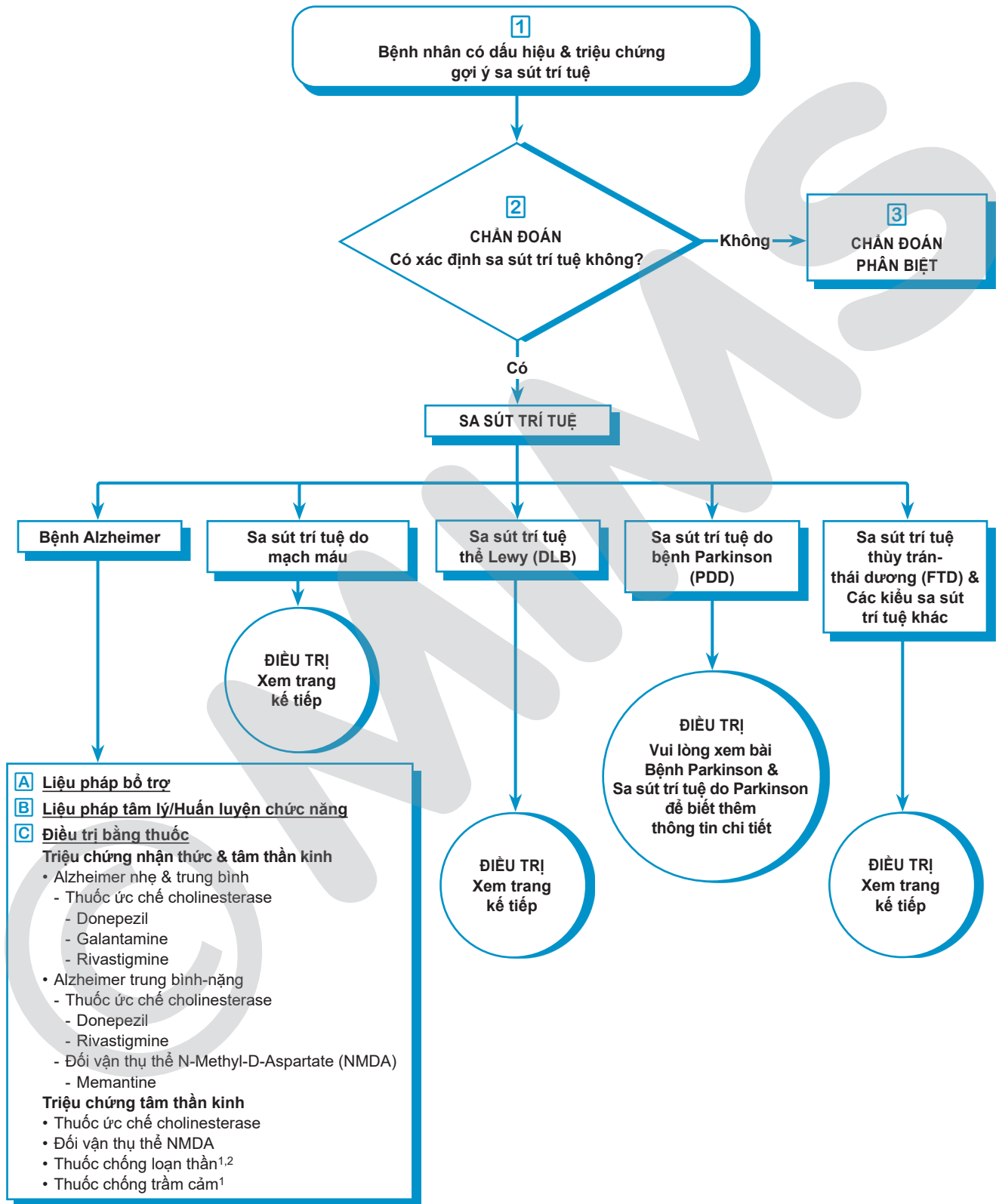


Bệnh Alzheimer & Sa Sút Trí Tuệ (1/15)



¹Thông tin kê toa trong ấn phẩm MIMS mới nhất.

²Thuốc chống loạn thần được xem xét dùng trong trường hợp có triệu chứng nghiêm trọng về hành vi & tâm lý của chứng sa sút trí tuệ, không đáp ứng với các thuốc khác.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

ĐIỀU TRỊ SA SÚT TRÍ TUỆ DO MẠCH MÁU (TIẾP THEO)

- Điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu & các yếu tố nguy cơ tim mạch sớm có thể giảm nguy cơ suy giảm nhận thức & ngăn ngừa bệnh tiến triển thêm
- Vui lòng tham khảo phần Phòng ngừa sa sút trí tuệ để biết thêm thông tin

A Liệu pháp hỗ trợ

B Liệu pháp tâm lý/Huấn luyện chức năng

C Điều trị bằng thuốc

- Thuốc ức chế cholinesterase
- Benzodiazepine¹
- Thuốc chống trầm cảm¹

ĐIỀU TRỊ FTD & CÁC KIỂU SA SÚT TRÍ TUỆ KHÁC (TIẾP THEO)

- Nếu có thể, điều trị các nguyên nhân căn bản

A Liệu pháp hỗ trợ

B Liệu pháp tâm lý/Huấn luyện chức năng

C Điều trị bằng thuốc

ĐIỀU TRỊ DLB (TIẾP THEO)

A Liệu pháp hỗ trợ

B Liệu pháp tâm lý/Huấn luyện chức năng

C Điều trị bằng thuốc

Triệu chứng nhận thức & tâm thần kinh

- Thuốc ức chế cholinesterase
 - Donepezil
 - Rivastigmine

Triệu chứng tâm thần kinh

- Benzodiazepine^{1,2}
- Thuốc chống trầm cảm¹

Tránh dùng thuốc chống loạn thần ở những bệnh nhân này

¹Thông tin kê toa trong ấn phẩm MIMS mới nhất.

²Thường không được sử dụng điều trị sa sút trí tuệ trừ những trường hợp cần thiết.

