

ĐÁNH GIÁ YẾU TỐ NGUY CƠ THEO THANG ĐIỂM CHA₂DS₂-VASc TRÊN BỆNH NHÂN ĐỘT QUY CÓ RUNG NHĨ KHÔNG DO BỆNH VAN TIM

Lê Gia Hoàng¹, Hồ Anh Bình²

1. BV ĐK tỉnh Khánh Hoà, 2. BVTW Huế

DOI: 10.47122/vjde.2020.44.10

TÓM TẮT

Le Gia Hoang¹, Ho Anh Binh²

1. Khanh Hoa General Hospital

2. Hue Central Hospital

Đặt vấn đề: Chiến lược dự phòng huyết khối ở BN rung nhĩ không do bệnh van tim, dựa trên hệ thống phân tầng nguy cơ đột quy bằng thang điểm CHA₂DS₂-VASc và thuốc được chỉ định có thêm các kháng đông đường uống. **Mục tiêu:** Đánh giá yếu tố nguy cơ theo thang điểm cha₂ds₂-vasc trên bệnh nhân đột quy có rung nhĩ không do bệnh van tim. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 91 bệnh nhân được chẩn đoán đột quy có rung nhĩ không do bệnh lý van tim. **Kết quả:** Điểm CHA₂DS₂-VASc trung bình là 4,80 ± 1,56 điểm, nhóm ≤ 2 điểm chiếm 9,9% và nhóm > 2 điểm là 90,1%. Nguy cơ đột quy não có CHA₂DS₂-VASc = 4-5 chiếm 50,5%; nguy cơ cao CHA₂DS₂-VASc ≥ 6 là 30,8% và nguy cơ thấp là 18,7%. Nữ có điểm CHA₂DS₂-VASc trung bình cao hơn nam (p<0,01). Nhóm ≥ 75 tuổi có điểm CHA₂DS₂-VASc trung bình cao hơn nhóm < 75 tuổi (p<0,01). Nhóm THA, Suy tim, bệnh mạch máu có điểm CHA₂DS₂-VASc trung bình cao hơn nhóm không THA (p<0,05). Nhóm đái tháo đường có điểm CHA₂DS₂-VASc trung bình cao hơn nhóm không đái tháo đường (p>0,05). Nhóm tiền sử đột quy có điểm CHA₂DS₂-VASc trung bình cao hơn nhóm không có tiền sử đột quy (p<0,01). **Kết luận:** Hệ thống tính điểm CHA₂DS₂-VASc dễ thực hiện và khuyến cáo trong thực hành lâm sàng hàng ngày.

Từ khóa: Hệ thống tính điểm CHA₂DS₂-VASc, đột quy, rung nhĩ không do bệnh van tim

ABSTRACT

To evaluate of risk factors by cha₂ds₂-vasc score in Patients are diagnosed stroke with non-valvular atrial fibrillation

Background: Thrombosis prevention strategy in non-valvular atrial fibrillation, according to stroke stratification by CHA₂DS₂-VASc score and adding oral anticoagulation drug to treatment. **Objectives:** To evaluate of risk factors by cha₂ds₂-vasc score in Patients are diagnosed stroke with non-valvular atrial fibrillation. **Method:** Descriptive cross-sectional study on 91 patients are diagnosed stroke with non-valvular atrial fibrillation. **Results:** Average CHA₂DS₂-VASc score 4.80 ± 1.56 points, group ≤ 2 points accounts for 9.9%, group > 2 points accounts for 90.1%; - Risk of stroke with CHA₂DS₂-VASc score 4-5 points accounts for 50.5%; high risk CHA₂DS₂-VASc score ≥ 6 accounts for 30.8% and low risk CHA₂DS₂-VASc score accounts for 18.7%; - Average CHA₂DS₂-VASc score in female is higher than male (p < 0.01); - Average CHA₂DS₂-VASc score in group ≥ 75 years old is higher than in group < 75 years old; - Average CHA₂DS₂-VASc score in group with hypertension, heart failure, vascular diseases is higher than in group without hypertension (p< 0.05); - Average CHA₂DS₂-VASc score in group with diabetes is higher than in group without diabetes (p>0.05); - Average CHA₂DS₂-VASc score in group with pre-stroke is higher than in group without pre-stroke (p<0.01). **Conclusion:** CHA₂DS₂-VASc score is easily applicable and is recommended in routinely clinical practice.

Key words: CHA₂DS₂-VASc score, stroke, non-valvular atrial fibrillation

Ngày nhận bài: 29/10/2020

Ngày phản biện khoa học: 04/12/2020

Ngày duyệt bài: 29/01/2021
 Email: drhoanhbinh@gmail.com
 Điện thoại: 0913489896

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đối với rung nhĩ không do bệnh van tim, chiến lược dự phòng huyết khối dựa trên hệ thống phân tầng nguy cơ đột quỵ bằng thang điểm CHA₂DS₂-VASc và thuốc được chỉ định có thêm các kháng đông đường uống [29] Phân tầng nguy cơ đột quỵ là hết sức quan trọng trong việc phân loại mức độ nguy cơ cho mỗi bệnh nhân đột quỵ có rung nhĩ và hướng xử trí bệnh. Việc phân tầng nguy cơ đột quỵ trước đây dựa vào hệ thống tính điểm CHADS₂. Tuy nhiên sau một thời gian ứng dụng người ta đã thấy có một số hạn chế như: bỏ qua một số yếu tố nguy cơ và không hướng dẫn chi tiết về việc chọn lựa thuốc chống huyết khối đối với điểm CHADS₂ =1. Do vậy, Hội tim mạch Châu Âu đã cho ra đời thang điểm mới có nhiều điểm sửa đổi và dễ dàng ứng dụng, đó là hệ thống tính điểm CHA₂DS₂-VASc và đã được khuyến cáo trong thực hành lâm sàng hàng ngày [21]. Mục tiêu: *Đánh giá yếu tố nguy cơ theo thang điểm cha₂ds₂-vasc trên bệnh nhân đột quỵ có rung nhĩ không do bệnh van tim.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu

