

SA SÚT TRÍ TUỆ DO MẠCH MÁU (VASCULAR DEMENTIA)

Birju B. Patel, MD, FACP • N. Wilson Holland, MD, FACP

CƠ BẢN

Sa sút trí tuệ do mạch máu là một rối loạn không đồng nhất, gây ra bởi hậu quả của bệnh lý mạch máu não, biểu hiện bằng suy giảm nhận thức ảnh hưởng đến trí nhớ, tư duy, ngôn ngữ, hành vi, khả năng phán đoán và chức năng điều hành.

MÔ TẢ

- Sa sút trí tuệ do mạch máu (trước đây gọi là sa sút trí tuệ đa nhồi máu) lần đầu tiên được Thomas Willis đề cập vào năm 1672. Sau đó, vào cuối thế kỷ 19, Binswanger và Alzheimer đã mô tả thêm như một thực thể riêng biệt với chứng mất trí do liệt từ giang mai thần kinh. Khái niệm này đã phát triển rất nhiều kể từ khi có các phương tiện chẩn đoán hình ảnh thần kinh.
- Từ đồng nghĩa: suy giảm nhận thức do mạch máu (VCI); rối loạn nhận thức do mạch máu (VCD); sa sút trí tuệ sau đột quỵ; bệnh Binswanger. Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần (Phiên bản thứ 5) (DSM-5) phân loại sa sút trí tuệ do mạch máu thành VCD nhẹ hoặc VCD nặng.

DỊCH TỄ HỌC

Là nguyên nhân phổ biến gây sa sút trí tuệ ở người cao tuổi và thường xảy ra đồng thời với sa sút trí tuệ Alzheimer.

Tỷ lệ mắc mới Khoảng 6 đến 12 ca/1.000 người/năm ở người trên 70 tuổi.

Tỷ lệ hiện mắc

- ~1,2–4,2% ở người trên 65 tuổi
- 14–32% tỷ lệ sa sút trí tuệ sau đột quỵ

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

Hiện chưa có tiêu chuẩn giải phẫu bệnh cố định để chẩn đoán sa sút trí tuệ do mạch máu như đối với sa sút trí tuệ Alzheimer. Bệnh học bao gồm:

- Bệnh mạch máu lớn:** suy giảm nhận thức xảy ra sau đột quỵ
- Bệnh mạch máu nhỏ (dưới vỏ)** bao gồm những thay đổi chất trắng (leukoaraiosis), nhồi máu dưới vỏ và nhồi máu không hoàn toàn. Đây thường là nguyên nhân phổ biến nhất

của sa sút trí tuệ đa nhồi máu. Nhồi máu ổ khuyết và thay đổi chất trắng sâu thường được xếp vào nhóm này.

- Con thiếu máu não thoáng qua (TIA)/đột quy
- Các yếu tố mạch máu, nhân khẩu học, di truyền
 - Bệnh mạch máu (như tăng huyết áp [HTN], bệnh mạch máu ngoại biên [PVD], rung nhĩ, rối loạn lipid máu, đái tháo đường) (1)[B],(2)[C]

Di truyền học

- Bệnh động mạch não di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường kèm nhồi máu dưới vỏ và bệnh chất trắng não (CADASIL) do đột biến gen NOTCH3 trên nhiễm sắc thể 19, gây ra bệnh chất trắng não và nhồi máu dưới vỏ. Bệnh biểu hiện lâm sàng bằng đột quy tái phát, đau nửa đầu có aura và sa sút trí tuệ do mạch máu.
- Kiểu gen Apolipoprotein E: những người mang kiểu ApoE4 có nguy cơ cao hơn mắc cả sa sút trí tuệ do mạch máu lẫn Alzheimer.
- Gen protein tiền chất amyloid (APP): dẫn đến một dạng sa sút trí tuệ do mạch máu gọi là xuất huyết não di truyền kèm nhiễm bột (amyloidosis).