1 SA SÚT TRÍ TUỆ**Sa sút trí tuệ**

- Là một hội chứng lâm sàng được đặc trưng bởi sự suy giảm ≥ 1 chức năng nhận thức bao gồm trí nhớ, định hướng, tính toán, ngôn ngữ, phán đoán, điều hành, thị giác-không gian & thị giác-tốc độ vận động
- Thường đi kèm hoặc xuất hiện trước việc suy giảm khả năng kiểm soát cảm xúc, hành vi xã hội hay động lực & rối loạn giấc ngủ
- Ý thức không bị ảnh hưởng trong giai đoạn đầu
- Có thể do nhiều nguyên nhân như: Bệnh Alzheimer, bệnh mạch máu não, các bệnh thoái hóa thần kinh (vd: Sa sút trí tuệ do bệnh Parkinson, sa sút trí tuệ thể Lewy) & các bệnh lý ảnh hưởng đến não khác
- Mức độ nghiêm trọng của suy giảm nhận thức, suy giảm nhận thức toàn bộ & khiếm khuyết chức năng đi kèm giúp phân biệt sa sút trí tuệ với tình trạng suy giảm nhận thức tương đối nhẹ của quá trình lão hóa bình thường
- Theo ước tính của Tổ chức Y Tế Thế Giới, có khoảng 50 triệu người trên thế giới mắc chứng sa sút trí tuệ & dự đoán con số này sẽ lên đến 82 triệu người trong năm 2030
 - Ước tính khoảng 22,9 triệu người châu Á, 9,4 triệu người châu Mỹ, 10,5 triệu người châu Âu & 4 triệu người châu Phi mắc chứng sa sút trí tuệ
- Ở hầu hết các quốc gia, tỷ lệ sa sút trí tuệ chuẩn hóa theo tuổi nằm trong khoảng từ 5-7%
 - Ở người ≥ 60 tuổi, tỷ lệ sa sút trí tuệ ước tính nằm trong khoảng từ 4,7% ở Trung Âu đến 8,7% ở Bắc Phi & Trung Đông

Nguyên nhân của sa sút trí tuệ

- Nguyên nhân có khả năng hồi phục
 - Nhiễm trùng (vd: Viêm màng não & viêm não)
 - Bệnh não chuyển hóa & nhiễm độc (vd: Suy giáp, thiếu vitamin B₁₂ & hội chứng liên quan đến rượu)
 - Viêm (vd: Bệnh não tự miễn)
 - U nội sọ
 - Não úng thủy (não úng thủy tắc nghẽn hoặc áp suất bình thường)
 - Mê sảng
 - Động kinh
 - Trầm cảm & các tình trạng tâm thần khác
 - Thuốc tăng hiệu quả kháng cholinergic
 - Chấn thương sọ não
 - Suy giảm giác quan (vd: Mất thính lực hoặc thị lực)
- Nguyên nhân không thể hồi phục
 - Các bệnh thoái hóa (vd: Bệnh Alzheimer, bệnh Parkinson, sa sút trí tuệ thùy trán-thái dương & sa sút trí tuệ thể Lewy)
 - Bệnh mạch máu não (vd: Đột quy, bệnh mạch máu nhỏ)
 - Rối loạn di truyền (vd: Hội chứng Down)

Bệnh Alzheimer

- Nguyên nhân phổ biến nhất của chứng sa sút trí tuệ
- Đa số các ca bệnh Alzheimer đều là ngẫu nhiên, thường xuất hiện ở bệnh nhân ≥ 65 tuổi, trong khi bệnh Alzheimer có tính chất gia đình hiếm gặp & xuất hiện ở bệnh nhân < 65 tuổi (sa sút trí tuệ khởi phát sớm)
- Mất trí nhớ ngắn hạn là triệu chứng sớm phổ biến nhất
- Các triệu chứng khác của suy giảm nhận thức biểu hiện sau vài năm
- Sau khi mất trí nhớ, bệnh nhân mất chức năng điều hành, rối loạn chức năng ngôn ngữ, thay đổi nhân cách & hành vi, ngày càng gặp khó khăn trong các hoạt động hàng ngày & mất chức năng thị giác-không gian
- Các triệu chứng tâm thần kinh (vd: Trầm cảm, khó chịu, lo âu, thờ ơ, kích động, hung hăng) phổ biến
- Co giật & rung giật cơ có thể biểu hiện trong giai đoạn muộn của bệnh
- Rối loạn giấc ngủ thường xảy ra (vd: Mất ngủ, rối loạn nhịp thức-ngủ, hội chứng chân không yên, rối loạn vận động chân tay theo chu kỳ, rối loạn cử động mắt nhanh, rối loạn nhịp sinh học, ngưng thở khi ngủ, thở khò khè về đêm, buồn ngủ ban ngày quá mức)
- Cơ chế bệnh Alzheimer vẫn chưa rõ, tuy nhiên có thể do sản xuất quá mức &/hoặc giảm độ thanh thải peptid amyloid beta; tăng phosphoryl hóa protein tau (một loại protein liên quan đến vi ống, có vai trò hỗ trợ quá trình sắp xếp lại vi ống)
- Các mảng amyloid beta ngoại bào & rối loạn sợi thần kinh nội bào là những thay đổi thần kinh chủ yếu trong bệnh Alzheimer

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

1 SA SÚT TRÍ TUỆ (TIẾP THEO)**Sa sút trí tuệ do mạch máu**

- Nguyên nhân thứ hai gây sa sút trí tuệ
- Sa sút trí tuệ do ảnh hưởng của bệnh lý mạch máu não lên chức năng nhận thức
- Có thể khởi phát đột ngột và tiến triển từ từ
- Nghi ngờ xảy ra ở những bệnh nhân có tiền sử đột quỵ hoặc có dấu hiệu và triệu chứng thần kinh khu trú
- Sự thiếu hụt nhận thức sẽ phụ thuộc vào vùng não bị ảnh hưởng bởi các tổn thương mạch máu
- Sự suy giảm rõ rệt các chức năng điều hành là dấu hiệu đặc trưng của bệnh
- Có thể ở dạng bán cấp và tiến triển từ từ với các triệu chứng mất điều hòa vận động, dáng đi chậm dần, mức độ chú ý và khả năng lập kế hoạch suy giảm dần trong bệnh lý sa sút trí tuệ do mạch máu
- Bệnh nhân thường mắc kèm bệnh Alzheimer (được gọi là sa sút trí tuệ hỗn hợp), đặc trưng bởi sa sút trí tuệ tiến triển từ từ xảy ra trên nền bệnh lý mạch máu não đã biết
- Sa sút trí tuệ do mạch máu khởi phát sớm có thể do di truyền

Sa sút trí tuệ thể Lewy (DLB)

