



COGNITIVE  
DECLINE  
PARTNERSHIP  
CENTRE

Hướng dẫn điều trị và  
nguyên tắc chăm sóc  
người bệnh sa sút trí tuệ

Khuyến cáo

---

© Trung tâm hợp tác NHMRC trong xử trí suy giảm chức năng nhận thức và các bệnh lý liên quan trên người cao tuổi, 2016

ISBN Bản in: 978-0-9945415-3-6

ISBN Bản điện tử: 978-0-9945415-2-9

Thời gian xuất bản: Tháng 2 năm 2016

Từ khóa:

Guideline Adaptation Committee. Clinical Practice Guidelines and Principles of Care for People with Dementia. Sydney. Guideline Adaptation Committee; 2016.

Lưu ý:

Tài liệu này là hướng dẫn chung, giúp định hướng cho quá trình điều trị của bác sĩ và là tài liệu tham khảo cho người bệnh trong mỗi trường hợp cụ thể. Hướng dẫn điều trị được thiết kế để cung cấp thông tin nhằm hỗ trợ việc ra quyết định và dựa trên các bằng chứng tốt nhất hiện có tại thời điểm ban hành.

Cơ quan xuất bản:

Trung tâm hợp tác NHMRC trong xử trí suy giảm chức năng nhận thức và các bệnh lý liên quan trên người cao tuổi.

## Phê duyệt xuất bản



**Australian Government**

**National Health and Medical Research Council**

Hướng dẫn điều trị (khuyến cáo) trong các trang 7-20 đã được phê duyệt bởi Chủ tịch Hội đồng nghiên cứu y khoa và sức khỏe quốc gia Úc (NHMRC-National Health and Medical Research Council) vào ngày 1 tháng 2 năm 2016, căn cứ vào khoản 14A của *Luật nghiên cứu y khoa và sức khỏe quốc gia Úc năm 1992*. Khi phê duyệt hướng dẫn điều trị (khuyến cáo) này, NHMRC đã công nhận tài liệu này đạt các tiêu chuẩn của NHMRC đối với hướng dẫn điều trị lâm sàng. Lần phê duyệt này có hiệu lực trong thời gian 5 năm.

NHMRC nhận thấy rằng hướng dẫn điều trị (khuyến cáo) này đã được thực hiện một cách hệ thống, dựa trên việc phát hiện và tổng hợp các bằng chứng khoa học tốt nhất hiện có và được phát triển để áp dụng trong thực hành y khoa trong điều kiện chăm sóc sức khỏe tại Úc.

Tài liệu này phản ánh quan điểm của nhóm tác giả và không nhất thiết là quan điểm của Chính phủ Úc.

## Lời cảm ơn

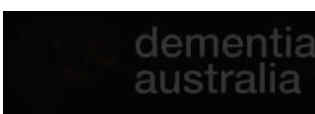
Quá trình phát triển, xuất bản và ban hành Hướng dẫn điều trị này được tài trợ bởi Trung tâm hợp tác NHMRC trong xử trí suy giảm chức năng nhận thức và các bệnh lý liên quan trên người cao tuổi. Trung tâm hợp tác đã nhận được hỗ trợ từ NHMRC và các đối tác tài trợ bao gồm HammondCare, Dementia Australia, Brightwater Care Group và Helping Hand Aged Care.

Xin trân trọng cảm ơn các thành viên của hội đồng biên soạn hướng dẫn điều trị đã giành rất nhiều thời gian để xây dựng tài liệu này. Bên cạnh đó, những người sử dụng hướng dẫn điều trị cũng đóng vai trò quan trọng trong việc phát triển hướng dẫn và những đóng góp này thực sự quan trọng để đảm bảo rằng tài liệu có giá trị với nhu cầu thực tế của người bệnh sa sút trí tuệ cũng như gia đình người bệnh.

Tài liệu này là bản đáp ứng của tài liệu “Sa sút trí tuệ: Hỗ trợ người bệnh sa sút trí tuệ và người thân trong quá trình chăm sóc sức khỏe và xã hội”, xuất bản bởi NCC-MH năm 2006. Tài liệu gốc được đăng tải tại địa chỉ [www.nice.org.uk/guidance/cg42/evidence](http://www.nice.org.uk/guidance/cg42/evidence). Bản hiệu chỉnh này được ban hành lại với sự chấp thuận của NCC-MH. Tuy nhiên, NCC-MH chưa thực hiện quá trình kiểm chứng bản hiệu chỉnh để có thể khẳng định rằng tài liệu này phản ánh chính xác tài liệu gốc của NCC-MH và NCC-MH không đứng ra bảo đảm tính chính xác của bản hiệu chỉnh. Hướng dẫn điều trị của NCC-MH, căn cứ của hướng dẫn điều trị này, được chuẩn bị bởi Viện hàn lâm quốc gia về sức khỏe và chăm sóc người bệnh (NICE-National Institute for Health and Care Excellence) để sử dụng cho các cơ sở y tế tại Anh và xứ Wales. Hướng dẫn điều trị của NICE không áp dụng cho Úc và NICE không tham gia vào quá trình phát triển và đáp ứng tài liệu để lưu hành ở Úc. Trong toàn bộ hướng dẫn này, tài liệu của NCC-MH sẽ được đề cập đến như là hướng dẫn điều trị của NICE.

## Các cơ quan chấp thuận

- Hội sa sút trí tuệ Úc
- Hội lão khoa Úc và New Zealand
- Đại học Úc về y khoa tại các vùng nông thôn và hẻo lánh
- Hội khoa học thể thao và bài tập sức khỏe Úc
- Cơ quan trị liệu nghề nghiệp Úc
- Hội các bệnh liên quan đến lời nói Úc
- Đại học Hoàng gia Úc và New Zealand đào tạo bác sĩ tâm thần kinh
- Đại học Hoàng gia Úc đào tạo bác sĩ gia đình \*



\*RACGP endorsement is for the period 2016-2019.

## Tóm tắt chung

Sa sút trí tuệ là một hội chứng lâm sàng có thể gây ra bởi một số bệnh lý (bao gồm bệnh Alzheimer). Sa sút trí tuệ có thể ảnh hưởng đến trí nhớ, khả năng suy nghĩ, hành vi, khả năng giao tiếp và thực hiện các hoạt động thường ngày.<sup>1</sup> Người bệnh sa sút trí tuệ mô tả tình trạng này như là một hình thức tàn tật, đầy thử thách với những thay đổi trong cuộc sống và họ cảm thấy rất căng thẳng.<sup>2</sup> Ảnh hưởng của bệnh lý sa sút trí tuệ lên những người chăm sóc cũng rất đáng lưu tâm, việc chăm sóc một người bệnh sa sút trí tuệ có thể dẫn đến suy giảm sức khỏe, trầm cảm và xa lánh xã hội.<sup>3</sup>

Có khoảng 9% dân số Úc từ 65 tuổi trở lên được chẩn đoán sa sút trí tuệ; ở nhóm dân cư từ 85 tuổi trở lên, con số này tăng lên đến 30%.<sup>4</sup> Với mức tăng độ tuổi trung bình của dân cư Úc, số lượng người bệnh sa sút trí tuệ được dự đoán sẽ ngày càng tăng.

Hướng dẫn điều trị lâm sàng và các nguyên tắc chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ này được viết nhằm hướng đến đối tượng chính là các nhân viên trong lĩnh vực chăm sóc người cao tuổi (bác sĩ, điều dưỡng, các nhân viên chăm sóc và hỗ trợ điều trị), đây là những người làm việc cùng với người bệnh sa sút trí tuệ tại cộng đồng, viện dưỡng lão, bệnh viện. Đội ngũ nhân viên chăm sóc người cao tuổi nên áp dụng khuyến cáo này tại nơi làm việc của mình đồng thời đáp ứng với nhu cầu và nguyện vọng của người bệnh cũng như gia đình và người chăm sóc. Những điểm chính của khuyến cáo bao gồm:

- Triệu chứng sa sút trí tuệ cần được khám ngay lần phát hiện đầu tiên và không được nhầm lẫn là “dấu hiệu thông thường của tuổi già”.
- Các nhân viên chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ người cao tuổi cần trao đổi với người bệnh, người chăm sóc họ và gia đình người bệnh về các triệu chứng sa sút trí tuệ, biện pháp điều trị và các dịch vụ hỗ trợ. Cũng có thể cung cấp thêm các thông tin dưới dạng bản giấy (như các tờ rơi, tờ thông tin).
- Nên thực hiện các bước để ngăn ngừa, phát hiện và quản lý triệu chứng tâm lý và hành vi phổ biến của sa sút trí tuệ như trầm cảm, kích động. Trong hầu hết các trường hợp, cần huấn luyện người chăm sóc và gia đình cách chăm sóc người bệnh, đưa ra chiến lược đặc biệt để định vị các hành vi gây căng thẳng, nên bắt đầu bằng việc thực hiện một số thay đổi nhỏ trong môi trường sống và tìm ra các hoạt động tạo hứng thú cho người bệnh. Chỉ sử dụng thuốc điều trị triệu chứng sau khi đã thử hết các biện pháp khác. Do làm tăng nguy cơ gặp các phản ứng bất lợi nghiêm trọng, người bệnh có các triệu chứng hành vi và tâm lý của sa sút trí tuệ mức độ nhẹ-đến-trung bình không nên được kê đơn thường xuyên các thuốc chống loạn thần.
- Các bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên chăm sóc và hỗ trợ sức khỏe cần được huấn luyện về việc chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ. Họ cần được huấn luyện làm cách nào để giao tiếp một cách rõ ràng với người bệnh sa sút trí tuệ, người chăm sóc và gia đình người bệnh để có thể đưa ra một mô hình chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm.
- Người bệnh sa sút trí tuệ cần được khuyến khích tập luyện, ăn uống hợp lý, tự làm mọi việc ở mức độ nhiều nhất có thể và giữ liên lạc xã hội với cộng đồng địa phương. Đội ngũ nhân viên và người chăm sóc cần được đào tạo để biết cách khuyến khích người bệnh duy trì tính độc lập.
- Bác sĩ nên cân nhắc dùng thuốc (các thuốc nhóm ức chế acetylcholinesterase hoặc memantin) nhằm kiểm soát các triệu chứng liên quan đến nhận thức trong bệnh sa sút trí tuệ.
- Người chăm sóc và gia đình cần được hỗ trợ để chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ. Họ cần được cung cấp các khóa đào tạo và huấn luyện để có thể phát triển kỹ năng trong việc xử trí các triệu chứng sa sút trí tuệ và cần được tạo điều kiện để nghỉ ngơi khi cần thiết. Người chăm sóc và gia đình người bệnh cần được cung cấp thông tin về các chiến lược để duy trì trạng thái tâm lý và sức khỏe của chính bản thân họ và cần được hỗ trợ để duy trì sức khỏe và thể chất.

