



SA SÚT TRÍ TUỆ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI HUYỆN NAM ĐÔNG, TỈNH THỪA THIÊN HUẾ NĂM 2020

Đặng Cao Khoa, Đoàn Vương Diễm Khánh, Võ Nữ Hồng Đức, Nguyễn Thị Hồng Nhi,

Nguyễn Thị Đăng Thư, Trần Bình Thắng, Nguyễn Hoàng Thùy Linh*

Trường Đại học Y – Dược, Đại học Huế, 6 Ngô Quyền, Thành phố Huế, Việt Nam

Tác giả liên hệ: **Đặng Cao Khoa** < dckhoa@huemed-univ.edu.vn >

(Ngày nhận bài: 10-10-2022; Ngày chấp nhận đăng: 11-04-2023)

Tóm tắt: Sa sút trí tuệ là một trong những nguyên nhân chính gây ra tình trạng khuyết tật và phụ thuộc ở những người lớn tuổi trên toàn thế giới. Sa sút trí tuệ không những gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh mà còn tác động rất lớn đến đời sống thể chất, tâm lý, kinh tế xã hội của người chăm sóc, gia đình và xã hội. Nghiên cứu được tiến hành nhằm xác định tỷ lệ hiện mắc sa sút trí tuệ bằng thang đo MMSE ở người cao tuổi huyện Nam Đông, tỉnh Thừa Thiên Huế và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến sa sút trí tuệ ở đối tượng nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 638 người từ 60 tuổi trở lên có hộ khẩu thường trú tại địa bàn nghiên cứu. Sàng lọc sa sút trí tuệ bằng cách sử dụng thang đo MMSE. Phân tích hồi quy đa biến logistics được sử dụng để kiểm định các yếu tố liên quan đến sa sút trí tuệ. Kết quả cho thấy tỷ lệ hiện mắc sa sút trí tuệ bằng thang đo MMSE là 28,5%. Sự gia tăng của tuổi, dân tộc thiểu số, học vấn thấp, hiện tại không làm việc, thói quen ít tập luyện thể lực, xem ti vi và đọc sách báo và chỉ số khối cơ thể (gầy) là những yếu tố bất lợi liên quan đến sa sút trí tuệ ($p < 0,05$). Tăng cường giáo dục sức khỏe nâng cao kiến thức cho cộng đồng về sa sút trí tuệ, tổ chức khám sức khỏe định kỳ và khám sàng lọc sa sút trí tuệ ở người cao tuổi nhằm phát hiện và can thiệp sớm sa sút trí tuệ là rất cần thiết ở Việt Nam, đặc biệt với người dân tộc thiểu số.

Từ khóa: Sa sút trí tuệ, tỷ lệ hiện mắc, thang đo MMSE, người cao tuổi, huyện Nam Đông.

DEMENTIA AND ASSOCIATED FACTORS AMONG THE ELDERLY IN NAM DONG DISTRICT, THUA THIEN HUE PROVINCE IN 2020

Dang Cao Khoa, Doan Vuong Diem Khanh, Vo Nu Hong Duc, Nguyen Thi Hong Nhi,
Nguyen Thi Dang Thu, Tran Binh Thang, Nguyen Hoang Thuy Linh*

University of Medicine and Pharmacy, Hue University, 6 Ngo Quyen St, Hue, Vietnam

* Correspondence to **Dang Cao Khoa** <dckhoa@huemed-univ.edu.vn>

(Received: October 10, 2022; Accepted: April 11, 2023)

Abstract: Dementia is one of the leading causes of disability and dependence among older people worldwide. Dementia not only causes adverse impacts the quality of life of patients but also affects the physical, psychological and socio-economic life of carers, families, and society. This study aimed to examine the prevalence of dementia by MMSE scales among the elderly in the Nam Dong district, Thua Thien Hue province, and to examine some associated factors of dementia among participants. This cross-sectional descriptive study was conducted on 638 people aged 60 years and over living in the study area. MMSE scales (Mini-Mental State Examination) were used as a screening instrument for dementia. The multivariable logistic regression model was undertaken for exploring the associated factors of dementia. The results showed that the overall prevalence of dementia by MMSE scales was 28.5%. Factors as increased age; ethnic minorities, low education, currently unemployed, limitation of physical exercise habits, television viewing habits and reading habits and low body mass index were negatively associated with dementia at $p < 0.05$. Strengthening health education to enhance community knowledge of dementia, organizing routine health checkups, and screening for dementia in the elderly to detect and intervene early in dementia are urgently needed among the elderly in Vietnam, especially among ethnic minorities.

Keywords: Dementia, prevalence, MMSE scales, elderly people, Nam Dong District.