- Đặc trưng bởi chứng sa sút trí tuệ và hội chứng Parkinson (ví dụ: Vận động chậm, cứng đơ &/hoặc tư thế không vững dẫn đến té ngã thường xuyên, thay đổi nhận thức bất thường, ảo thị tái diễn & có các triệu chứng tiến triển nhanh hơn bệnh Alzheimer
 - Bệnh nhân có khuynh hướng gặp nhiều vấn đề trong chức năng điều hành như lên kế hoạch, xác định việc cần ưu tiên, sắp xếp thứ tự, suy giảm chức năng thị giác-không gian nhưng có trí nhớ từ ngữ tốt hơn
- Các đặc điểm hỗ trợ chẩn đoán bao gồm nhạy cảm với thuốc an thần, ngã và ngất nhiều lần hoặc mất ý thức thoáng qua
- Khởi phát các triệu chứng nhận thức liên quan đến chậm vận động ≤ 1 năm
- Đây là dạng sa sút trí tuệ cần được phát hiện sớm vì có nguy cơ cao xuất hiện các triệu chứng đe dọa tính mạng khi dùng thuốc chống loạn thần, đặc biệt tác dụng ngoại tháp

Sa sút trí tuệ do bệnh Parkinson (PDD)

- Khoảng 3/4 bệnh nhân cao tuổi mắc bệnh Parkinson tiến triển sa sút trí tuệ sau 10 năm
- Đặc trưng bởi chậm nhận thức & vận động, giảm trí nhớ và rối loạn chức năng điều hành
- Rất khó để phân biệt DLB & PDD trên lâm sàng
 - Sa sút trí tuệ & hội chứng Parkinson phải xảy ra trong vòng 1 năm trong DLB, trong khi rối loạn chức năng vận động xảy ra nhiều năm trước sa sút trí tuệ (10-15 năm) trong PDD
- Thời gian khởi phát triệu chứng nhận thức sau triệu chứng vận động > 1 năm

**Vui lòng xem lưu đồ Điều trị Bệnh Parkinson & Sa sút trí tuệ do bệnh Parkinson để biết thêm thông tin chi tiết.*

Sa sút trí tuệ thùy trán-thái dương (FTD)

- Còn được gọi là thoái hóa thùy trán-thái dương
- Bệnh thường xuất hiện ở độ tuổi từ 50-60 & chiếm một tỷ lệ đáng kể trong những người dưới 65 tuổi có biểu hiện sa sút trí tuệ
- Ở giai đoạn sớm, bệnh nhân có biểu hiện thay đổi tính cách, thái độ thờ ơ rõ rệt, suy giảm các kỹ năng xã hội, cảm xúc cùn mòn, rối loạn ngôn ngữ sớm, rối loạn chức năng điều hành
 - Bệnh nhân có biểu hiện suy giảm dần các kỹ năng giao tiếp giữa các cá nhân, mất khả năng đáp ứng cảm xúc, và xuất hiện hành vi bất thường như mất kiểm chế, ám ảnh, nghi thức, khuôn mẫu, thay đổi trong cách ăn uống & thay đổi cảm giác thèm ăn
- Gặp khó khăn về trí nhớ, phối hợp vận động & các đặc điểm khác của sa sút trí tuệ thường xuất hiện muộn hơn khi bệnh tiến triển
- Chụp CT/MRI não cho thấy teo thùy trán hoặc thái dương và chụp cắt lớp vi tính phát xạ đơn photon (SPECT) hoặc chụp cắt lớp phát xạ positron (PET) cho thấy giảm tưới máu hoặc giảm chuyển hóa vùng trán
- Diễn tiến của bệnh: Tiến triển nhanh hơn bệnh Alzheimer

Rối loạn sa sút trí tuệ tiến triển khác**Bệnh Huntington**

- Bệnh lý di truyền gen trội trên nhiễm sắc thể thường ảnh hưởng đến hạch nền và các tổ chức dưới vỏ khác
- Biểu hiện với triệu chứng vận động (múa giật), tâm trạng, hành vi và nhận thức

Bệnh Creutzfeldt-Jakob

- Bệnh não tiến triển nhanh
- Suy giảm nhận thức diễn ra nhanh dẫn đến tử vong trong vòng 1,5 năm

2 CHẨN ĐOÁN

- Để chẩn đoán sa sút trí tuệ, sự suy giảm nhận thức phải ở mức độ gây suy giảm hoạt động xã hội và nghề nghiệp của cá nhân

Đánh giá lâm sàng

Nên bao gồm, nhưng không giới hạn, những điểm sau:

- Đánh giá cẩn thận về bệnh sử, tiền sử bệnh lý tâm thần, bệnh lý thần kinh, tiền sử dùng thuốc & tiền sử xã hội
- Đánh giá chi tiết các triệu chứng nhận thức và hành vi từ bệnh nhân và người chăm sóc

Khám lâm sàng

- Loại trừ những nguyên nhân gây sa sút trí tuệ có thể điều trị
- Đánh giá tâm thần kinh.

Xét nghiệm chẩn đoán

- Công thức máu toàn bộ, điện giải, chức năng gan, thận, glucose, chức năng tuyến giáp, nồng độ vitamin B₁₂, folate & xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán bệnh giang mai (nếu nghi ngờ bệnh giang mai)
- Điện não đồ (EEG) có thể hữu ích nếu nghi ngờ bệnh Creutzfeldt-Jakob, rối loạn co giật tiềm ẩn hoặc mê sảng
- Chẩn đoán hình ảnh thần kinh: Chụp MRI hoặc CT
 - Giúp xác định kiểu sa sút trí tuệ, loại trừ bệnh lý trong não
 - Chụp cộng hưởng từ não là phương thức ưu tiên để hỗ trợ chẩn đoán sớm và phát hiện các thay đổi mạch máu dưới vỏ não
 - Chụp CT hay MRI não nên được thực hiện ở bệnh nhân tăng huyết áp có suy giảm nhận thức để phát hiện nhồi máu não không triệu chứng, chảy máu vi thể hoặc tổn thương chất trắng
- Kiểm tra tâm thần kinh
- Không khuyến cáo xác định dấu ấn sinh học và dấu ấn huyết thanh trong dịch não tủy khi chẩn đoán suy giảm nhận thức mức độ nhẹ
- Xét nghiệm di truyền và marker APOE có hoặc không có lipid huyết thanh không được khuyến cáo thường quy

Đánh giá trạng thái nhận thức & tâm thần

- Thang đánh giá nhận thức Montreal (Montreal Cognitive Assessment [MoCA]), 7 phút sàng lọc (7-Minute Screen), sàng lọc suy giảm trí nhớ (Memory Impairment Screen [MMSE]), thang đánh giá tâm thần tối thiểu (Mini-Mental State Exam), điểm kiểm tra tâm thần (Abbreviated Mental Test Score-AMTS) hoặc kiểm tra vẽ đồng hồ (Clock Drawing Test)
- Khi diễn giải điểm số của các thang điểm nên xem xét các yếu tố khác có thể ảnh hưởng đến kết quả (ví dụ: Trình độ học vấn, tầng lớp xã hội, nền tảng văn hóa, khả năng đọc viết, ngôn ngữ hoặc các khó khăn về giao tiếp khác)
- Thăm khám thêm tại các phòng khám trí nhớ & chăm sóc đa chuyên khoa để chẩn đoán, quản lý sớm và chính xác sa sút trí tuệ