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Tuổi tác (nguy cơ tăng gấp đôi mỗi 5 năm)
- Tiền sử đột quy
- Hút thuốc lá
- Đái tháo đường (đặc biệt khi hay bị hạ đường huyết)
- Bệnh tim do xơ vữa động mạch; tăng huyết áp; rung nhĩ; bệnh mạch máu ngoại biên
- Rối loạn lipid máu
- Hội chứng chuyển hóa
- Tình trạng kinh tế - xã hội thấp (3)[C]

PHÒNG NGỪA CHUNG

- Tối ưu hóa và điều trị tích cực các yếu tố nguy cơ mạch máu như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu
- Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được quan trọng nhất và việc điều trị cần được tối ưu hóa.
- Hút thuốc có liên quan đến thay đổi chất trắng trên hình ảnh học, có thể liên quan đến bệnh mạch máu nhỏ và tiến triển sa sút trí tuệ do mạch máu.
- Thay đổi lối sống: giảm cân, hoạt động thể chất, ngừng hút thuốc
- Cần điều chỉnh tình trạng suy giảm thính lực.
- Cần đánh giá trầm cảm và cô lập xã hội.
- Hoạt động kích thích nhận thức có thể mang lại lợi ích.
- Quản lý thuốc để giảm nguy cơ mạch máu: dùng aspirin, statin điều trị rối loạn lipid máu, thuốc hạ huyết áp (4)[B]

CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG ĐI KÈM

- CADASIL
- Bệnh mạch máu não dạng bột (CAA) gây tổn thương chất trắng thiếu máu cục bộ do lắng đọng amyloid trong các mạch máu vỏ não xuyên qua.

CHẨN ĐOÁN

Việc phân biệt giữa sa sút trí tuệ Alzheimer và sa sút trí tuệ do mạch máu có thể khó khăn, và có sự chồng lấp đáng kể trong biểu hiện lâm sàng của hai loại sa sút trí tuệ này. Chẩn đoán sa sút trí tuệ do mạch máu là chẩn đoán lâm sàng. Suy giảm trí nhớ ít nổi bật hơn trong sa sút trí tuệ do mạch máu so với Alzheimer. Kiểu hình thần kinh tâm lý quan sát được trong sa sút trí tuệ do mạch máu là suy giảm khả năng hồi tưởng (recall), khả năng nhận biết (recognition) tương đối còn nguyên vẹn, hay quên ít nghiêm trọng hơn và được hưởng lợi nhiều hơn từ gợi ý (cues), cùng với rối loạn chức năng điều hành rõ rệt hơn.

BỆNH SỬ

- Tiến triển từng bậc (stepwise), rời rạc là điển hình đối với sa sút trí tuệ đa nhồi máu.
- Hỏi về thời điểm khởi phát và tiến triển của suy giảm nhận thức, cùng các lĩnh vực nhận thức cụ thể bị ảnh hưởng.
- Hỏi về các yếu tố nguy cơ mạch máu và các nỗ lực kiểm soát trước đây.
- Hỏi về việc tuân thủ dùng thuốc.
- Hỏi về tiểu không tự chủ và rối loạn dáng đi. Dáng đi bất thường và té ngã là những yếu tố dự báo mạnh cho sự phát triển của sa sút trí tuệ do mạch máu, đặc biệt là các kiểu dáng đi không vững, kiểu trán (frontal) và liệt nửa người.
- Tìm kiếm các triệu chứng sớm, bao gồm khó khăn khi thực hiện các nhiệm vụ nhận thức, trí nhớ, tâm trạng, và đánh giá các hoạt động sinh hoạt hằng ngày có sử dụng công cụ (IADL).
- Bệnh sử có thể bao gồm TIA, tai biến mạch máu não (CVA), bệnh tim do xơ vữa động mạch vành, rung nhĩ, rối loạn lipid máu và/hoặc bệnh mạch máu ngoại biên. Bệnh mạch máu nhỏ thường biểu hiện bằng rối loạn chức năng điều hành. Bệnh mạch máu lớn thường biểu hiện bằng rối loạn dáng đi, thị giác - không gian và ngôn ngữ.