1. Đặt vấn đề

Sa sút trí tuệ (SSTT) là một hội chứng suy giảm chức năng nhận thức mắc phải kèm theo những thay đổi về hành vi và mất chức năng xã hội, đây cũng là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật và tình trạng lệ thuộc ở người cao tuổi. Sa sút trí tuệ không những

gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh mà còn tác động rất lớn đến đời sống thể chất, tâm lý, và kinh tế xã hội của người chăm sóc, gia đình và xã hội [16].

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới, hiện nay có khoảng 55 triệu người trên thế giới mắc phải vấn đề về sa sút trí tuệ và có gần 10 triệu ca mắc mới mỗi năm, con số này ước tính có thể tăng lên 78 triệu người vào năm 2030 và lên đến 139 triệu người vào năm 2050, trong đó với hơn 60% người thuộc các nước thu nhập thấp và thu nhập trung bình [15], [16]. Các nghiên cứu trước đây trên thế giới cho thấy tỷ lệ hiện mắc sa sút trí tuệ ở người cao tuổi dao động từ 8,0% - 30,0% [11], [13].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về sa sút trí tuệ ở các vùng miền núi là rất hiếm. Ở vùng miền núi tỉnh Thừa Thiên Huế chưa có nghiên cứu nào được thực hiện về chủ đề này. Nam Đông là một huyện miền núi của tỉnh Thừa Thiên Huế với địa bàn phức tạp, phần lớn là người dân tộc thiểu số chiếm trên 40%, trình độ dân trí thấp, đời sống của nhân dân còn gặp nhiều khó khăn, tỷ lệ hộ nghèo còn cao, có đến 7 trên 10 xã đặc biệt khó khăn, người dân chủ yếu làm lao động chân tay, đặc biệt người cao tuổi là nhóm đối tượng dễ bị tổn thương cần được quan tâm [2]. Trong thời gian qua đã có một số nghiên cứu về sức khỏe tâm thần ở người cao tuổi tại huyện Nam Đông nhưng chưa có nghiên cứu cụ thể nào về sa sút trí tuệ cho nhóm đối tượng này. Chính vì vậy để góp phần cải thiện tình hình sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại huyện Nam Đông, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *“Sa sút trí tuệ và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại huyện Nam Đông, tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2020”* với 2 mục tiêu: (1) *Xác định tỷ lệ hiện mắc sa sút trí tuệ bằng thang đo MMSE ở người cao tuổi huyện Nam Đông, tỉnh Thừa Thiên Huế*; (2) *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến sa sút trí tuệ ở đối tượng nghiên cứu*.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người cao tuổi có hộ khẩu thường trú tại địa bàn huyện Nam Đông, tỉnh Thừa Thiên Huế.

Tiêu chuẩn loại trừ: Chậm phát triển tâm thần; người bị bệnh cấp tính nặng; người bị câm, điếc.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại huyện Nam Đông, tỉnh Thừa Thiên Huế từ tháng 11/2020 đến tháng 04/2021.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ trong quần thể, ta có:

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

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết của nghiên cứu.

α : Mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$ thì $Z(1-\alpha/2) = Z(0,975) = 1,96$

d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ thu được từ mẫu và tỷ lệ của quần thể. Nghiên cứu này chọn $d = 0,05$.

p: Tỷ lệ hiện mắc SSTT (theo thang đo MMSE). Lấy $p = 0,195$ theo nghiên cứu của tác giả Huỳnh Thị Thanh Tú năm 2016 ở đối tượng từ 60 tuổi trở lên tại xã Phú An, huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế [6].

DE: Hệ số thiết kế. Để giảm sai số trong thiết kế mẫu chùm, nghiên cứu này chọn $DE = 2$.

Thay vào công thức, ta được $n = 484$. Để tăng thêm độ chính xác cho nghiên cứu, chúng tôi lấy thêm 20% từ cỡ mẫu tối thiểu, ước tính cỡ mẫu cuối cùng là 605 đối tượng. Thực tế trong nghiên cứu này chúng tôi thu thập được 638 đối tượng.

Phương pháp chọn mẫu chùm 2 giai đoạn:

Giai đoạn 1: Chọn xã/Thị trấn

Chọn Thị trấn Khe Tre và ngẫu nhiên 2 xã trong số 09 xã đại diện cho các khu vực địa lý của huyện Nam Đông. Tổng cộng có 3 xã/thị trấn được chọn vào mẫu đó là thị trấn Khe Tre, xã Hương Xuân và xã Thượng Nhật.

Giai đoạn 2: Phân tầng theo tỷ lệ số người cao tuổi cho từng xã/thị trấn đã chọn

- Tính toán số mẫu phù hợp cho mỗi tầng, sau đó tiến hành chọn mẫu bằng phương pháp ngẫu nhiên đơn đối với từng xã/thị trấn đã chọn.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

- Công cụ thu thập số liệu: Thiết kế bộ câu hỏi thu thập số liệu dựa vào thang đo MMSE đã được Việt hóa.