Bệnh nhân phải được chẩn đoán đột quỵ có rung nhĩ không do bệnh lý van tim[6],[7]
 + Tiêu chuẩn chẩn đoán rung nhĩ: [6]
 + Tiêu chuẩn chẩn đoán đột quỵ thiếu máu cục bộ: [7]

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân nghiên cứu

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân đột quỵ chảy máu não.
- Bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não do u hoặc chấn thương.
- Bệnh nhân có bệnh lý van tim có/không rung nhĩ

2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Bệnh nhân đột quỵ có rung nhĩ nhập viện vào khoa nội tim mạch của bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hoà

Thời gian từ tháng 4.2019 đến tháng 4.2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu cắt ngang mô tả

2.2.2. Các bước tiến hành

- Thu nhập phần hành chính:
- Khai thác về tiền sử và bệnh sử:
- Thang điểm đánh giá nguy cơ đột quỵ do huyết khối ở các bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim CHA₂DS₂-VASc [14]

Yếu tố nguy cơ lâm sàng		CHA ₂ DS ₂ -VASc
Suy tim sung huyết	(C)ongestive Heart Failure)	1
Tăng huyết áp	(H)ypertension)	1
Tuổi trên 75	(A)ge)	2
Đái tháo đường	(D)iabetes Mellitus)	1
Tiền sử đột quỵ	(S)troke)	2
Bệnh mạch máu	(V)ascular disease)	1
Tổng		9

- Không có nguy cơ (CHA₂DS₂-VASC=0)
- Nguy cơ trung bình (CHA₂DS₂-VASC =1-2)
- Nguy cơ cao (CHA₂DS₂-VASC > 2)

2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Việc nhập và xử lý số liệu được thực hiện trên máy vi tính theo chương trình Excel 2010, SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

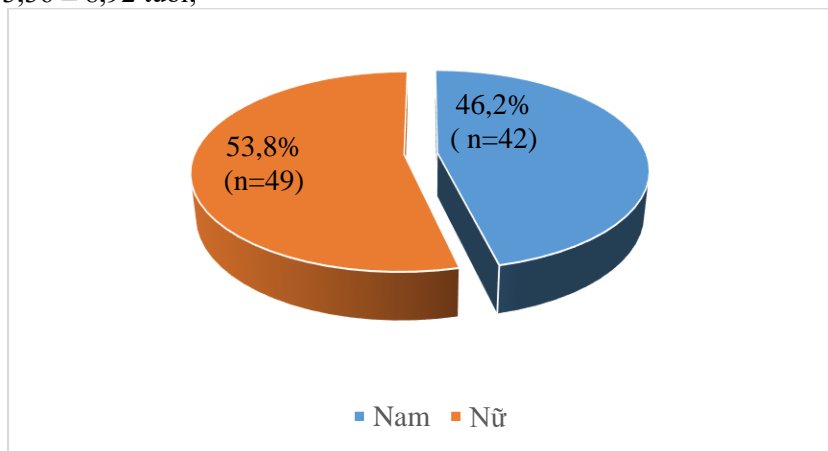
Quan nghiên cứu điều tra 91 đối tượng về yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân đột quỵ không có van tim, chúng tôi có kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu theo tuổi

Nhóm tuổi	n	Tỷ lệ %
< 65 tuổi	10	11,0
65-74 tuổi	25	27,5
≥ 75 tuổi	56	61,5
Tổng cộng	91	100,0
Tuổi TB (X±SD)	73,36 ± 8,92 tuổi, T _{min} = 56, T _{max} =95	

Nhận xét: Nhóm đối tượng ≥ 75 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,5%; nhóm < 65 tuổi là 11,0%. Tuổi TB là 73,36 ± 8,92 tuổi;



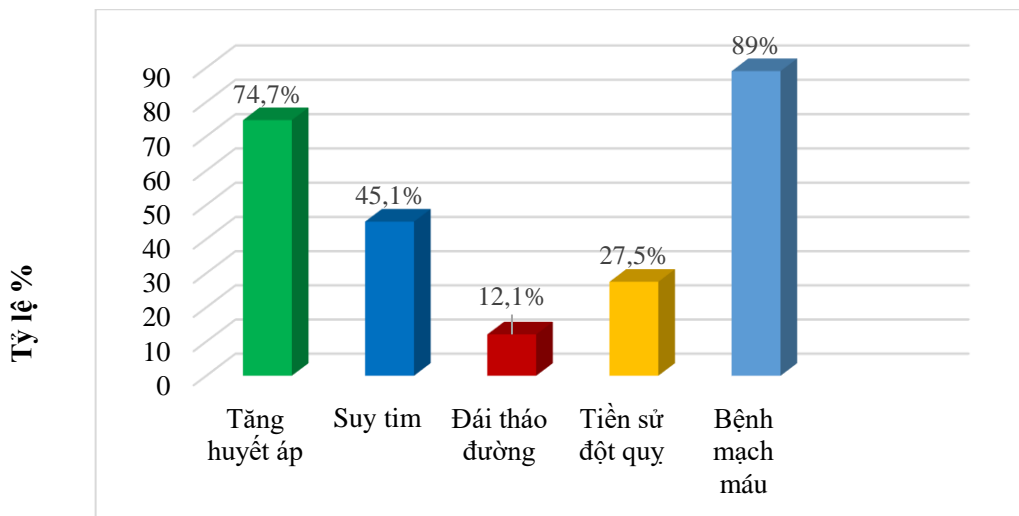
Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu theo giới

Nhận xét: Nữ có tỷ lệ cao hơn nam (53,8% so với 46,2%).

