

SA SÚT TRÍ TUỆ

Ban hành kèm theo Quyết định số 236/QĐ-BV ngày 28/03/2014

1. Đại cương:

1.1. Định nghĩa:

Là một bệnh lý thoái hóa thần kinh gây ra suy giảm dần dần trí nhớ và các chức năng nhận thức so với trước đây, ảnh hưởng đến hoạt động sống và làm việc hàng ngày. Sa sút trí tuệ (SSTT) tăng dần theo tuổi, đặc biệt từ tuổi 60 trở lên.

1.2. Nguyên nhân:

- Bệnh Alzheimer, còn được gọi là lú lẫn tuổi già, là nguyên nhân hàng đầu của sa sút trí tuệ. Bệnh ảnh hưởng chủ yếu đến những phần não kiểm soát sự suy nghĩ, trí nhớ và ngôn ngữ.
- Sa sút trí tuệ mạch máu xảy ra sau tổn thương não do bệnh lý mạch máu não gây ra. Sa sút trí tuệ thường xảy ra đột ngột và tiến triển từng bậc với các biểu hiện như giảm trí nhớ, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn tiêu tiểu và vụng về khi thực hiện các động tác.... Sa sút trí tuệ mạch máu thường xảy ra ở người bị tai biến mạch máu não, người bệnh tiểu đường và cao huyết áp không điều trị hoặc điều trị không hiệu quả.
- Các bệnh lý thoái hóa não (như bệnh Parkinson), ngộ độc kim loại, bệnh nhiễm trùng (như giang mai, nhiễm HIV)... cũng gây ra sa sút trí tuệ ở giai đoạn gần cuối của bệnh.
- Một số bệnh lý tổng quát như sốt cao, cơ thể bị mất nước, thiếu vitamin và suy dinh dưỡng, tác dụng phụ của thuốc, bệnh lý tuyến giáp, nghiện rượu hoặc chấn thương đầu nhẹ cũng có thể gây ra sa sút trí tuệ.

2. Phân loại

2.1. Sa sút trí tuệ của bệnh chuyển hóa

- SSTT kiểu vỏ: Alzheimer, thoái hóa võ não không đối xứng, kết hợp SSTT-Xxow cứng cột bên teo cơ.
- SSTT kiểu dưới vỏ: Parkinson, teo đa hệ thống, liệt trên nhân tiến triển, bệnh Hungtinton.

2.2. Sa sút trí tuệ của bệnh mạch máu

- Do nhồi máu não : lỗ khuyết, nhiều ổ, những vị trí thùy trán- thái dương
- Bệnh Binswanger
- Hỗn hợp

2.3. Sa sút trí tuệ do nhiễm độc :

- Rượu
- Kim loại nặng
- Thuốc: an thần gây ngủ, kháng cholinergic, digoxin, kháng H2 thuốc loạn thần có kháng Dopamin

2.4. Sa sút trí tuệ do bệnh nhiễm

- HIV, giang mai, lao
- Prion

2.5. Sa sút trí tuệ do bất thường cấu trúc não bộ

- Giãn não thất áp lực bình thường, máu tụ dưới màng cứng, u não

2.6. Sa sút trí tuệ do nguyên nhân khác

- Nhược giáp
- Thiếu vitamine B12
- Các bệnh chuyển hóa

3. Đánh giá bệnh nhân**3.1. Thăm khám lâm sàng**

Khai thác kỹ bệnh sử là chìa khóa để chẩn đoán SSTT.

Chú ý khai thác kỹ của từng loại rối loạn, thời điểm xuất hiện diễn tiến của chúng.