---

Hướng dẫn điều trị và  
nguyên tắc chăm sóc  
người bệnh sa sút trí tuệ  
**Khuyến cáo**



Tại Úc, cứ khoảng 10 người cao tuổi lại có một người được chẩn đoán sa sút trí tuệ.<sup>1</sup> Sa sút trí tuệ có tác động lớn lên cuộc sống của bản thân người bệnh, cũng như của người chăm sóc và gia đình người bệnh. Sa sút trí tuệ là một vấn đề được ưu tiên trong chính sách chăm sóc sức khỏe quốc gia tại Úc. Các hướng dẫn điều trị lâm sàng cho thấy có thể giúp cải thiện chất lượng và tính nhất quán trong việc chăm sóc người bệnh trong các điều kiện khác nhau.<sup>2</sup>

Các khuyến cáo trong Hướng dẫn điều trị lâm sàng được thực hiện theo quy trình ADAPTE<sup>3</sup>, trong đó các khuyến cáo xuất phát từ một hướng dẫn điều trị có chất lượng cao sẵn có (hướng dẫn điều trị của NICE, được phát triển bởi Trung tâm hợp tác quốc gia về sức khỏe tâm thần ở Anh<sup>4</sup>) được đáp ứng để phù hợp với bối cảnh tại Úc. Quá trình đáp ứng bao gồm việc thực hiện một nghiên cứu hệ thống để đảm bảo rằng Hướng dẫn điều trị lâm sàng phản ánh các bằng chứng nghiên cứu cập nhật nhất.

Các khuyến cáo được phân loại thành “khuyến cáo dựa trên bằng chứng” (EBR-Evidence-based recommendation), “khuyến cáo dựa trên đồng thuận” (CBR-Consensus based recommendation) hoặc “quan điểm thực hành” (PP-Practice point).

*Bảng 1: Định nghĩa các mức độ khuyến cáo*

Mức độ khuyến cáo	Mô tả
Khuyến cáo dựa trên bằng chứng (EBR)	Khuyến cáo được hình thành sau khi tiến hành tổng quan hệ thống các bằng chứng kèm theo các tài liệu tham khảo sử dụng
Khuyến cáo dựa trên đồng thuận (CBR)	Khuyến cáo được hình thành nhưng chưa có đủ bằng chứng có chất lượng, quá trình tổng quan hệ thống không phát hiện đủ nghiên cứu nào có chất lượng đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn để trả lời câu hỏi lâm sàng
Quan điểm thực hành (PP)	Khuyến cáo nằm ngoài phạm vi của chiến lược tìm kiếm trong tổng quan hệ thống và dựa trên quan điểm của chuyên gia

Mỗi khuyến cáo dựa trên bằng chứng được hỗ trợ bởi một thang phản ánh chất lượng bằng chứng. Thang này dao động từ rất thấp đến cao và được định nghĩa dựa trên thang đánh giá quá trình tiếp cận, phát triển và đánh giá khuyến cáo (GRADE- Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (Bảng 2).<sup>8</sup>

*Bảng 2: Định nghĩa thang GRADE về chất lượng bằng chứng*

GRADE về chất lượng bằng chứng	Mô tả
Cao	Nghiên cứu bổ sung gần như không làm thay đổi mức độ tin cậy trong việc ước tính hiệu quả
Trung bình	Nghiên cứu bổ sung có thể tác động quan trọng lên mức độ tin cậy trong việc ước tính hiệu quả
Thấp	Nghiên cứu bổ sung rất có thể tác động quan trọng lên mức độ tin cậy trong việc ước tính hiệu quả và có thể làm thay đổi ước tính này
Rất thấp	Bất cứ ước tính hiệu quả nào cũng đều không chắc chắn

Tiếp cận theo thang đánh giá quá trình tiếp cận, phát triển và đánh giá khuyến cáo (GRADE) dựa trên quá trình đánh giá liên tục chất lượng các bằng chứng, tiếp đó là xem xét tương quan giữa tác động có lợi và tác động không mong muốn, từ đó đưa ra quyết định về mức độ mạnh của khuyến cáo.<sup>8</sup>

Một khuyến cáo mạnh có nghĩa là hầu hết người bệnh đều đạt được hiệu quả cao nhất khi được thực hiện theo khuyến cáo. Trong các khuyến cáo mạnh, thuật ngữ được sử dụng là “nên” hoặc “không nên”. Một khuyến cáo yếu có nghĩa là không phải tất cả người bệnh đều đạt hiệu quả cao nhất khi thực hiện theo khuyến cáo và cần cân nhắc đến hoàn cảnh cụ thể cũng như mong muốn và khả năng của mỗi người bệnh. Trong các khuyến cáo yếu, thuật ngữ thường được sử dụng là “cân nhắc” hoặc “gợi ý rằng” hoặc “có thể nghĩ tới”.

## Các khuyến cáo

### Nguyên tắc chăm sóc

- 1 PP Cán bộ y tế và nhân viên chăm sóc người cao tuổi cần thực hiện quá trình chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm, bằng cách phát hiện và đáp ứng nhu cầu, mong muốn của người bệnh sa sút trí tuệ cũng như người chăm sóc và gia đình người bệnh. Cần sử dụng 10 nguyên tắc về các giá trị đích thực trong chăm sóc người bệnh như là tiêu chuẩn để thực hiện và đánh giá quá trình chăm sóc.
- 2 PP Cải thiện chất lượng cuộc sống, duy trì chức năng, giúp người bệnh thoải mái tối đa là những điều cần thiết trong suốt quá trình song hành với bệnh tật và cần lưu ý rằng, các mục tiêu cụ thể sẽ thay đổi theo thời gian.
- 3 PP Cán bộ y tế và nhân viên chăm sóc người cao tuổi cần sử dụng ngôn ngữ nhất quán với Hướng dẫn về ngôn ngữ trong sa sút trí tuệ và hướng dẫn về cách giao tiếp tốt mang tên “Hãy nói với tôi” (Talk to me) để có thể nói chuyện với người bệnh sa sút trí tuệ.

### Các vấn đề về đạo đức và pháp lý

- 4 PP Người bệnh sa sút trí tuệ cần kí biên bản đồng thuận có cung cấp đủ thông tin và hợp thức về mặt pháp lý liên quan đến các quyết định về tài chính, chế độ chăm sóc sức khỏe và việc sắp xếp cuộc sống. Nếu người bệnh không có khả năng đưa ra quyết định, cần thực hiện quy định về quyền đưa ra quyết định của người bảo hộ liên quan đến các vấn đề tài chính, cá nhân và sức khỏe dựa trên luật hiện hành tại địa phương.
- 5 PP Cán bộ y tế và nhân viên chăm sóc người cao tuổi cần thông báo cho người bệnh sa sút trí tuệ, người chăm sóc và gia đình của họ về các chính sách hỗ trợ và các dịch vụ hỗ trợ tình nguyện và khuyến khích họ sử dụng các dịch vụ này. Nếu cần, các dịch vụ này cần sẵn có cho cả người bệnh sa sút trí tuệ, người chăm sóc và gia đình người bệnh.
- 6 PP Các cán bộ y tế và nhân viên chăm sóc người cao tuổi cần thảo luận với người bệnh sa sút trí tuệ trong trường hợp người bệnh còn đủ khả năng nhận thức, hoặc thảo luận với người chăm sóc hoặc gia đình họ về việc sử dụng:
  - một chính sách ủy quyền lâu dài hoặc giám hộ lâu dài
  - kế hoạch chăm sóc nâng cao. Kế hoạch chăm sóc nâng cao cần được đánh giá lại đối với người bệnh sa sút trí tuệ và người chăm sóc, gia đình người bệnh dựa trên các căn cứ thường lệ và đáp ứng bất cứ thay đổi quan trọng nào trong điều kiện sức khỏe và hoàn cảnh thực tế. Kế hoạch chăm sóc nâng cao cần được hoàn thiện và cập nhật tại thời điểm đánh giá của Nhóm đánh giá quá trình chăm sóc người cao tuổi.
- 7 PP Thông tin do người bệnh sa sút trí tuệ cung cấp cần được bảo mật. Các cán bộ y tế và nhân viên chăm sóc người cao tuổi cần thảo luận với người bệnh về nhu cầu chia sẻ thông tin. Chỉ trong một số trường hợp ngoại lệ (ví dụ khi cán bộ chuyên môn cần thông tin để thực hiện nhiệm vụ chăm sóc), các thông tin bảo mật mới được tiết lộ cho người khác mà không được sự đồng thuận của người bệnh. Tuy nhiên, do diễn biến bệnh sẽ tăng lên, người bệnh càng ngày càng phụ thuộc vào gia đình và người chăm sóc, việc chia sẻ thông tin cần được cân nhắc dựa trên bối cảnh thực tế liên quan đến khả năng đưa ra quyết định của người bệnh. Chỉ chia sẻ thông tin khi đây là phương án tốt nhất cho người bệnh sa sút trí tuệ.

## Các rào cản trong quá trình đánh giá và chăm sóc

- 8 PP Không được nhìn vào chẩn đoán sa sút trí tuệ mà loại người bệnh ra ngoài bất cứ dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào, bất kể tuổi tác của người bệnh.
- 9 CBR Nếu gặp phải rào cản về ngôn ngữ và văn hóa trong quá trình tiếp cận hoặc hiểu các dịch vụ, phác đồ điều trị và chương trình chăm sóc, các cán bộ y tế và nhân viên chăm sóc người cao tuổi cần cung cấp cho người bệnh và người chăm sóc, gia đình người bệnh:
- thông tin ở dạng ngôn ngữ mong muốn, với hình thức có thể tiếp cận được dễ dàng
  - hỗ trợ từ người phiên dịch có chuyên môn
  - các can thiệp bằng ngôn ngữ quen thuộc với người bệnh.
- 10 PP Các cán bộ y tế cần cân nhắc nhu cầu của mỗi cá nhân và cung cấp thông tin ở dạng dễ tiếp cận với người ở các trình độ hiểu biết về sức khỏe khác nhau, cũng như cân nhắc nhu cầu đặc biệt của những người gặp khó khăn về ngôn ngữ hoặc không biết đọc.
- 11 PP Bệnh viện cần áp dụng các chiến lược để tối đa hóa mức độ độc lập và hạn chế nguy cơ thương tích với các người bệnh sa sút trí tuệ, các chiến lược này đã được quy định bởi Hội đồng quốc gia Úc về an toàn và chất lượng trong chăm sóc sức khỏe.
- 12 PP Các tổ chức tham gia vào quá trình chăm sóc sức khỏe ban đầu, tuyến trên và tại các bệnh viện cần cân nhắc đến nhu cầu của người bệnh sa sút trí tuệ khi thiết kế các dịch vụ và trang thiết bị chăm sóc sức khỏe và chăm sóc người cao tuổi. Đặc biệt, các dịch vụ này cần được cấu trúc để bổ sung cho các dịch vụ hiện có tại địa phương.
- 13 PP Người bệnh mắc sa sút trí tuệ khởi phát sớm thường có nhu cầu riêng; các tổ chức cần thiết kế dịch vụ phù hợp để đảm bảo rằng các dịch vụ này phù hợp và hướng đến đúng nhu cầu của người bệnh khởi phát sớm, cũng như người chăm sóc và gia đình họ.