KHÁM THỰC THỂ

- Sàng lọc tăng huyết áp. Huyết áp trung bình đo tại nhà hằng ngày có liên quan đến sự tiến triển của bệnh mạch máu não và suy giảm nhận thức ở người cao tuổi.
- Có thể có các khiếm khuyết thần kinh khu trú.
- Đánh giá dáng đi rất quan trọng, đặc biệt là việc khởi động bước đi, tốc độ đi và thăng bằng (5).
- Kiểm tra tiếng thổi động mạch cảnh cũng như tiếng thổi ổ bụng và đánh giá sự hiện diện của bệnh mạch máu ngoại biên.
- Kiểm tra chỉ số khối cơ thể và vòng eo.
- Thực hiện đánh giá tim mạch kỹ lưỡng, bao gồm tìm kiếm rối loạn nhịp tim (như rung nhĩ).

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Sa sút trí tuệ Alzheimer
- Trầm cảm
- Sảng (delirium)
- U hệ thần kinh trung ương
- Suy giáp/cường giáp
- Thiếu vitamin B12

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN & PHIÊN GIẢI

- Các bài kiểm tra nhận thức, như Saint Louis University Mental Status (SLUMS) và Montreal Cognitive Assessment (MoCA), cung cấp thông tin rõ ràng hơn về các khiếm khuyết nhận thức, đặc biệt là chức năng điều hành, vốn có thể mất sớm hơn trong sa sút trí tuệ do mạch máu. Thang điểm Mini-Mental State Examination không đủ nhạy để phân biệt sa sút trí tuệ Alzheimer với sa sút trí tuệ do mạch máu vì không đánh giá tốt chức năng điều hành.
- Đánh giá thần kinh tâm lý cũng có thể có lợi, đặc biệt trong việc đánh giá nhiều lĩnh vực nhận thức khác nhau và các mức độ tổn thương cụ thể.

Xét nghiệm ban đầu (xét nghiệm máu, hình ảnh học) Nếu phù hợp, xem xét công thức máu toàn phần, xét nghiệm sinh hóa toàn diện, bảng lipid, chức năng tuyến giáp, hemoglobin A1C, và vitamin B12.

- Các khiếm khuyết nhận thức quan sát trên lâm sàng không phải lúc nào cũng tương quan với các phát hiện trên hình ảnh học thần kinh.
- MRI là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán hình ảnh (6).
- Các thay đổi chất trắng và vị trí cụ thể của các thay đổi này có thể liên quan đến rối loạn chức năng điều hành và suy giảm trí nhớ từng đợt (episodic memory).

Xét nghiệm theo dõi & Lưu ý đặc biệt Nên xem xét chuyển tuyến đến chuyên gia về nhận thức đối với các trường hợp phức tạp.

ĐIỀU TRỊ

Phòng ngừa là chìa khóa thực sự trong điều trị:

- Kiểm soát các yếu tố nguy cơ, bao gồm tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và đái tháo đường
- Tránh hút thuốc lá và ngừng hút thuốc
- Chế độ ăn lành mạnh, ít cholesterol

THUỐC

- Bằng chứng lâm sàng về việc sử dụng thuốc ức chế acetylcholinesterase và memantine cho thấy lợi ích hạn chế trong sa sút trí tuệ do mạch máu, nhưng có thể làm chậm suy giảm nhận thức ở bệnh nhân có sa sút trí tuệ hỗn hợp Alzheimer và mạch máu.
- Kiểm soát huyết áp bằng bất kỳ thuốc hạ huyết áp nào, điều trị rối loạn lipid máu (ví dụ: statin), và điều trị đái tháo đường là rất quan trọng.
- Thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRI) có thể có lợi cho tình trạng kích động và loạn thần trong sa sút trí tuệ do mạch máu.

