

kích thước u không phải là yếu tố liên quan tới sống thêm [6].

Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng quan trọng ảnh hưởng đến thời gian sống thêm sau mổ. Tuy nhiên chúng tôi chưa thấy mối liên quan giữa thời gian sống thêm và giai đoạn bệnh. Điều này có thể là do cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ.

Bệnh nhân có bệnh tim mạch kèm theo có thời gian sống thêm trung bình là 37,45±3,5 tháng thấp hơn so với thời gian sống thêm trung bình của nhóm không có bệnh tim mạch kèm theo (51,8±1,8 tháng). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Do bệnh nhân bệnh lý tim mạch thường phục hồi sau mổ chậm hơn, ảnh hưởng đến liều và liệu trình điều trị hóa chất bổ trợ sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Hóa trị bổ trợ phác đồ EOX đem lại lợi ích sống thêm trên bệnh nhân cao tuổi ung thư dạ dày đã phẫu thuật triệt căn có nguy cơ cao với tỷ lệ sống thêm toàn bộ ước tính theo Kaplan - Meier sau 3 năm, 4 năm và 5 năm tương ứng là 85,6%, 59,7%, 46,7%, tỷ lệ sống thêm không

bệnh sau 3 năm, 4 năm và 5 năm ước tính tương ứng là 63,5%, 45,8% và 35,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (2018)**. Gastric Cancer. International Agency for Research on Cancer, GLOBOCAN 2018.
2. **Vũ Hải (2009)**, Nghiên cứu chỉ định các phương pháp phẫu thuật, hoá chất bổ trợ và đánh giá kết quả điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện K, Luận án Tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
3. **Phan Cảnh Duy (2019)**, "Kết quả điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày phần xa dạ dày giai đoạn tiến triển tại chỗ bằng phẫu thuật kết hợp xạ - hóa sau mổ", Tạp chí Y học lâm sàng, Bệnh viện Trung Ương Huế, số 55, tr: 80 -88.
4. **Vũ Quang Toàn, Đoàn Hữu Nghị, Đỗ Anh Tú (2015)**, Điều trị ung thư dạ dày tiến triển tại chỗ bằng phẫu thuật và hóa trị bổ trợ EOX, Tạp chí Y học lâm sàng, số 29/2015, 270-278.
5. **Bang Y.-J., Kim Y.-W., Yang H.-K. et al (2012)**. Adjuvant capecitabine and oxaliplatin for gastric cancer after D2 gastrectomy (CLASSIC): a phase 3 open-label, randomised controlled trial. The Lancet, 379(9813), 315-321.
6. **Fukuda N., Sugiyama Y., Wada J. (2011)**. Prognostic factors of T4 gastric cancer patients undergoing potentially curative resection. World journal of gastroenterology: WJG, 17(9), 1180.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÁI PHÁT MUỘN SAU ĐỘT QUY THIẾU MÁU NÃO CẤP TẠI TIỀN GIANG

Nguyễn Văn Dũng*, Cao Phi Phong**

TÓM TẮT

Mở đầu: Nguy cơ tái phát muộn sau đột quy thiếu máu não cấp thì vẫn còn cao mặc dù đã có những cải thiện trong chiến lược phòng ngừa đột quy thứ phát. Việc xác định tỉ suất tái phát đột quy muộn và các yếu tố liên quan đến nguy cơ tái phát đột quy muộn vẫn còn hạn chế. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ suất tái phát đột quy tích lũy tại thời điểm 1 năm và các yếu tố liên quan độc lập đến tái phát muộn sau đột quy thiếu máu não cấp. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ quan sát, tiền cứu. Sử dụng ước tính Kaplan-Meier và mô hình hồi quy Cox để xác định tỷ suất tái phát đột quy tích lũy và các yếu tố liên quan độc lập đến nguy cơ tái phát muộn sau đột quy thiếu máu não cục bộ cấp. **Kết quả:** Trong 2 năm, chúng tôi thu thập được 520 bệnh nhân đột quy thiếu máu não cục bộ cấp và theo dõi 1 năm. Tỷ suất tái phát đột quy tích lũy tại thời điểm 1 năm là 21,2%.

