# SA SÚT TRÍ TUỆ

**I. KHÁI NIỆM VÀ DỊCH TỄ HỌC**

Sa sút trí tuệ (SSTT) là một hội chứng được đặc trưng bởi sự suy giảm nhiều chức năng cao cấp của vỏ não mà không có rối loạn ý thức. Các triệu chứng này gây suy giảm và trở ngại đáng kể cho các hoạt động nghề nghiệp, xã hội và cả các hoạt động sống hàng ngày của cá thể.

Nguyên nhân gây sa sút trí tuệ rất đa dạng và thường là phát hiện được. Khả năng hồi phục của sa sút trí tuệ phụ thuộc vào bệnh lý tiềm ẩn và việc áp dụng kịp thời các trị liệu có hiệu quả sẵn có. 15% các bệnh nhân bị sa sút trí tuệ là do các bệnh có thể điều trị được nếu được phát hiện kịp thời trước khi xuất hiện các tổn thương không hồi phục

Sa sút trí tuệ thực chất là một bệnh tuổi già. Trong số những người trên 65 tuổi có khoảng 5% bị sa sút trí tuệ nặng. 15% bị sa sút trí tuệ ở mức độ nhẹ. Khoảng 20% số người trên 80 tuổi bị sa sút trí tuệ nặng. Tuổi thọ con người càng cao thì quẩn thể người già càng chiếm tỷ lệ cao trong dân số và số người bị sa sút trí tuệ sẽ càng tăng

Trong tâm thần học người già sa sút trí tuệ là bệnh nặng nề nhất và phổ biến thứ 2 sau trầm cảm nhưng hiện chỉ có 10-15 % các bệnh nhân sa sút trí tuệ được khám và điều trị thỏa đáng ở các cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần. Sa sút trí tuệ đứng hàng thứ 4 trong các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở Mỹ. Ở các nước đang phát triển Sa sút trí tuệ ngày càng gia tăng vàlà gánh nặng trong CSSK cộng đồng. Ở Việt nam hiện nay các cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần người già còn chưa hệ thống, kiến thức của cộng đồng về sa sút trí tuệ còn hạn chế…

**II. BỆNH NGUYÊN**

**1. Bệnh Alzheimer :** 50-60% các bệnh nhân sa sút trí tuệ

**2. Các bệnh thần kinh:**

 - Các bệnh mạch máu (10-20% các bệnh nhân): Nhồi máu đa ổ (multiple infarcts), Ổ khuyết (lacunae), Bệnh Binswanger, Nhồi máu vi thể ở vỏ não

 - Các khối u nội sọ: U não, abces não (1-5% các bệnh nhân)

 - Chấn thương sọ não (1-5% các bệnh nhân), sa sút trí tuệ ở những võ sĩ quyền anh

 - Thủy thũng não áp lực bình thường: 1-5% các bệnh nhân

 - Các bệnh thoái hóa thần kinh: Bệnh Parkinson (1%), Huntington (1%), bệnh Pick (1%), liệt trên nhân tiến triển (1%), bệnh Wilson , xơ hóa cột bên teo cơ, bệnh thoái triển tủy sống tiểu não.

 - Các bệnh nhiễm trùng thần kinh: Bệnh Creutzfeldt – Jacob, AIDS (1% các bệnh nhân SSTT),viêm não virus, giang mai thần kinh, viêm màng não do vi khuẩn mãn tính, hội chứngBehcet.

**3. Các bệnh nội khoa :**

- Nhiễm độc rượu, ma túy (1-5% )

- Các rối loạn dinh dưỡng: Hội chứng Wernicke - Korsakoff (1-5% ), thiếu vitamin B12, thiếu acide folate, Pentagra, thiếu kẽm.

- Các rối loạn chuyển hóa:Rối loạn chức năng tuyến giáp, suy thận,suy gan,bệnh tuyến giáp trạng, hội chứng Cushing.

- Các bệnh viêm mãn tính: Xơ cứng rải rác,bệnh Whipple,bệnh Lupus và các rối loạn collagen có viêm mạch nội sọ….

