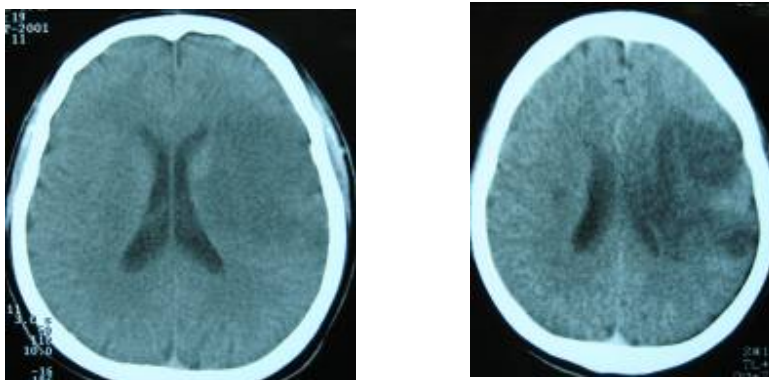


TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG SA SÚT TRÍ TUỆ MẠCH MÁU

Nguyễn Kinh Quốc¹

BỆNH ÁN

Bn nam, 65 tuổi, thuận tay phải, nghề nghiệp kinh doanh. Tiền căn tăng huyết áp (THA) >10 năm, không theo dõi và điều trị thường xuyên, không hút thuốc, không uống rượu, chơi thể thao đều, không tiền căn đột quỵ trước đó. Tháng 10/2001 BN bị đột quỵ nhồi máu não vùng chi phối động mạch não giữa trái với biểu hiện lâm sàng tỉnh, tiếp xúc chậm, mất ngôn ngữ Broca, liệt nửa người phải. Điều trị khoa Nội TK – BVCR khoảng 20 ngày, diễn tiến tri giác hồi phục dần. Lúc xuất viện BN tỉnh, tiếp xúc tốt, mất ngôn ngữ Broca, mất khả năng đọc và viết, mất khả năng tính toán, khả năng phân biệt phải trái và định danh ngón tay còn tốt, liệt nửa người phải có cải thiện sức cơ một phần. Kết quả xét nghiệm: Đường huyết, BUN, Creatinine, Bilan lipid máu, CTM, ĐMTB, ECG trong giới hạn bình thường. Kết quả CT Scan sọ não ghi nhận nhồi máu não diện rộng bán cầu trái vùng chi phối ĐM não giữa và ổ nhồi máu nhỏ trung tâm bán cầu dục phải, Doppler ĐM cảnh cột sống ghi nhận hẹp nặng (70%) ĐM cảnh chung (T) và rất nặng (90%) ĐM cảnh trong (T).



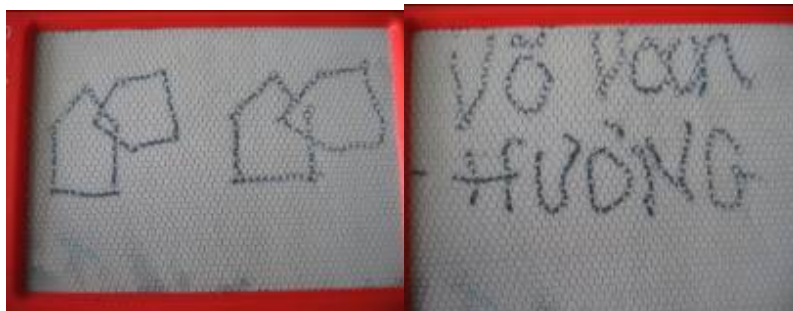
Hình ảnh CT Scan sọ não chụp sau đột quỵ 36h

Diễn tiến sau xuất viện: BN không thể tiếp tục việc kinh doanh của mình. Ngôn ngữ và vận động có cải thiện một phần, BN tập vật lý trị liệu dần dần có thể đi lại được nhưng phải có gậy và người khác giúp, nói được vài từ nhưng rất chậm. BN có thể tự chăm sóc bản thân như tắm rửa, mặc quần áo, ăn uống, đi vệ sinh, nhưng cũng cần sự giúp đỡ một phần của người nhà. Những công việc phức tạp hơn như gọi điện thoại, quản lý tiền bạc, mua sắm, lập kế hoạch hay quản lý việc kinh doanh mà trước đó BN vẫn làm thì nay không thể tiếp tục được. Khoảng 6 tháng sau xuất viện

¹ ThS CK1, giảng viên BM Thần Kinh-ĐHYD TPHCM

BN xuất hiện triệu chứng trầm cảm, hay buồn rầu và đôi lúc khóc, hay cáu gắt với người thân... Điều trị với Fluoxetine 20mg/ ngày đáp ứng tốt.