- Điều tra viên: Là các cán bộ của Khoa Y tế Công cộng, Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế, được tập huấn kỹ về nội dung bộ câu hỏi và kỹ thuật phỏng vấn.

- Đối với trường hợp đối tượng nghiên cứu là người dân tộc thiểu số (dân tộc Cơ tu):

+ Bộ câu hỏi được dịch sang tiếng dân tộc Cơ tu để đảm bảo chất lượng thông tin thu được.

+ Điều tra viên: Tuyển một điều tra viên là người dân tộc Cơ tu sinh sống tại huyện Nam Đông, đang là sinh viên năm thứ 6 ngành Y học Dự phòng của Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế. Trực tiếp phỏng vấn và hỗ trợ những trường hợp đối tượng là người dân tộc Cơ tu không thể hiểu và nói được tiếng phổ thông.

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá

Biến phụ thuộc: SSTT ở người cao tuổi. SSTT ở người cao tuổi được đánh giá như sau:

Làm test MMSE (Mini Mental Status Examination) để sàng lọc các trường hợp có SSTT.

MMSE bao gồm 30 câu hỏi đánh giá các vùng chức năng: định hướng về thời gian và không gian (10 điểm), sự ghi nhận (3 điểm), sự chú ý và làm toán (5 điểm), trí nhớ gần (3 điểm), ngôn ngữ và chức năng thực hiện các hoạt động kết hợp (8 điểm) và cấu trúc thị giác (1 điểm) [1].

Cách đánh giá: Trả lời đúng 1 câu: cho 1 điểm, không trả lời được hoặc trả lời không chính xác: cho 0 điểm. Tổng điểm dao động từ 0-30 điểm [1]. SSTT được đánh giá theo 2 mức có/không dựa theo trình độ học vấn: MMSE <18 (dưới tiểu học), MMSE <21 (tiểu học), MMSE <24 (THCS trở lên) [6], [10], [17].

Biến độc lập: Các yếu tố nhân khẩu học: tuổi, giới tính, dân tộc, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, loại nhà ở, hoàn cảnh sống; Các yếu tố kinh tế – xã hội: nghề nghiệp trước đây, nghề nghiệp hiện tại, mức kinh tế gia đình; Các yếu tố tâm lý – xã hội – hành vi: hút thuốc lá, uống rượu bia, tập luyện thể lực, thói quen giải trí (xem tivi; nghe đài; đọc sách/báo; chơi cờ/chơi bài/trò chơi trên thiết bị điện tử); Tình hình sức khỏe của đối tượng: tiền sử bệnh, tiền sử gia đình có người SSTT, chỉ số khối cơ thể (BMI), chất lượng cuộc sống, hài lòng sức khỏe, chất lượng giấc ngủ.

2.7. Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 và phần mềm STATA 16.0;

Sử dụng thống kê mô tả (tần số và tỷ lệ %); Sử dụng test Chi square và Fisher's exact test ở mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ để so sánh sự khác biệt giữa 2 hay nhiều tỷ lệ; Sử dụng mô hình hồi quy đa biến logistic để kiểm định các yếu tố liên quan đến SSTT ở đối tượng nghiên cứu.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được sự đồng ý của Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y Sinh học Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế.

Nghiên cứu chỉ được thực hiện với sự chấp thuận của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên tinh thần tôn trọng bí mật riêng tư của đối tượng nghiên cứu.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Các yếu tố nhân khẩu học

Nghiên cứu được thực hiện trên 638 đối tượng là người cao tuổi tại huyện Nam Đông, tỉnh Thừa Thiên Huế cho kết quả như sau: Nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu chủ yếu từ 60 - 69 tuổi chiếm 60,7%. Độ tuổi trung bình là 69,1 (độ lệch chuẩn 7,6). Đối tượng là nữ giới chiếm nhiều hơn với tỷ lệ 53,0%. Đa số là dân tộc Kinh (79,6%). Trình độ học vấn tiểu học chiếm tỷ lệ cao nhất (32,4%), THCS có tỷ lệ thấp nhất (17,6%). Có 78,7% đối tượng đã kết hôn. Đối tượng sống ở nhà cấp IV và sống với gia đình người thân có tỷ lệ cao nhất lần lượt là 55,3% và 59,9%.

3.1.2. Các yếu tố kinh tế - xã hội

Nghề nghiệp trước đây chiếm đa số là nhóm nông – lâm nghiệp (50,6%). Đa số đối tượng không còn phải làm việc kiếm sống, chiếm tỷ lệ 64,1%; vẫn còn 35,9% đối tượng còn làm việc kiếm sống. Đa số đối tượng nghiên cứu có mức kinh tế trung bình (71,9%), chỉ có 8,5% đối tượng có mức kinh tế thuộc hộ nghèo, cận nghèo.