Hướng dẫn chẩn đoán

- Chẩn đoán phân nhóm sa sút trí tuệ nên sử dụng các tiêu chuẩn quốc tế (DSM-5)
- Đánh giá lâm sàng là cơ sở chẩn đoán
 - Kiểm tra tâm thần kinh có độ nhạy cao hơn trong việc phát hiện rối loạn chức năng nhận thức, đặc biệt hữu ích khi các thử nghiệm sàng lọc bởi các thang đánh giá nhận thức như MoCA, MMSE cho kết quả bình thường

Bệnh Alzheimer

- Chẩn đoán bệnh Alzheimer nên được thực hiện khi có hội chứng thoái hóa điển hình
 - Chẩn đoán xác định khi đánh giá mô não bằng kính hiển vi (thường là khi khám nghiệm tử thi)
 - Kết quả chụp cộng hưởng từ có teo hồi hải mã (teo thái dương giữa) và/hoặc teo toàn bộ vỏ não có thể giúp chẩn đoán bệnh Alzheimer ở bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng điển hình
 - Chụp PET amyloid & nồng độ amyloid và protein tau trong dịch não tủy có thể giúp chẩn đoán bệnh Alzheimer

Sa sút trí tuệ do mạch máu

- Chẩn đoán dựa trên bệnh sử, dấu hiệu và triệu chứng thần kinh khu trú và/hoặc hình ảnh thần kinh với bằng chứng biến cố mạch máu não rõ ràng

Sa sút trí tuệ thể Lewy

- Về mặt mô bệnh học, thể vùi Lewy hiện diện ở vỏ não
- Có thể chẩn đoán dựa vào bệnh sử, khám toàn thân và khám thần kinh, và các thủ thuật hỗ trợ, chẳng hạn như chụp cộng hưởng từ cấu trúc, chụp fluorodeoxyglucose não (FDG)-PET, chụp SPECT DAT (dopamine transporter) và chụp xạ hình cơ tim với metaiodobenzylguanidine (MIBG)
 - MRI cho thấy không có hoặc có teo thùy thái dương ở mức tối thiểu, teo vỏ não toàn thể với kích thước hồi hải mã tương đối bình thường

3 CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Mất trí nhớ
- Suy giảm trí nhớ do tuổi tác
- Mê sảng
- Rối loạn trầm cảm nặng
- Tâm thần phân liệt
- Suy giảm nhận thức nhẹ (MCI)
 - Tình trạng bệnh lý cho thấy sự suy giảm chức năng nhận thức khu trú hoặc tại nhiều vị trí khác nhau trong não, bất thường so với tuổi, có/hoặc không suy giảm các hoạt động chức năng tối thiểu trong cuộc sống hàng ngày và là trạng thái trung gian giữa lão hóa bình thường và sa sút trí tuệ
 - Có thể là biểu hiện ban đầu của bệnh Alzheimer và thứ phát của các dạng sa sút trí tuệ khác, quá trình bệnh lý thần kinh, rối loạn tâm thần hoặc bệnh lý hệ thống
 - Suy giảm nhận thức mức độ nhẹ dạng mất trí nhớ (Amnesic MCI, aMCI) là hội chứng mà rối loạn chức năng trí nhớ chiếm ưu thế
 - MCI không mất trí nhớ biểu hiện suy giảm rõ rệt hơn ở các đặc điểm nhận thức khác (ví dụ: điều hành, ngôn ngữ, thị giác-không gian)
 - Bệnh nhân MCI có nguy cơ cao hơn tiến triển thành sa sút trí tuệ cần được đánh giá
 - Khuyến khích những bệnh nhân này quay lại đánh giá sau 6-12 tháng

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

A LIỆU PHÁP BỔ TRỢ

- Can thiệp tâm lý xã hội phù hợp nhu cầu của từng cá nhân với mục tiêu duy trì chức năng nhận thức và thực hiện các hoạt động thúc đẩy sự tự lập

- Bao gồm các biện pháp hỗ trợ và liệu pháp tâm lý

Giáo dục bệnh nhân, người chăm sóc và nhân viên y tế

Bệnh nhân & người chăm sóc

- Bác sĩ lâm sàng, bệnh nhân và gia đình cần giao tiếp tốt với nhau
- Nếu người chăm sóc nhận được các dịch vụ hỗ trợ và giáo dục chuyên sâu, dài hạn thì thời gian đưa bệnh nhân vào viện dưỡng lão có thể chậm lại
- Giáo dục bệnh nhân và người chăm sóc về bệnh và các phương pháp điều trị hiện có
 - Giải quyết các lo ngại về các triệu chứng hành vi có thể liên quan đến mất địa vị xã hội, lòng tự trọng và nhu cầu hỗ trợ từ người chăm sóc tăng lên
 - Hãy trấn an rằng đây là một phần của bệnh, do tổn thương trực tiếp lên não và thường có thể kiểm soát được bằng điều trị
 - Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tiếp tục điều trị sa sút trí tuệ và theo dõi định kỳ để đánh giá tình trạng bệnh
- Hướng dẫn bệnh nhân, gia đình và những người chăm sóc khác nhận biết các triệu chứng và dự đoán các triệu chứng trong tương lai
- Có thể hữu ích để giáo dục những người chăm sóc về các nguyên tắc chăm sóc cơ bản
 - Đưa các yêu cầu tương đối đơn giản; tránh giao cho bệnh nhân những nhiệm vụ phức tạp có thể dẫn đến sự thất vọng
 - Tránh đối đầu và trì hoãn yêu cầu nếu bệnh nhân trở nên tức giận
 - Giữ bình tĩnh, kiên định và hỗ trợ
 - Hãy nhất quán và tránh những thay đổi không cần thiết
 - Nhắc nhở thường xuyên, giải thích và đưa ra những định hướng
 - Nhận biết sự suy giảm năng lực và điều chỉnh kỳ vọng
 - Tìm đến chuyên gia khi suy giảm chức năng đột ngột hoặc xuất hiện các triệu chứng mới

Nhân viên y tế

- Giáo dục nhân viên viện dưỡng lão có thể giúp giảm việc sử dụng các biện pháp ức chế thể chất và thuốc chống loạn thần không cần thiết