Khoảng 6 tháng nay BN cảm thấy trí nhớ bị giảm sút hơn, đi lại chậm chạp hơn, tính tình có thay đổi, có một số hành vi không thích hợp như bỏ đi các cây kiểng mà trước đây BN rất thích. Khám lâm sàng ghi nhận BN tỉnh táo, tiếp xúc tốt, liệt cứng nửa người (P) sức cơ tay 2/5, chân 3/5, điểm số MMSE là 14/30 (trong đó phần mất điểm chủ yếu ở phần định hướng, tập trung chú ý và tính toán, nhớ lại). Với test vẽ đồng hồ BN chỉ thực hiện được 60% yêu cầu. Trong khi đó các chức năng cao cấp khác của vỏ não không có sự thay đổi đáng kể kể từ sau đột quỵ nhồi máu não.



Test vẽ hình ngũ giác giao nhau và viết câu

Kết quả xét nghiệm cận lâm sàng thường qui nằm trong giới hạn cho phép, chỉ có tăng nhẹ Triglyceride máu, các xét nghiệm trong chẩn đoán SSTT như chức năng tuyến giáp, nồng độ Vitamin B12 máu, Protein S và C, nồng độ Homocystein máu... trong giới hạn bình thường. Kết quả chụp cộng hưởng từ não ghi nhận một số tổn thương mới ở đồi thị 2 bên.

Chẩn đoán: Sa sút trí tuệ mạch máu / nhồi máu não đa ổ, tăng huyết áp.

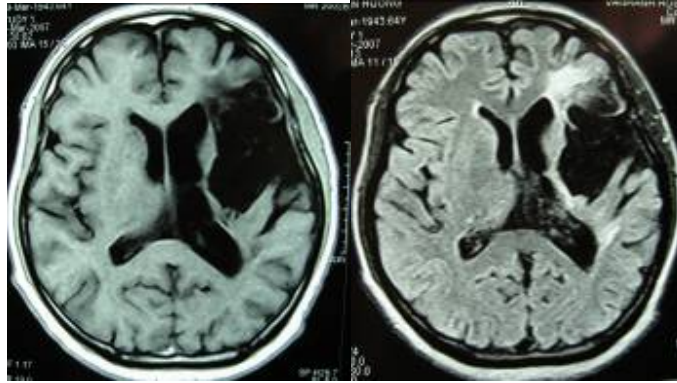
BN được chẩn đoán SSTTMM dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán SSTT theo ICD – 10 và DSM – IV vì thỏa các tiêu chuẩn để chẩn đoán SSTT cũng như chẩn đoán SSTTMM.

SA SÚT TRÍ TUỆ

Bác sĩ Philippe Pinel (1745 – 1826) là người đầu tiên đưa ra thuật ngữ sa sút trí tuệ (Dementia) vào năm 1797. Theo hội tâm thần Hoa Kỳ (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association) thì SSTT là sự mất những khả năng trí tuệ (hay nhận thức) đủ nặng để ảnh hưởng đến chức năng nghề nghiệp và xã hội. Là một rối loạn của não bộ được đặc trưng bởi sự suy giảm nhận thức nhưng tình trạng ý thức vẫn bình thường và không có những rối loạn cấp tính hay bán cấp có thể gây ra suy giảm nhận thức (ví dụ: trầm cảm, sa sút trí tuệ)

Tiêu chuẩn chẩn đoán SSTT theo ICD-10

1. Một sự suy giảm trí nhớ ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày, hoặc khó khăn hay không thể có một cuộc sống độc lập.