3.1.3. Tình hình sức khỏe của đối tượng

Phần lớn đối tượng tự đánh giá chất lượng cuộc sống tốt (84,8%) và hài lòng về sức khỏe của bản thân (71,2%). Đa số người cao tuổi có chất lượng giấc ngủ kém chiếm 62,4%.

3.2. Tỷ lệ hiện mắc sa sút trí tuệ bằng thang đo MMSE ở người cao tuổi huyện Nam Đông, tỉnh Thừa Thiên Huế

Bảng 1. Tỷ lệ hiện mắc sa sút trí tuệ bằng thang đo MMSE

Hiện mắc sa sút trí tuệ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có	182	28,5
Không	456	71,5
Tổng	638	100,0

Nhận xét: Trong mẫu nghiên cứu, tỷ lệ hiện mắc SSTT bằng thang đo MMSE là 28,5%.

Bảng 2. Một số đặc điểm sa sút trí tuệ của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Số hiện mắc	Tỷ lệ hiện mắc (%)
Nhóm tuổi	Từ 60-69	81	20,9
	Từ 70-79	56	31,6

	Từ 80 tuổi trở lên	74	45	60,8
Giới	Nam	300	75	25,0
	Nữ	338	107	31,7
Dân tộc	Kinh	508	113	22,2
	Cơ tu	130	69	53,1
Nhóm TĐHV	Dưới tiểu học	205	58	28,3
	Tiểu học	207	65	31,4
	THCS	112	40	35,7
	THPT trở lên	114	19	16,7
Tổng		638	182	28,5

Nhận xét: Tỷ lệ hiện mắc SSTT tăng dần theo tuổi, ở nhóm 60-69 tuổi tỷ lệ này chỉ chiếm 20,9%, tỷ lệ này tăng rõ rệt ở nhóm tuổi từ 70-79 tuổi, và đặc biệt rất cao ở nhóm từ 80 tuổi trở lên (60,8%). Tỷ lệ hiện mắc SSTT ở nữ là 31,7%, cao hơn nhiều so với tỷ lệ này ở nam (25,0%). Dân tộc Cơ tu có tỷ lệ hiện mắc SSTT cao gấp 2 lần so với nhóm dân tộc Kinh (53,1% và 22,2%). Tỷ lệ hiện mắc SSTT cao nhất ở nhóm THCS (35,7%); tiếp đến là nhóm tiểu học và nhóm dưới tiểu học với tỷ lệ lần lượt là 31,4% và 28,3%. Nhóm THPT trở lên có tỷ lệ thấp nhất (16,7%).

3.3. Một số yếu tố liên quan đến sa sút trí tuệ ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Mô hình hồi quy đa biến logistic các yếu tố liên quan đến SSTT *

	Biến độc lập	OR	Khoảng tin cậy (95% CI)	p
Nhóm tuổi	60-69	1		
	70-79	1,57	0,98 – 2,52	0,061
	≥ 80	4,64	2,37 – 9,08	<0,001
Dân tộc	Kinh	1		
	Cơ tu	2,89	1,74 – 4,81	<0,001
Trình độ học vấn	THPT trở lên	1		
	Trung học cơ sở	2,48	1,13 – 5,45	0,024
	Tiểu học	0,99	0,44 – 2,27	0,988

	Dưới tiểu học	0,50	0,21 – 1,23	0,134
Nghề nghiệp hiện tại	Có	1		
	Không	2,02	1,24 – 3,28	0,005
Thói quen tập luyện thể lực	Có	1		
	Không	1,59	1,02 – 2,47	0,042
Thói quen xem ti vi	Có	1		
	Không	2,18	1,18 – 4,03	0,013
Thói quen đọc sách báo	Có	1		
	Không	2,65	1,18 – 5,93	0,018
Chỉ số khối cơ thể (BMI)	Bình thường	1		
	Gầy	2,14	1,32 – 3,46	0,002
	Thừa cân, béo phì	0,77	0,44 – 1,34	0,358

* *Biến độc lập được đưa vào mô hình hồi quy đa biến là các biến số có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) trong phân tích đơn biến.*

Nhận xét: Mô hình hồi quy đa biến logistic cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến SSTT bao gồm: tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp hiện tại, thói quen tập luyện thể lực, thói quen xem ti vi, thói quen đọc sách báo, chỉ số khối cơ thể.