Các yếu tố liên quan độc lập với đột quy tái phát bao gồm trình độ học vấn, tiền sử đột quy/TIA, tiền sử nhồi máu cơ tim, rung nhĩ, lấp mạch tử tim và dùng thuốc statin. **Kết luận:** Tỷ suất tái phát đột quy tích lũy tại thời điểm 1 năm là 21,2%. Các yếu tố liên quan độc lập với đột quy tái phát là trình độ học vấn, tiền sử đột quy/TIA, tiền sử nhồi máu cơ tim, rung nhĩ, lấp mạch tử tim và dùng thuốc statin.

Từ khóa: yếu tố, tái phát muộn, liên quan, đột quy thiếu máu não cấp.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH LATE RECURRENCE AFTER ACUTE ISCHEMIC STROKE IN TIEN GIANG

Background: The risk of late recurrence after acute ischemic stroke remains high despite improvements in secondary stroke prevention strategies. The determination of late stroke recurrence rate and factors associated with to late stroke recurrence is still limited. **Objectives:** Determine the cumulative stroke recurrence rate at 1 year and factors independently associated with to the risk of late recurrence after acute ischemic stroke. **Methods:** Prospective, observational cohort study. Using Kaplan-Meier estimation and Cox regression model to determine the cumulative stroke recurrence rate and

*Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang

**Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng

Email: dungbvtg@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 11.5.2021

Ngày duyệt bài: 17.5.2021

factors associated with the risk of late recurrence after acute ischemic stroke. **Results:** In 2 years, we collected 520 patients with acute ischemic stroke and followed up for 1 year. The cumulative stroke recurrence rate at 1 year was 21.2%. Factors independently associated with recurrent stroke include education level, history of stroke/TIA, history of myocardial infarction, atrial fibrillation, cardioembolism and use statin drug. **Conclusions:** The cumulative stroke recurrence rate at 1 year was 21.2%. Factors independently associated with recurrent stroke were education level, history of stroke/TIA, history of myocardial infarction, atrial fibrillation, cardioembolism and use statin drug.

Keywords: factor, late recurrence, associated with, acute ischemic stroke.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ tái phát sau đột quỵ thiếu máu não cấp thường dẫn đến tỉ lệ tử vong cao hơn, mức độ tàn tật lớn hơn, chi phí điều trị tăng lên so với biến cố đột quỵ lần đầu. Mặc dù đã có những cải thiện trong chiến lược phòng ngừa đột quỵ tái phát nhưng tỉ lệ tái phát đột quỵ muộn vẫn còn cao. Thật vậy, theo Wang và cộng sự thì tỉ lệ đột quỵ tái phát tại thời điểm 1 năm là 17,7%. Mặt khác, theo Hankey và cộng sự thì tỉ suất đột quỵ tái phát tích lũy tại thời điểm 6 tháng và 5 năm lần lượt là 8,8% và 22,5%.

Trên thế giới, có nhiều nghiên cứu về đột quỵ tái phát với thời gian theo dõi là 1 năm. Tuy nhiên, ở Việt Nam nói chung và miền Tây Nam Bộ nói riêng, số lượng nghiên cứu về vấn đề này với thời gian theo dõi 1 năm còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài " Các yếu tố liên quan đến tái phát muộn sau đột quỵ thiếu máu não cấp tại Tiền Giang" với các mục tiêu sau đây:

- Xác định tỷ suất tái phát đột quỵ tích lũy tại thời điểm 1 năm.

- Xác định các yếu tố liên quan độc lập đến tái phát muộn sau đột quỵ thiếu máu não cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Đó là những bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp nhập vào khoa Nội Thần Kinh, bệnh viện ĐKTT Tiền Giang từ tháng 02 năm 2016 đến tháng 7 năm 2017 có đủ tiêu chuẩn chọn mẫu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Tiêu chuẩn chọn vào: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp theo tiêu chuẩn lâm sàng của Tổ chức Y tế Thế giới và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính/cộng hưởng từ sọ não, đồng thời có địa chỉ rõ ràng và/hoặc số điện thoại.