## Những điểm cần cân nhắc đối với người Aborigin và cư dân đảo Torres Strait

- 14 PP Cần tham khảo người đại diện của cộng đồng người bản địa và cơ quan y tế bản địa tại địa phương trong quá trình phát triển, thực hiện và xem xét lại tất cả các bước tiến hành đối với cộng đồng người bản địa. Việc thành lập một hội đồng tư vấn của người bản địa hoặc tham khảo ý kiến của một hội đồng hiện hành sẽ giúp đảm bảo quá trình hợp tác. Khi cần, các nhóm có thể tham khảo ý kiến của Nhóm tư vấn người bệnh sa sút trí tuệ và Alzheimer thuộc Aborigin và cư dân đảo Torres Strait hoặc các tổ chức sức khỏe liên quan đến người bản địa của địa phương hoặc của toàn bang.
- 15 PP Các dịch vụ sức khỏe và chăm sóc người cao tuổi nhằm mục đích cải thiện sức khỏe và mức độ chăm sóc người bệnh Úc bản địa bị sa sút trí tuệ cần lưu ý về văn hóa, cần được cung cấp thông tin và hỗ trợ bởi phiên dịch viên và/hoặc các chuyên gia văn hóa khi cần, đặc biệt trong quá trình đánh giá, trao đổi chẩn đoán và lấy đồng thuận.
- 16 PP Các dịch vụ sức khỏe và chăm sóc người cao tuổi nhằm mục đích cải thiện sức khỏe và mức độ chăm sóc người bệnh Úc bản địa bị sa sút trí tuệ cần tuyển dụng các nhân viên là người bản địa ở các cấp độ khác nhau để đóng góp một cách chủ động vào mục tiêu này.
- 17 PP Các cán bộ y tế và nhân viên chăm sóc người cao tuổi cần tham khảo ý kiến của gia đình và người đại diện cho cộng đồng người bản địa để đưa ra kế hoạch chăm sóc phù hợp với văn hóa của họ. Một người quản lý (có thể là một nhân viên có nguồn gốc là người bản địa) có thể tham gia đánh giá và phối hợp với các dịch vụ hỗ trợ cũng như các cơ quan bảo hộ.
- 18 PP Do việc chuyển đổi kế hoạch chăm sóc sang chế độ chăm sóc tại nhà là một bước khó với người bệnh sa sút trí tuệ, gia đình người bệnh và các nhân viên xã hội, y tế, chăm sóc cần nhạy cảm và lưu ý đến việc sắp xếp sự hỗ trợ từ phía cộng đồng và các nhân viên người bản địa tại thời điểm này.



## Các điểm cần lưu ý với cộng đồng đa dạng về văn hóa và ngôn ngữ

- 19 PP Cần tham khảo người đại diện của cộng đồng đa dạng về ngôn ngữ và văn hóa (những người có đủ kiến thức và kỹ năng) trong quá trình phát triển, thực hiện và xem xét lại mọi phương pháp tiếp cận người bệnh sa sút trí tuệ trong cộng đồng này. Cần duy trì sự có mặt liên tục của cộng đồng này để đảm bảo tham khảo ý kiến phù hợp và nhận được hỗ trợ cần thiết. Nếu cần, các nhóm nên tham khảo Mạng lưới sa sút trí tuệ và Alzheimer đa văn hóa quốc gia Úc. Nên cung cấp lại phản hồi cho cộng đồng để có thể rà soát lại trong các giai đoạn sau.
- 20 PP Cán bộ y tế và nhân viên chăm sóc người cao tuổi cần nhận biết và đáp ứng nhu cầu về văn hóa và ngôn ngữ của người bệnh sa sút trí tuệ trong cộng đồng đa dạng văn hóa, ngôn ngữ cũng như người chăm sóc và gia đình họ. Các dịch vụ cần sử dụng đa dạng các công cụ giao tiếp, bao gồm cả làm việc với các nhân viên đa ngôn ngữ, đa văn hóa hoặc các phiên dịch viên trong toàn bộ quá trình cung cấp dịch vụ, đặc biệt trong quá trình đánh giá, trao đổi về chẩn đoán và lấy đồng thuận.
- 21 PP Những người chăm sóc và gia đình người bệnh thuộc nhóm đa dạng về văn hóa và ngôn ngữ cần được hỗ trợ, giáo dục và cung cấp thông tin thông qua quá trình hợp tác với các cơ quan đại diện cho các dân tộc chuyên biệt và các thông tin cần được trao đổi thông qua các nhân viên đa ngôn ngữ và đa văn hóa tại địa phương.

## Phát hiện sớm

- 22 CBR Không nên tiến hành sàng lọc bệnh sa sút trí tuệ trên toàn bộ quần thể chung.
- 23 PP Các lo ngại hoặc triệu chứng cần được xem xét ngay lần đầu tiên xuất hiện, ghi nhận hoặc báo cáo bởi người bệnh, người chăm sóc hoặc gia đình người bệnh và không nên được nhầm lẫn là “một phần của tuổi già”.
- 24 CBR Các cán bộ y tế làm việc với người cao tuổi cần nhận thức rõ tình trạng suy giảm nhận thức trên người bệnh, đặc biệt là người bệnh từ 75 tuổi trở lên.

## Các dịch vụ đánh giá của bác sĩ chuyên khoa

- 25 EBR  
Thấp Người bệnh có nghi ngờ chẩn đoán sa sút trí tuệ cần được chuyển sang bác sĩ chuyên khoa về đánh giá trí nhớ hoặc trung tâm chuyên về đánh giá nhận thức.
- 26 PP Các bác sĩ và trung tâm chuyên về đánh giá trí nhớ cần cung cấp dịch vụ phù hợp giúp đưa ra chẩn đoán kịp thời và cần tổ chức đầy đủ các dịch vụ đánh giá, chẩn đoán, điều trị và phục hồi chức năng để đáp ứng nhu cầu của người bệnh mắc các dạng và mức độ sa sút trí tuệ khác nhau, cũng như nhu cầu của người chăm sóc và gia đình người bệnh tại cộng đồng. Việc chuyển người bệnh sang các khoa điều trị hoặc các dịch vụ chăm sóc nên được thực hiện trực tiếp bởi các bác sĩ chuyên khoa hoặc các trung tâm đánh giá trí nhớ.
- 27 CBR Các trung tâm đánh giá trí nhớ hoặc các bác sĩ chuyên khoa, ngay khi phát hiện người bệnh có suy giảm nhận thức mức độ nhẹ nên thực hiện quá trình theo dõi chuyên biệt tại các trung tâm đánh giá trí nhớ hoặc với một bác sĩ gia đình, các bác sĩ khác hoặc điều dưỡng sau 6 đến 18 tháng để giám sát sự thay đổi về nhận thức và các dấu hiệu khác có thể là sa sút trí tuệ.

## Chẩn đoán sa sút trí tuệ

- 28 PP Chẩn đoán sa sút trí tuệ chỉ được khẳng định sau khi đã tiến hành đánh giá kỹ lưỡng, bao gồm:
- thông tin tiền sử thu thập từ người bệnh
  - thông tin tiền sử thu thập từ một người biết rõ về người bệnh, nếu có thể
  - khám tình trạng nhận thức và trí tuệ, sử dụng công cụ được thẩm định
  - khám thể chất
  - xem xét lại các thuốc đang sử dụng nhằm phát hiện và giảm thiểu việc dùng thuốc, bao gồm các thuốc không cần kê đơn (các thuốc này có thể làm đảo ngược chức năng nhận thức) và nhằm đơn giản hóa chế độ liều của các thuốc
  - xem xét các nguyên nhân khác (bao gồm mê sảng hoặc trầm cảm).

- 29 PP Tại thời điểm chẩn đoán sa sút trí tuệ và vào mỗi lần khám định kỳ tiếp theo, cần đánh giá các bệnh lý mắc kèm và các đặc điểm tâm lý chính liên quan đến sa sút trí tuệ, bao gồm trầm cảm và rối loạn tâm thần, để đảm bảo quản lý tối ưu các tình trạng mắc kèm.
- 30 PP Trong lần phát hiện đầu tiên, nên thực hiện sàng lọc sa sút trí tuệ cơ bản, thường tiến hành tại cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu. Quá trình này bao gồm các xét nghiệm máu sau:
- công thức máu thường quy
  - xét nghiệm sinh hóa (bao gồm các chất điện giải, canxi, đường máu, chức năng gan thận)
  - xét nghiệm chức năng tuyến giáp
  - xét nghiệm vitamin B12 và folate huyết thanh.
- 31 PP Chỉ nên thực hiện xét nghiệm kiểm tra giang mai hoặc HIV trên những người bệnh mà tiền sử cho thấy họ có nguy cơ mắc bệnh lý này.
- 32 PP Biểu hiện lâm sàng sẽ giúp quyết định việc có cần phải thực hiện thêm các biện pháp cận lâm sàng khác như chụp X-quang hay điện tim. Cần nhắc làm điện tim nếu có ý định kê thuốc nhóm ức chế acetylcholinesterase.
- 33 PP Không nên thực hiện thường quy xét nghiệm dịch não tủy cho người bệnh sa sút trí tuệ. Có thể chỉ định xét nghiệm này nếu nghi ngờ bệnh Creutzfeldt–Jakob hoặc trong trường hợp sa sút trí tuệ tiến triển nhanh.
- 34 PP Việc phân loại các dạng sa sút trí tuệ cần được thực hiện bởi chuyên gia có kinh nghiệm trong chẩn đoán phân biệt, sử dụng bộ tiêu chuẩn quốc tế đã được phê duyệt (xem Phụ lục 2).
- 35 PP Không nên thực hiện thường quy điện não đồ trên người bệnh sa sút trí tuệ. Chỉ cần nhắc thực hiện điện não đồ nếu nghi ngờ mê sảng hoặc bệnh Creutzfeldt–Jakob, hoặc khi đánh giá tình trạng rối loạn động kinh mắc kèm trên bệnh nhân sa sút trí tuệ.
- 36 PP Chỉ cần nhắc thực hiện sinh thiết não trên một số người bệnh được lựa chọn kỹ mà sa sút trí tuệ được cho là có nguyên nhân do một tình trạng tổn thương nặng không hồi phục và không thể chẩn đoán bằng bất kỳ cách nào khác.
- 37 PP Nhiều kỹ thuật chẩn đoán bao gồm cả chỉ thị sinh học cho các tổn thương thần kinh và dạng amyloid (ví dụ như [FDG-PET] (18F-fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography) hoặc CSF tau) hiện đang được đánh giá và có thể hữu ích trong việc tiếp cận sa sút trí tuệ trong tương lai. Vẫn còn quá sớm để sử dụng thường quy các kỹ thuật này trong thực hành lâm sàng.