4. Bàn luận

4.1. Tỷ lệ hiện mắc sa sút trí tuệ bằng thang đo MMSE ở người cao tuổi huyện Nam Đông, tỉnh Thừa Thiên Huế

Nghiên cứu được tiến hành trên 638 đối tượng là người cao tuổi tại huyện Nam Đông, tỉnh Thừa Thiên Huế. Kết quả ở bảng 1 cho thấy tỷ lệ hiện mắc SSTT bằng thang đo MMSE ở nghiên cứu này là 28,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Đoàn Vương Diễm Khánh (2015), tỷ lệ hiện mắc SSTT bằng thang đo MMSE ở người 65 tuổi trở lên, tại thành phố Huế là 28,8% [9], nghiên cứu của Lê Đình Dương ở người từ 60 tuổi trở lên, tại thành phố Huế năm 2016, có tỷ lệ hiện mắc SSTT bằng thang đo MMSE là 28,2% [3]. Kết quả này ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Zhuang và cộng sự tại Thượng Hải, Trung Quốc có tỷ lệ là 8,38% [17]. Nghiên cứu của Huỳnh Thị Thanh Tú tại huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế (2016) có tỷ lệ là 19,5% [6]. Nghiên cứu của Ngô Thị Bích Ngọc được thực hiện năm 2017 tại thành phố Đà Nẵng trên tổng số 905 đối tượng từ 65 tuổi trở lên

với tỷ lệ là 26,1% [4]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Võ Văn Thắng và cộng sự năm 2020 tại tỉnh Thừa Thiên Huế, với tỷ lệ hiện mắc SSTT bằng thang đo MMSE là 29,1% [7]. Tuy vậy, việc so sánh tỷ lệ này với các nghiên cứu khác là rất khó thực hiện. Sự khác biệt về tỷ lệ này có thể do nhiều yếu tố như phương pháp nghiên cứu, phương pháp chọn mẫu, tiêu chuẩn chẩn đoán, điểm cắt của thang đo khi đánh giá và đặc biệt là cấu trúc tuổi của mẫu nghiên cứu. Đa số các nghiên cứu không trình bày cấu trúc tuổi của mẫu nghiên cứu, trong khi tỷ lệ SSTT tăng rõ rệt khi tuổi gia tăng. Tuổi càng cao, sức chống đỡ và sức chịu đựng của con người trước các yếu tố nguy cơ và tác nhân bên ngoài cũng như bên trong kém đi rất nhiều, đây là điều kiện thuận lợi làm gia tăng tỷ lệ SSTT ở người cao tuổi. Bên cạnh đó, những khác biệt về kinh tế, văn hóa, xã hội cũng có thể dẫn đến chênh lệch tỷ lệ này. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành tại huyện miền núi với phần lớn đời sống của người dân gặp nhiều khó khăn, vấn đề sức khỏe tâm thần của người cao tuổi chưa được quan tâm nhiều, hơn nữa địa bàn với trên 40% là người dân tộc thiểu số, trình độ dân trí thấp, ít có điều kiện sinh hoạt, giải trí, việc thực hiện và duy trì các thói quen, hành vi lành mạnh còn hạn chế. Điều này khiến cho tỷ lệ hiện mắc SSTT có thể cao hơn so với các nghiên cứu trước và việc so sánh tỷ lệ mắc SSTT chung cho các nghiên cứu là rất khó chính xác.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến sa sút trí tuệ ở đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi và sa sút trí tuệ:

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ hiện mắc SSTT tăng dần theo độ tuổi. Cụ thể, tỷ lệ mắc thấp nhất ở nhóm từ 60 – 69 tuổi (20,9%) và tăng dần đạt tỷ lệ mắc cao nhất ở nhóm từ 80 tuổi trở lên (60,8%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ trong phân tích đơn biến. Trong phân tích hồi quy đa biến logistic với yếu tố nhóm tuổi cũng cho kết quả tương tự, nhóm từ 80 tuổi trở lên có khả năng mắc SSTT gấp 4,64 lần ($p < 0,05$) so với nhóm từ 60 – 69 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu đã được thực hiện trước đây. Nghiên cứu của Huỳnh Thị Thanh Tú (2016) trên đối tượng từ 60 tuổi trở lên cho thấy có mối liên quan giữa tuổi và SSTT ($p < 0,05$), tỷ lệ hiện mắc SSTT bằng thang đo MMSE cũng tăng dần theo tuổi, thấp nhất ở nhóm từ 60 – 64 tuổi (2,0%) và cao nhất ở nhóm từ 90 tuổi trở lên (52,6%). Trong mô hình hồi quy đa biến logistic cũng cho kết quả tương tự như nghiên cứu của chúng tôi [6]. Nghiên cứu của Lê Đình Dương (2016) trên đối tượng từ 60 tuổi trở lên cũng cho thấy kết quả tương tự, nhóm từ 70 – 79 tuổi có khả năng mắc SSTT gấp 2,08 lần ($p > 0,05$) so với nhóm từ 60 – 69 tuổi; nhóm từ 80 tuổi trở lên có khả năng mắc SSTT gấp 3,45 lần ($p < 0,005$) so với nhóm từ 60 – 69 tuổi [3]. Nghiên cứu của Paramita Sengupta và cộng sự tại Ấn Độ cũng cho thấy có mối liên quan giữa tuổi và SSTT, nhóm tuổi từ 71 – 75 tuổi có khả năng mắc SSTT cao gấp 1,68 lần ($p < 0,05$), nhóm từ 76 – 80 tuổi là 2,70 lần ($p < 0,001$) và nhóm trên 80 tuổi là 3,51 lần ($p < 0,001$) so với nhóm từ 61 – 65 tuổi [13].