Tiêu chuẩn loại ra:

- Bệnh nhân có tiền sử đột quỵ nhưng lần này nhập viện điều trị vì bệnh khác.

- Bệnh nhân không làm đầy đủ các cận lâm sàng cần thiết.

- Bệnh nhân chấn thương hoặc phẫu thuật trong vòng 3 ngày trước khi đột quỵ khởi phát, bệnh gan mức độ nặng, bệnh nhiễm khuẩn cấp lúc nhập viện.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ quan sát, tiến cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn liên tiếp những bệnh nhân được chẩn đoán là đột quỵ thiếu máu não cấp vào khoa Nội Thần Kinh bệnh viện ĐKTT Tiền Giang trong thời gian nghiên cứu và phải đảm bảo cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu.

Cỡ mẫu: Được tính theo công thức dành cho nghiên cứu đoàn hệ, tiến cứu có sử dụng phương pháp phân tích sống còn. Cỡ mẫu tối thiểu là 330 bệnh nhân.

Phương pháp thu thập số liệu:

- Thu thập thông tin khi bệnh nhân nhập viện: Những bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp được khám lâm sàng tỉ mỉ và cho làm đầy đủ các cận lâm sàng cần thiết để thu thập các thông tin cho nghiên cứu. Đồng thời, ghi nhận số điện thoại của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân.

- Chúng tôi tiến hành theo dõi tái phát đột quỵ ngay lúc bệnh nhân còn nằm viện.

- Sau khi ra viện: chúng tôi tiếp tục theo dõi bệnh nhân thông qua khám trực tiếp hoặc gọi điện thoại cho đến khi kết thúc nghiên cứu. Thời gian theo dõi sau ra viện là 1 năm.

- Tất cả những thông tin thu thập đều được ghi nhận cẩn thận vào bảng thu thập số liệu có sẵn.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập, mã hóa và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Ước tính Kaplan-Meier và mô hình hồi quy Cox được sử dụng để tính tỷ suất tái phát tích lũy tại thời điểm 1 năm và xác định các yếu tố liên quan độc lập với đột quỵ tái phát.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Các yếu tố về dân số học. Thực tế chúng tôi thu thập được 520 bệnh nhân. Trong đó, tỉ lệ nam giới và nữ giới gần bằng nhau. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $69 \pm 12,5$ với tuổi nhỏ nhất là 26 và tuổi lớn nhất là 96, trong đó gần 2/3 bệnh nhân thuộc nhóm tuổi ≥ 65 . Gần 3/4 số bệnh nhân trong nghiên cứu sống ở khu vực nông thôn và chỉ có 1/4 số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có trình độ trên tiểu học.

Một số đặc điểm liên quan đến quá trình theo dõi

Bảng 1: Một số đặc điểm liên quan đến quá trình theo dõi

Một số đặc điểm	Tần số (n=520)
Tổng số bệnh nhân được theo dõi	520

Số bệnh nhân tái phát	110
Số bệnh nhân mất theo dõi	5
Thời gian theo dõi (năm)	1
Tỉ suất tái phát đột quy tích lũy tại thời điểm 1 năm sau đột quy thiếu máu não cấp là 21,2%	

Kết quả phân tích đơn biến

Bảng 2: Các yếu tố dân số học và tiền sử

Yếu tố nguy cơ	HR	KTC 95%	Giá trị p
Tuổi ≥ 65	1,93	1,26 – 2,97	0,003
Giới nữ	1,34	0,92 – 1,94	0,128
Trình độ học vấn (tiểu học trở xuống)	2,90	1,63 – 5,16	<0,001
Tình trạng hôn nhân (sống 1 mình)	1,10	0,75 – 1,60	0,627
Tiền sử tăng huyết áp	1,04	0,70 – 1,55	0,842
Tiền sử đái tháo đường	1,17	0,71 – 1,94	0,537
Tiền sử đột quy/TIA	1,83	1,24 – 2,68	0,002
Tiền sử gia đình có người thân bị đột quy	0,69	0,41 – 1,15	0,153
Tiền sử nhồi máu cơ tim	4,91	2,88 – 8,36	< 0,001