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

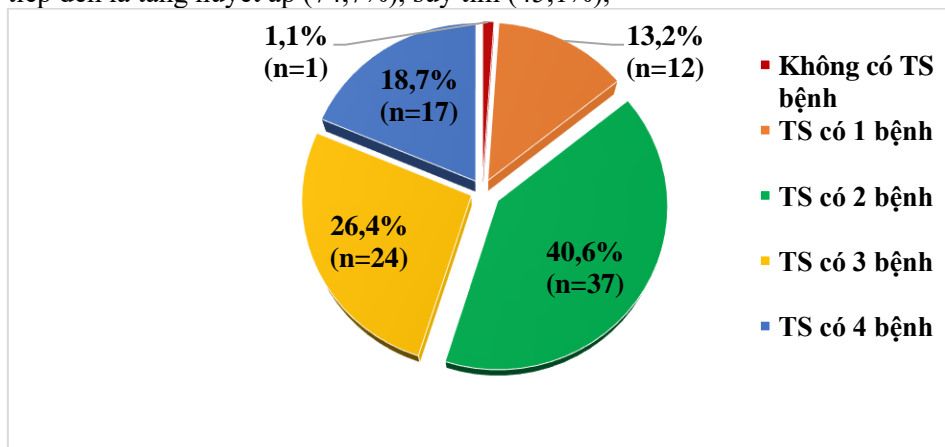
Triệu chứng lâm sàng	n	Tỷ lệ %
Liệt nửa người	65	71,4
Đau đầu	11	12,1
Rối loạn ngôn ngữ	22	24,2
Rối loạn tri giác	20	22,0
Liệt mặt	6	6,6
Co giật	4	4,4
Chóng mặt	1	1,4

Nhận xét: 71,4% bệnh nhân liệt nửa người; 24,2% có rối loạn ngôn ngữ; 22,0% rối loạn tri giác và chỉ 1,4% chóng mặt.



Biểu đồ 3.3. Tiền sử bệnh

Nhận xét: 91 bệnh nhân nghiên cứu có tiền sử bệnh mạch máu chiếm tỷ lệ cao nhất 89,0%; tiếp đến là tăng huyết áp (74,7%), suy tim (45,1%),



Biểu đồ 3.4. Đặc điểm nhóm bệnh nhân có tiền sử bệnh phối hợp

Nhận xét: Bệnh nhân có tiền sử 2 bệnh phối hợp chiếm tỷ lệ cao nhất 40,6%; tiếp đến có TS 3 bệnh phối hợp là 26,4%; tiền sử có 4 bệnh là 18,7%;

3.2. Yếu tố nguy cơ theo thang điểm CHA₂DS₂-VASC

Bảng 3.3. Tỷ lệ điểm CHA₂DS₂-VASC của bệnh nhân

Điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
2	9	9,9
3	8	8,8
4	21	23,1
5	25	27,5
6	13	14,3
7	12	13,2
8	3	3,3
Tổng	91	100,0
CHA₂DS₂-VASC TB (X±SD)	4,80 ± 1,56	
Min - Max	2 - 8	

Nhận xét: Điểm TB của CHA₂DS₂-VASC là 4,80 ± 1,56 điểm. Nhóm ≤ 2 điểm chiếm 9,9% và nhóm > 2 điểm là 90,1%

Bảng 3.4. Mức độ nguy cơ đột quy

Mức độ nguy cơ	n	Tỷ lệ (%)
Nguy cơ thấp (CHA ₂ DS ₂ -VASC=0-1)	0	0,0
Nguy cơ trung bình (CHA ₂ DS ₂ -VASC =2-3)	17	18,7
Nguy cơ cao (CHA ₂ DS ₂ -VASC ≥ 4)	74	81,3
Tổng	91	100

Nhận xét: Có 17 bệnh nhân nguy cơ trung bình chiếm 18,7% và nguy cơ cao là 81,3% không có nguy cơ thấp.

Bảng 3.5. Đặc điểm CHA₂DS₂-VASC của BN

8 biến số	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Suy tim	41	45,1
Tăng huyết áp	68	74,7
Tuổi ≥ 75	56	61,5
Đái tháo đường	11	12,1
Tiền sử đột quy	25	27,5
Bệnh mạch máu	81	89,0
Tuổi 65- 74	25	27,5
Giới nữ	49	53,8

Nhận xét: 89,0% bệnh nhân nghiên cứu có bệnh mạch máu, 74,7% tăng huyết áp, 61,5% là tuổi ≥ 75 và 53,8% là nữ.

Bảng 3.6. Điểm CHA₂DS₂-VASC của BN nghiên cứu theo giới

Giới	n	X ± SD	p
Nam	42	4,26 ± 1,42	< 0,01
Nữ	49	5,27 ± 1,54	
Chung	91	4,80 ± 1,56	

Nhận xét: Nữ có CHA₂DS₂-VASC trung bình cao hơn nam 5,27 ± 1,54 điểm so với 4,26 ± 1,42 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,01).