**4. Các nguyên nhân khác:** Sa sút tâm thần còn có thể là giai đoạn cuối của một số bệnh lý tâm thần mãn tính (Tâm thần phân liệt, động kinh…)

**III. PHÂN LOẠI SA SÚT TRÍ TUỆ.**

Sa sút trí tuệ là một hội chứng lâm sàng chứ không phải là một bệnh.

Theo ICD.10 sa sút trí tuệ được xếp ở mục F.0. Bao gồm:

F.00 sa sút trí tuệ trong bệnh Alzheimer

F.01 sa sút trí tuệ trong bệnh mạch máu

F.02 sa sút trí tuệ trong các bệnh lý được xếp loại ở chỗ khác

F.03 sa sút trí tuệ không biệt định

Tuy nhiên theo quan điểm truyền thống sa sút trí tuệ được phân thành hai loại

- Sa sút trí tuệ nguyên phát: Sa sút trí tuệ trong các bệnh thoái triển (Alzheimer, Pick, Creutzfeldt-jakob, Levibody….), Sa sút trí tuệ trong các bệnh mạch máu ( tắc mạch, nhồi máu)

- Sa sút trí tuệ thứ phát (sau nhiễm độc rượu, u não, nhiễm trùng, thiếu vitamin…)

**IV. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG.**

Các triệu chứng chính của sa sút trí tuệ gồm các lĩnh vực: định hướng, trí nhớ, tri giác, khả năng suy luận, quyết định… Các chức năng này bị suy giảm ngày càng rõ rệt và trầm trọng theo tiến triển của bệnh. Các thay đổi về cảm xúc, hành vi thường gặp. Các biến đổi về nhân cách cũng rõ rệt ở các giai đoạn sau của bệnh.

**A . CÁC BIỂU HIỆN SUY GIẢM NHẬN THỨC**

**1. Sự suy giảm trí nhớ.**

Suy giảm trí nhớ là một triệu chứng đặc trưng, sớm, điển hình và nổi bật của sa sút trí tuệ. Trong các bệnh lý do chấn thương sọ não, tai biến mạch não… quên xuất hiện nhanh chóng, và trầm trọng sau một thời gian ngắn. Trong các bệnh bị thoái triển…. suy giảm trí nhớ xuất hiện từ từ, kín đáo, khó nhận biết được bởi người thân, đồng nghiệp. Đặc biệt là trong sa sút trí tuệ do bệnh Alzheimer: ở thời kỳ đầu suy giảm trí nhớ có thể còn nhẹ và thường rõ rệt nhất đối với các sự kiện mới xảy ra (quên do ghi nhận) - bệnh nhân hay quên số điện thoại, không nhớ được các sự kiện xảy ra trong ngày, không nhớ được nội dung một bài báo vừa đọc, một bản tin vừa xem trên tivi….. Theo tiến trình của bệnh, suy giảm trí nhớ ngày càng nặng hơn và bệnh nhân quên cả các sự kiện xảy ra ngày hôm trước, tuần trước, tháng trước…. quên tên người quen cũ, đồng nghiệp, quên các kiến thức đã học… rồi quên cả các sự kiện quan trọng liên quan đến cuộc sống cá nhân (nơi sinh, năm sinh, tên vợ, chồng…)

**2. Rối loạn định hướng**

Bởi vì trí nhớ là một nhân tố quan trọng cho việc định hướng, do vậy trong sa sút trí tuệ khả năng định hướng cũng từng bước bị ảnh hưởng. Trong một số bệnh rối loạn định hướng là những triệu chứng quan trọng trong bệnh cảnh lâm sàng (Ví dụ: rối loạn định hướng về không gian, địa lý rất rõ rệt, và thường thấy ở bệnh nhân bị bệnh Alzheimer…)

**3. Rối loạn ngôn ngữ**

Là triệu chứng quan trọng trong chẩn đoán sa sút trí tuệ do tổn thương ở thùy đỉnh, vỏ não (Alzheimer, mất trí trong bệnh mạch máu não….). Triệu chứng điển hình và được dùng làm tiêu chuẩn chẩn đoán sa sút trí tuệ trong DSM – IV là vong ngôn (aphasia). Có thể là vong ngôn biểu hiện hoặc vong ngôn tiếp nhận. Các triệu chứng có thể bao gồm: lời nói mơ hồ, nói lặp từ, nói định hình, nói gián tiếp. Bệnh nhân có thể rất khó khăn trong việc tìm từ, gọi tên đồ vật...

