-1906.

**VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC DƯỚI Ở PHỤ NỮ 18-49 TUỔI
CÓ CHỒNG TẠI HUYỆN ĐỊNH QUÁN TỈNH ĐỒNG NAI
NĂM 2022-2023 VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN**

Trần Thành Trung¹, Nguyễn Văn Lâm²

TÓM TẮT

Viêm nhiễm đường sinh dục dưới (VNĐSDD) chiếm trên 80% trong tổng số các bệnh phụ khoa, nếu không phát hiện và điều trị kịp thời sẽ dẫn đến tình trạng vô sinh, chửa ngoài tử cung, sảy thai, sinh non và nhiều biến chứng nguy hiểm khác. Nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ VNĐSDD ở phụ nữ 18 - 49 tuổi có chồng tại huyện Định Quán tỉnh Đồng Nai năm 2022-2023 và các yếu tố liên quan. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại 14 xã/thị trấn với tổng số 335 phụ nữ tham gia. Các phụ nữ được phỏng vấn, khám phụ khoa và làm xét nghiệm soi tươi và nhuộm gram mẫu bệnh phẩm để tìm nguyên nhân. Kết quả cho thấy tỷ lệ VNĐSDD chiếm 33,4%. VNĐSDD có liên

quan với thực hành chung chưa đúng và tiền sử nạo hút thai với p<0,05. Cần tăng cường truyền thông – giáo dục sức khỏe, đồng thời tổ chức khám sức khỏe sinh sản cho phụ nữ nhằm phát hiện và điều trị sớm VNĐSDD để phòng tránh những biến chứng nghiêm trọng. **Từ khóa:** Viêm nhiễm đường sinh dục dưới, phụ nữ, 18-49 tuổi, Đồng Nai

SUMMARY

**LOWER GENITAL TRACT INFECTION
AMONG MARRIED WOMEN 18 TO 49 YEARS
OLD IN DONG NAI PROVINCE IN 2022-
2023 AND ASSOCIATED FACTORS**

Lower genital tract infection (LGTI) accounted for more than 80% of all gynecological diseases and if not detected and treated promptly, it will lead to infertility, ectopic pregnancy, miscarriage, premature birth and many other dangerous complications. This study aims to determine the prevalence of LGTI among married women from 18 to 49 year old in Dinh Quan district, Dong Nai province in 2022-2023 and associated factors. A cross-sectional study was conducted in 14 commune/town with 335 participants. The women

¹Bệnh viện Đa khoa khu vực Định Quán
²Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thành Trung
Email: thanhtrung.drtran@gmail.com
Ngày nhận bài: 5.01.2024
Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024
Ngày duyệt bài: 7.3.2024