Các test thăm dò tâm lý thần kinh học được sử dụng

- **Đánh giá tính chất giảm trí nhớ**

Bảng 1

Tính chất	Quên	Mức gia tăng	Nhận biết bởi	Khi có gợi ý	KẾT LUẬN
Mức độ	Thỉnh thoảng	Chậm	Bản thân, người thân	Nhớ lại ngay	Lành tính, cần theo dõi thêm
	Thường xuyên	Tăng nhanh, nặng gần đây	Bạn bè, hàng xóm	Nhớ lại chậm hoặc không nhớ	Giảm trí nhớ bệnh lý

- **Đánh giá nhận thức bằng test Mini-Cog**

- Nói bệnh nhân nghe 3 từ để ghi nhớ.
- Vẽ đồng hồ (bình thường → vòng tròn kín, đủ số, số đúng vị trí và kim đúng vị trí)

Bảng 2

Nhớ lại từ	Vẽ đồng hồ	KẾT LUẬN
3 từ	Bình thường	Giảm nhận thức nhẹ
	Bất thường	
1 - 2 từ	Bình thường	Sa sút trí tuệ
	Bất thường	
Không từ nào	Bình thường	Sa sút trí tuệ
	Bất thường	

- **Đánh giá hành vi tâm thần**
3NPI⁽²⁾ (Đánh giá hành vi tâm thần)

CÓ **KHÔNG**

Hoang tưởng	Bệnh nhân có thường nghi ngờ ai đó ăn cắp đồ của mình hoặc ai đó đang lên kế hoạch hại mình và gia đình mình không?	Có	Không
Ảo giác	Bệnh nhân có hay không có những hành động như đang nghe ai đó nói hoặc ngồi nói chuyện với ai đó dù thật sự không có ai?	Có	Không
Kích động/giận dữ	Bệnh nhân có chống đối việc người khác giúp đỡ mình không?	Có	Không
Trầm cảm	Bệnh nhân có biểu lộ buồn rầu hoặc tâm trạng chán nản không? Họ có hay khóc không?	Có	Không
Lo âu	Bệnh nhân có lo lắng khi bạn rời xa họ không? Họ có những dấu hiệu bị căng thẳng không?	Có	Không
Hung cảm	Bệnh nhân có vẻ hạnh phúc hoặc rất hài lòng với mọi việc không? Luôn xem mọi thứ là tốt không?	Có	Không
Lãnh đạm, thu rút	Bệnh nhân có mất đi thú vui hàng ngày của họ không? Bệnh nhân gần như không quan tâm đến hoạt động hoặc kế hoạch của người khác không?	Có	Không
Bút rứt không yên	Bệnh nhân có thiếu kiên nhẫn hoặc hay cau có không? Họ có chịu đựng được sự chờ đợi theo kế hoạch dự định từ trước không?	Có	Không
Rối loạn hành vi	Bệnh nhân có những hành động cứ lặp đi lặp lại không?	Có	Không
Rối loạn hành vi ban đêm	Bệnh nhân có thường đánh thức bạn dậy ban đêm không? Hay dậy quá sớm không? Ngủ ngày quá nhiều cũ không?	Có	Không
Ngon miệng và ăn uống	Bệnh nhân sụt cân hay lên cân? Họ có thay đổi loại thức ăn ưa thích không? Có chán ăn không?	Có	Không

NPI: “The National Provider Identifier Standard” – Tiêu chuẩn Quốc gia Nhận biết và Giải trình về Bảo hiểm Y tế của Hoa Kỳ.

- **Đánh giá hoạt động sống**

IADL⁽¹⁾ (Đánh giá hoạt động sống):

Giảm một trong bốn chức năng là có giảm hoạt động sống

- Còn quản lý tiền bạc không?
- Còn tự uống thuốc theo toa không?
- Còn tự sử dụng các phương tiện công cộng để đi lại không?
- Còn sử dụng điện thoại dễ dàng như trước đây không?

- **Kết luận****Bảng 3:**

CÓ SSTT	KHÔNG, khả năng SGNT nhẹ
Giảm trí nhớ bệnh lý Mini-Cog: SSTT NPI: Có/Không có rối loạn IADL: Giảm từ 1 hoạt động sống trở lên	Giảm trí nhớ lành tính Mini-Cog: Giảm nhận thức nhẹ NPI: không có rối loạn/hoặc trầm cảm nhẹ IADL: 4 hoạt động sống bình thường

(IADL: *Instrumental Activities of Daily Living*)**3.2. Các triệu chứng :****Giảm trí nhớ** (triệu chứng bắt buộc)

- Quên những chi tiết quan trọng (tên người thân), kèm theo suy giảm khả năng suy luận, tính toán.
- Giai đoạn sớm: giảm trí nhớ gần (khả năng tiếp thu kiến thức mới giảm), trí nhớ xa còn tốt.