Bảng 3.7. Điểm CHA₂DS₂-VASC của BN nghiên cứu theo tuổi

Tuổi	n	X ± SD	p
< 75	35	3,94 ± 1,64	< 0,01
≥ 75	56	5,34 ± 1,24	
Chung	91	4,80 ± 1,56	

Nhận xét: Nhóm ≥ 75 tuổi có CHA₂DS₂-VASC trung bình cao hơn nhóm < 75 tuổi 5,34 ± 1,24 điểm so với 3,94 ± 1,64 điểm, (p < 0,01).

Bảng 3.8. Điểm CHA₂DS₂-VASC của BN nghiên cứu theo HA

Huyết áp	n	X ± SD	p
Có tăng huyết áp	68	5,01 ± 1,53	< 0,05
Không có bệnh tăng huyết áp	23	4,17 ± 1,50	
Chung	91	4,80 ± 1,56	

Nhận xét: Nhóm THA có CHA₂DS₂-VASC trung bình cao hơn nhóm không THA là 5,01 ± 1,53 điểm so với 4,17 ± 1,50 điểm, (p < 0,05)

Bảng 3.9. Điểm CHA_2DS_2-VASc của BN nghiên cứu theo suy tim

Suy tim	n	X ± SD	p
Có suy tim	41	5,63 ± 1,48	< 0,01
Không có suy tim	50	4,12 ± 1,27	
Chung	91	4,80 ± 1,56	

Nhận xét: Nhóm suy tim có CHA_2DS_2-VASc trung bình cao hơn nhóm không suy tim là 5,63 ± 1,48 điểm so với 4,12 ± 1,27 điểm, (p < 0,05)

Bảng 3.10. Điểm CHA_2DS_2-VASc của bệnh nhân theo đái tháo đường

Đái tháo đường	n	X ± SD	p
Có đái tháo đường	11	5,64 ± 1,50	> 0,05
Không có đái tháo đường	80	4,69 ± 1,54	
Chung	91	4,80 ± 1,56	

Nhận xét: Nhóm đái tháo đường có CHA_2DS_2-VASc trung bình cao hơn nhóm không đái tháo đường là 5,64 ± 1,50 điểm so với 4,69 ± 1,54 điểm (p > 0,05)

Bảng 3.11. Điểm CHA_2DS_2-VASc của bệnh nhân theo tiền sử đột quy

Tiền sử đột quy	n	X ± SD	p
Có TS đột quy	25	6,16 ± 1,34	< 0,01
Không có TS đột quy	66	4,29 ± 1,31	
Chung	91	4,80 ± 1,56	

Nhận xét: Nhóm tiền sử đột quy có CHA_2DS_2-VASc trung bình cao hơn nhóm không có tiền sử đột quy là 6,16 ± 1,34 điểm so với 4,29 ± 1,31 điểm, (p < 0,01)

Bảng 3.12. Điểm CHA_2DS_2-VASc của bệnh nhân theo bệnh mạch máu

Bệnh mạch máu	n	X ± SD	p
Có bệnh mạch máu	81	4,95 ± 1,52	< 0,05
Không có bệnh mạch máu	10	3,60 ± 1,43	
Chung	91	4,80 ± 1,56	

Nhận xét: Nhóm bệnh mạch máu có CHA_2DS_2-VASc trung bình cao hơn nhóm không có bệnh mạch máu là 4,95 ± 1,52 điểm so với 3,60 ± 1,43 điểm, (p < 0,05).

4. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu, điều tra 91 đối tượng về YTNC trên bệnh nhân đột quy có rung nhĩ không bệnh van tim, chúng tôi có nhận xét và bàn luận như sau:

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân đột quy

4.1.1. Phân bố theo tuổi

Những nghiên cứu khảo sát trên nhóm đối tượng trẻ tuổi cho kết quả khác biệt: Tại Phần Lan, Putuala J. (2009) tuổi thường gặp là 15 đến 49 tuổi, trong đó tần suất đột quy tăng mạnh ở tuổi 40 (mẫu nghiên cứu là 1.008 đối tượng đột quy) tuổi TB là 41,3 ± 7,6 tuổi [27], kết quả này khá phù hợp với nghiên cứu của Morikawa Y. tại Nhật Bản [24]. Tuy nhiên, nghiên cứu Van Alebeek (2017) lại cho thấy,

tuổi đột quy ở người trẻ thường dao động trong khoảng từ 18 đến 50 tuổi, tuổi TB ghi nhận là 40,7 ± 7,7 tuổi [30].

Trước đây đột quy não thường xảy ra ở những người cao tuổi, nhưng ngày nay có khoảng 25% ca đột quy lại xảy ra ở những người trẻ tuổi. Đột quy ở người trẻ đang có chiều hướng gia tăng đáng báo động và thường gặp ở những người lạm dụng bia, rượu, thuốc lá, sử dụng các chất kích thích [17]

4.1.2. Phân bố theo giới

Theo y văn ghi nhận nam giới có nguy cơ đột quy cao hơn nữ giới, nghiên cứu trong nước của Lê Thị Hòa Bình (2010) nam chiếm 69,1% nhiều hơn gấp 2,23 lần so với nữ (30,9%) [1], Nguyễn Tiến Đoàn (2018) tỷ lệ này là 1,4 (178/130) [4]. Một số nghiên cứu

nước ngoài là Caso V. (2010) nghiên cứu trên 1.136 bệnh nhân đột quy tỷ lệ nam/nữ là 1,3 (642/494) [15], Chao T. F (2014) ghi nhận tỷ lệ nam là 54% so với 46% [16]; Điều này có thể được lý giải do bệnh nhân nam có nhiều yếu tố nguy cơ với các bệnh lý hơn do thói quen uống rượu, hút thuốc... là những yếu tố được ghi nhận có tác động trực tiếp đến sự gia tăng của bệnh lý mạch máu (cả mạch máu nhỏ và mạch máu lớn), đồng thời cũng là yếu tố nguy cơ gây ra tình trạng nhồi máu não.