Hình ảnh MRI não sau đột quỵ NMN 6 năm

2. Suy giảm trong suy nghĩ, vạch kế hoạch hoặc khả năng tổ chức những công việc hàng ngày, cộng với giảm trí nhớ mục 1.
3. Giai đoạn đầu sự nhận thức về môi trường vẫn tốt, bao gồm định hướng về không gian và thời gian.
4. Suy giảm trong việc kiểm soát xúc cảm hoặc động cơ hoạt động, hoặc sự thay đổi trong hành vi xã hội, gồm một hoặc nhiều biểu hiện sau: xúc cảm không ổn định, tính dễ kích thích, vô cảm hoặc thô lỗ, các hành vi xã hội như ăn uống, mặc quần áo, và phản ứng với người khác.

Tóm tắt tiêu chuẩn chẩn đoán SSTT theo DSM – IV:

1. Suy giảm trí nhớ (mất khả năng học tập thông tin mới và nhớ lại thông tin đã học trước đây).
2. Ít nhất một trong các triệu chứng sau:
 - Mất ngôn ngữ.
 - Mất thực dụng (khó khăn với những hoạt động vận động mặc dù chức năng vận động bình thường).
 - Mất nhận thức (khó khăn trong việc nhận biết hoặc xác định vật thể mặc dù chức năng cảm giác bình thường).
 - Rối loạn trong chức năng thực hiện (vạch kế hoạch, tổ chức, sắp xếp, phân chia giai đoạn, trừu tượng hoá)
3. Rối loạn ở mục 1 và 2 làm giảm đáng kể chức năng xã hội và nghề nghiệp, và tình trạng này ngày càng nặng dần.
4. Những rối loạn này xảy ra trong tình trạng bệnh nhân không bị sáng.
5. Không có những rối loạn khác (ví dụ trầm cảm, tâm thần phân liệt) giải thích được rõ ràng gây ra những rối loạn này.

SSTT MẠCH MÁU

Khái niệm SSTT mạch máu:

Sa sút trí tuệ mạch máu là SSTT sinh ra từ các tổn thương thực thể của não do những rối loạn mạch máu. Nguyên nhân thường gặp là nhồi máu đa ổ, thiếu máu não cục

bộ, giảm tưới máu não, thiếu oxy não, ngưng trệ tuần hoàn và giảm huyết áp hệ thống, bao gồm nhiều dạng tổn thương não:

- SSTT do nhồi máu đa ổ
- SSTT do một ổ nhồi máu ở vị trí chiến lược
- SSTT do nhồi máu lỗ khuyết
- SSTT do xuất huyết
- Bệnh não Binswanger
- SSTT hỗn hợp (SSTT do bệnh Alzheimer kết hợp với SSTTMM)

Tần suất:

SSTTMM chiếm tỉ lệ từ 10-20% các trường hợp SSTT. Riêng ở châu Á và một số nước đang phát triển thì tỉ lệ SSTTMM lại cao hơn SSTT do bệnh Alzheimer. Tỉ lệ hiện mắc của SSTT trong thời gian 3 tháng sau đột quỵ NMN từ 13,6 - 31,8%, sau 5 năm là 32,0%. Khoảng 1/3 số BN đột quỵ trên 65 tuổi còn sống (25% đến 41%) có biểu hiện SSTTMM.

Yếu tố nguy cơ của SSTTMM

Các yếu tố nguy cơ không thể điều chỉnh được:

- ✓ Tuổi: Tuổi càng lớn càng dễ bị SSTT
- ✓ Giới: Nữ cao hơn nam
- ✓ Trình độ học vấn: Bệnh nhân đột quỵ có trình độ học vấn thấp dễ bị SSTT sau đột quỵ.
- ✓ Chủng tộc.
- ✓ Yếu tố di truyền: Cấu trúc di truyền apolipoprotein E4 và tuổi tác góp phần gia tăng nguy cơ đột quỵ và bệnh Alzheimer. Một giả thuyết cho rằng SSTTMM và bệnh Alzheimer được kết nối sinh bệnh học bởi yếu tố apolipoprotein E4. Bệnh CADASIL (Cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy). Đây là bệnh mạch máu xảy ra ở người trẻ trung niên với gen bất thường ở nhiễm sắc thể 19.
- ✓ Các yếu tố nguy cơ khác như: Loại đột quỵ, vị trí của tổn thương não, thể tích tổn thương do đột quỵ, biến chứng của đột quỵ và biểu hiện lâm sàng của nó...