Bảng 3: Các yếu tố nguy cơ mạch máu

Yếu tố nguy cơ	HR	KTC 95%	Giá trị p
Tăng huyết áp	1,21	0,75 – 1,97	0,435
Đái tháo đường	1,07	0,66 – 1,72	0,788
Rối loạn lipid máu	1,07	0,71 – 1,60	0,754
Rung nhĩ	2,17	1,36 – 3,46	0,001
Tập thể dục	0,45	0,23 – 0,88	0,020
Hút thuốc lá	0,89	0,58 – 1,36	0,594
Uống rượu	0,90	0,58 – 1,40	0,649
Hẹp van hai lá	0,92	0,23 – 3,73	0,909
Hẹp van động mạch chủ ≥ 70%	1,44	0,73 – 2,85	0,294

Bảng 4: Các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân theo phân loại TOAST và điều trị sau ra viện

Yếu tố nguy cơ	HR	KTC 95%	Giá trị p
HA tâm thu lúc nhập viện ≥ 140 mmHg	1,42	0,94 – 2,15	0,099
HA tâm trương lúc nhập viện ≥ 90 mmHg	1,21	0,83 – 1,77	0,329
Điểm Glasgow lúc nhập viện ≤ 8	0,55	0,27 – 1,13	0,105
Điểm NIHSS lúc nhập viện: 5 đến 24	1,66	1,05 – 2,62	0,031
≥ 25	2,21	1,29 – 3,78	0,004
Điểm Rankin hiệu chỉnh lúc ra viện >2	1,94	1,25 – 2,99	0,003
Nồng độ cholesterol toàn phần cao	0,76	0,48 – 1,21	0,245
Nồng độ triglyceric cao	0,98	0,67 – 1,43	0,896
Nồng độ LDL-C cao	1,01	0,65 – 1,56	0,977
Nồng độ HDL-C thấp	1,22	0,82 – 1,81	0,320
Nồng độ hs-CRP cao trên >3mg/L	1,61	1,09 – 2,37	0,018
Lắp mạch tử tim (TOAST)	2,21	1,32 – 3,72	0,003
Thuốc chống kết tập tiểu cầu	0,53	0,32 – 0,86	0,009
Thuốc statin	0,56	0,38 – 0,81	0,002
Thuốc hạ huyết áp	1,09	0,70 – 1,70	0,708

Qua phân tích hồi quy Cox đơn biến, có 12 biến số có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) và 1 biến số gần có ý nghĩa thống kê (P < 0,1). Các biến số này được đưa vào phân tích hồi quy Cox đa biến.

Kết quả phân tích đa biến

Yếu tố nguy cơ	HR	KTC 95%	Giá trị p
Tuổi	1,22	0,76 – 1,96	0,401
Trình độ học vấn	1,97	1,07 – 3,64	0,030

Tiền sử đột quỵ/TIA	1,88	1,27 – 2,78	0,002
Tiền sử nhồi máu cơ tim	3,30	1,88 – 5,79	<0,001
Rung nhĩ	1,74	1,05 – 2,87	0,031
Tập thể dục	0,57	0,28 – 1,16	0,122
Điểm Rankin lúc ra viện	1,32	0,57 – 3,06	0,523
hs-CRP >3mg/L	1,16	0,77 – 1,75	0,484
HATT lúc nhập viện.	1,40	0,92 – 2,15	0,121
Điểm NIHSS lúc nhập viện ≥ 15	1,08	0,43 – 2,75	0,868
Dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu	1,03	0,60 – 1,76	0,912
Dùng thuốc statin	0,62	0,42 – 0,92	0,016
Lắp mạch tử tim (TOAST)	1,85	1,05 – 3,24	0,032