4.2. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

4.2.1. Tiền sử tăng huyết áp

Các nghiên cứu đều cho rằng, tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ quan trọng hàng đầu của đột quy và của các bệnh tim mạch nói chung. Nghiên cứu Framingham với thời gian theo dõi trên 38 năm cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đột quy có tăng huyết áp là 80,8%. Trong khảo sát cộng đồng, tăng huyết áp có tỷ lệ tăng tịnh tiến: 20%, 30%, 40%, 50% và 60% theo thứ tự ở các lứa tuổi tương ứng là: 50, 60, 70, 80 và 90 tuổi [31].

Các nghiên cứu ở trong nước đều nhận thấy, tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hàng đầu của đột quy kể cả nhồi máu não và xuất huyết não. Tỷ lệ tăng huyết áp của chúng tôi là 74,7%, tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước ví dụ nghiên cứu Đỗ Minh Chi, (2015) là 75,6%, [3]

4.2.2. Suy tim

Rung nhĩ và suy tim thường hay mắc phải trên cùng bệnh nhân. Không những do cùng nguyên nhân mà còn phối hợp và tác động qua lại với nhau. Suy tim và đột quy thường cùng tồn tại và có cùng yếu tố nguy cơ phổ biến là rung nhĩ. Mặc dù nguy cơ đột quy ở bệnh nhân suy tim cao gấp 2-3 lần so với người không bị suy tim nhưng suy tim có phải là nguy cơ cao hay không vẫn còn chưa rõ ràng [5], Theo Adelborg K (2017) nghiên cứu đoàn hệ dựa trên dân số báo cáo rằng bệnh nhân mắc suy tim có nguy cơ cao mắc tất cả các loại của đột quy so với dân số chung [12].

Theo Pana TA (2019) suy tim và rung nhĩ đều có liên quan đến việc tăng nguy cơ tái phát đột quy. Nghiên cứu của tác giả này cho thấy

bệnh nhân mắc cả rung nhĩ và suy tim làm tăng nguy cơ tử vong khi nhập viện đột quy cấp[26]

4.2.3. Đái tháo đường

Tại các nước Âu Mỹ tỷ lệ đái tháo đường ở người lớn hơn 70 tuổi là 16% (nam) và 20% (nữ). Người bị đái tháo đường nguy cơ bị đột quy gấp 2 lần so với người không bị bệnh này. Đái tháo đường thường gây ra các bệnh lý xơ vữa ở mạch vành, mạch não, động mạch đùi. Các nghiên cứu ở bệnh nhân đột quy và những nghiên cứu tiến cứu đã khẳng định đái tháo đường làm tăng tần suất đột quy [13].

Đái tháo đường và tăng huyết áp là hai bệnh phổ biến đồng thời là yếu tố nguy cơ độc lập hàng đầu của bệnh tim mạch, bệnh thận và vữa xơ động mạch. Sinh bệnh học của bệnh tăng huyết áp ở bệnh nhân đái tháo đường típ 1 và 2 là khác nhau. Trong mọi trường hợp, tăng huyết áp làm nặng tiến triển của bệnh nhân đột quy não và làm tăng nguy cơ của cả hai biến chứng mạch máu lớn và mạch máu nhỏ [13].

4.2.4. Tiền sử có TIA hoặc đột quy

Trong nghiên cứu chúng tôi có 27,5% tiền sử đột quy. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Jorfida M (2016), cho thấy tiền sử đột quy (27,6%) [20].

Có thể nhận thấy, các bệnh nhân có tiền sử TIA và đột quy không chỉ là yếu tố nguy cơ làm bệnh dễ tái phát và nặng lên mà còn để lại những di chứng nặng nề cả về thể chất và tâm thần nhất là những người cao tuổi. Vì vậy, tất cả các người bệnh đột quy đều cần phải được điều trị dự phòng tái phát bằng cách giải quyết các yếu tố nguy cơ, đặc biệt là tăng huyết áp, phục hồi chức năng và hòa nhập cộng đồng để hạn chế tới mức thấp nhất hậu quả do đột quy gây nên.

4.2.5. Các bệnh mạch máu

Các bệnh lý về mạch máu có những dấu hiệu rất dễ nhận biết nhưng hay bị bỏ qua. Khi bệnh không được điều trị kịp thời thường biến chứng rất nguy hiểm. Những bệnh mạch máu thường gặp là: bệnh mạch vành và bệnh lý mạch máu não.

Kết quả chúng tôi ghi nhận có tỷ lệ bệnh mạch máu cao nhất là 89%, so với các tác giả Nguyễn Thị Bảo Liên (2018), bệnh mạch máu

(12,3%) [9]. Khan N.A và cs (2017) nghiên cứu 3 vùng về bệnh tim mạch ở bệnh nhân đột quỵ ghi nhận tại Trung quốc là 13,7%; người da trắng (10,3%) và Nam Á (11,0%) [22]

Theo Go As (2014), Hiệp hội tim mạch học Hoa Kỳ (AHA) cho rằng bệnh lý mạch máu là nguyên nhân hàng đầu của tử vong toàn cầu, làm tăng nguy cơ biến cố mạch máu ở bệnh nhân có tiền sử đột quỵ- cơn thiếu máu não thoáng qua, đặc biệt nguy cơ dài hạn về biến cố động mạch vành [28].