Các yếu tố nguy cơ có thể điều chỉnh được:

Các yếu tố nguy cơ mạch máu được xem có liên quan đến SSTTMM bao gồm: tăng huyết áp (HA), đái tháo đường, rối loạn lipid máu, bệnh tim mạch và hút thuốc. Bên cạnh các yếu tố nguy cơ nêu trên có những yếu tố nguy cơ mới của đột quỵ như homocysteine và nhiễm trùng.

Tăng huyết áp: Một trong những yếu tố nguy cơ mạnh nhất cho SSTTMM là tăng HA động mạch bởi vì có 50% trường hợp đột quỵ có sự đóng góp của tăng HA. Ảnh hưởng của tăng HA trên mạch máu não có thể là xuất huyết não (XHN), NMN hay nhồi máu chất trắng không hoàn toàn (bệnh Binswanger). Nghiên cứu cho rằng việc điều trị tăng HA với nhóm thuốc ức chế canxi có thể phòng ngừa được bệnh Alzheimer và SSTTMM.

Đái tháo đường: Đái tháo đường là bệnh kết hợp, đặc trưng bởi tăng đường huyết và rối loạn chức năng insulin. Hậu quả của đái tháo đường có thể gây tổn thương mạch máu,

thần kinh và các mô khác. Ở những người bị đái tháo đường, nguy cơ bệnh tim mạch và bệnh mạch máu não tăng gấp 4 lần. Điều này xảy ra do đái tháo đường làm tăng các biến chứng về mạch máu bao gồm: bệnh mạch máu nhỏ (bệnh võng mạc, bệnh cầu thận, bệnh thần kinh) và bệnh mạch máu lớn (bệnh động mạch vành và động mạch ngoại biên). Sự kết hợp giữa đái tháo đường và suy giảm nhận thức đưa đến việc tăng gấp đôi nguy cơ SSTT. Sự kết hợp giữa đái tháo đường với SSTTMM thường gặp hơn với bệnh Alzheimer.

Rối loạn lipid máu: Nghiên cứu cộng đồng đã chứng minh chế độ ăn giàu chất béo toàn phần, axit béo no và cholesterol làm tăng nguy cơ SSTT.

Bệnh tim mạch: Bệnh tim, đặc biệt là rung nhĩ làm tăng nguy cơ đột quỵ ít nhất 7 lần. Các thuốc kháng kết tập tiểu cầu gồm giúp ích cho việc phòng ngừa đột quỵ tái phát ở những BN có tiền căn đột quỵ hoặc nhồi máu cơ tim, qua đó có tác dụng phòng ngừa SSTTMM sau đột quỵ.

Hút thuốc: Hút thuốc làm tăng gấp đôi nguy cơ đột quỵ do tổn thương nội mạch, tăng xơ vữa động mạch cảnh và động mạch vành, tăng đông và độ quánh máu và THA. Những người hút thuốc có nguy cơ suy giảm nhận thức nặng hơn người không hút thuốc. Giảm tốc độ vận động tâm thần và khả năng linh hoạt về nhận thức được quan sát thấy ở những người dưới 45 tuổi.

Homocysteine: Đây là yếu tố nguy cơ mới của đột quỵ. Tăng nồng độ homocysteine có thể làm giảm chức năng nội mạch, do đó làm tăng nguy cơ bệnh mạch máu và SSTT. Tăng nồng độ homocysteine máu có thể kết hợp với chế độ ăn thiếu acid folic và vitamin B₆ B₁₂ hoặc thiếu men methylenhydrofolat. Nghiên cứu gần đây của Seshadri S và cộng sự ghi nhận khi nồng độ homocysteine > 14 $\mu\text{mol/l}$ làm tăng gấp đôi nguy cơ bệnh Alzheimer và SSTT.

Yếu tố nhiễm trùng: là yếu tố nguy cơ mới cho đột quỵ. Nhiễm trùng là nguồn gốc gây tổn thương lớp nội mạc mạch máu. Một số nghiên cứu cho rằng Clamydia Pneumonia và bệnh nha chu là hai tác nhân nhiễm trùng có liên quan đến NMN.