Mất ngôn ngữ (aphasia)

- Không tìm được từ, nói vòng vo
- Nói nửa chừng
- Tránh các cuộc hội thoại phức tạp

Mất định hướng không gian: đi lạc, ngay những nơi quen thuộc.**Mất dùng động tác (apraxia)**

- BN giảm khả năng thực hiện các động tác quen thuộc, khó khăn trong sử dụng các dụng cụ nâng cao và bình thường.
- Cuối cùng không làm được các sinh hoạt cơ bản như ăn uống, tắm giặt, vệ sinh cá nhân.

Mất nhận thức (agnosia)

- Không nhận thức được đồ vật thông thường, công dụng của đồ vật.
- Không nhận ra người thân, cuối cùng không nhận ra được bản thân mình.

Mất khả năng phán đoán, suy luận.**Biểu hiện khác**

- Trầm cảm, lo âu
- Các rối loạn về hành vi
- Kích động, la hét, tấn công mọi người
- Vô cảm, xa lánh
- Rối loạn giấc ngủ
- Ảo giác, hoang tưởng

4. Cận lâm sàng:

4.1. Hình ảnh học: CT và MRI não giúp xác định thay đổi kích thước bộ não, đột quy, não úng thủy

4.2. EEG: có hình ảnh đặc hiệu trong bệnh Creutzfeldt - Jakob và các rối loạn khác có liên quan với chứng mất trí nhớ

4.3. Dịch não tủy:

4.4. Các xét nghiệm máu khác

Xét nghiệm thường quy

Chức năng tuyến giáp

Định lượng vitamin B12

Homocystein (tăng trong sa sút trí tuệ)

Các xét nghiệm tìm độc chất, Cu trong máu nước tiểu

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán xác định:

Dựa vào hai tiêu chuẩn DSMIV của hiệp hội tâm thần và tiêu chuẩn NIA-AA 2011 (*National Institute on Aging-Alzheimer's Association diagnostic criteria*)

5.1.1. Tiêu chuẩn DSMIV

- Khiếm khuyết nhận thức trong 2 nhóm sau:
 - Suy giảm trí nhớ (giảm khả năng học các thông tin mới hoặc nhớ lại các thông tin đã học trước đây)
 - Rối loạn một (hoặc vài) nhận thức sau:
 - Rối loạn ngôn ngữ (Aphasia)
 - Giảm khả năng nhận thức các động tác vận động dù chức năng cảm giác còn nguyên vẹn (Apraxia)
 - Không nhận biết hoặc xác định được đồ vật dù chức năng cảm giác còn nguyên vẹn (Agnosia)
 - Rối loạn chức năng thực hiện các hoạt động kết hợp (như lên kế hoạch, tổ chức, phân công theo trình tự, tóm tắt)
- Các khiếm khuyết nhận thức trong tiêu chuẩn A1 và A2 gây ra sự suy giảm đáng quan tâm về chức năng xã hội hoặc công việc khi so với khả năng bình thường trước đây.
- Bệnh nhân không đang bị sảng (Delirium)
- Các rối loạn không phải là biểu hiện của trầm cảm hoặc tâm thần phân liệt.

5.1.2. Tiêu chuẩn NIA-AA (2011)

- Là một bệnh lý thoái hóa thần kinh
- Gây ra suy giảm dần dần trí nhớ và các chức năng nhận thức (so với trước đây)
- Ảnh hưởng đến hoạt động sống và làm việc hàng ngày

- SSTT tăng dần theo tuổi, đặc biệt từ tuổi 60 trở lên.