4.2.6. Rối loạn chuyển hóa lipid

Rối loạn chuyển hóa lipid là một trong những yếu tố khởi đầu cho quá trình hình thành và phát triển của xơ vữa động mạch. Thực ra các tổn thương xơ vữa động mạch xuất hiện rất sớm nhưng chỉ biểu hiện trên lâm sàng ở lứa tuổi 50-60 tuổi (biểu hiện trên xét nghiệm là các rối loạn chuyển hóa lipid máu).

Kết quả này tương đương với Đỗ Văn Việt, (2016) 66,91% [11] và cao hơn với một số nghiên cứu, Đỗ Minh Chi, Cao Phi Phong (2015) 22,1% [3].

4.2.7. Tiền sử bệnh phối hợp của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các bệnh nhân có từ 2 yếu tố nguy cơ trở lên (chiếm tới 85,7%) trong đó nhóm bệnh có hai yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất (40,6%); chỉ có 13,2% nhóm bệnh nhân có 1 yếu tố nguy cơ, và 1,1% không có tiền sử bệnh (biểu đồ 3.4) đặc biệt có tới 17 bệnh nhân có tới 4 yếu tố nguy cơ chiếm 18,7%. Hai yếu tố nguy cơ hay gặp là tăng huyết áp và bệnh mạch máu. So sánh nghiên cứu của Đoàn Thị Bích (2011) trên 125 bệnh nhân cho thấy có 1 yếu tố nguy cơ chiếm cao nhất 45,6%, 2 yếu tố nguy cơ là 22,4% và ≥ 4 yếu tố nguy cơ chỉ chiếm 7,2% [2].

Việc có nhiều yếu tố nguy cơ trên một người bệnh làm cho tăng tỷ lệ cũng như diễn biến đột quỵ phức tạp và nặng nề hơn. Do đó việc tầm soát, sàng lọc các yếu tố nguy cơ cần được làm thường xuyên ở những người cao tuổi để có chiến lược dự phòng tiên phát cũng như điều trị dự phòng thứ phát, giúp giảm tỷ lệ mắc đột quỵ và tăng chất lượng điều trị ngay khi người bệnh mới xuất hiện yếu tố nguy cơ, đặc biệt những YTNC có thể điều chỉnh được.

4.3. Yếu tố nguy cơ theo thang điểm CHA_2DS_2-VASC

4.3.1. Tỷ lệ điểm CHA_2DS_2-VASC của bệnh nhân

Kết quả chúng tôi ghi nhận điểm CHA_2DS_2-VASC là 5 chiếm tỷ lệ cao nhất 27,5%, tiếp theo là CHA_2DS_2-VASC 4 điểm chiếm 23,1%, CHA_2DS_2-VASC điểm 6 và 7 lần lượt là 14,3% và 13,2%, CHA_2DS_2-VASC điểm 8 thấp nhất với chỉ 3,3%. Điểm TB của CHA_2DS_2-VASC là $4,80 \pm 1,56$; điểm nhỏ nhất là 2 và lớn nhất là 8. Nhóm ≤ 2 điểm chiếm 9,9% và nhóm > 2 điểm là 90,1% (bảng 3.7)

Nghiên cứu của Bùi Thúc Quang (2013) cho thấy phân bố khá đều ở các nhóm: 1 điểm chiếm 24,8%; 2 điểm là 17,9%; 3 điểm là 19,7% và ít hơn ở nhóm 6 điểm 5,1%, 7 điểm (4,3%), không có CHA_2DS_2-VASC 8 điểm [10]

4.3.2. Phân tầng nguy cơ đột quỵ theo thang điểm CHA_2DS_2-VASC

So sánh với một số tác giả trong và ngoài nước: Đỗ Minh Chi, Cao Phi Phong (2015) cho thấy tỷ lệ $CHA_2DS_2-VASC \geq 2$ điểm chiếm 75,5% [3] Lại Tố Hương (2013) ghi nhận nguy cơ đột quỵ cao (điểm $CHADS_2 \geq 2$) chiếm đa số mẫu nghiên cứu (80,4%), nguy cơ đột quỵ trung bình (điểm $CHADS_2 = 1$) và nguy cơ đột quỵ thấp (điểm $CHADS_2 = 0$) chiếm tỷ lệ lần lượt là 13,7% và 5,9% [8].

Kết quả chúng tôi có nguy cơ đột quỵ cao tương đương với nghiên cứu của Jaakkola J (2016), điểm CHA_2DS_2-VASC trung bình là $4,0 \pm 2,0$; Nhóm 0-1 điểm chiếm 9,9%; và nhóm ≥ 2 điểm là 90,1% [19].

Điểm CHA_2DS_2-VASC trung bình của chúng tôi cao hơn các tác giả Okummra Y, (2020) khảo sát trên 12.289 bệnh nhân đột quỵ có rung nhĩ không do bệnh van tim theo thang điểm CHA_2DS_2-VASC ghi nhận điểm TB là $2,9 \pm 1,7$; nhóm nguy cơ đột quỵ thấp (CHA_2DS_2-VASC 0-1) chiếm 22% và nhóm nguy cơ đột quỵ cao ($CHA_2DS_2-VASC \geq 2$ điểm) là 78% [25].