Nguyên nhân của sa sút trí tuệ mạch máu

Nguyên nhân thường gặp của SSTTMM là nhồi máu đa ổ, thiếu máu não cục bộ, giảm tưới máu não, thiếu oxy não, ngưng trệ tuần hoàn và giảm huyết áp hệ thống. Một số nguyên nhân hiếm gặp hơn gồm:

- ✓ Bệnh Binswanger thường khởi phát trong khoảng 40-70 tuổi, có biểu hiện rối loạn nặng dần của các chức năng (vận động, nhận thức, cảm xúc và hành vi).
- ✓ Bệnh amyloid cystatin-C mạch máu não gia đình với nhiều lần XHN xảy ra trước tuổi 40.
- ✓ Bệnh CADASIL với bất thường bệnh học nổi bật là sự hiện diện của nhiều ổ nhồi máu nhỏ.
- ✓ Viêm nút quanh động mạch, viêm động mạch thái dương, bệnh moyamoya và bệnh loạn sản cơ sợi có thể gây ra nhiều ổ NMN.
- ✓ Các trường hợp NMN tại các vùng giáp ranh tưới máu não trong các bệnh tim và

bệnh của động mạch lớn.

Chẩn đoán sa sút trí tuệ mạch máu

Để chẩn đoán SSTTMM cần thăm khám lâm sàng tìm sự hiện diện của các dấu thần kinh khu trú với kiểu cách xuất hiện và diễn tiến đặc thù của đột quỵ. Sau đó tìm mối liên quan về thời gian tính từ lúc khởi phát đột quỵ với các biểu hiện của SSTT. Và chẩn đoán xác định bằng các thang điểm tâm thần kinh kết hợp với các tiêu chuẩn chẩn đoán SSTTMM.

Đặc điểm lâm sàng của SSTTMM:

Điểm đặc trưng của SSTTMM là sự giảm sút nhận thức thường theo kiểu bậc thang được tạo ra từ những đột quỵ huyết khối hay nghẽn mạch, gây ra những khiếm khuyết về thần kinh tương ứng với chức năng của vùng não mà nó được cung cấp máu nuôi từ các động mạch bị huyết khối hay nghẽn mạch.

Gia đình ghi nhận BN xuất hiện các triệu chứng: trầm cảm, thờ ơ, những thay đổi cá nhân, giảm các hoạt động xã hội, chậm khả năng tâm thần, chậm các hoạt động vận động, mất khả năng giải quyết những vấn đề đơn giản. Đi chậm, không vững, với đặc điểm là kéo lê và bước ngắn. Điều này làm cho bệnh nhân trở nên bấp bênh trên bước đi của họ và té ngã nhiều lần. Tiểu không kiểm soát và tiểu đêm cũng thường gặp. Bệnh nhân thì không có khả năng thực hiện những hoạt động đơn giản trong cuộc sống hàng ngày như: sử dụng nhà tắm, tắm gội, mặc quần áo, nấu ăn hoặc mua sắm; hoặc những công việc phức tạp hơn như: sử dụng điện thoại, chi tiêu tài chính, tham gia vào các hoạt động phục hồi và tập thể dục hàng ngày.

Trên lâm sàng, phần lớn những phân loại SSTTMM dựa trên sự phân biệt triệu chứng vỏ não và dưới vỏ.

- Sa sút trí tuệ do tổn thương vỏ não: Thường do nghẽn mạch hay thuyên tắc mạch. Biểu hiện sớm là mất chức năng vận động, các giác quan vận động, mất ngôn ngữ trầm trọng, mất nhận thức xuất hiện đột ngột. Trong trường hợp khác thì có dấu hiệu thần kinh cục bộ liệt nửa người, mất vận ngôn, mất dùng động tác.
- Sa sút trí tuệ mạch máu dưới vỏ: Bên cạnh tình trạng suy giảm chức năng nhận thức thường kết hợp dấu hiệu liệt giả hành não, hội chứng liệt cứng hai bên, trầm cảm, rối loạn hành vi, cảm xúc thay đổi và rối loạn vận động ngoại tháp.

Các thang điểm tâm thần kinh:

Thang điểm MMSE: Trong SSTTMM ghi nhận có những thiếu sót từng mảng trong các nội dung thăm dò của thang điểm này (khác với SSTT do bệnh Alzheimer, các thiếu sót mang tính toàn diện hơn).