Dân tộc và sa sút trí tuệ:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm đối tượng là dân tộc Cơ tu có tỷ lệ hiện mắc SSTT cao gấp 2 lần so với nhóm dân tộc Kinh (53,1% và 22,2%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong phân tích hồi quy đa biến logistic, nhóm đối tượng dân tộc Cơ tu có khả năng mắc SSTT gấp 2,89 lần ($p < 0,05$) so với nhóm dân tộc Kinh. Điều này có thể giải thích do sự khác biệt về văn hóa và thói quen sinh hoạt của người dân tộc Cơ tu, người dân ở đây không có nhiều điều kiện để sinh hoạt, giải trí, thực hiện những thói quen, hành vi lành mạnh như người dân tộc Kinh. Thêm vào đó, hình thức sinh hoạt cộng đồng như hội người cao tuổi ở cộng đồng người dân tộc Cơ tu chưa được tổ chức, chưa có nhiều cơ hội giao lưu, chia sẻ giữa những người cao tuổi, giúp họ cải thiện và nâng cao sức khỏe cả về tinh thần và thể chất, góp phần làm giảm tỷ lệ SSTT ở nhóm đối tượng này. Hơn nữa, một số bộ phận người cao tuổi sống ở những nơi hiểm trở, xa trạm y tế, nên khá khó khăn trong việc đến cơ sở y tế khi có nhu cầu chăm sóc sức khỏe. Rào cản về khoảng cách, vị trí địa lý cũng làm hạn chế trong việc tiếp cận các thông tin liên quan đến các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là các chương trình chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi. Kết quả này trong nghiên cứu của chúng tôi là một phát hiện mới so với các nghiên cứu đã thực hiện trước đây. Những nghiên cứu trước đây chưa từng làm trên đối tượng người dân tộc thiểu số.

Trình độ học vấn và sa sút trí tuệ:

Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ hiện mắc SSTT cao nhất ở nhóm THCS (35,7%), và thấp nhất là nhóm THPT trở lên (16,7%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong phân tích hồi quy đa biến logistic, nhóm THCS có khả năng mắc SSTT gấp 2,48 lần ($p < 0,05$) so với nhóm THPT trở lên. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Vũ Anh Nhị và cộng sự tại thành phố Hồ Chí Minh [5] hay của Sharma D và cộng sự tại Bắc Ấn Độ [14] hay của Lê Đình Dương tại thành phố Huế (2016) [3]: cho thấy người có trình độ học vấn càng cao thì khả năng mắc SSTT thấp hơn so với nhóm học vấn thấp. Những người đã được qua đào tạo giáo dục có điểm số MMSE cao hơn so với nhóm người còn lại, người ta giải thích rằng ở nhóm người đã được đào tạo thì nhiều năm của giáo dục đã chuyển thành dự trữ nhận thức lớn hơn. Như vậy có thể thấy trình độ học vấn thấp là một trong những yếu tố khả năng đối với SSTT và ngược lại trình độ học vấn cao hơn có thể được coi là một yếu tố bảo vệ của SSTT.

Nghề nghiệp hiện tại và sa sút trí tuệ:

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm đối tượng hiện tại không làm việc có tỷ lệ hiện mắc SSTT là 35,5% cao hơn so với nhóm đối tượng hiện tại có làm việc (16,2%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong phân tích hồi quy đa biến logistic, nhóm hiện tại không làm việc có khả năng mắc SSTT gấp 2,02 lần ($p < 0,05$) so với nhóm hiện tại có làm việc. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Paramita Sengupta và cộng sự tại Ấn Độ cho thấy nhóm hiện tại

không làm việc có khả năng mắc SSTT gấp 3,46 lần ($p<0,001$) so với nhóm hiện tại có làm việc [13].