### Đánh giá nhận thức

- 38 PP Đánh giá lâm sàng về nhận thức trên người bệnh nghi ngờ sa sút trí tuệ nên bao gồm quá trình khám dựa trên các bộ công cụ đã được thẩm định và có độ tinh cậy đã được thiết lập. Khi phiên giải kết quả đánh giá, cán bộ y tế và nhân viên chăm sóc người cao tuổi cần xem xét đến toàn bộ các yếu tố khác có thể ảnh hưởng đến kết quả, bao gồm tuổi, trình độ nhận thức, người bệnh không giao tiếp được bằng tiếng Anh, mức độ hoạt động chức năng trước đó, gặp khó khăn về ngôn ngữ, khiếm thính hoặc khiếm thị, có bệnh lý tâm thần hoặc có vấn đề về thể chất/thần kinh.
- 39 EBR  
Thấp<sup>1</sup> Khuyến cáo sử dụng bộ công cụ đánh giá nhận thức cho người bản địa Kimberleyen (KICA-Cog-Kimberleyenous Cognitive Assessment) hoặc bộ công cụ sàng lọc KICA cho người bệnh Úc bản địa sống ở vùng sâu vùng xa, do trên đối tượng này việc sử dụng các bộ công cụ đánh giá nhận thức khác được coi là không phù hợp

<sup>1</sup> Chất lượng bằng chứng được coi là thấp đối với KICA-Cog và được coi là rất thấp với bộ công cụ sàng lọc KICA

- 40 EBR *Thấp* Khuyến cáo sử dụng bộ công cụ KICA hiệu chỉnh (mKICA- modified KICA) thay cho bộ công cụ đánh giá tình trạng trí tuệ (MMSE- Mini Mental State Exam) trên quần thể người Úc bản địa tại thành thị và nông thôn khi xét thấy mức độ mù chữ, ngôn ngữ và văn hóa phù hợp.
- 41 EBR *Rất thấp* Nên cân nhắc sử dụng thang đánh giá sa sút trí tuệ Rowland (RUDAS- Rowland Universal Dementia Assessment Scale) để đánh giá nhận thức trên quần thể CALD.
- 42 PP Việc xét nghiệm tâm thần kinh một cách chính thức có thể là một phần của quá trình đánh giá trong các trường hợp mà chẩn đoán sa sút trí tuệ chưa hoàn toàn chắc chắn.

### Chẩn đoán hình ảnh thần kinh

- 43 PP Các chẩn đoán hình ảnh về cấu trúc (bằng CT hoặc cộng hưởng từ [MRI]) nên được sử dụng thường xuyên trong quá trình đánh giá người bệnh có nghi ngờ sa sút trí tuệ để loại trừ các bệnh lý não bộ và để có căn cứ thiết lập chẩn đoán phân biệt các dạng, ngoại trừ trường hợp thực tế lâm sàng cho thấy việc này không phù hợp. Các biện pháp chụp cấu trúc có thể không phải lúc nào cũng cần thiết trên những người bệnh sa sút trí tuệ mức độ trung bình-đến-nặng, nếu như chẩn đoán đã rõ ràng.
- 44 EBR *Rất thấp* Không nên sử dụng HMPAO SPECT trên người bệnh suy giảm nhận thức mức độ nhẹ (MCI- mild cognitive impairment) trong cả hai trường hợp là chẩn đoán phân biệt sa sút trí tuệ với suy giảm nhận thức mức độ nhẹ hoặc để chẩn đoán phân biệt suy giảm nhận thức tiến triển hoặc không tiến triển.

### Trao đổi về chẩn đoán

- 45 PP Việc trao đổi với người bệnh sa sút trí tuệ về chẩn đoán bệnh của họ nên được thực hiện bởi một bác sĩ.
- 46 PP Bác sĩ nên trao đổi một cách trung thực, tôn trọng, sử dụng cách tiếp cận từ từ, cá thể hóa với từng người bệnh khi trao đổi về chẩn đoán cho người bệnh, người chăm sóc và gia đình họ.
- 47 PP Bác sĩ nên nhận thức rằng người bệnh có quyền được biết chẩn đoán của họ và đồng thời cũng có quyền không biết chẩn đoán. Trong một số trường hợp hãn hữu, nếu người bệnh sa sút trí tuệ nói rằng họ không muốn nhắc đến chẩn đoán bệnh của họ, cần tôn trọng điều này. Bác sĩ nên đảm bảo rằng người chăm sóc và gia đình người bệnh được hỗ trợ để xoay sở trong hoàn cảnh này và kiểm soát được hệ quả của quyết định này (ví dụ như cân nhắc việc người bệnh lái xe...). Một số trường hợp ý kiến khác nhau, ví dụ như khi người chăm sóc và gia đình yêu cầu không trao đổi với người bệnh về chẩn đoán của họ, cần được giải quyết bằng cách trao đổi thảo luận theo thời gian, nếu thực sự cần thiết.
- 48 PP Bác sĩ nên cung cấp thông tin về bệnh sa sút trí tuệ một cách rõ ràng và nhấn mạnh rằng diễn biến của bệnh thường chậm, việc điều trị triệu chứng hiện sẵn có và các nghiên cứu vẫn đang được tiến hành để tìm ra cách chữa, mặc dù đến giờ vẫn chưa thu được thành công.
- 49 PP Các bác sĩ nên lưu ý rằng người bệnh có tiền sử trầm cảm và/hoặc đã từng tự làm tổn thương bản thân có thể có nguy cơ gặp trầm cảm, tự làm tổn thương hoặc thậm chí là tự tử sau khi được chẩn đoán sa sút trí tuệ, đặc biệt trong một vài tháng đầu sau khi chẩn đoán. Mặc dù các phản ứng này được coi là bình thường, vẫn cần tư vấn thêm cho người bệnh để hỗ trợ họ trong giai đoạn này.

## Thông tin và các biện pháp hỗ trợ người bệnh sa sút trí tuệ

- 50 PP Cán bộ y tế và nhân viên chăm sóc người cao tuổi cần lưu ý rằng người bệnh sa sút trí tuệ, người chăm sóc và gia đình người bệnh đều cần hỗ trợ để đối mặt với các khó khăn khi người bệnh được chẩn đoán căn bệnh này.
- 51 CBR Tiếp theo quá trình chẩn đoán sa sút trí tuệ, (trừ trường hợp người bệnh nêu rõ là họ không cần tư vấn), nhân viên y tế và nhân viên chăm sóc người cao tuổi nên cung cấp cho họ, người chăm sóc và gia đình người bệnh các thông tin dưới dạng bản in và thông tin tư vấn bằng lời ở dạng dễ tiếp cận về:
- dấu hiệu và triệu chứng sa sút trí tuệ
  - thực tế và tiên lượng của bệnh
  - phác đồ điều trị
  - các nguồn cung cấp lời khuyên về tài chính, luật pháp và quyền bảo hộ
  - các vấn đề liên quan đến luật pháp-sức khỏe, bao gồm cả việc lái xe.
- 52 EBR  
Rất thấp Người bệnh được chẩn đoán sa sút trí tuệ, đặc biệt là những người sống một mình, cần được cung cấp thông tin về việc làm thế nào tham gia các nhóm hỗ trợ xã hội.
- 53 PP Nhân viên y tế và nhân viên chăm sóc người cao tuổi cần đảm bảo rằng người bệnh sa sút trí tuệ, người chăm sóc và gia đình họ được cung cấp các thông tin dưới dạng văn bản và tư vấn bằng lời liên quan đến các dịch vụ phù hợp hiện có sẵn tại cộng đồng (bao gồm các dịch vụ được cung cấp bởi các tổ chức như Alzheimer's Australia, Carers Australia, Aged Care Assessment Teams, My Aged Care). Tất cả lời khuyên và thông tin cần được lưu lại.

## Việc tổ chức các dịch vụ sức khỏe

- 54 EBR  
Rất thấp Người quản lý các cơ sở y tế và chăm sóc người cao tuổi cần phối hợp, liên kết, giới thiệu, chuyển người bệnh và liên hệ qua lại với tất cả các tổ chức có liên quan trong việc đánh giá, điều trị, hỗ trợ và chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ, người chăm sóc và gia đình người bệnh, bao gồm cả việc tham gia vào xây dựng các quy trình và chính sách. Người bệnh sa sút trí tuệ, người thân và gia đình của họ cũng cần được hỏi ý kiến trong quá trình hoạch định chính sách và quy trình tại địa phương.
- 55 EBR  
Rất thấp Các nhà hoạch định hệ thống y tế cần đảm bảo rằng người bệnh sa sút trí tuệ được tiếp cận tới một người điều phối việc chăm sóc, đây là người có khả năng làm việc với người bệnh, người chăm sóc và gia đình ngay từ thời điểm chẩn đoán bệnh. Nếu có nhiều dịch vụ cùng liên quan trong quá trình chăm sóc người bệnh, các dịch vụ này cần thống nhất để đưa ra một địa chỉ liên hệ chính cho người bệnh, nơi mà người bệnh có thể nhận được thông tin và sự hỗ trợ trong mọi trường hợp cần thiết.
- 56 PP Người điều phối việc chăm sóc nên đảm bảo rằng các kế hoạch chăm sóc được xây dựng trên cơ sở hợp tác với người bệnh, người chăm sóc, gia đình họ và dựa trên quá trình trao đổi thấu hiểu, bao gồm cả quá trình trước đây của người bệnh về cuộc sống, hoàn cảnh gia đình, xã hội, mục tiêu, mong muốn, cũng như nhu cầu sức khỏe thể chất, tinh thần, thói quen và mức độ hoạt động chức năng, khả năng của người bệnh tại thời điểm hiện tại.
- 57 PP Người điều phối chăm sóc cần đảm bảo cung cấp toàn diện các dịch vụ sức khỏe và chăm sóc người cao tuổi cho người bệnh sa sút trí tuệ. Các dịch vụ này liên quan đến:
- kế hoạch chăm sóc được xây dựng trên cơ sở phối hợp với người bệnh, người chăm sóc và gia đình họ và có tính đến nhu cầu của người bệnh thay đổi theo từng giai đoạn
  - phân công cụ thể nhân viên y tế và/hoặc nhân viên chăm sóc người cao tuổi để thực hiện kế hoạch chăm sóc
  - xem xét lại kế hoạch chăm sóc một cách chính thức với tần suất được thống nhất giữa các chuyên gia có liên quan và người bệnh sa sút trí tuệ, người chăm sóc và gia đình người bệnh.
- 58 PP Những người hoạch định hệ thống sức khỏe cần xây dựng các con đường tiếp cận dịch vụ cho người sa sút trí tuệ tại địa phương và xây dựng các phần mềm hỗ trợ ra quyết định để cải thiện quá trình chẩn đoán và quản lý bệnh sa sút trí tuệ.



## Đào tạo nhân viên và sinh viên

59 EBR  
Thấp Các tổ chức y tế và chăm sóc người cao tuổi cần đảm bảo rằng tất cả các nhân viên làm việc với người bệnh sa sút trí tuệ đều được huấn luyện về việc chăm sóc người bệnh mắc bệnh lý này (thái độ, kiến thức và kỹ năng) với nội dung phù hợp với vai trò và trách nhiệm của họ. Việc đào tạo cần phản ánh được chương trình đã được chứng minh là tối ưu trong việc chăm sóc cho người bệnh sa sút trí tuệ. Các chương trình hiệu quả có thể là: trao đổi trực tiếp bởi nhân viên có kinh nghiệm trong chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ; xếp lịch tham gia các khóa đào tạo; được hướng dẫn hoặc hỗ trợ bởi người có kinh nghiệm trong chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ; sử dụng các kỹ thuật học chủ động như giải quyết vấn đề, đóng vai, dạy học dựa trên tình huống.