IV. BÀN LUẬN

Tỉ suất tái phát tích lũy tại thời điểm 1 năm sau đột quỵ thiếu máu não cấp

Qua quan sát các nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy đột quỵ tái phát xảy ra nhiều nhất trong năm đầu tiên. Những năm sau đó, nguy cơ tái phát đột quỵ trung bình hàng năm sẽ giảm dần. Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ suất tái phát đột quỵ tích lũy tại thời điểm 1 năm sau đột quỵ thiếu máu não là 21,2%. Kết quả này cao hơn hầu hết các nghiên cứu khác. Điển hình, nghiên cứu của Xu và cộng sự thì tỷ suất tái phát sau 1 năm là 11,2% [8], nghiên cứu của Mohan và cộng sự thì tỷ suất này là 11,1% [6] và vài nghiên cứu khác cũng có tỷ suất thấp hơn của chúng tôi. Tuy nhiên, vẫn có một số nghiên cứu có tỷ suất tái phát đột quỵ tích lũy tại thời điểm 1 năm ở mức gần bằng với kết quả của chúng tôi. Chẳng hạn, theo kết quả nghiên cứu của Hardie và cộng sự là 16%. Bên cạnh, nghiên cứu Wang và cộng sự ở Trung Quốc thì tỷ suất này là 17,7%. Ngoài ra, theo Viitanen và cộng sự đã cho thấy kết quả lên đến 18%.

Tỷ suất đột quỵ tái phát tùy thuộc vào nhiều yếu tố, chẳng hạn như nghiên cứu đó dựa vào bệnh viện hay cộng đồng, đối tượng nghiên cứu, định nghĩa đột quỵ tái phát, thiết kế nghiên cứu và chiến lược phòng ngừa đột quỵ thứ phát... Nhìn chung, tỷ suất tái phát tại thời điểm 1 năm sau đột quỵ thiếu máu não còn cao. Điều này nhắc nhở chúng ta cần đưa ra chiến lược phòng ngừa đột quỵ thứ phát một cách hợp lý, kịp thời và hiệu quả.

Một số yếu tố liên quan đến đột quỵ tái phát

Tuổi: Tuổi là yếu tố nền tảng, được các tác giả đề cập trong hầu hết các nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi không có liên quan độc lập với nguy cơ tái phát đột quỵ. Kết quả này tương tự với vài nghiên cứu khác. Thật vậy, theo Burn và cộng sự thì tuổi không có liên quan đến nguy cơ tái phát đột quỵ. Bên cạnh, một số nghiên cứu cũng cho kết quả tương tự [8].

Trình độ học vấn: Trong nghiên cứu này, trình độ học vấn thấp < 6 năm (tiểu học trở xuống) là yếu tố liên quan độc lập với sự gia tăng nguy cơ tái phát đột quỵ với HR = 1,97; p = 0,030. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Melkas và cộng sự. Kết quả từ nghiên cứu của tác giả này cho thấy trình độ học vấn thấp làm tăng nguy cơ đột quỵ tái phát với HR = 1,42; p = 0,070 [5]. Thêm vào đó, nghiên cứu của Che và cộng sự thấy rằng trình độ học vấn < 6 năm làm tăng nguy cơ đột quỵ tái phát với HR = 1,73. Thật vậy, trình độ học vấn thấp có ảnh hưởng đến đột quỵ từ nhiều mặt, chẳng hạn như khả năng tìm hiểu về đột quỵ, nhận biết yếu tố nguy cơ và triệu chứng đột quỵ, sự tuân thủ trong điều trị đột quỵ.

Tiền sử đột quỵ/TIA: Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tiền sử đột quỵ hoặc TIA là yếu tố liên quan độc lập với sự gia tăng nguy cơ tái phát đột quỵ với HR = 1,88; p = 0,002. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác. Điển hình, trong nghiên cứu của Alter và cộng sự, tiền sử ít nhất 1 lần bị TIA sẽ làm tăng nguy cơ tái phát đột quỵ lên đến 41,4 lần [2].

Tiền sử nhồi máu cơ tim: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiền sử nhồi máu cơ tim có liên quan độc lập làm tăng nguy cơ tái phát đột quỵ với HR = 3,30; p = <0,001. Kết quả này tương tự với những nghiên cứu khác. Điển hình trong số đó là nghiên cứu của tác giả Prencipe và cộng sự tại Ý, tiền sử nhồi máu cơ tim làm tăng nguy cơ đột quỵ tái phát với HR = 2,9. Mặt khác, theo tác giả Alter và cộng sự thì tiền sử nhồi máu cơ tim làm tăng nguy cơ đột quỵ tái phát với RR = 8.0 [2]. Có thể giải thích tiền sử nhồi máu cơ tim làm tăng nguy cơ đột quỵ tái phát vì hai bệnh này có chung nền tảng xơ vữa mạch máu.