**4. Vong tri**

Giảm hoặc mất khả năng nhận biết, gọi tên đồ vật, đối tượng…mặc dù các cơ quan cảm giác, giác quan không bị tổn thương.

**5. Vong hành**

Rối loạn khả năng hoạt động, làm một việc gì đó mặc dù các cơ quan chức năng vận động không bị tổn thương. Bệnh nhân không làm được các công việc thông thường như chải tóc, mặc quần áo… hoặc không xếp được, không vẽ được một hình theo yêu cầu của người khám…

**6. Giảm khả năng tư duy trừu tượng**

Bệnh nhân thấy khó khăn trong việc khái quát từ một ví dụ đơn giản thành một quan niệm và nắm được sự giống nhau, khác nhau trong các quan niệm….Khả năng suy luận, phán đoán và giải quyết vấn đề cũng bị suy giảm theo tiến triển của bệnh, ảnh hưởng rõ rệt đến hoạt động nghề nghiệp, các quan hệ xã hội và ngay cả trong cuộc sống gia đình, hoạt động sống hàng ngày của bệnh nhân.

**B . CÁC TRIỆU CHỨNG KHÔNG THUỘC LĨNH VỰC NHẬN THỨC**

**1 Các triệu chứng loạn thần**

30-40% các bệnh nhân sa sút trí tuệ có hoang tưởng. Mọi hoang tưởng đều có thể gặp song thường thấy nhất là hoang tưởng bị thiệt hại, bị theo dõi hoặc hoang tưởng ghen tuông. Các hoang tưởng thường không hệ thống mà là các hoang tưởng lẻ tẻ, nhất thời.

Ảo giác có ở 20-30% bệnh nhân sa sút trí tuệ. Các ảo giác được coi là biểu hiện của một giai đoạn bệnh lý nặng. Các ảo giác thị giác được lưu ý là hay gặp trong các bệnh lý thực tổn.

Hội chứng Capgras: hay gặp nhất là trong bệnh Alzheimer. Bệnh nhân cho rằng có người nào đó đã giả dạng, thay thế cho người thân của mình. Bệnh nhân thấy như có người lạ đang ở trong nhà mình ,không nhận ra mình trong gương, đối xử với các nhân vật trong TV như những người trong cuộc sống thực tại…

**2. Các rối loạn cảm xúc:**

Trầm cảm và lo âu được gặp ở 40-50% các bệnh nhân sa sút trí tuệ. Trầm cảm xuất hiện từ giai đoạn sớm và chủ yếu biểu hiện bằng các triệu chứng cơ thể. Có thể có các biểu hiện kích động cảm xúc (cơn kêu khóc ban đêm…).

**3. Các thay đổi về nhân cách**

Các thay đổi về nhân cách ở các bệnh nhân sa sút trí tuệ là những triệu chứng gây khó khăn cho gia đình trong việc chăm sóc và chịu đựng đối với người bệnh, trong đó gồm cả các nét nhân cách tiền bệnh lý được nhấn mạnh. Bệnh nhân trở nên thu mình lại, ít hoặc không quan tâm đến hậu quả của các hành vi mà họ gây ra, mất dần các ham thích hứng thú cũ, trở lên cáu kỉnh độc đoán… Có bệnh nhân trở nên bủn xỉn, hoài nghi, ghen tuông vô lý, trẻ con hóa… Tác phong ăn mặc cẩu thả, có khuynh hướng cóp nhặt bẩn thỉu. Có bệnh nhân có hành vi thù địch với người thân và người chăm sóc cho họ. Bệnh nhân có tổn thương thùy trán và thái dương có thể có biến đổi nhân cách rõ rệt dưới dạng bùng nổ, kích động, đi lang thang…

**4. Các triệu chứng khác**

Các dấu hiệu thần kinh có thể thấy trong sa sút trí tuệ như: Co giật ở 10% bệnh nhân Alzheimer và 20% bệnh nhân sa sút trí tuệ do bệnh lý mạch máu não. Các phản xạ nắm, mút, bú, phản xạ gan tay cằm… có thể thấy ở những giai đoạn nặng. Các dấu hiệu thần kinh tùy thuộc bệnh lý gây sa sút trí tuệ.