60 EBR  
Thấp Các chương trình đào tạo cần dễ hiểu và tập trung vào việc trao đổi hiệu quả với người bệnh sa sút trí tuệ, người chăm sóc và gia đình họ trong việc nhận thức, ngăn ngừa và xử trí các triệu chứng về hành vi và tâm lý trên người bệnh sa sút trí tuệ. Đội ngũ nhân viên cần được huấn luyện về các nguyên tắc của quá trình chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm và làm cách nào để áp dụng nguyên tắc này vào thực hành.

61 PP Do người bệnh sa sút trí tuệ rất dễ bị lạm dụng và bỏ mặc, đội ngũ nhân viên chăm sóc y tế và chăm sóc sức khỏe người cao tuổi cần nhận được các thông tin và đào tạo về việc làm thế nào để ngăn ngừa và giải quyết các trường hợp nghi ngờ bị lạm dụng.

62 PP Các chương trình giáo dục được tiến hành liên quan đến y tế và chăm sóc người cao tuổi cần được đánh giá về tác động lên quá trình thực hành của đội ngũ nhân viên và hiệu quả đầu ra đối với người bệnh, người chăm sóc và gia đình người bệnh trong diện tác động của chương trình.

63 PP Tất cả các chương trình đào tạo đại học về khoa học sức khỏe nên chứa nội dung đầy đủ và độc lập về việc đánh giá, điều trị, hỗ trợ và chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ. Nội dung cần bao gồm việc chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm, các lĩnh vực sức khỏe, xã hội, pháp lý liên quan đến chẩn đoán sa sút trí tuệ đối với người bệnh sa sút trí tuệ, người chăm sóc và gia đình người bệnh.

## Sống khỏe

64 PP Nhân viên y tế và nhân viên chăm sóc người cao tuổi cần hỗ trợ người bệnh sa sút trí tuệ trong việc đảm bảo đủ dinh dưỡng và cân bằng nước thông qua chế độ ăn uống lành mạnh, cân bằng. Người bệnh sa sút trí tuệ cần được giám sát cân nặng và tình trạng dinh dưỡng định kỳ. Trong trường hợp dinh dưỡng kém, cần tham khảo chuyên gia dinh dưỡng và/hoặc đánh giá bởi một bác sĩ chuyên về các bệnh lý liên quan đến lời nói.

65 PP Nhân viên y tế chăm sóc răng miệng cũng là một phần của đội ngũ chăm sóc y tế cho người bệnh sa sút trí tuệ. Dựa vào chẩn đoán, bác sĩ nên khuyến cáo người bệnh sa sút trí tuệ (hoặc người chăm sóc, hoặc gia đình họ) đặt hẹn với nha sĩ. Nha sĩ cần thực hiện quá trình đánh giá và thiết lập kế hoạch điều trị dài hạn.

## Khuyến khích người bệnh độc lập trong các hoạt động chức năng

66 PP Nhân viên y tế và nhân viên chăm sóc người cao tuổi cần hướng đến việc khuyến khích và duy trì khả năng độc lập về chức năng và về xã hội cho người bệnh sa sút trí tuệ trong cộng đồng cũng như trong các viện dưỡng lão. Các can thiệp cần hướng đến hoạt động hàng ngày để tối đa hóa tính độc lập, chức năng và cam kết thực hiện. Các can thiệp này bao gồm:

- tính nhất quán của đội ngũ nhân viên chăm sóc
- sự ổn định của môi trường sống
- tính linh hoạt để phù hợp với khả năng của người bệnh thay đổi theo giai đoạn
- hỗ trợ người bệnh sa sút trí tuệ, người chăm sóc và gia đình họ tham gia vào việc thiết kế các hoạt động phù hợp thực sự có ý nghĩa và tạo hứng thú
- đánh giá và can thiệp, phối hợp với người chăm sóc và gia đình người bệnh bất cứ khi nào có thể, để khuyến khích các kỹ năng tự chăm sóc một cách độc lập và tránh xảy ra thương tích, đặc biệt hỗ trợ người bệnh sa sút trí tuệ để duy trì khả năng đại tiện tiện có kiểm soát.



- 67 EBR  
Thấp Người bệnh sa sút trí tuệ sống trong cộng đồng cần được cung cấp các can thiệp trị liệu nghề nghiệp bao gồm: đánh giá môi trường và điều chỉnh để hỗ trợ các hoạt động độc lập; chỉ định các kỹ thuật hỗ trợ; và lựa chọn can thiệp phù hợp để khuyến khích các hoạt động hàng ngày có thể liên quan đến việc giải quyết vấn đề, làm đơn giản hóa công việc, giáo dục và huấn luyện kỹ năng cho người chăm sóc và gia đình người bệnh.
- 68 EBR  
Thấp Người bệnh sa sút trí tuệ cần được động viên tập thể dục. Có thể cần bác sĩ vật lý trị liệu và các chuyên gia về tập luyện thể dục đánh giá và đưa ra lời khuyên.

### Các thuốc ức chế acetylcholinesterase và memantine

- 69 EBR  
Thấp Bất cứ thuốc nào trong 3 thuốc ức chế acetylcholinesterase (donepezil, galantamine hoặc rivastigmine) đều được khuyến cáo lựa chọn trong quản lý triệu chứng của bệnh Alzheimer từ nhẹ đến trung độ nặng. Bất cứ thuốc nào trong 3 thuốc ức chế acetylcholinesterase có thể được cân nhắc trong điều trị triệu chứng của bệnh Alzheimer mức độ nặng.<sup>2</sup> Trước khi bắt đầu điều trị, bác sĩ cần cân nhắc thực hiện điện tim (ECG), ghi lại cân nặng và thực hiện thang đánh giá khả năng ngã. Tránh sử dụng đồng thời các thuốc có cùng hoạt tính kháng cholinergic.
- 70 EBR  
Trung bình Bác sĩ và điều dưỡng cần lưu ý rằng các thuốc ức chế acetylcholinesterase có liên quan đến một số phản ứng bất lợi có nguy cơ gây hại. Các phản ứng này bao gồm (nhưng không chỉ giới hạn bởi) nôn, buồn nôn, tiêu chảy, chóng mặt, tăng mức độ và tần suất tiểu tiện mất kiểm soát, ngã, đau cơ, sút cân, chán ăn, đau đầu, mất ngủ. Hiếm gặp trường hợp ngừng tim, nhưng có thể gặp phản ứng bất lợi tiềm tàng nghiêm trọng.
- 71 EBR  
Trung bình Memantine được khuyến cáo là một lựa chọn cho người bệnh Alzheimer mức độ trung bình đến nặng, đây là những người bệnh không dung nạp hoặc có chống chỉ định với các thuốc ức chế acetylcholinesterase. Với các người bệnh suy thận nặng (độ thanh thải creatinin < 30ml/phút), cần giảm liều memantine 2 lần.
- 72 EBR  
Thấp Bất cứ thuốc nào trong 3 thuốc ức chế acetylcholinesterase (donepezil, galantamine hoặc rivastigmine) đều có thể cân nhắc sử dụng để điều trị triệu chứng sa sút trí tuệ thể Lewy, sa sút trí tuệ trong bệnh Parkinson's Disease, sa sút trí tuệ do mạch máu hoặc sa sút trí tuệ hỗn hợp.<sup>3</sup>
- 73 EBR  
Thấp Việc kết hợp một thuốc ức chế acetylcholinesterase với memantine có thể được cân nhắc để kiểm soát triệu chứng bệnh Alzheimer mức độ trung bình đến nặng.<sup>4</sup>
- 74 PP Người bệnh đã được kê một thuốc ức chế acetylcholinesterase hoặc memantine cần được khám lại trong khoảng thời gian ngắn (ví dụ như 1 tháng) để đánh giá các tác dụng không mong muốn và chỉnh liều, tiếp theo được khám lại trong vòng 6 tháng để đánh giá mức độ đáp ứng có ý nghĩa trên lâm sàng đối với phác đồ điều trị. Khuyến cáo xem xét lại và cân nhắc dừng kê đơn thuốc vào mỗi khoảng nghỉ định kỳ bao gồm cả thời gian nhập viện dưỡng lão.
- 75 EBR  
Thấp Không nên kê đơn các thuốc ức chế acetylcholinesterase cho người bệnh suy giảm nhận thức mức độ nhẹ

<sup>2</sup> Hiện tại không được đưa vào danh sách để điều trị bệnh Alzheimer nặng dựa trên đánh giá lợi ích về dược học

<sup>3</sup> Hiện tại không được đưa vào danh sách cho chỉ định này dựa trên đánh giá lợi ích về dược học

<sup>4</sup> Danh sách dựa trên đánh giá lợi ích về dược học đối với đơn trị liệu

## Bổ sung dinh dưỡng

76	EBR Trung bình	Một số đồ uống bổ sung dinh dưỡng hiện đang được nghiên cứu trong việc làm giảm các triệu chứng của suy giảm nhận thức mức độ nhẹ hoặc sa sút trí tuệ, trong đó có một loại được đưa ra thị trường tại Úc (Souvenaid <sup>®</sup> ). Hiện nay chưa có đủ bằng chứng để khuyến cáo việc sử dụng thường quy Souvenaid <sup>®</sup> trên người bệnh Alzheimer thể nhẹ. Không nên khuyến cáo Souvenaid <sup>®</sup> cho người bệnh Alzheimer mức độ trung bình đến nặng.
----	----------------------	--