Tăng huyết áp: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tăng huyết áp không có liên quan với nguy cơ tái phát đột quỵ. Tăng huyết áp là yếu tố không có sự đồng nhất giữa các nghiên cứu.

Kết quả này phù hợp với vài nghiên cứu cho rằng tăng huyết áp không làm tăng nguy cơ đột quỵ tái phát. Chẳng hạn, theo Wang và cộng sự thì không có sự khác nhau giữa nhóm có và không có tăng huyết áp đối với nguy cơ đột quỵ tái phát tại thời điểm 1 năm (18% so với 17%, $p = 0,21$). Trái lại, có những nghiên cứu cho rằng tăng huyết áp làm tăng nguy cơ đột quỵ tái phát. Điển hình, nghiên cứu của Xu và cộng sự cho rằng tăng huyết áp không kiểm soát sẽ làm tăng nguy cơ đột quỵ tái phát với $HR = 3,15$, $p < 0,001$. Việc không xác định tăng huyết áp như một yếu tố dự báo tái phát đột quỵ có thể phản ánh rằng nguy cơ cao ở những bệnh nhân đã mắc bệnh nào đó sẽ lấn át bất kỳ ảnh hưởng nào của một yếu tố nguy cơ cụ thể.

Đái tháo đường: Trong nghiên cứu của chúng tôi, đái tháo đường không phải là yếu tố có liên quan độc lập với nguy cơ tái phát đột quỵ. Đái tháo đường cũng là yếu tố được nhiều tác giả tranh luận đối với nguy cơ tái phát đột quỵ. Nhìn chung những nghiên cứu có thời gian theo dõi không quá 2 năm thì đái tháo đường sẽ không có liên quan độc lập với tăng nguy cơ đột quỵ tái phát. Điển hình là nghiên cứu của Alter và cộng sự [1], nghiên cứu của Xu và cộng sự [8] đều cho kết quả tương tự như nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, những nghiên cứu có thời gian theo dõi từ 3 đến 5 năm thì thấy rằng đái tháo đường có liên quan độc lập với tăng nguy cơ đột quỵ tái phát. Chẳng hạn, nghiên cứu của Petty và cộng sự, nghiên cứu của Putaala và cộng sự đều thấy rằng đái tháo đường có liên quan độc lập với nguy cơ tái phát đột quỵ.

Rối loạn lipid máu: Kết quả nghiên cứu cho thấy rối loạn lipid máu không có liên quan độc lập với nguy cơ tái phát đột quỵ. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Prencipe và cộng sự, nghiên cứu của Patel và cộng sự. Bên cạnh, nghiên cứu của Arboix và cộng sự thấy rằng nhóm có tăng lipid máu làm giảm nguy cơ đột quỵ với $OR = 0,52$. Như vậy, mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với đột quỵ tái phát chưa thật sự rõ ràng, cần có những nghiên cứu sâu hơn nữa trong tương lai.

Rung nhĩ: Trong nghiên cứu này, rung nhĩ là một trong những yếu tố liên quan độc lập với sự gia tăng nguy cơ tái phát đột quỵ với $HR = 1,74$; $p = 0,031$. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác. Cụ thể, nghiên cứu của Xu và cộng sự thấy rằng rung nhĩ không kiểm soát làm tăng nguy cơ đột quỵ tái phát với $HR = 4,70$; $p < 0,001$ [8]. Hơn nữa, tác giả Penado và cộng sự thấy rằng trong số những bệnh nhân rung nhĩ

không dùng kháng đông sẽ bị đột quỵ tái phát cao hơn nhóm có dùng kháng đông (27% so với 18%) [7]. Từ kết quả này chúng ta thấy rõ được tầm quan trọng của việc dùng kháng đông trên đối tượng đột quỵ thiếu máu não có rung nhĩ trong việc phòng ngừa đột quỵ thứ phát.