Hội chứng hoàng hôn (Sundown) được đặc trưng bởi các biểu hiện rối loạn chu kỳ thức ngủ: ngủ gà ngủ gật ban ngày, thức tỉnh kích động ban đêm.

Lú lẫn, kích động, ngã… Các biểu hiện này thường xuất hiện ở các bệnh nhân sa sút trí tuệ khi điều kiện tri giác các kích thích bên ngoài như ánh sáng, giọng nói quen thuộc… bị cản trở và suy giảm.

**V. CHẨN ĐOÁN**

**1.Tiêu chuẩn chẩn đoán sa sút trí tuệ**

Để chẩn đoán sa sút trí tuệ cần căn cứ vào các tiêu chuẩn sau (ICD 10 và DSM-IV):

1. **SUY GIẢM TRÍ NHỚ**

Tùy nguyên nhân nằm bên dưới, đặc biệt là giảm khả năng ghi nhận các thông tin mới và khả năng nhớ lại các kiến thức đã học được trước kia. Có thể do quên và ở giai đoạn đầu bệnh nhân còn ý thức được về bệnh của mình, một số bệnh nhân có hiện tượng bịa chuyện….

**B. SUY GIẢM CÁC HOẠT ĐỘNG NHẬN THỨC KHÁC**:

Để chẩn đoán cần có ít nhất một trong các biểu hiện sau:

- Vong ngôn

- Vong tri

- Vong hành

- Năng lực hoạt động trí tuệ bị suy giảm: Giảm khả năng tư duy trừu tượng, khả năng tính toán, lập kế hoạch, sáng tạo, quyết định, khả năng phối hợp, theo dõi và thực hiện các hoạt động phức tạp.

**C. SUY GIẢM TRÍ NHỚ VÀ CÁC HOẠT ĐỘNG NHẬN THỨC**

Đã làm giảm đáng kế hoặc mất khả năng hoạt động nghệ nghiệp, xã hội và cả trong cuộc sống hàng ngày của người bệnh.

**D. CÁC TRIỆU CHỨNG KHÁC CÓ THỂ CÓ :**

- Cảm xúc giao động, bàng quan, dễ bị kích thích, trầm cảm

- Các triệu chứng loạn thần: hoang tưởng, ảo giác, tri giác sai thực tại..

- Các rối loạn hành vi: các hành vi cứng nhắc, thô bạo trong công tác…., các hành vi kích động, kêu khóc, đi lang thang….

- Các biến đổi về nhân cách, tư thế dáng điệu, các cơn động kinh, các rối loạn định hướng về thời gian, địa lý….

**E. CÁC TRIỆU CHỨNG TRÊN XẢY RA MÀ KHÔNG CÓ RỐI LOẠN Ý THỨC KÈM THEO**

**F. CÁC TRIỆU CHỨNG ĐẶC TRƯNG CỦA CÁC BỆNH LÝ GÂY RA SA SÚT TRÍ TUỆ**

**2. Tiêu chuẩn chẩn đoán sa sút trí tuệ do các căn nguyên cụ thể** (Alzheimer, sa sút trí tuệ do bệnh lý mạch máu, bệnh nội khoa khác (tham khảo ICD-10 và DSM-IV )

Việc nghiên cứu cận lâm sàng một cách toàn diện cần được thực hiện nhằm chẩn đoán xác định và khám phá ra các nguyên nhân sa sút trí tuệ có thể điều trị được . Các tiến bộ của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh não hiện nay (như chụp CT sọ não, MRI, SPECT) đã giúp ích rất nhiều cho chẩn đoán nguyên nhân sa sút trí tuệ.