Hỗ trợ người chăm sóc

Giảm nguy cơ chăm sóc không đạt chuẩn, không tuân thủ hoặc lạm dụng

- Giới thiệu người chăm sóc đến các mạng lưới nhóm hỗ trợ, nếu có
- Dịch vụ chăm sóc thay thế (ví dụ: Điều dưỡng tại nhà, chương trình chăm sóc ban ngày, thời gian lưu trú ngắn ngày tại viện dưỡng lão, v.v.) nếu có, nên được sử dụng để giảm trách nhiệm cho người chăm sóc và giúp họ có thêm thời gian nghỉ ngơi
 - Cho phép người chăm sóc tiếp tục làm việc hoặc hoàn thành các nhiệm vụ khác
 - Giúp những người chăm sóc giảm bớt căng thẳng và rối loạn tâm trạng liên quan đến chăm sóc dài hạn
- Các hội thảo giáo dục tâm lý có thể hữu ích cho những người chăm sóc để giúp họ đối phó với sự chán nản hoặc rối loạn tâm trạng

Hỗ trợ các vấn đề về tài chính và pháp lý

- Bệnh nhân sa sút trí tuệ thường mất khả năng đưa ra các quyết định về y tế, pháp lý và tài chính khi rối loạn tiến triển
 - Nếu việc sắp xếp được thực hiện trong khi bệnh nhân vẫn có thể tham gia, người chăm sóc có thể nhờ bệnh nhân hướng dẫn về các kế hoạch dài hạn
- Bệnh nhân có thể muốn ủy quyền quyết định về mặt pháp lý và tài chính cho một thành viên gia đình/bạn bè đáng tin cậy
 - Điều này giúp giảm khó khăn và chi phí cho việc yêu cầu tòa án giao quyền giám hộ hoặc bảo trợ sau này
- Thảo luận về sở thích điều trị (ví dụ: Đưa vào viện dưỡng lão, hỗ trợ sự sống nhân tạo, v.v.) trong giai đoạn đầu của bệnh để bệnh nhân có thể bày tỏ mong muốn của mình
- Giáo dục bệnh nhân/người chăm sóc về tầm quan trọng của việc lập kế hoạch tài chính cho việc điều trị và chăm sóc trong tương lai
- Khuyến bệnh nhân hoàn thành hoặc cập nhật di chúc của họ, thiết lập quỹ ủy thác và chuyển giao tài sản phù hợp trong giai đoạn đầu của bệnh khi bệnh nhân còn ổn định tinh thần và còn khả năng ra quyết định

B TÂM LÝ TRỊ LIỆU/HUẤN LUYỆN CHỨC NĂNG

- Có thể hữu ích đối với một số bệnh nhân
- Nhằm mục đích cải thiện chất lượng cuộc sống và tối đa hóa chức năng khi xem xét các khuyết tật hiện có
 - Nâng cao nhận thức, tính tự lập và sức khỏe
- Lựa chọn liệu pháp điều trị nên dựa trên đặc điểm và sở thích của bệnh nhân, tính khả thi và chi phí
- Việc điều trị phải được điều chỉnh phù hợp với khả năng nhận thức và khả năng dung nạp của từng bệnh nhân vì các tác dụng không mong muốn về cảm xúc đã được báo cáo
- Các liệu pháp điều trị phải được thực hiện thường xuyên vì hầu hết không có tác dụng lâu dài

Liệu pháp nhận thức-hành vi

- Một thử nghiệm lâm sàng cho thấy liệu pháp mang lại hiệu quả trong giai đoạn đầu của bệnh Alzheimer
- Nhằm mục đích giải quyết các tổn thương do ảnh hưởng của suy giảm nhận thức đối với các hoạt động hàng ngày

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

B TÂM LÝ TRỊ LIỆU/HUẤN LUYỆN CHỨC NĂNG (TIẾP THEO)

Liệu pháp nhận thức-hành vi (tiếp theo)

- Nhấn mạnh việc cải thiện hoặc duy trì các chức năng trong cuộc sống hàng ngày, nâng cao sức mạnh và bù đắp khuyết tật, thúc đẩy sự độc lập
- Kích thích nhận thức cho phép bệnh nhân tham gia vào một loạt các hoạt động và thảo luận
- Giáo dục nhận thức được thiết kế riêng cho từng mức độ khả năng của bệnh nhân để phản ánh các chức năng nhận thức cụ thể

Liệu pháp hành vi

- Dựa trên các nguyên tắc của lý thuyết điều kiện hoá và học tập
- Mục tiêu nhằm loại bỏ hoặc ngăn chặn các triệu chứng hành vi và tâm lý
- Chỉ có một vài nghiên cứu cho thấy hiệu quả của liệu pháp hành vi trong điều trị sa sút trí tuệ

Liệu pháp tương tác cá nhân

- Tập trung vào tương tác giữa các cá nhân, các vấn đề khó khăn giữa các cá nhân/tính cách, việc mất người thân và các biến cố/thay đổi trong cuộc sống
- Nhằm giúp bệnh nhân tương tác hiệu quả hơn với người khác
- Bệnh nhân trầm cảm nhẹ đến trung bình có thể được trị liệu với các liệu pháp có cấu trúc ngắn gọn, tập trung vào tương tác giữa các cá nhân

Định hướng thực tế

- Một trong những liệu pháp được sử dụng phổ biến nhất
- Giúp những bệnh nhân mất trí nhớ và mất phương hướng nhớ lại những sự thật về bản thân và môi trường xung quanh
- Định hướng lại bệnh nhân bằng cách kích thích liên tục và định hướng lặp đi lặp lại với môi trường (ví dụ: Thời gian, địa điểm và con người)
- Thỏa thuận việc sử dụng thường xuyên các thiết bị định hướng (ví dụ: Biển chỉ dẫn, thông báo, hỗ trợ bộ nhớ)
- Có thể làm chậm sự suy giảm nhận thức và có thể giúp trì hoãn đưa bệnh nhân vào viện dưỡng lão

Liệu pháp xác nhận

- Liên quan đến việc thừa nhận, ủng hộ những cảm xúc và ý nghĩa ẩn sau hành vi và lời nói của bệnh nhân
- Thúc đẩy sự hài lòng dẫn đến giảm ảnh hưởng tiêu cực và rối loạn hành vi

Liệu pháp hồi tưởng

- Giúp bệnh nhân hồi tưởng lại những trải nghiệm cá nhân tích cực và quan trọng trong quá khứ
- Thúc đẩy phục hồi giá trị bản thân, cải thiện động lực, hạnh phúc, tự chăm sóc, hành vi và tương tác xã hội