CÁC LIỆU PHÁP BỔ SUNG

- Hạn chế uống rượu ở mức ≤ 1 ly/ngày đối với nữ và 2 ly/ngày đối với nam.
- Phòng ngừa tai biến mạch máu não mới là chìa khóa trong quản lý sa sút trí tuệ do mạch máu; aspirin và các thuốc chống kết tập tiểu cầu khác có thể hữu ích nếu không có chống chỉ định.

PHẪU THUẬT/CÁC THỦ THUẬT KHÁC

Bệnh nhân hẹp động mạch cảnh có triệu chứng nên được chuyển đến bác sĩ phẫu thuật mạch máu để đánh giá khả năng phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh. Phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh được khuyến cáo hơn so với đặt stent động mạch cảnh ở bệnh nhân trên 70 tuổi nếu tỷ lệ biến chứng/tử vong quanh phẫu thuật $< 6\%$.

Y HỌC BỔ SUNG & THAY THẾ

Nên tránh dùng Ginkgo biloba do làm tăng nguy cơ xuất huyết, đặc biệt ở bệnh nhân có bệnh mạch máu não dạng bột (CAA).

LƯU Ý KHI NHẬP VIỆN, ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ VÀ CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

- Cần chú ý đến đánh giá chức năng và phòng ngừa loét ti đề sau tai biến mạch máu não.
- Tránh sử dụng ống thông tiểu (Foley) trừ khi thật sự cần thiết do tăng nguy cơ nhiễm trùng.
- Nên thử các biện pháp không dùng thuốc để quản lý hành vi trước khi dùng thuốc.
- Cung cấp kích thích giác quan tối ưu cho bệnh nhân suy giảm nhận thức là rất quan trọng trong thời gian nằm viện để tránh sáng và lú lẫn. Bệnh nhân nên được cung cấp các gợi ý thường xuyên để giữ định hướng về không gian và thời gian. Họ nên được thông báo về bất kỳ thay đổi nào trong lịch trình hoạt động và đánh giá hằng ngày. Gia đình và người chăm sóc nên được khuyến khích ở bên bệnh nhân sa sút trí tuệ càng nhiều càng tốt để giúp họ tránh bị lú lẫn thêm trong thời gian nằm viện. Liệu pháp giải trí, vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu và âm nhạc trị liệu có thể có lợi trong thời gian nằm viện để tránh sáng và ngăn ngừa suy giảm chức năng.
- Trầm cảm có thể biểu hiện dưới dạng "giả sa sút trí tuệ" (pseudodementia) với tình trạng lú lẫn nặng hơn trong thời gian nằm viện và đây là tình trạng có thể điều trị được.

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

Sa sút trí tuệ do mạch máu là bệnh cần được theo dõi qua nhiều lần tái khám tại phòng khám với mục tiêu tối ưu hóa hồ sơ nguy cơ tim mạch cho bệnh nhân. Việc lập kế hoạch tương lai và các chỉ thị trước (advance directives) nên được đề cập sớm. Cũng cần đánh giá gánh nặng đối với gia đình và người chăm sóc.

KHUYẾN NGHỊ THEO DÕI

Thực hiện tái khám định kỳ với bác sĩ chăm sóc ban đầu hoặc bác sĩ lão khoa để điều chỉnh yếu tố nguy cơ và giáo dục về tầm quan trọng của việc tập luyện thể chất và tinh thần đều đặn khi có thể.

Theo dõi bệnh nhân Đánh giá và chẩn đoán phù hợp tình trạng này, nhu cầu lập kế hoạch tương lai, tối ưu hóa các yếu tố nguy cơ mạch máu, tư vấn thay đổi lối sống, các can thiệp điều trị.

CHẾ ĐỘ ĂN

- Chế độ ăn của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ và chế độ ăn DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) được khuyến cáo để kiểm soát huyết áp và yếu tố nguy cơ tim mạch tối ưu.
- Ít chất béo, giảm đường và carbohydrate cô đặc, đặc biệt ở những người có hội chứng chuyển hóa.