Thói quen tập luyện thể lực và sa sút trí tuệ:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm đối tượng có thói quen tập luyện thể lực có tỷ lệ hiện mắc SSTT là 20,2%, thấp hơn so với nhóm không có thói quen tập thể lực (38,2%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Trong phân tích hồi quy đa biến logistic, nhóm không có thói quen tập luyện thể lực có khả năng mắc SSTT gấp 1,59 lần ($p<0,05$) so với nhóm có thói quen tập luyện thể lực. Nghiên cứu nghiên cứu của Lê Đình Dương và nghiên cứu của Huỳnh Thị Thanh Tú cũng chỉ ra rằng có mối liên quan giữa thói quen tập luyện thể lực với SSTT trong phân tích đơn biến với $p<0,05$ [3], [6]. Theo nghiên cứu của Espeland M.A. (2018) tình trạng thừa cân béo phì, ít hoạt động thể lực sẽ gây rối loạn chuyển hóa như đề kháng insulin làm tăng khả năng tổn thương teo não đặc biệt vùng hồi hải mã và ảnh hưởng đến các lĩnh vực thần kinh nhận thức. Thói quen với lối sống tĩnh tại càng xuất hiện sớm thì càng gia tăng bệnh lý SSTT [8].

Thói quen xem ti vi và sa sút trí tuệ:

Nhóm đối tượng có thói quen xem ti vi mỗi ngày có tỷ lệ hiện mắc SSTT là 24,8%, thấp hơn nhóm không có thói quen xem ti vi (54,3%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Trong phân tích hồi quy đa biến logistic, nhóm không có thói quen xem ti vi có khả năng mắc SSTT gấp 2,18 lần ($p<0,05$) so với nhóm có thói quen xem ti vi. Nghiên cứu của Ngô Thị Bích Ngọc cũng tìm thấy mối liên có ý nghĩa thống kê trong mô hình hồi quy đa biến logistic: nhóm không có thói quen xem ti vi có khả năng mắc SSTT cao gấp 5,0 lần so với nhóm còn lại ($p<0,01$) [4].

Thói quen đọc sách báo và sa sút trí tuệ:

Kết quả của chúng tôi cho thấy nhóm không có thói quen đọc sách báo có tỷ lệ hiện mắc SSTT cao hơn đáng kể so với nhóm có thói quen đọc sách báo (31,2% và 10,7%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Trong phân tích hồi quy đa biến logistic, nhóm không có thói quen đọc sách báo có khả năng mắc SSTT gấp 2,65 lần ($p<0,05$) so với nhóm có thói quen đọc sách báo. Nghiên cứu của Ngô Thị Bích Ngọc cũng chỉ ra mối liên quan giữa thói quen đọc sách báo với SSTT, tuy nhiên chỉ có ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến [4].

Chỉ số khối cơ thể và sa sút trí tuệ:

Kết quả phân tích của chúng tôi cho thấy tỷ lệ hiện mắc SSTT cao nhất ở nhóm đối tượng có BMI gầy (51,7%), cao hơn rất nhiều so với các đối tượng có BMI bình thường (25,2%) và nhóm BMI thừa cân, béo phì (14,4%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Trong phân tích hồi quy đa biến logistic, nhóm có BMI gầy có khả năng mắc SSTT gấp 2,14 lần ($p<0,05$) so với nhóm có BMI bình thường. Nghiên cứu của Huỳnh Thị Thanh Tú cũng cho kết

quả tương tự với tỷ lệ hiện mắc SSTT ở nhóm BMI gầy là 33,3%, nhóm BMI thừa cân, béo phì là 16,3% và nhóm BMI bình thường là 14,6% ($p < 0,05$). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê trong mô hình hồi quy logistic đa biến [6]. Nghiên cứu thuần tập hồi cứu của tác giả Nawab Qizilbash cùng cộng sự cho thấy so với những người có cân nặng khỏe mạnh, người nhẹ cân ($BMI < 20 \text{ kg/m}^2$) có khả năng SSTT cao hơn 34% (95% CI: 29–38). Hơn nữa, tỷ lệ mắc SSTT tiếp tục giảm khi BMI tăng lên, với những người rất béo ($BMI > 40 \text{ kg/m}^2$) có khả năng SSTT thấp hơn 29% (95% CI: 22–36) so với những người có cân nặng khỏe mạnh [12]. Trong khi đó, nghiên cứu của tác giả Lindsay A Zilliox cho thấy tình trạng thừa cân béo phì tăng cao có thể gây nhiều hệ quả như đề kháng insulin, suy giảm tín hiệu dẫn truyền insulin tại màng sau synap, tăng glucose máu, rối loạn lipid máu và tăng nguy cơ bệnh lý tim mạch, hệ quả của quá trình này làm gia tăng đáp ứng viêm hệ thống, stress oxy hóa và tổn thương tế bào đích trong đó có tế bào thần kinh, làm gia tăng nguy cơ suy giảm nhận thức từ mức độ nhẹ đến điển hình và đặc biệt phát triển thành SSTT trong tương lai [18]. Từ những nghiên cứu này cho thấy những đối tượng có BMI gầy hay BMI thừa cân, béo phì đều là những yếu tố làm tăng nguy cơ mắc SSTT.