Phân nhóm nguyên nhân đột quỵ thiếu máu não theo phân loại TOAST: Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân nhóm nguyên nhân lấp mạch từ tim có liên quan độc lập làm tăng nguy cơ đột quỵ tái phát với $HR = 1,85$; $p = 0,032$. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác. Trước hết, nghiên cứu của Xu và cộng sự với $HR = 2,55$ cho thấy lấp mạch từ tim làm tăng nguy cơ tái phát đột quỵ [8]. Kể đến là nghiên cứu của Soda và cộng sự thấy rằng trong số những bệnh nhân đột quỵ tái phát thì lấp mạch từ tim chiếm tỉ lệ cao nhất so với các phân nhóm còn lại (14,4%) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Dùng thuốc statin sau ra viện: Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi cho thấy liệu pháp statin là yếu tố làm giảm nguy cơ tái phát đột quỵ với $HR = 0,62$; $p = 0,016$. Kết quả này giống với kết quả của nghiên cứu SPARCL. Nghiên cứu này đã chứng minh hiệu quả trong việc giảm nguy cơ đột quỵ tái phát mà không có bất kỳ rủi ro đáng kể nào về xuất huyết nội sọ. Bên cạnh, tác giả Lee và cộng sự thấy rằng việc ngưng dùng statin sau ra viện sẽ làm tăng nguy cơ đột quỵ tái phát với $HR = 1,42$ [4]. Ngoài ra, tác giả Laloux và cộng sự cũng thấy statin làm giảm được nguy cơ tái phát đột quỵ. Statin rất cần thiết trong phòng ngừa đột quỵ tái phát bởi lẽ ngoài việc điều chỉnh rối loạn lipid máu, statin còn ổn định mảng xơ vữa, cải thiện chức năng tế bào nội mạc, chống viêm, chống kết tập tiểu cầu, giảm nguy cơ lấp mạch từ tim [3].

V. KẾT LUẬN

Tại thời điểm 1 năm sau đột quỵ thiếu máu não cấp, tỷ suất tái phát đột quỵ tích lũy là 21,2%. Các yếu tố liên quan độc lập làm tăng nguy cơ đột quỵ tái phát là trình độ học vấn < 6 năm (tiểu học trở xuống), tiền sử đột quỵ/TIA, tiền sử nhồi máu cơ tim, rung nhĩ và lấp mạch từ tim. Yếu tố liên quan độc lập làm giảm nguy cơ tái phát đột quỵ là dùng thuốc statin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 M. Alter, S. M. Lai, G. Friday, et al.(1997), "Stroke recurrence in diabetics. Does control of blood glucose reduce risk?", Stroke. 28(6), pp. 1153-7.
- 2 M. Alter, E. Sobel, R. L. McCoy, et al.(1987), "Stroke in the Lehigh Valley: risk factors for recurrent stroke", Neurology. 37(3), pp. 503-7.

- 3 **P. Laloux.(2013)**, "Risk and benefit of statins in stroke secondary prevention", *Curr Vasc Pharmacol.* 11(6), pp. 812-6.
- 4 **M. Lee, J. L. Saver, Y. L. Wu, et al.(2017)**, "Utilization of Statins Beyond the Initial Period After Stroke and 1-Year Risk of Recurrent Stroke", *J Am Heart Assoc.* 6(8), pp.
- 5 **S. Melkas, G. Sibolt, N. K. Oksala, et al.(2012)**, "Extensive white matter changes predict stroke recurrence up to 5 years after a first-ever ischemic stroke", *Cerebrovasc Dis.* 34(3), pp. 191-8.
- 6 **K. M. Mohan, C. D. Wolfe, A. G. Rudd, et al.(2011)**, "Risk and cumulative risk of stroke recurrence: a systematic review and meta-analysis", *Stroke.* 42(5), pp. 1489-94.
- 7 **S. Penado, M. Cano, O. Acha, et al.(2003)**, "Atrial fibrillation as a risk factor for stroke recurrence", *Am J Med.* 114(3), pp. 206-10.
- 8 **G. Xu, X. Liu, W. Wu, et al.(2007)**, "Recurrence after ischemic stroke in chinese patients: impact of uncontrolled modifiable risk factors", *Cerebrovasc Dis.* 23(2-3), pp. 117-20.