5.2 .Chẩn đoán phân biệt :

- Người già
- Tụ máu dưới màng cứng.
- Các bệnh nhiễm trùng khác nhau.
- Não úng tủy áp lực bình thường.
- Thiếu máu.
- Thiếu B12 hay folate.
- Giang mai
- Nhiễm HIV.
- Các thuốc đã dùng hoặc rượu có thể ảnh hưởng đến trí nhớ và sự tập trung.
- Lú lẫn tăng lên đột ngột có thể là biểu hiện một bệnh cơ thể (nhiễm trùng cấp...) hoặc nhiễm độc thuốc. Nếu lú lẫn, khó tập trung chú ý, kích động... xuất hiện cần xem xét “Mê sảng”.
- Trầm cảm có thể gây các triệu chứng về trí nhớ, tập trung chú ý giống như sa sút trí tuệ, đặc biệt ở người già. Nếu khí sắc giảm hoặc trầm nổi rõ, xem xét “Trầm cảm”.

6. Điều trị

6.1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị phòng ngừa
- Điều trị nguyên nhân
- Điều trị triệu chứng
- Điều trị đặc hiệu

6.2. Điều trị cụ thể

6.2.1. Điều trị phòng ngừa

- Điều trị các yếu tố nguy cơ bệnh mạch máu não
- Tăng HA
- Đái tháo đường
- Hút thuốc lá béo phì và rối loạn lipid máu
- Chế độ ăn ít béo
- Tập thể dục và tham gia công tác xã hội

6.2.2. Điều trị nguyên nhân

- Như các phẫu thuật chấn thương sọ não, u não, dẫn lưu dịch não tủy
- Điều trị các trường hợp nghiện rượu mãn tính, ngộ độc kim loại
- Các bệnh nhiễm trùng: giang mai, HIV
- Điều trị suy giáp
- Bổ sung thiếu vitamin B12

- Do thuốc
- Trầm cảm

6.2.3. Điều trị chuyên biệt:

- Các thuốc ức chế acetylcholinesterase cải thiện được trí nhớ và nhận thức: dùng trong giai đoạn nhẹ và trung bình:

	Liều khởi đầu	Liều duy trì
Donepezil (Aricept)	5 mg/ ngày	5-10 mg/ngày
Rivastigmine (Exelon)	1,5 mg 2lần/ngày	3-6 mg 2lần/ ngày
Galantamine (Reminyl)	4 mg 2lần/ngày	8-12 mg 2lần/ngày

- Kháng thụ thể NMDA : dùng trong giai đoạn trung bình và nặng

	Liều khởi đầu	Liều duy trì
Mematine (Namenda)	5 mg/ngày	10mg 2lần/ngày

- Chống oxy hóa
Vitamine E: 1000 đơn vị, 2lần/ngày. Hiệu quả không được chứng minh.

6.2.4. Điều trị triệu chứng

Kích động:

- Depakine 125 mg-500 mg, 3lần/ ngày
- Gabapentin 100 mg-300 mg, 3 lần/ngày
- Risperidone 0,5 mg-1 mg/ ngày
- Olanzapine (Zyprexa) 2,5-10 mg/ngày
- Quetiapine (Seroquel) 25 mg-100mg/ngày

Trầm cảm:

- Nortriptyline (Pamelor) 10-25 mg/ngày (thận trọng)
- Venlafaxine (Effexor) 37,5-150 mg/ ngày
- Paroxetine (Paxil) 10-40 mg/ngày
- Sertraline (Zoloft) 25 mg-100 mg/ngày
- Fluoxetine (Prozac) 10 mg-20 mg/ngày
- Citalopram (Celexa) 10-20 mg/ngày

Rối loạn giấc ngủ: nên dùng liều thấp và trong thời gian ngắn

- Zopidem (Ambien) 5-10 mg/ ngày buổi tối
- Alprazolam (Xanax) 0,25 mg -1 mg/ ngày
- Trazodone (Desyrel) 25 mg- 100/ ngày

Áo giấc:

- Risperidone (Risperdal) 0,5-2 mg/ngày
- Olanzapine (Zyprexa) 2,5-10 mg/ngày
- Quetiapine (Seroquel) 25 mg-100mg/ngày

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th. Washington, DC: 2000.
2. Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. 1997 May; 154(5 Suppl):1-39.
3. The expert consensus guideline series. Treatment of dementia and its behavioral disturbances. *Postgrad Med*. 2005 Jan; Spec No:1-111.
4. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011 May; 7(3):263-9.