5. Kết luận

Tỷ lệ hiện mắc sa sút trí tuệ bằng thang đo MMSE là 28,5%.

Mô hình hồi quy đa biến logistics cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến sa sút trí tuệ ($p < 0,05$), bao gồm: tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp hiện tại, thói quen tập luyện thể lực, thói quen xem ti vi, thói quen đọc sách, báo, chỉ số khối cơ thể (BMI).

6. Kiến nghị

Truyền thông cho cộng đồng kiến thức về sa sút trí tuệ, các yếu tố bảo vệ đối với sa sút trí tuệ, khuyến khích người cao tuổi luyện thể lực, duy trì các hoạt động trí óc, các thói quen giải trí như xem ti vi, đọc sách, báo, ăn uống lành mạnh, dự phòng mắc các bệnh mạn tính như tăng huyết áp, đái tháo đường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Thần kinh (2015), Sổ tay lâm sàng thần kinh: Mini Mental Status Examination, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.164.
2. Cổng thông tin điện tử Huyện Nam Đông (2013), Huyện Nam Đông, <https://namdong.thuathienhue.gov.vn/?gd=27&cn=482&id=394&cd=43>. Truy cập hồi 08h00, ngày 13 tháng 02 năm 2020.

3. Lê Đình Dương, Nguyễn Hoài Thương (2017), Suy giảm nhận thức và rối loạn chất lượng giấc ngủ của người cao tuổi tại thành phố Huế, năm 2016, Tạp chí Y học Dự phòng, Số 3 phụ bản(27).
4. Ngô Thị Bích Ngọc (2018), Nghiên cứu thực trạng sa sút trí tuệ và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại thành phố Đà Nẵng, Luận văn Cao học, Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế.
5. Vũ Anh Nhị, Trần Công Thắng, Nguyễn Kinh Quốc (2011), Nghiên cứu dịch tễ bệnh lý sa sút trí tuệ tại thành phố Hồ Chí Minh, Bộ môn Thần kinh, Trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
6. Huỳnh Thị Thanh Tú, Đoàn Vương Diễm Khánh (2018), Tỷ lệ suy giảm nhận thức và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi xã Phú An, huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2016, Tạp chí Y Dược học, Tập 8(số 5 - tháng 10/2018).
7. Võ Văn Thắng và cộng sự (2020), Đánh giá tình trạng và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại tỉnh Thừa Thiên Huế, Đề tài nghiên cứu khoa cấp Đại học Huế, Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế.
8. Espeland M. A., Small D. M. and Stoeckel L. E. (2018), "Chapter 7 - Diet, Obesity, and Physical Inactivity: Linking Diabetes and Dementia", in Srikanth, Velandai and Arvanitakis, Zoe, Editors, Type 2 Diabetes and Dementia, Academic Press, pp. 117-141.
9. Khanh Doan Vuong Diem, Thang Vo Van., et al (2015), Prevalence of dementia among the elderly and health care needs for people living with dementia in an urban community of central Viet Nam, Vietnam Journal of Public Health, 3, pp. 16 - 23.
10. Li H., Jia J. and Yang Z. (2016), "Mini-Mental State Examination in Elderly Chinese: A Population-Based Normative Study", J Alzheimers Dis. 53(2), pp. 487-496.
11. Overton M., Pihlgård M. and Elmståhl S. (2019), "Prevalence and Incidence of Mild Cognitive Impairment across Subtypes, Age, and Sex", Dement Geriatr Cogn Disord. 47(4-6), pp. 219-232.
12. Qizilbash N., et al (2016), "BMI and risk of dementia in two million people over two decades: a retrospective cohort study", Lancet Diabetes Endocrinol. 3(6), pp. 431-436.
13. Sengupta P., et al (2014), "Prevalence and correlates of cognitive impairment in a north Indian elderly population", WHO South East Asia J Public Health. 3(2), pp. 135-143.
14. Sharma D., Mazta S. R. and Parashar A. (2013), "Prevalence of cognitive impairment and related factors among elderly: A population-based study ", Journal of Dr. NTR University of Health Sciences. 2(3), pp. 171-176.

15. WHO (2018), The Global Dementia Observatory - Reference Guide, pp. 1-74.
16. WHO (2021), Dementia: Key facts, accessed 21 September -2021, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
17. Zhuang J.-P., et al (2012), "Cognitive impairment and the associated risk factors among the elderly in the Shanghai urban area: a pilot study from China", Translational neurodegeneration. 1(1), pp. 22-22.
18. Zilliox L. A., et al (2016), "Diabetes and Cognitive Impairment"(1539-0829 (Electronic)).