Liệu pháp trí nhớ sự kiện phiên ngữ

- Trí nhớ sự kiện là ký ức về những sự kiện và trải nghiệm gần hoặc xa trong quá khứ được kiểm tra bằng cách sử dụng tài liệu bằng lời nói hoặc hình ảnh
- Các bài kiểm tra trí nhớ sự kiện bằng lời nói cho phép bệnh nhân đọc danh sách các từ hoặc một câu chuyện ngắn được nhớ lại ngay lập tức và sau một khoảng thời gian chờ

Huấn luyện chức năng

- Chú trọng tối ưu hóa chức năng và hoạt động sinh hoạt hàng ngày
- Bao gồm các hoạt động như đào tạo kỹ năng hoặc lập kế hoạch hoạt động, tập thể dục, công nghệ hỗ trợ và các chương trình phục hồi chức năng (ví dụ: Trị liệu nghề nghiệp, vật lý trị liệu) nhằm thúc đẩy tính tự lập

Liệu pháp thay thế

- Bao gồm trị liệu bằng mùi hương, xoa bóp và trị liệu bằng xúc giác, nghệ thuật, hoạt động (ví dụ: Thể thao, kịch, khiêu vũ), trị liệu bằng ánh sáng và âm nhạc

C LIỆU PHÁP DÙNG THUỐC

- Quan trọng là cần giải thích cho bệnh nhân và gia đình trước khi bắt đầu trị liệu:
 - Thuốc sẽ không chữa khỏi hoàn toàn chứng sa sút trí tuệ và có thể không hiệu quả với tất cả bệnh nhân
 - Điều trị triệu chứng, ngay cả khi cải thiện các triệu chứng, sẽ không ngăn được sự tiến triển của bệnh và tình trạng suy giảm nhận thức sẽ tiếp tục ngay cả khi điều trị
 - Theo dõi đáp ứng với thuốc để đánh giá hiệu quả của thuốc trong việc cải thiện nhận thức, hành vi và chức năng của bệnh nhân
 - Chỉnh liều và đổi thuốc nếu cần
- Nên đánh giá mức độ nghiêm trọng của bệnh trước khi dùng thuốc

Liệu pháp dùng thuốc điều trị các triệu chứng nhận thức

Thuốc ức chế cholinesterase

- Nên được xem xét ở bệnh nhân Alzheimer trong tất cả giai đoạn bệnh
- Tất cả đều ức chế cholinesterase ở khe synap, do đó tăng cường chức năng cholinergic trung ương
 - Donepezil ức chế acetylcholinesterase
 - Galantamine ức chế acetylcholinesterase & điều hòa dị lập thể thụ thể nicotinic
 - Rivastigmine ức chế cả acetylcholinesterase & butyrylcholinesterase
- Cải thiện nhận thức, hành vi và chức năng trong bệnh Alzheimer
- Cũng có thể dùng cho bệnh nhân sa sút trí tuệ thể Lewy

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

C **LIỆU PHÁP DÙNG THUỐC (TIẾP THEO)****Liệu pháp dùng thuốc điều trị các triệu chứng nhận thức (Tiếp theo)****Thuốc ức chế cholinesterase (tiếp theo)**

- Donepezil & galantamine có hiệu quả vừa phải trong điều trị suy giảm nhận thức ở bệnh nhân sa sút trí tuệ do mạch máu hoặc sa sút trí tuệ hỗn hợp, nên thận trọng khi chỉ định
- Nhìn chung dung nạp tốt, tác dụng không mong muốn thường gặp là rối loạn tiêu hóa (nôn, buồn nôn, tiêu chảy) thường ở mức độ nhẹ đến trung bình
- Không nên chỉ định trong điều trị FTD và suy giảm nhận thức mức độ nhẹ

• Donepezil

- Cho thấy hiệu quả đáng kể trong chức năng nhận thức khi đánh giá theo phân nhóm nhận thức của thang đánh giá bệnh Alzheimer
- Các nghiên cứu đã chỉ ra hiệu quả của donepezil trong việc giảm một số vấn đề về hành vi và các triệu chứng loạn thần ở bệnh nhân sa sút trí tuệ từ nhẹ đến trung bình
- Được chỉ định trong điều trị bệnh Alzheimer nhẹ đến trung bình và đã được phê duyệt để điều trị các dạng bệnh Alzheimer mức độ nặng hơn và chứng sa sút trí tuệ thể Lewy

• Galantamine

- Cải thiện khả năng hoạt động và cũng có thể mang lại hiệu quả đáng kể đối với hành vi ở bệnh nhân Alzheimer
- Được chỉ định để duy trì nhận thức ở những bệnh nhân Alzheimer nhẹ đến trung bình
- Có thể được xem xét ở những bệnh nhân sa sút trí tuệ thể Lewy từ nhẹ đến trung bình không dung nạp donepezil và rivastigmine
- Liều cao có hiệu quả hơn liều thấp, tuy nhiên, liều >24 mg/ngày không mang lại thêm lợi ích
- Tăng liều chậm có thể cải thiện khả năng dung nạp của thuốc
- Có bằng chứng về một số lợi ích đối với nhận thức ở bệnh nhân Alzheimer hỗn hợp và bệnh lý mạch máu não

• Rivastigmine

- Cho thấy hiệu quả đáng kể trong chức năng nhận thức và chức năng toàn thể ở bệnh nhân Alzheimer nhẹ đến trung bình
 - Kết quả phân tích gộp cho thấy rivastigmine có thể mang lại lợi ích cho những bệnh nhân Alzheimer có triệu chứng tiến triển nhanh so với những bệnh nhân có triệu chứng tiến triển chậm
 - Cũng được phát hiện là có hiệu quả trong kiểm soát sự suy giảm nhận thức ở những bệnh nhân sa sút trí tuệ thể Lewy
 - Miếng dán thấm thấu qua da có ưu điểm là ít các tác dụng không mong muốn trên đường tiêu hóa, tác dụng thuốc trong 24 giờ tốt hơn và dễ sử dụng hơn
 - Được chấp thuận để điều trị trong tất cả các giai đoạn của bệnh Alzheimer
 - Được chỉ định cho bệnh nhân sa sút trí tuệ liên quan đến bệnh Parkinson nhẹ đến trung bình và sa sút trí tuệ thể Lewy mức độ nặng
- *Vui lòng xem bài Điều trị Bệnh Parkinson & Sa sút trí tuệ do Parkinson để biết thêm thông tin chi tiết.*