## Các triệu chứng trên hành vi và tâm lý của bệnh sa sút trí tuệ

77	PP	<p>Các nhân viên y tế, nhân viên chăm sóc người cao tuổi, người chăm sóc và gia đình người bệnh cần nhận diện, giám sát và xử lý các vấn đề liên quan đến môi trường, thể chất, tâm lý có thể làm tăng khả năng khiến người bệnh sa sút trí tuệ gặp phải các triệu chứng khó chịu về mặt hành vi và tâm lý. Các yếu tố này bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• các nhu cầu không được đáp ứng (ví dụ như: đau, đói, cần đi vệ sinh, thiếu riêng tư, thiếu các hoạt động có ý nghĩa, nhu cầu giao tiếp)</li><li>• giảm mức độ chịu đựng căng thẳng (ví dụ như: có mâu thuẫn hoặc giảm giao tiếp với người thân trong gia đình hoặc căng thẳng với người chăm sóc, với đội ngũ nhân viên)</li></ul>
78	PP	<p>Người bệnh sa sút trí tuệ có xuất hiện triệu chứng về hành vi và tâm lý cần được đánh giá kỹ lưỡng ngay ở giai đoạn sớm bởi một chuyên gia có kỹ năng trong việc đánh giá và xử lý triệu chứng. Việc này có thể cần sự tham gia của người chăm sóc và gia đình khi cần thiết và bao gồm các nội dung sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• phân tích hành vi (ví dụ: các yếu tố gây khởi phát, mô tả hành động và hệ quả (tiếp cận ABC), tần suất, thời gian, biểu hiện)</li><li>• đánh giá tình trạng sức khỏe thể chất và tinh thần của người bệnh</li><li>• mức độ đau hoặc mức độ khó chịu</li><li>• khả năng người bệnh gặp phản ứng bất lợi của thuốc</li><li>• ảnh hưởng của niềm tin tôn giáo, tinh thần và yếu tố văn hóa</li><li>• các yếu tố tương tác giữa con người và môi trường thể chất</li><li>• đánh giá sức khỏe và cách giao tiếp của người chăm sóc với người bệnh sa sút trí tuệ</li><li>• hiểu các hành vi này giống như là một dạng giao tiếp.</li></ul>
79	PP	<p>Người bệnh sa sút trí tuệ có xuất hiện các triệu chứng về hành vi và tâm lý luôn cần được điều trị trước tiên bằng cách tiếp cận không dùng thuốc. Điều trị bằng thuốc chỉ được sử dụng hàng đầu khi người bệnh, người chăm sóc hoặc gia đình người bệnh bị lo âu nghiêm trọng, hoặc khi nghi ngờ đau là nguyên nhân gây ra triệu chứng hoặc khi có nguy cơ tức thời có thể gây tổn hại cho người bệnh sa sút trí tuệ hoặc người khác (ví dụ khi các triệu chứng rất nặng). Trong trường hợp điều trị bằng thuốc, luôn nhớ rằng, thuốc chỉ là biện pháp bổ sung, không thể thay thế các biện pháp tiếp cận không dùng thuốc.</p>
80	PP	<p>Việc đo lường khách quan các triệu chứng hành vi và tâm lý của sa sút trí tuệ cần được thực hiện dựa trên các công cụ có giá trị mạnh về đo lường tâm lý và được sử dụng để giám sát các dạng và các nhóm hành vi.</p>

81	EBR Thấp	Nếu một người bệnh sa sút trí tuệ được nghi ngờ là có tình trạng đau là nguyên nhân của trạng thái căng thẳng hoặc hành vi bất thường, được chỉ ra bởi đáp ứng với bộ công cụ đánh giá đau khách quan, bước tiếp cận tiếp theo là cho người bệnh dùng thử thuốc giảm đau. Việc thử dùng thuốc giảm đau này chỉ được thực hiện trong một khoảng thời gian nhất định, đặc biệt là khi sử dụng các thuốc opioids.
82	EBR Thấp	Nhân viên y tế và nhân viên chăm sóc người cao tuổi cần nỗ lực để làm giảm tối đa tác động của các triệu chứng trên hành vi và tâm lý của sa sút trí tuệ bằng cách cung cấp cho người bệnh quá trình chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm (quá trình chăm sóc phù hợp với 10 nguyên tắc về giá trị đích thực trong chăm sóc).
83	PP	Cán bộ y tế và nhân viên chăm sóc người cao tuổi cần được huấn luyện để xây dựng kế hoạch chăm sóc cho từng người bệnh (phối hợp với người chăm sóc và gia đình người bệnh) trong đó đưa ra kế hoạch quản lý khủng hoảng một cách rõ ràng để dự đoán trước các triệu chứng hành vi và tâm lý của sa sút trí tuệ cũng như làm cách nào để đối phó với tình trạng bạo lực, hung hãn, kích động, bao gồm cả kỹ thuật xuống thang.
84	EBR Rất thấp đến thấp	Với người bệnh sa sút trí tuệ có kèm theo trầm cảm và/hoặc lo âu hoặc kích động, các can thiệp cần được điều chỉnh phù hợp với mong muốn, kỹ năng và khả năng của người bệnh. Cần giám sát đáp ứng của người bệnh với mỗi can thiệp và điều chỉnh kế hoạch chăm sóc phù hợp. Cần cung cấp các biện pháp can thiệp từ nhiều góc độ để giúp người bệnh sa sút trí tuệ cảm thấy thoải mái, kết hợp với các biện pháp hỗ trợ cho từng cá nhân bất cứ khi nào có thể. Nếu không có sẵn các biện pháp can thiệp từ nhiều góc độ, có thể cân nhắc các liệu pháp cá nhân sau đây: Với trường hợp trầm cảm và/hoặc lo lắng: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trị liệu bằng âm nhạc và/hoặc khiêu vũ</li> <li>• Hỗ trợ và tư vấn</li> <li>• Trị liệu bằng biện pháp hồi tưởng.</li> </ul> Với trường hợp bị kích động: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Can thiệp quản lý hành vi</li> <li>• Trị liệu bằng âm nhạc và/hoặc khiêu vũ</li> <li>• Mát xa</li> <li>• Trị liệu bằng biện pháp hồi tưởng</li> </ul>
85	EBR Thấp	Để hỗ trợ người chăm sóc và gia đình người bệnh gặp triệu chứng về hành vi và tâm lý của sa sút trí tuệ, cần cung cấp cho họ các biện pháp hỗ trợ sau: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Huấn luyện kỹ năng cho người chăm sóc về việc xử trí các triệu chứng và giao tiếp một cách hiệu quả với người bệnh sa sút trí tuệ</li> <li>• Lập kế hoạch các hoạt động có ý nghĩa</li> <li>• Thiết kế lại môi trường sống và điều chỉnh để tăng cường mức độ an toàn và sự hào hứng</li> <li>• Lập kế hoạch giải quyết và xử trí các vấn đề phát sinh.</li> </ul>
86	EBR Trung bình	Người bệnh sa sút trí tuệ có tình trạng kích động nên được điều trị thử bằng một đợt thuốc chống trầm cảm ức chế tái thu hồi serotonin chọn lọc (SSRI- selective serotonin reuptake inhibitor) (trong đó các bằng chứng về hiệu quả rõ nhất đã được ghi nhận với citalopram) trong trường hợp các biện pháp điều trị không dùng thuốc tỏ ra không hiệu quả hoặc đã thất bại. Cần đánh giá lại hiệu quả và cân nhắc kê lại đơn thuốc sau 2 tháng. Cần giải thích kỹ về yêu cầu tuân thủ điều trị, thời gian khởi phát tác dụng, nguy cơ gặp phản ứng khi ngừng thuốc và các phản ứng bất lợi có thể gặp phải ngay khi bắt đầu điều trị.

87	PP	Tránh sử dụng các thuốc chống trầm cảm có tác dụng kháng cholinergic (ví dụ như các thuốc chống trầm cảm ba vòng) do thuốc có thể tác động ngược lên khả năng nhận thức.
88	EBR <i>Trung bình</i>	Vai trò của các thuốc chống trầm cảm trong điều trị triệu chứng trầm cảm của người bệnh sa sút trí tuệ vẫn chưa rõ ràng. Các thử nghiệm lớn hơn được thực hiện trên người bệnh sa sút trí tuệ vẫn chưa chỉ ra được lợi ích (dựa vào dữ liệu nhóm) của các thuốc chống trầm cảm trong việc điều trị trầm cảm thực sự. Tuy nhiên, có thể cân nhắc trên người bệnh có tiền sử trầm cảm nặng (trước thời điểm xuất hiện sa sút trí tuệ) và hiện tại mắc kèm trầm cảm nặng, cần điều trị cho người bệnh theo các biện pháp thông thường.
89	EBR <i>Trung bình</i>	Người bệnh mắc Alzheimer, sa sút trí tuệ thể mạch hoặc sa sút trí tuệ thể hỗn hợp có kèm theo các triệu chứng tâm lý hoặc hành vi ở mức độ nhẹ-đến-trung bình không nên được kê đơn thường quy các thuốc chống loạn thần do làm tăng nguy cơ gặp các biến cố bất lợi trên mạch não và nguy cơ tử vong.
90	PP	Tránh sử dụng các thuốc chống loạn thần càng lâu càng tốt trên người bệnh sa sút trí tuệ thể Lewy do nguy cơ gặp các phản ứng bất lợi không mong muốn nghiêm trọng, đặc biệt là tác dụng ngoại tháp. Có thể cân nhắc sử dụng các thuốc ức chế acetylcholinesterase. Nếu sử dụng các thuốc chống loạn thần để xử lý các triệu chứng về hành vi và tâm lý của sa sút trí tuệ, cần sử dụng các thuốc chống loạn thần không điển hình hoặc thuốc thuộc thế hệ 2 với ít khả năng gây ra tác dụng ngoại tháp; quetiapine và olanzapine được coi như thuốc có khả năng dung nạp tốt nhất. <sup>5</sup> Cán bộ y tế cần sử dụng liều thấp và giám sát chặt chẽ các phản ứng bất lợi.
91	EBR <i>Trung bình</i>	Người bệnh sa sút trí tuệ có các triệu chứng về hành vi và tâm lý trong sa sút trí tuệ (ví dụ như loạn thần và/hoặc kích động/trầm cảm) thường gây mệt mỏi cho bản thân họ và người thân, có thể cần được điều trị bằng thuốc chống loạn thần. Risperidone có bằng chứng mạnh nhất trong điều trị loạn thần. Risperidone và olanzapine <sup>1</sup> có bằng chứng mạnh nhất trong điều trị tình trạng kích động/nổi nóng, aripiprazole có mức bằng chứng yếu hơn <sup>5</sup> . Những điều kiện sau đây cũng cần đạt được: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cần thảo luận đầy đủ với người bệnh sa sút trí tuệ, người chăm sóc và gia đình họ về các lợi ích và nguy cơ của phác đồ điều trị. Đặc biệt, cần đánh giá các yếu tố nguy cơ liên quan đến mạch não và thảo luận về việc có thể làm tăng nguy cơ gặp đột quỵ/thiếu máu cục bộ thoáng qua và các phản ứng bất lợi trên nhận thức có thể gặp phải.</li> <li>• Các triệu chứng đích cần được nhận diện, định lượng và ghi chép lại.</li> <li>• Cần xem xét đến tác động của các tình trạng mắc kèm, ví dụ như trầm cảm.</li> <li>• Việc lựa chọn thuốc chống loạn thần cần được thực hiện sau khi đã phân tích lợi ích-nguy cơ trên từng người bệnh.</li> <li>• Nên bắt đầu dùng thuốc với liều thấp và tăng dần nếu cần.</li> <li>• Giám sát các phản ứng bất lợi có thể xuất hiện bao gồm hội chứng chuyển hóa.</li> <li>• Nếu không ghi nhận hiệu quả trong một khoảng thời gian ngắn (thường là 1 đến 2 tuần), cần dừng phác đồ.</li> </ul> Cần xem xét lại phác đồ mỗi 4 đến 12 tuần, cân nhắc nhu cầu sử dụng thêm thuốc chống loạn thần cũng như khả năng có thể ngừng thuốc. Việc xem xét phải bao gồm đánh giá thường quy và ghi nhận tất cả các thay đổi liên quan đến nhận thức và triệu chứng đích.

<sup>5</sup> Thuốc chống loạn thần duy nhất hiện nay được đưa vào danh sách thuốc điều trị các triệu chứng tâm lý và hành vi của sa sút trí tuệ dựa trên lợi ích về mặt dược học là risperidone.