Thang điểm đánh giá thiếu máu não của Hachinski_(1975)

- Điểm < 4: gợi ý tới SSTT do bệnh Alzheimer
- Điểm > 7: gợi ý tới SSTTMM
- Điểm từ 5 – 6: gợi ý tới SSTT hỗn hợp.

Đặc điểm	Điểm
Khởi phát đột ngột	2

Triệu chứng xảy ra kiểu bậc thang	1
Tiến triển dao động	2
Lú lẫn ban đêm	1
Nhân cách không bị ảnh hưởng	1
Trầm cảm	1
Có triệu chứng thân thể	1
Rối loạn cảm xúc	1
Tiền sử tăng huyết áp	1
Tiền sử đột quỵ	2
Có bằng chứng xơ vữa động mạch	1
Triệu chứng thần kinh khu trú	2
Dấu hiệu thần kinh khu trú	2
Tổng cộng	18

Các tiêu chuẩn chẩn đoán SSTMM:

Tiêu chuẩn ICD-10.

1. Tiêu chuẩn chung của sa sút trí tuệ.
2. Sự phân bố các rối loạn nhận thức không cân xứng (có chỗ bị tổn thương nhiều, có chỗ tổn thương ít, có vùng chức năng vẫn còn nguyên vẹn). Chính vì vậy trí nhớ có thể bị ảnh hưởng rất nặng trong khi quá trình suy nghĩ, lý giải về lý do và quá trình thông tin có thể suy giảm rất nhẹ.
3. Có bằng chứng lâm sàng của tổn thương não khu trú: liệt vận động, rối loạn phản xạ gân cơ, dấu hiệu Babinski, liệt giả hành não.
4. Có bằng chứng của bệnh mạch máu não: hỏi bệnh sử, khám thần kinh hoặc làm xét nghiệm cận lâm sàng.

Tiêu chuẩn DSM-IV

I. Sự suy giảm nhận thức thể hiện bằng hai mặt sau đây:

1. Suy giảm trí nhớ (mất khả năng học tập thông tin mới và nhớ lại thông tin đã học trước đây).
2. Có ít nhất một trong các triệu chứng sau:
 - Mất ngôn ngữ (không diễn đạt được, không hiểu được).
 - Mất thực dụng (khó khăn với những hoạt động vận động mặc dù chức năng vận động bình thường).
 - Mất nhận thức (khó khăn trong việc nhận biết hoặc xác định vật thể mặc dù chức năng các giác quan vẫn bình thường).
 - Rối loạn trong chức năng điều hành (lập kế hoạch, tổ chức, phân chia giai đoạn, tóm tắt, trừu tượng hoá).

Các rối loạn ở mục (I.1) và (I.2) làm giảm đáng kể chức năng xã hội và nghề nghiệp, tình trạng này ngày càng nặng dần.

II. Các dấu hiệu và triệu chứng thần kinh khu trú như: tăng phản xạ gân cơ, dấu

hiệu Babinski, liệt giả hành tủy, bất thường dáng đi, yếu hoặc liệt các chi. Hoặc bằng chứng về xét nghiệm chỉ rõ bệnh mạch máu não như nhồi máu đa ổ liên quan đến tổn thương vỏ não và chất trắng dưới vỏ.

III. Các rối loạn trên không xảy ra trong giai đoạn mê sảng.

Tiêu chuẩn NINDS-AIREN

(The National Institute of Neurological Disorders and Stroke - Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences, 1993)

I. Tiêu chuẩn chẩn đoán rất có thể sa sút trí tuệ mạch máu (probable vascular dementia)

1. Có sa sút trí tuệ
2. Có bệnh mạch máu não
3. Mối liên quan giữa SSTT và bệnh mạch máu não: biểu hiện hoặc chỉ ra sự hiện diện của một hoặc nhiều biểu hiện sau (khởi phát SSTT trong vòng 3 tháng sau đột quỵ, suy giảm chức năng nhận thức xảy ra đột ngột hoặc dao động và có tiến triển kiểu bậc thang).