Aducanumab & lecanemab

- Kháng thể nhắm trực tiếp vào các mảng amyloid beta, được chỉ định trong điều trị bệnh Alzheimer đã xác định có mảng amyloid
- Các nghiên cứu cho thấy giảm đáng kể mảng amyloid beta phụ thuộc vào liều và thời gian điều trị so với giả dược
- Gần đây được phê duyệt thông qua chương trình Accelerated Approval pathway của Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) là liệu pháp khởi đầu ở những bệnh nhân bị suy giảm nhận thức nhẹ hoặc giai đoạn sa sút trí tuệ nhẹ của bệnh Alzheimer
- Không có dữ liệu về tính an toàn hoặc hiệu quả khi bắt đầu điều trị giai đoạn sớm hoặc muộn của bệnh

Memantine

- Chất đối kháng thụ thể N-methyl-D-aspartate (NMDA) không cạnh tranh được dùng cho bệnh nhân Alzheimer từ trung bình đến nặng
- Có thể dùng đơn trị liệu trên bệnh nhân Alzheimer nhẹ đến trung bình chống chỉ định hoặc không dung nạp với thuốc ức chế cholinesterase, hoặc trong trường hợp bệnh tiến triển mặc dù đã thử nghiệm đầy đủ thuốc ức chế cholinesterase
- Dữ liệu hiện có cho thấy sự kết hợp memantine với thuốc ức chế cholinesterase làm tăng khả năng trì hoãn sự tiến triển của triệu chứng so với chỉ dùng chất ức chế cholinesterase đơn thuần trong các trường hợp bệnh Alzheimer từ trung bình đến nặng
- Các nghiên cứu cho thấy memantine cải thiện nhận thức ở tất cả các giai đoạn của bệnh Alzheimer. Bên cạnh đó, thuốc còn cải thiện đáng kể hành vi, khả năng thực hiện các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày của bệnh nhân Alzheimer mức độ trung bình-nặng

Peptid Cerebrolysin concentrate

- Thuốc hướng thần kinh bao gồm 25% peptid trọng lượng phân tử thấp và các amino acid tự do được tạo ra bằng công nghệ sinh học dựa trên phương pháp dùng enzyme cắt đoạn chuẩn hóa protein tinh khiết của não lợn
- Các nghiên cứu cho thấy chế phẩm Peptid Cerebrolysin concentrate được dung nạp tốt
- Hiệu quả hỗ trợ cho những liệu pháp hiện dùng để điều trị sa sút trí tuệ dựa trên dữ liệu lâm sàng hiện có

Ginkgo biloba (EGb 761)

- Một sản phẩm thực vật có nguồn gốc từ cây bạch quả đã có các thử nghiệm lâm sàng ủng hộ hiệu quả trong điều trị bệnh Alzheimer và sa sút trí tuệ do mạch máu
- Các cơ chế hoạt động có thể bao gồm: kháng tiểu cầu, tác dụng vận mạch, tăng khả năng chịu đựng của tế bào thần kinh đối với tình trạng thiếu oxy và ngăn ngừa tổn thương màng do các gốc tự do
- Phần lớn các nghiên cứu xác nhận *Ginkgo biloba* an toàn, ít tác dụng không mong muốn

Selegiline

- Chất ức chế chọn lọc monoamine oxidase-B (MAO-B); hoạt động như một chất chống oxy hóa hoặc chất bảo vệ thần kinh ở bệnh nhân Alzheimer
- Rất ít bằng chứng về hiệu quả của thuốc trong điều trị các triệu chứng của bệnh Alzheimer

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

C **LIỆU PHÁP DỪNG THUỐC (TIẾP THEO)****Các thuốc điều trị các triệu chứng nhận thức (Tiếp theo)****Vitamin E**

- Nhìn chung không được khuyến cáo để điều trị các triệu chứng nhận thức của sa sút trí tuệ do bằng chứng hạn chế về hiệu quả và các lo ngại về tính an toàn
 - Sau khi cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ tiềm ẩn của vitamin E, một số bác sĩ vẫn có thể lựa chọn chỉ định với liều lượng ≤400 IU/ngày
 - Thống kê cho thấy liều >400 IU/ngày dẫn đến tỷ lệ tử vong tăng đáng kể
- Những lo ngại mới về tính an toàn bao gồm tăng tỷ lệ tử vong phụ thuộc liều, tăng tỷ lệ suy tim ở bệnh nhân đái tháo đường và bệnh tim mạch
- Làm nặng các rối loạn đông máu ở những bệnh nhân thiếu hụt vitamin K

Liệu pháp dùng thuốc điều trị các triệu chứng tâm thần kinh**Điều trị loạn thần và kích động**

- Được chỉ định khi các liệu pháp không dùng thuốc (ví dụ: Xác định và điều trị nguyên nhân nền, liệu pháp tâm lý, giáo dục và hợp tác giữa các đơn vị chăm sóc sức khỏe, bệnh nhân và gia đình, v.v.) thất bại hoặc khi có hành vi cần được chú ý khẩn cấp, chẳng hạn hành vi gây hấn nguy hiểm
- Mục đích điều trị là giảm thiểu các triệu chứng loạn thần (ví dụ: Hoang tưởng, ảo giác, v.v.) và các triệu chứng khác liên quan đến loạn thần hoặc tính tự lập (ví dụ: La hét, bạo lực)
 - Điều này giúp tăng sự thoải mái và an toàn cho bệnh nhân và gia đình
- Liệu pháp can thiệp nên được chỉ định theo mức độ kích động của bệnh nhân và nguy cơ đối với người chăm sóc và bệnh nhân
 - Hành vi bạo lực thường cần điều trị bằng thuốc
- Kích động cần được đánh giá thêm để phát hiện nguyên nhân tiềm ẩn
 - Nếu kích động tiếp tục lặp đi lặp lại, các biện pháp tâm lý xã hội nên được chỉ định như liệu pháp đầu tay
- Liệu pháp dùng thuốc được chỉ định nếu các biện pháp tâm lý xã hội không thành công hoặc nếu kích động được cho là nguy hiểm đối với bệnh nhân/người chăm sóc

Thuốc điều trị sa sút trí tuệ

- Donepezil có thể được chỉ định để điều trị các triệu chứng âm tính như hành vi vận động bất thường, thờ ơ và rối loạn tâm trạng (ví dụ: Lo lắng, trầm cảm)
- Memantine cũng được chỉ định để điều trị các triệu chứng dương tính như kích động hoặc gây hấn, cấu kính, ảo giác và ảo tưởng
- Rivastigmine có thể được chỉ định để điều trị các triệu chứng hành vi và tâm lý của DLB