92	PP	Trong trường hợp người bệnh sa sút trí tuệ có các triệu chứng tâm lý và hành vi ở mức độ trung bình đến nặng mà có thể gây nguy hiểm cho bản thân họ hoặc người khác, cần chuyên người bệnh đến bác sĩ chuyên khoa để có biện pháp xử trí các triệu chứng tâm lý và hành vi phù hợp.
93	PP	<p>Nhân viên y tế chịu trách nhiệm sử dụng thuốc để kiểm soát tình trạng bạo lực, kích động, hung hãn trên người bệnh sa sút trí tuệ cần:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• được huấn luyện về cách sử dụng đúng các thuốc để kiểm soát hành vi</li> <li>• có thể đánh giá nguy cơ liên quan đến việc kiểm soát về mặt dược học tình trạng bạo lực, hung hãn, kích động, đặc biệt trên những người bệnh mất nước hoặc ốm nặng</li> <li>• hiểu được tác động trên tim và hô hấp khi sử dụng thuốc tức thời và yêu cầu chỉnh liều từ từ để đáp ứng hiệu quả điều trị</li> <li>• nhận thức được tầm quan trọng của việc đặt người bệnh sau khi uống thuốc về tư thế hồi phục và giám sát các dấu hiệu sinh tồn</li> <li>• quen thuộc và được huấn luyện việc sử dụng các thiết bị hồi sức</li> <li>• được tham gia đào tạo hàng năm về các kỹ thuật hồi sức</li> <li>• hiểu được tầm quan trọng của việc duy trì đường thở thông thoáng</li> <li>• am hiểu luật pháp liên quan đến việc ghi nhận các biên bản chấp thuận trong thẩm quyền của họ.</li> </ul>
94	PP	Nếu cần sử dụng thuốc để kiểm soát tình trạng bạo lực, hung hãn và kích động trên người bệnh sa sút trí tuệ, nên bắt đầu dùng thuốc bằng đường uống trước khi dùng đường tiêm.
95	PP	Hiện nay vẫn còn rất ít bằng chứng liên quan đến hiệu quả và độ an toàn của việc dùng thuốc theo đường tiêm trong các trường hợp cấp cứu liên quan đến hành vi. Tuy nhiên, trong một số trường hợp hiếm gặp nhất định, có thể cần dùng đến thuốc đường tiêm để kiểm soát người bệnh sa sút trí tuệ có các triệu chứng tâm lý và hành vi nghiêm trọng của bệnh. Do hoàn cảnh thay đổi giữa các cơ sở, cần xây dựng hướng dẫn điều trị dựa trên bằng chứng tại mỗi nơi để cung cấp hướng dẫn cho bác sĩ về việc sử dụng hợp lý các thuốc đường tiêm trong hoàn cảnh tại cơ sở mình (ví dụ như Sổ tay cho các nhân viên y tế tại bang NSW liên quan đến đánh giá và quản lý các triệu chứng hành vi và tâm lý của sa sút trí tuệ).
96	PP	Nếu thực sự cần dùng thuốc đường tiêm để kiểm soát bạo lực, hung hãn và kích động, ưu tiên dùng đường tiêm bắp vì đường này an toàn hơn so với tiêm tĩnh mạch. Chỉ tiêm tĩnh mạch trong một số trường hợp đặc biệt. Cần giám sát các dấu hiệu sinh tồn sau khi dùng thuốc đường tiêm. Nhân viên y tế cần chú ý rằng tình trạng bất tỉnh có thể bị nhầm lẫn với việc người bệnh đang ngủ. Nếu người bệnh có biểu hiện hoặc bắt đầu buồn ngủ, cần giám sát chặt chẽ hơn vì người bệnh có nguy cơ bất tỉnh.
97	CBR	Nếu thực sự cần dùng thuốc theo đường tiêm để kiểm soát tình trạng bạo lực, hung hãn và kích động trên người bệnh sa sút trí tuệ, ưu tiên sử dụng olanzapine hoặc lorazepam. Trong tất cả các trường hợp có thể, ưu tiên sử dụng từng thuốc đơn lẻ hơn là dùng phối hợp.
98	PP	Người bệnh đã phải sử dụng thuốc an thần một cách không chủ ý cần có cơ hội, cùng với người chăm sóc và gia đình của mình, thảo luận về những gì họ đã trải qua và được giải thích rõ ràng về quyết định sử dụng thuốc an thần trong tình huống khẩn cấp. Thông tin này cần được ghi nhận lại trong bản ghi chú của người bệnh.



## Hỗ trợ đối với người chăm sóc

99	PP	Người chăm sóc và gia đình người bệnh cần được tôn trọng, lắng nghe và tham gia vào quá trình lên kế hoạch, đưa ra quyết định, chăm sóc và quản lý người bệnh sa sút trí tuệ.
100	PP	Người chăm sóc người bệnh cũng có nguy cơ suy giảm sức khỏe, do đó họ cần được đánh giá và xem xét nhu cầu thông qua các bác sĩ trực tiếp chăm sóc họ. Người chăm sóc và gia đình cần được quan tâm thường xuyên, ngay cả khi người bệnh đã vào viện dưỡng lão hoặc sau khi họ qua đời.
101	CBR	Người bệnh sa sút trí tuệ, người chăm sóc và gia đình họ cần được nghỉ ngơi phù hợp với nhu cầu. Điều này có thể bao gồm nghỉ ngơi tại nhà, nghỉ ngơi trong ngày, nghỉ ngơi tại viện dưỡng lão và các hoạt động nhóm được lên kế hoạch.
102	EBR <i>Thấp</i>	<p>Người chăm sóc và gia đình người bệnh cần được tham gia vào các chương trình được thiết kế để cung cấp sự hỗ trợ và tối ưu hóa khả năng của họ để chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ. Các chương trình này cần được thiết kế phù hợp với nhu cầu của mỗi cá nhân và được cung cấp tại nhà hoặc tại các địa điểm thuận tiện khác. Chương trình cần được cung cấp dưới dạng nhiều phần nhỏ và bao gồm các nội dung:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Giáo dục liên quan đến sa sút trí tuệ và hệ quả</li><li>• Thông tin liên quan đến các dịch vụ phù hợp bao gồm cả việc nghỉ ngơi</li><li>• Giới thiệu đến các tổ chức hỗ trợ như tổ chức Alzheimer Úc (Alzheimer's Australia) hoặc Hội chăm sóc người bệnh Úc (Carers Australia)</li><li>• Phát triển các chiến lược cá nhân và xây dựng kỹ năng cho người chăm sóc để vượt qua các vấn đề đặc biệt mà người bệnh sa sút trí tuệ phải trải qua, dựa trên mô tả của người chăm sóc</li><li>• Đào tạo để chăm sóc và giao tiếp hiệu quả với người bệnh sa sút trí tuệ</li><li>• Hỗ trợ và cung cấp thông tin liên quan đến các chiến lược để duy trì sức khỏe của bản thân, bao gồm cả việc xử trí khi bị căng thẳng</li><li>• Đào tạo về việc sử dụng các hoạt động có ý nghĩa và thoải mái như là một chiến lược để cuốn hút người bệnh sa sút trí tuệ</li></ul>
103	PP	Cần quan tâm đến người bệnh sa sút trí tuệ cũng như người chăm sóc và gia đình của họ, thông qua các chương trình hỗ trợ.
104	EBR <i>Thấp</i>	Nhân viên y tế và nhân viên chăm sóc người cao tuổi cần cung cấp cho người chăm sóc và gia đình người bệnh các thông tin liên quan đến việc làm thế nào để tham gia vào các nhóm hỗ trợ lẫn nhau. Nhu cầu của mỗi cá nhân hướng đến các nhóm hỗ trợ có thể khác nhau, do đó cần có đầy đủ các thành phần đa dạng liên quan đến nhóm hỗ trợ.
105	PP	Người chăm sóc và gia đình người bệnh sa sút trí tuệ cần được hỗ trợ để xây dựng khả năng hồi phục và duy trì tình trạng sức khỏe và thể chất chung. Một số trường hợp cần thiết, có thể cung cấp cho họ các liệu pháp tâm lý, được tiến hành bởi các bác sĩ chuyên khoa

---

## Tiếp cận giảm nhẹ

- 106 PP Việc chăm sóc người bệnh với tình trạng sa sút trí tuệ tiến triển cần dựa trên nguyên tắc tiếp cận giảm nhẹ và liên quan đến dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ nếu được chỉ định. Việc chăm sóc và điều trị cần được cung cấp dựa trên kế hoạch điều trị tiến triển của mỗi người bệnh.
- 107 PP Cán bộ y tế và nhân viên chăm sóc người cao tuổi, người chăm sóc và gia đình người bệnh cần tiếp tục cho người bệnh sa sút trí tuệ ăn và uống bằng miệng. Có thể cần chỉ định việc đánh giá khả năng nuốt và ăn thông qua một bác sĩ chuyên khoa về các bệnh liên quan đến lời nói. Có thể cần lời khuyên từ các chuyên gia dinh dưỡng. Hỗ trợ dinh dưỡng, bao gồm việc cho ăn qua ống nhân tạo, có thể được cân nhắc trong trường hợp tình trạng khó nuốt được coi là hiện tượng thoáng qua, tuy nhiên dinh dưỡng nhân tạo không được sử dụng chung cho người bệnh sa sút trí tuệ nặng mà tình trạng khó nuốt hoặc không muốn ăn là biểu hiện cho mức độ nặng của bệnh. Các nguyên tắc đạo đức và pháp lý cần được áp dụng khi đưa ra quyết định về việc bắt đầu sử dụng hoặc việc ngừng hỗ trợ bằng dinh dưỡng nhân tạo. Tất cả các quyết định liên quan đến việc bù nước cho người bệnh cần được phối hợp với người chăm sóc và gia đình sau khi đã trao đổi với họ tất cả các thông tin cập nhật nhất liên quan đến hiệu quả và tác hại.
- 108 PP Nếu một người bệnh sa sút trí tuệ nặng có sốt, cần khám lâm sàng. Có thể chỉ cần sử dụng các thuốc giảm đau, hạ sốt thông thường và các biện pháp làm mát cơ học. Cân nhắc sử dụng kháng sinh như là biện pháp giảm nhẹ trong các giai đoạn cuối của sa sút trí tuệ, tuy nhiên cần đánh giá trên mỗi cá thể.
- 109 PP Trong trường hợp không có bất cứ chỉ định hay cam kết nào có hiệu lực từ trước liên quan đến việc từ chối hồi sức, quyết định hồi sức cho người bệnh cần tính đến bất cứ mong muốn hoặc nguyện vọng nào của người bệnh sa sút trí tuệ, cùng với quan điểm của người chăm sóc và gia đình, cũng như đội ngũ chăm sóc đa ngành. Quyết định cần đưa ra phù hợp với hướng dẫn được xây dựng bởi Hiệp hội hồi sức Úc (Australian Resuscitation Council) và, nếu người bệnh sa sút trí tuệ không đủ khả năng, cần cân nhắc đến luật giám hộ và sức khỏe cho các người bệnh sa sút trí tuệ tại địa phương. Kế hoạch chăm sóc được lập trước cần được ghi lại trong bệnh án và sổ ghi chép kế hoạch chăm sóc, cần dành thời gian để thảo luận các nội dung này với người chăm sóc, gia đình và mạng lưới hỗ trợ.