4.3.3. Mức độ nguy cơ đột quỵ theo thang điểm CHA_2DS_2-VASC

Để phân tầng nguy cơ đột quỵ ở bệnh nhân rung nhĩ, đặc biệt là RN không do bệnh van tim, nhiều thang điểm lâm sàng đã được sử

dụng như CHADS₂, CHA₂DS₂-VASc. Hiện nay, thang điểm CHA₂DS₂-VASc được Hội Tim mạch Châu Âu [14] Hội Tim mạch Hoa Kỳ [23] khuyến cáo sử dụng nhiều nhất. Ưu điểm của thang điểm này là đơn giản, dễ nhớ và thông tin chủ yếu dựa vào khai thác tiền sử và khám lâm sàng.

Kết quả của chúng tôi CHA₂DS₂-VASc không có điểm 0 và 1, nên mức độ đột quỵ chỉ có trung bình và cao. Có 17 trường hợp nguy cơ trung bình chiếm 18,7% và nguy cơ cao là 81,3%; không có nguy cơ thấp (bảng 3.8)

4.3.4. Yếu tố nguy cơ theo thang điểm CHA₂DS₂-VASc

Xét các yếu tố nguy cơ theo CHA₂DS₂-VASc với 8 biến số cho thấy tỷ lệ có bệnh mạch máu chiếm cao nhất với 89,0%; tiếp đến là tăng huyết áp 74,7%, tuổi ≥ 75 (61,5%) và giới nữ (53,8%) (bảng 3.10)

Kết quả chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bảo Liên (2018) với điểm CHA₂DS₂-VASc ở nữ cao hơn nam lần lượt là $3,59 \pm 1,65$ điểm so với $2,04 \pm 1,37$ điểm [9]. Tương tự, nghiên cứu của Fang MC (2018) khảo sát sự khác biệt nguy cơ giữa 2 giới ghi nhận tỷ lệ nữ có điểm CHADS₂ trung bình ≥ 2 cao hơn nam, lần lượt là 53,6% và 43,6% [18]

Ekker MS và cs (2019) ghi nhận tỷ lệ đột quỵ lần đầu tiên ở thanh niên tăng theo cấp số nhân với tuổi ở cả hai giới (hệ số tương quan $R^2 = 0,98$ ở nam và $R^2 = 0,99$ ở nữ; R^2 là thước đo mức độ tương quan của dữ liệu với phương trình hồi quy, trong trường hợp này chỉ ra sự gia tăng theo cấp số nhân). Ở tất cả các nhóm tuổi, tỷ lệ mắc bệnh ở nữ cao hơn nam, ngoại trừ những người từ 44–49 tuổi. IRR của phụ nữ so với nam giới giảm theo tuổi từ 1,93 (95% CI 1,62–2,31) ở 18-24 tuổi xuống 1,06 (95% CI 1,01–1,11) ở 45-49 tuổi [17].

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu điều tra 91 đối tượng về yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân đột quỵ có rung nhĩ không do bệnh lý van tim, chúng tôi có kết luận như sau:

- Điểm CHA₂DS₂-VASc trung bình là $4,80 \pm 1,56$ điểm, nhóm ≤ 2 điểm chiếm 9,9% và

nhóm > 2 điểm là 90,1%.

- Nguy cơ đột quỵ não có CHA₂DS₂-VASc = 4-5 chiếm 50,5%; nguy cơ cao CHA₂DS₂-VASc ≥ 6 là 30,8% và nguy cơ thấp là 18,7%.

- Các yếu tố nguy cơ là bệnh mạch máu chiếm 89,0%; tăng huyết áp là 74,7%; suy tim 45,1% , tiền sử đột quỵ 27,5% và đái tháo đường 12,1%, tuổi ≥ 75 là 61,5%; tuổi 65- 74 chiếm 27,5%.

- Nữ có điểm CHA₂DS₂-VASc trung bình cao hơn nam ($p < 0,01$)

- Nhóm ≥ 75 tuổi có điểm CHA₂DS₂-VASc trung bình cao hơn nhóm < 75 tuổi ($p < 0,01$)

- Nhóm THA , Suy tim, bệnh mạch máu có điểm CHA₂DS₂-VASc trung bình cao hơn nhóm không THA ($p < 0,05$)

- Nhóm đái tháo đường có điểm CHA₂DS₂-VASc trung bình cao hơn nhóm không đái tháo đường ($p > 0,05$)

- Nhóm tiền sử đột quỵ có điểm CHA₂DS₂-VASc trung bình cao hơn nhóm không có tiền sử đột quỵ ($p < 0,01$)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Hoà Bình (2010)**, *Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thiếu máu não cục bộ ở người cao tuổi tại bệnh viện Thống Nhất*, Luận án tiến sĩ Y học, ĐHY Dược TP Hồ Chí Minh
2. **Đoàn Thị Bích (2011)**, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, yếu tố nguy cơ và nguyên nhân của nhồi máu não ở người trưởng thành dưới 50 tuổi*, Luận văn Thạc sĩ, ĐHY Hà Nội
3. **Đỗ Minh Chi, Cao Phi Phong (2015)**, Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng trên bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ, *Y học TP Hồ Chí Minh*, 19(1), tr.240-245
4. **Nguyễn Tiến Đoàn (2018)**, *Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ và tiên lượng ở người bệnh cao tuổi bị đột quỵ thiếu máu não cục bộ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ*, Luận án tiến sĩ, Viện nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108.
5. **Hội tim mạch học Việt nam (2015)**. Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị suy tim