**VI. TIẾN TRIỂN VÀ TIÊN LƯỢNG.**

Tiến triển cổ điển của sa sút trí tuệ là: khởi phát ở bệnh nhân từ 50- 60 tuổi với sự tiến triển dần dần đến kết cục cuối cùng là chết. Khởi phát từ từ của các triệu chứng thường là thấy trong bệnh Alzheimer, các bệnh nội tiết, các rối loạn chuyển hóa… Trái lại khởi phát của sa sút trí tuệ do chấn thương sọ não, viêm não, thiếu oxy não.. lại thường là đột ngột. Bằng các điều trị dược lý, tâm lý xã hội và có thể một phần là do khả năng tự điều chỉnh của não, các triệu chứng sa sút trí tuệ có tiến triển chậm lại hoặc thuyên giảm đôi chút. Ở những trường hợp căn nguyên có thể điều trị và được điều trị kịp thời sa sút trí tuệ có thể hồi phục gần như hoàn toàn.

**VII. ĐIỀU TRỊ**

Nguyên tắc chung để điều trị là tổ chức não bị các rối loạn chức năng vẫn duy trì được một khả năng hồi phục nếu được điều trị kịp thời. Do vậy việc khám toàn diện cả lâm sàng và cận lâm sàng…. để tìm các nguyên nhân tiềm ẩn gây ra sa sút trí tuệ nhằm có được một trị liệu đặc hiệu có ý nghĩa quan trọng hàng đầu.

Cần đánh giá mức độ sa sút trí tuệ, nhất là khả năng sống độc lập của người bệnh, từ đó đưa ra một kế hoạch điều trị hợp lý. Đặc biệt chế độ chăm sóc, quản lý người bệnh tại bệnh viện, tại các nhà an dưỡng, tại cộng đồng…. Đồng thời có kế hoạch giúp cho gia đình bệnh nhân trong việc nâng cao chất lượng cuộc sống của họ.

Với các triệu chứng về nhận thức, nhất là với bệnh Alzheimer (50-60% các bệnh nhân sa sút trí tuệ), sự suy giảm lượng acetylcholin trong não được xem là một cơ chế chủ yếu của bệnh. Các thuốc tác động theo cơ chế này đang được sử dụng phổ biến và có thể chọn lựa là: Donepezil 5– 10 mg/ngày, hoặc Rivastigmin 1,5– 3 mg/ngày hoặc Galantamine 4- 12 mg/ngày ...

Đối với các rối loạn như hoang tưởng, ảo giác, trầm cảm, kích động …. có thể sử dụng các thuốc an thần kinh, chống trầm cảm, giải lo âu… song cần lưu ý những hiệu quả đặc ứng do thuốc có thể xảy ra ở người già. Nhìn chung các thuốc có hoạt tính kháng cholinergic có thể gây lú lẫn, yên dịu quá mức… ở người già. Người già thường được sử dụng nhiều loại thuốc cho cả bệnh lý cơ thể kèm theo sa sút trí tuệ.... và thường có nhiều tác dụng không mong muốn do phản ứng chéo giữa các thuốc. Liều lượng thuốc ở người già thường rất thấp so với người trẻ tuổi. Các thuốc có thể chọn lựa:

- Với các triệu chứng loạn thần : Risperidone 2mg/ngày hoặc Quetiapine 50 -100mg/ngày, hoặc Depakine 200- 400 mg / ngày

- Với các triệu chứng trầm cảm: Sertraline 50–100mg/ngày, hoặc mirtazapine 30 mg/ngày

Một số thuốc đã được nghiên cứu điều trị suy giảm nhận thức trong sa sút trí tuệ là: các thuốc dinh dưỡng thần kinh, các thuốc tăng cường chuyển hóa, tuần hoàn não: Cerebrolysine 20 ml/ngày hoặc Tanakan 400 – 800 mg / ngày hoặc Piracetam 800– 1600mg/ngày ...

Điều trị các bệnh lý cơ thể kèm theo, vấn đề dinh dưỡng, trợ giúp các hoạt đống sống hàng ngày kể cả tắm rửa, vệ sinh cá nhân đối với các bệnh nhân nặng…. có ý nghĩa quan trọng, tránh các tai biến và nâng cao chất lượng cuộc sống người bệnh./.