---

## Tài liệu tham khảo

1. World Health Organization and Alzheimer's Disease International. Dementia: a public health priority. Geneva: World Health Organization, 2012.
2. Alzheimer's Australia. Dementia Language Guidelines. Australia Australia, 2014. Accessed from: <https://fightdementia.org.au/sites/default/files/full-language-guidelines.pdf> September 2015.
3. Adelman R, Tmanova L, Delgado D, et al. Caregiver burden: A clinical review. JAMA 2014;311(10):1052-59
4. AIHW 2012. Dementia in Australia. Cat. no. AGE 70. Canberra: AIHW.
5. Grimshaw J, Thomas R, MacLennan G, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technol Assess 2004;8(6):1-72
6. The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation: ADAPTE, 2009.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence SCIE. Dementia. A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. National Clinical Practice Guideline. NICE Clinical Guideline 42, London: National Institute for Health and Care Excellence; 2006 (Last modified, March 2015).
8. Schünemann H, Bro ek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach: The GRADE Working Group, 2013.

## Phụ lục 1: Các nguyên tắc về giá trị đích thực trong chăm sóc người bệnh

Hướng dẫn này dựa trên 10 nguyên tắc về giá trị đích thực trong chăm sóc người bệnh. Các nguyên tắc này được xây dựng bởi Viện chăm sóc xã hội tại Anh, trên cơ sở tham khảo ý kiến người sử dụng dịch vụ. Người bệnh sa sút trí tuệ, người chăm sóc và gia đình họ cần được cung cấp quá trình điều trị phù hợp với các nguyên tắc này.

<b>10 nguyên tắc về giá trị đích thực trong chăm sóc</b>	
1	Không khoan nhượng mọi hình thức lạm dụng.
2	Hỗ trợ mọi người với sự tôn trọng như chính những gì bạn mong muốn cho bản thân và các thành viên trong gia đình của mình.
3	Đối xử với mỗi người như là một cá thể độc lập bằng cách dành cho họ những dịch vụ được cá thể hóa.
4	Giúp người bệnh duy trì mức độ tối đa cho phép trong việc duy trì khả năng tự lập, lựa chọn và kiểm soát.
5	Lắng nghe và hỗ trợ mọi người thể hiện mong muốn và nhu cầu của mình.
6	Tôn trọng sự riêng tư của mỗi người.
7	Đảm bảo rằng người bệnh cảm thấy có thể than phiền mà không sợ bị phạt.
8	Phối hợp với các thành viên trong gia đình và người chăm sóc như là các cộng sự.
9	Hỗ trợ người bệnh để duy trì sự tin tưởng và tự tin vào bản thân.
10	Hành động để xóa bỏ sự cô đơn và cô lập cho người bệnh

## Phụ lục 2: Tiêu chuẩn chẩn đoán sa sút trí tuệ

Các tiêu chuẩn được chuẩn hóa quốc tế cho các dạng phân loại sa sút trí tuệ.

Dạng sa sút trí tuệ	Tiêu chuẩn chẩn đoán
Bệnh Alzheimer	ICD-10 và DSM-4
Sa sút trí tuệ thể mạch	ICD-10 và DSM-4
Sa sút trí tuệ thể Lewy	Tập hợp các tiêu chuẩn chẩn đoán sa sút trí tuệ thể Lewy
Sa sút trí tuệ trán-thái dương	Tiêu chuẩn Lund-Manchester, tiêu chuẩn NINDS áp dụng cho sa sút trí tuệ trán-thái dương

Hướng dẫn chẩn đoán và thống kê các bệnh lý về trí tuệ DSM-4, bản in lần thứ 4; Phân loại bệnh quốc tế ICD-10, bản rà soát lần thứ 10; Tài liệu của viện quốc gia về các bệnh lý thần kinh và giao tiếp NINCDS- (National Institute of Neurological and Communicative)

Mặc dù DSM-4 đã được thay thế bởi DSM-5, các tài liệu và thực hành lâm sàng là căn cứ cho hướng dẫn điều trị này đều dựa trên các định nghĩa sử dụng trong DSM-4 và do đó các định nghĩa này được đưa vào hướng dẫn điều trị hiện tại. DSM-5 không sử dụng thuật ngữ sa sút trí tuệ.



## Phụ lục 3: Hướng dẫn của hiệp hội Alzheimer Úc liên quan đến ngôn ngữ phù hợp trong sa sút trí tuệ

Nguồn: Dementia Australia ([www.dementia.org.au](http://www.dementia.org.au))

HOÀN CẢNH	CỤM TỪ NÊN DÙNG	CỤM TỪ KHÔNG NÊN DÙNG
NÓI VỀ BỆNH SA SÚT TRÍ TUỆ	Sa sút trí tuệ Bệnh Alzheimer và các dạng sa sút trí tuệ khác Một dạng sa sút trí tuệ Một thể sa sút trí tuệ Triệu chứng sa sút trí tuệ	Bệnh sa sút trí tuệ Mất trí Khở sở Bệnh già Mất trí tuổi già
NÓI VỀ NGƯỜI BỆNH SA SÚT TRÍ TUỆ	Người mắc sa sút trí tuệ Người sống chung với bệnh sa sút trí tuệ Người được chẩn đoán sa sút trí tuệ	Nạn nhân, ông/bà mất trí Người bệnh (khi sử dụng trong cuộc sống, ngoài bối cảnh liên quan đến y tế), đối tượng Ông/bà ấy sắp chẳng nhớ gì nữa rồi, Ông/bà ấy quên sạch rồi, ông/bà ấy không biết gì nữa đâu Tù giam lỏng (khi nhắc đến những người mắc sa sút trí tuệ trong các cơ sở chăm sóc) Sử dụng các cụm từ xúc phạm người bị sa sút trí tuệ
NGƯỜI CHĂM SÓC, GIA ĐÌNH HOẶC BẠN BÈ CỦA NGƯỜI MẮC SA SÚT TRÍ TUỆ (Về chính họ)	Sống chung với (ai đó/ cha/ mẹ/ vợ/ chồng) bị mắc sa sút trí tuệ Chăm sóc/hỗ trợ người bị sa sút trí tuệ Chăm sóc/hỗ trợ/sống chung với người được chẩn đoán sa sút trí tuệ Chịu tác động của sa sút trí tuệ	Sống với người mất trí

HOÀN CẢNH	CỤM TỪ NÊN DÙNG	CỤM TỪ KHÔNG NÊN DÙNG
NGƯỜI CHĂM SÓC, GIA ĐÌNH HOẶC BẠN BÈ CỦA NGƯỜI MẮC SA SÚT TRÍ TUỆ (Khi nói về người khác)	Thành viên trong gia đình Người hỗ trợ người mắc sa sút trí tuệ Vợ/chồng/người sống cùng Con/con trai/con gái Bố mẹ Bạn Người chăm sóc	Người sống với người mất trí
TÁC ĐỘNG CỦA VIỆC CHĂM SÓC	Tác động của việc hỗ trợ (ai đó/bố/mẹ...) bị sa sút trí tuệ Hệ quả của việc hỗ trợ (ai đó/bố/mẹ...) bị sa sút trí tuệ	Gánh nặng chăm sóc
NGƯỜI MẮC SA SÚT TRÍ TUỆ DƯỚI 65 TUỔI	Người trẻ tuổi mắc sa sút trí tuệ	Người mất trí sớm
TÁC ĐỘNG CỦA SA SÚT TRÍ TUỆ	Căng thẳng Khá mệt Ảnh hưởng đến cuộc sống	Vô vọng Không thể chấp nhận Khổ sở Mệt mỏi
TRIỆU CHỨNG SA SÚT TRÍ TUỆ	Mô tả thẳng vào triệu chứng. Ví dụ giảm thị giác, ảo giác, khó giao tiếp. Mô tả tác động của triệu chứng. Ví dụ: khó giao tiếp	
TRIỆU CHỨNG HÀNH VI VÀ TÂM LÝ CỦA SA SÚT TRÍ TUỆ	Thay đổi hành vi Một cách biểu hiện của nhu cầu không được đáp ứng Các triệu chứng hành vi và tâm lý của sa sút trí tuệ (trong hoàn cảnh lâm sàng nhất định)	- Khi nói về các triệu chứng Hành vi rất đáng ngại Hành động rất thách thức Hành động khó hiểu  - Khi nói về người bệnh: Người mất trí Người hung hãn Người gào thét Người rất bạo lực

---

## Phụ lục 4 ‘Nói với tôi’ (“Talk to me”)

Nguồn: Dementia Australia ([www.dementia.org.au](http://www.dementia.org.au))

**“NÓI VỚI TÔI” (“TALK TO ME”) Các biện pháp giao tiếp hiệu quả khi nói chuyện với người mắc sa sút trí tuệ**

*ĐÂY LÀ NHỮNG NGUYÊN TẮC GIAO TIẾP MÀ NGƯỜI SỐNG CHUNG VỚI SA SÚT TRÍ TUỆ ĐÃ NÓI VỚI CHÚNG TÔI RẰNG NÓ SẼ LÀM NÊN SỰ KHÁC BIỆT TRONG CUỘC SỐNG CỦA HỌ*

### **NÓI VỚI TÔI**

Hãy nói với tôi, chứ không phải người chăm sóc, gia đình hay bạn bè tôi. Đừng định kiến về mức độ hiểu của tôi.

### **HÃY NÓI RÕ RÀNG VỚI TÔI**

Hãy nhìn vào mắt tôi và nói thật rõ ràng. Sử dụng những câu ngắn, diễn đạt mỗi lần một ý. Đừng sử dụng ẩn ý, vì tôi có thể hiểu nhầm.

### **HÃY ĐƯA RA NHỮNG CÂU HỎI ĐƠN GIẢN**

Đảm bảo rằng tôi đang lắng nghe và sử dụng những câu hỏi đơn giản và/hoặc nhắc lại. Tôi sẽ thấy dễ trả lời các câu hỏi trực tiếp hơn là các câu hỏi mở, ví dụ “hôm qua chúng ta đi ra công viên, bác có thấy vui không” thay vì “hôm qua bác có thấy vui không?”.

### **ĐÓI XỬ VỚI TÔI MỘT CÁCH TÔN TRỌNG VÀ NHÂN VĂN**

Tôi vẫn là một con người, vì vậy đừng cười nhạo tôi. Tôn trọng và nhân văn là điều quan trọng với tất cả mọi người. Nếu tôi cư xử hơi khác biệt, đó là do tôi gặp khó khăn khi giao tiếp hoặc do bệnh lý của tôi.

### **ĐỪNG NGHI NGỜ CHẨN ĐOÁN CỦA TÔI**

Các triệu chứng sa sút trí tuệ không phải lúc nào cũng rõ ràng. Hãy lắng nghe tôi và đừng coi nhẹ cảm xúc của tôi.



**Flinders**  
UNIVERSITY