6. **Hội tim mạch học Việt nam** (2016). Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị rung nhĩ
7. **Hội tim mạch học Việt nam** (2008). Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị trị nhồi máu não cấp (Đột quy thiếu máu não)
8. **Lai Tố Hương, Hà Kim Chi (2013)**, Khảo sát sử dụng thuốc chống huyết khối dự phòng đột quy theo thang điểm CHADS2 trên bệnh nhân rung nhĩ, *Y học TP Hồ Chí Minh* 17(3), tr.90-95.
9. **Nguyễn Thị Bảo Liên (2018)**, *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, các yếu tố nguy cơ đột quy của nhồi máu não cấp ở bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim*, Luận án tiến sĩ ĐHY Hà Nội
10. **Bùi Thúc Quang, Vũ Điện Biên, Phạm Nguyên Sơn (2013)**. Giá trị dự báo huyết khối tiểu nhĩ trái bằng thang điểm ChaDS₂; Cha₂DS₂VASc, các thông số siêu âm tim thành ngực ở bệnh nhân rung nhĩ không có bệnh van tim, *Tạp chí Y dược học*, Trường Đại học Y dược Huế, 11, tr 36-43.
11. **Đỗ Văn Việt, Nguyễn Văn Tuấn** (2016), Đặc điểm đột quy nhồi máu não tại bệnh viện quân y 103, *Tạp chí Y-Dược học quân sự*, p.56-62
12. **Adelborg K., Szépligeti S., Sundbøll J., Horváth-Puhó E., et al.** (2017). Risk of Stroke in Patients With Heart Failure. *Stroke*, 48(5), p.1161–1168.
13. **American Diabetes Association** (2017), Standards of Medical Care in Diabetes - 2017, pp 1 - 33.
14. **Camm A. John; Kirchhof P, Gregory Y.H. Lip** (2011), Guidelines for the management of atrial fibrillation, *European Heart Journal*.
15. **Caso V, Paciaroni M, Agnelli G et al (2010)**, Gender differences in patients with acute ischemic stroke, *Womens Health (Lond)*, 6(1), 5157.
16. **Chao T.-F., Liu C.-J., Chen S.-J., Wang K.-L., al. (2014)**. Hyperuricemia and the risk of ischemic stroke in patients with atrial fibrillation — Could it refine clinical risk stratification in AF? *International Journal of Cardiology* (170), 344-349
17. **Ekker M. S., Verhoeven J. I., Vaartjes , I., van Nieuwenhuizen, K. M., et al. (2019)**. Stroke incidence in young adults according to age, subtype, sex, and time trends. *Neurology*, 10.1212
18. **Fang MC, et al.** (2005). Gender differences in the risk of ischemic stroke and peripheral embolism in atrial fibrillation: the AnTicoagulation and Risk factors In Atrial fibrillation (ATRIA) study. *Circulation*, 112(12), pp. 1687-1691.
19. **Jaakkola J., Mustonen P., Kiviniemi T., Hartikainen J. E. K., et al.** (2016). Stroke as the First Manifestation of Atrial Fibrillation, *PLOS ONE*, 11(12), e0168010.
20. **Jorfida M., Antolini M., Cerrato E., Caprioli M. G., et al. (2016)**. Cryptogenic ischemic stroke and prevalence of asymptomatic atrial fibrillation. *Journal of Cardiovascular Medicine*, 17(12), 8
21. **Hong, H. J., Kim, Y. D., Cha, M.-J., Kim, J., et al** (2011). Early neurological outcomes according to CHADS2score in stroke patients with non-valvular atrial fibrillation. *European Journal of Neurology*, 19(2), 284–290.
22. **Khan N. A., McAlister F. A., Pilote L., Palepu A., et al** (2017). Temporal trends in stroke incidence in South Asian, Chinese and white patients: A population based analysis. *PLOS ONE*, 12(5), e0175556.
23. **Kirchhof P., Benussi S., Kotecha D., Ahlsson A., (2016)**. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *European Heart Journal*, 37(38), 289
24. **Morikawa Y., Nakagawa H., Naruse Y., Nishijo M., et al.** (2000). Trends in Stroke Incidence and Acute Case Fatality in a Japanese Rural Area: The Oyabe Study. *Stroke*, 31(7), 1583–1587.
25. **Okumura K., Tomita H., Nakai M., et al (2020)**. Risk factors associated with ischemic stroke in japanese patients with nonvalvular atrial fibrillation, *JAMA Network Open*, 3(4), e202881

26. **Pana T. A., McLernon D. J., Mamas M. A., et al. (2019).** Individual and combined impact of heart failure and atrial fibrillation on ischemic stroke outcomes. *Stroke*, 50, p.1838-1845
27. **Putala J., Metso, A. J., Metso T. M., Konkola N., Kraemer Y., et al (2009).** Analysis of 1008 consecutive patients aged 15 to 49 with first-ever ischemic stroke: the helsinki young stroke registry. *Stroke*, 40(4), 1195–1203.
28. **Rothwell P. M. (2000).** Carotid Artery Disease and the Risk of Ischaemic Stroke and Coronary Vascular Events, *Cerebrovascular Diseases*, 10(5), 21-33
29. **Torp-Pedersen C., Hansen, M., Lip, G., & Olesen J. (2012).** The value of the CHA2DS2-VASc score for refining stroke risk stratification in patients with atrial fibrillation with a CHADS2 score 0–1: A nationwide cohort study. *Thrombosis and Haemostasis*, 107(06), 1172–1179
30. **Van Alebeek, M. E., Arntz, R. M., Ekker, M. S., Synhaeve, N. E., et al. (2017).** Risk factors and mechanisms of stroke in young adults: The FUTURE study. *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*, 38(9), p.1631-1641
31. **Wang TJ, Larson MG, Levy D, et al (2003), .** Temporal relations of atrial fibrillation and congestive heart failure and their joint influence on mortality the Framingham Heart Study. *Circulation*, 107, 2920-2925