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

- Thay đổi lối sống rất quan trọng trong việc giảm nguy cơ mạch máu (ngừng hút thuốc, tư vấn tập luyện, tư vấn dinh dưỡng, tư vấn giảm cân).
- Tối ưu hóa các yếu tố nguy cơ mạch máu bằng thuốc (như tăng huyết áp, đái tháo đường, rung nhĩ, bệnh mạch máu ngoại biên, bệnh tim)
- Tránh hút thuốc, kể cả hút thuốc thụ động
- Theo dõi huyết áp tại nhà và đo đường huyết mao mạch nếu có tăng huyết áp, rối loạn dung nạp glucose và/hoặc đái tháo đường

TIỀN LƯỢNG

- Sa sút trí tuệ do mạch máu có tiền sử tai biến mạch máu não trước đó có tiên lượng xấu hơn.
- Các khả năng nhận thức đã mất và còn tồn tại sau khi hồi phục ban đầu từ các khiếm khuyết do đột quỵ thường không hồi phục lại được. Một số cá nhân có thể có những giai đoạn cải thiện chức năng nhận thức tự báo cáo không liên tục.
- Các yếu tố nguy cơ dẫn đến tiến triển suy giảm nhận thức và chức năng sau đột quỵ bao gồm tuổi tác, khả năng nhận thức trước đột quỵ, trầm cảm, đa dược (polypharmacy), và giảm tưới máu não trong giai đoạn đột quỵ cấp.

- Dáng đi không vững hoặc dáng đi kiểu trợn có thể là yếu tố dự báo nguy cơ phát triển sa sút trí tuệ do mạch máu.

BIẾN CHỨNG

- Khuyết tật thể chất do đột quỵ
- Suy giảm nhận thức nặng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kalaria RN. The pathology and pathophysiology of vascular dementia. *Neuropharmacology*. 2018;134(pt B):226–239.
2. Dichgans M, Leys D. Vascular cognitive impairment. *Circ Res*. 2017;120(3):573–591.
3. Sundbøll J, Horváth-Puhó E, Adelborg K, et al. Higher risk of vascular dementia in myocardial infarction survivors. *Circulation*. 2018;137(6):567–577.
4. White WB, Wolfson L, Wakefield DB, et al. Average daily blood pressure, not office blood pressure, is associated with progression of cerebrovascular disease and cognitive decline in older people. *Circulation*. 2011;124(21):2312–2319.
5. Montero-Odasso M, Verghese J, Beauchet O, et al. Gait and cognition: a complementary approach to understanding brain function and the risk of falling. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(11):2127–2136.
6. Iadecola C, Dering M, Hachinski V, et al. Vascular cognitive impairment and dementia: JACC Scientific Expert Panel. *J Am Coll Cardiol*. 2019;73(25):3326–3344.

XEM THÊM

Bệnh Alzheimer; Trầm cảm; Suy giảm nhận thức nhẹ

MÃ BỆNH

ICD10

- F01.50 Sa sút trí tuệ do mạch máu không kèm rối loạn hành vi
- F01.51 Sa sút trí tuệ do mạch máu kèm rối loạn hành vi

ĐIỂM LÂM SÀNG CẦN LƯU Ý

- Rối loạn chức năng điều hành và bất thường dáng đi thường xuất hiện sớm và rõ rệt hơn trong sa sút trí tuệ do mạch máu so với sa sút trí tuệ Alzheimer.
- Trí nhớ tương đối được bảo tồn trong sa sút trí tuệ do mạch máu so với sa sút trí tuệ Alzheimer ở giai đoạn sớm của bệnh.
- Tiến triển theo từng bậc (stepwise), trái ngược với suy giảm tiến triển liên tục trong sa sút trí tuệ Alzheimer, là đặc điểm điển hình.

- Có sự chồng lấp đáng kể giữa sa sút trí tuệ do mạch máu và sa sút trí tuệ Alzheimer trong thực hành lâm sàng, và việc phân loại vào một trong hai nhóm này thường khó khăn. Bệnh nhân cũng có thể có nguyên nhân hỗn hợp.