II. Bằng chứng hỗ trợ chẩn đoán sa sút trí tuệ mạch máu.

- Sự xuất hiện sớm các rối loạn về tư thế.
- Ngã dễ dàng và thường xuyên.
- Rối loạn cơ tròn xuất hiện sớm (tiểu không kiểm soát và các triệu chứng khác về tiết niệu không phải do bệnh thận - tiết niệu) .
- Liệt giả hành tủy.
- Bệnh não dưới vỏ: thay đổi nhân cách, tính tình, mất ý chí và khả năng quyết định, trầm cảm, rối loạn cảm xúc hoặc các rối loạn dưới vỏ khác.

III. Bằng chứng không phù hợp với chẩn đoán sa sút trí tuệ mạch máu.

- Các triệu chứng sau đây xuất hiện sớm hoặc nặng nề: giảm hay mất trí nhớ, mất ngôn ngữ, mất cử động hữu ý hoặc mất nhận thức. Nhưng không có hình ảnh chứng minh sự hiện diện của tổn thương khu trú tương ứng với triệu chứng lâm sàng nêu trên.
- Không có dấu thần kinh định vị.
- Hình ảnh chụp cắt lớp điện toán hay cộng hưởng từ ghi nhận không có tổn thương não của bệnh mạch máu não.

IV. Tiêu chuẩn chẩn đoán chắc chắn sa sút trí tuệ mạch máu (definite vascular dementia) .

- Có sự hiện diện của các tiêu chuẩn của mục I.
- Bằng cơ mô bệnh học của bệnh mạch máu não có được từ sinh thiết hay tử thi.
- Không có số lượng búi sợi thần kinh và số lượng mảng lão hóa vượt quá số lượng dự kiến tương ứng lứa tuổi.
- Không có sự hiện diện của các bệnh khác vốn có thể gây ra sa sút trí tuệ

Chẩn đoán phân biệt SSTTMM và SSTT do bệnh Alzheimer

Sự phân biệt giữa SSTTMM và SSTT do bệnh Alzheimer là cần thiết nhưng có thể rất

khó. Trong SSTT do bệnh Alzheimer hiếm thấy dấu hiệu thần kinh cục bộ và có diễn tiến tự nhiên theo chiều hướng nặng dần. Ngược lại trong SSTTMM thường các triệu chứng diễn tiến theo kiểu bậc thang và đột ngột.

- ✓ Trên lâm sàng thang điểm Hachinski có ý nghĩa trong việc phân biệt SSTT do bệnh Alzheimer và SSTTMM
- ✓ Trên cận lâm sàng hình ảnh chụp cắt lớp điện toán và chụp cộng hưởng từ sẽ giúp phân biệt hai loại SSTT này

Hình ảnh học	SSTT do Alzheimer	Sa sút trí tuệ mạch máu
Chụp cắt lớp điện toán	Teo não: giãn rộng não thất, khoang dưới nhện và các rãnh vỏ não Hiếm thấy ổ nhồi máu Teo thùy TD và hợp lưu Sylvius.	Một hay nhiều ổ nhồi máu hay xuất huyết vỏ não hoặc dưới vỏ Dãn não thất kèm theo ổ nhồi máu Tổn thương dạng lỗ khuyết hoặc nhồi máu nhỏ.
Chụp cộng hưởng từ	T1 xác định tình trạng teo não, teo hồi hải mã Flair và T2 tổn thương chất trắng dạng viền quanh não thất	T1 xác định các tổn thương như trên Flair và T2 xác định thưa chất trắng: hình mũ trên đầu não thất, viền quanh não thất, các mảng vùng chất trắng và các mảng rải rác trong chất trắng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ott A, Breteler MMB, van Harskamp F, Stijnen T, Hofman A. Incidence and risk of dementia: the Rotterdam Study. *Am J Epidemiol* 1998;147:574-580.
2. Pohjasvaara T, Erkinjuntti T, Ylikoski R, Hietanen M, Vataja R, Kaste M. Clinical determinants of poststroke dementia. *Stroke* 1998;29:75-81.
3. Desmond DW, Moroney JT, Paik MC, et al. Frequency and clinical determinants of dementia after ischemic stroke. *Neurology* 2000;54:1124-1131
4. Robert H. Paul et al. *Vascular dementia: Cerebrovascular mechanisms and clinical management*. Humana press, 2005.