Thuốc chống loạn thần¹

- Tiến hành đánh giá các nguyên nhân có thể gây loạn thần, đánh giá và giải quyết các nguyên nhân lâm sàng hoặc do môi trường (ví dụ: Mê sảng, bị bỏ rơi, hoặc đau) trước khi bắt đầu cho bệnh nhân dùng thuốc chống loạn thần
- Phương pháp điều trị ban đầu đối với các triệu chứng loạn thần trong sa sút trí tuệ có nguy cơ gây tổn hại cho bản thân và người khác và tình trạng rối loạn tâm thần nghiêm trọng ở những bệnh nhân bị kích động, ảo tưởng hoặc ảo giác
- Liều lượng và nhu cầu dùng thuốc phải được đánh giá liên tục, nguy cơ đột quỵ và nhồi máu cơ tim nên được xem xét
- Liều thấp nhất có hiệu quả nên được chỉ định trong khoảng thời gian ngắn nhất cần thiết (Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ khuyến cáo giảm liều trong vòng 16 tuần kể từ khi bắt đầu), khi có các tác dụng không mong muốn, việc đầu tiên cần làm là giảm liều
 - Điều trị loạn thần liên quan đến sa sút trí tuệ ở bệnh nhân cao tuổi bằng thuốc chống loạn thần có thể làm tăng nguy cơ biến cố mạch máu não và biến cố tim mạch bao gồm tử vong
 - Đánh giá lại ít nhất 6 tuần một lần
- Thuốc chống loạn thần được cân nhắc khi có các triệu chứng nghiêm trọng về hành vi và tâm lý trong sa sút trí tuệ không đáp ứng với các liệu pháp điều trị khác
 - Không được khuyến cáo để điều trị thường quy cho bệnh nhân sa sút trí tuệ với hành vi gây hấn và loạn thần
- Các thuốc không điển hình có thể được dung nạp tốt hơn
- Lựa chọn thuốc dựa trên hồ sơ tác dụng không mong muốn phù hợp nhất với bệnh nhân
- Thường uống vào buổi tối để giúp ngủ ngon và điều trị hội chứng 'mặt trời lặn, sundowning'-hành vi kích động thường xảy ra sau khi mặt trời lặn
- Thuốc đường uống thường được ưu tiên
- Thuốc điều trị bệnh Alzheimer và sa sút trí tuệ não mạch, ví dụ: Thuốc ức chế cholinesterase và/hoặc memantine nên được tối ưu hóa và dùng với liều lượng thích hợp vì những thuốc này giúp kiểm soát hành vi tốt
- Brexpirazole đã được chấp thuận bởi FDA Hoa Kỳ trong điều trị bệnh nhân Alzheimer có triệu chứng kích động

Benzodiazepine¹

- Điều trị triệu chứng kích động, với lo âu là một đặc điểm nổi bật
- Hiệu quả khi dùng liều khởi đầu đối với kích động không thường xuyên; hoặc các trường hợp cần dùng thuốc an thần, ví dụ: Thủ thuật nha khoa
- Nhìn chung không được chỉ định trong điều trị sa sút trí tuệ trừ trường hợp cần thiết
- Nguy cơ mất ức chế, an thần quá mức, té ngã và mê sảng
- Ưu tiên các thuốc tác dụng ngắn và các thuốc không cần qua chuyển hóa
- Bắt đầu với liều thấp; thận trọng khi tăng liều
 - Người cao tuổi nhạy cảm hơn với tác dụng không mong muốn của benzodiazepine

¹Nhiều loại thuốc benzodiazepine và thuốc chống trầm cảm có trên thị trường. Vui lòng xem thêm thông tin kê đơn cụ thể có thể trong ấn phẩm MIMS mới nhất.

C LIỆU PHÁP DÙNG THUỐC (TIẾP THEO)

Điều trị trầm cảm và thờ ơ

Thuốc chống trầm cảm¹

- Thuốc chống trầm cảm ba vòng (TCA), thuốc ức chế monoamine oxidase (MAOI) và thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI) có thể được chỉ định để điều trị trầm cảm
 - Ưu tiên sử dụng thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc
- Đôi khi, sự suy giảm nhận thức có thể cải thiện một phần sau khi điều trị trầm cảm
- Lựa chọn thuốc phụ thuộc vào tương tác thuốc, tác dụng không mong muốn và tác dụng mong muốn
 - Thuốc chống trầm cảm ba vòng có tác dụng đáng kể trên tim mạch và đặc tính kháng cholinergic
 - Thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc có thể có ít tác dụng không mong muốn hơn
 - Hạn chế trong chế độ ăn uống (thực phẩm giàu tyramine), tương tác thuốc và tác dụng không mong muốn có khả năng làm giảm hiệu quả của thuốc ức chế monoamine oxidase
- Bắt đầu với liều thấp; thận trọng khi tăng liều
 - Người cao tuổi nhạy cảm hơn với tác dụng không mong muốn của thuốc chống trầm cảm
- Không hiệu quả đối với các triệu chứng hành vi và tâm lý trong sa sút trí tuệ ở bệnh nhân bệnh FTD

¹Nhiều loại thuốc benzodiazepine và thuốc chống trầm cảm có trên thị trường. Vui lòng xem thêm thông tin kê đơn cụ thể có thể trong ấn phẩm MIMS mới nhất.

DỰ PHÒNG SA SÚT TRÍ TUỆ

Dự phòng sa sút trí tuệ thông qua các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi:

Giảm tổn thương bệnh lý thần kinh (amyloid hoặc qua trung gian protein tau, bệnh lý mạch máu hoặc viêm)

- Giảm hoặc ngừng hút thuốc
- Điều trị nhằm kiểm soát bệnh đái tháo đường
- Dự phòng chấn thương đầu
- Giảm ô nhiễm không khí
- Giảm béo phì tuổi trung niên
- Điều trị tăng huyết áp và rối loạn lipid máu
- Can thiệp dinh dưỡng (ví dụ: Chế độ ăn kiểu Địa Trung Hải, tiêu thụ nhiều acid béo không bão hòa đơn và đa)

Tăng và duy trì quá trình "bảo tồn nhận thức"

- Đạt trình độ học vấn cao
- Duy trì tương tác xã hội thường xuyên
- Điều trị suy giảm chức năng thính giác và thị giác

Giảm tổn thương bệnh lý thần kinh, tăng và duy trì quá trình "bảo tồn nhận thức"

- Tránh uống nhiều rượu
- Duy trì tập thể dục hoặc hoạt động thể chất thường xuyên
 - Thể dục aerobic cường độ vừa phải ít nhất 150 phút/tuần hoặc cường độ mạnh 75 phút/tuần được khuyến cáo ở người lớn từ 65 tuổi trở lên
- Giảm triệu chứng trầm cảm đi kèm

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.