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG Ở BỆNH NHÂN TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT CÓ CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Đỗ Duy Tùng*, Trần Đức Quý*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: mô tả đặc điểm rối loạn cương dương ở bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định phẫu thuật và xác định một số yếu tố ảnh hưởng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 110 nam bệnh nhân được chẩn đoán xác định tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định can thiệp phẫu thuật tại khoa Ngoại tiết niệu bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Kết quả:** Tuổi trung bình $66,4 \pm 7,3$; 85,5%; Bệnh kèm theo: bệnh tim mạch 23,6%, tăng huyết áp 29,1%, đái tháo đường 37,3%; lí do vào viện vì đái khó 69,1%, đái nhiều lần 39,1%, bí đái 5,5%, đái máu 3,6%; điểm IIEF trung bình $17,8 \pm 5,8$; điểm IPSS trung bình $22,5 \pm 3,9$. Có ảnh hưởng giữa tuổi cao, bệnh lí kèm theo và tình trạng rối loạn tiểu tiện với RLCD ($p < 0,05$, $p < 0,05$ và $p < 0,001$). **Kết luận:** RLCD là tình trạng phổ biến ở những bệnh nhân TSLTTTL. Những yếu tố như tuổi cao, bệnh kèm theo, tình trạng rối loạn tiểu tiện có ảnh hưởng làm gia tăng tần suất và mức độ RLCD.

Từ khóa: rối loạn cương dương, tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, thang điểm IPSS, thang điểm IIEF.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF ERECTILE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA WHO ARE INDICATED TO SURGERY

Objectives: The aims of the study is to describe the characteristics of erectile dysfunction in patients with benign prostatic hyperplasia who are indicated to surgery and indentify some influential factors. **Study method:** Across- sectional descriptive method was carried out on 110 male patients diagnosed with benign prostatic hyperplasia who are indicated to

surgery in Department of Urology in Thainguyn General Hospital. **Result:** The average age range of the patients was from 66,4 to $\pm 7,3$; 85,5% of patients accompanied with cardiovascular diseases; 23,6%, patients with hypertension; 29,1%, patients with diabetes; 37,3%; 69,1% patients were admitted to hospital with dysuria; 39,1%, with frequent urination; 5,5% with urinary retention, 3,6% with hematuria. The average IIEF score was $17,8 \pm 5,8$; the average IPSS score was $22,5 \pm 3,9$. There is a correlation between old age, comorbidities and LUTS with erectile dysfunction ($p < 0,05$, $p < 0,05$ and $p < 0,01$). **Conclusion:** Erectile dysfunction is a common condition in patients with benign prostatic hyperplasia. The factors such as old age, comorbidities, and LUTS have an effect on increasing the frequency and severity of erectile dysfunction.

Keyword: Erectile dysfunction, benign prostatic hyperplasia, IPSS questionnaire, IIEF questionnaire.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn cương dương (RLCD) được định nghĩa là sự không đạt được hoặc duy trì sự cương cứng của dương vật để đạt được sự thỏa mãn khi giao hợp. Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) là sự phát triển hoặc tăng sinh không ác tính của biểu mô tuyến tiền liệt và là nguyên nhân phổ biến của các triệu chứng đường tiểu dưới ở nam giới (LUTS)[7]. Rối loạn cương dương và tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) là những bệnh lí thường gặp ở nam giới trên 40 tuổi. Theo một nghiên cứu tổng hợp, tỉ lệ mắc RLCD là khoảng 50% ở tuổi 50, tăng lên 70% ở tuổi 70; trong khi đó RLCD hoàn toàn hoặc trung bình là 9% ở nam giới từ 40-44 tuổi; 50% ở những người từ 65-70 tuổi[4]. Tỉ lệ bệnh nhân TSLTTTL cũng tăng dần theo tuổi, 50-60% ở tuổi 60, tăng lên 80-90% ở những người trên 70 tuổi[7]. RLCD trên những bệnh nhân TSLTTTL đang được quan tâm nhiều trong những năm gần đây. Câu hỏi đặt ra là tình trạng

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Duy Tùng

Email: dotungdhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 10.5.2021

Ngày duyệt bài: 18.5.2021