

TIỀN LƯỢNG BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO TÁI PHÁT BẰNG BẢNG ĐIỂM NGUY CƠ ĐỘT QUY ESSEN

Vũ Anh Nhị*, Bùi Châu Tuệ**

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề: nhồi máu não tái phát thường gây ra những tiên lượng xấu về nguy cơ tử vong, độ tàn phế cũng như gánh nặng kinh tế. Nhận biết nhóm bệnh nhân có nguy cơ tái phát cao giúp ta phòng ngừa cho bệnh nhân tốt hơn.

Mục tiêu: đánh giá tính ứng dụng của bảng điểm nguy cơ đột quy ESSEN trong tiên lượng bệnh nhân nhồi máu não tái phát.

Phương pháp: nghiên cứu đoàn hệ quan sát. Các bệnh nhân nhồi máu não được tính điểm theo bảng điểm ESSEN, sau đó các bệnh nhân này sẽ được theo dõi trong vòng 6 tháng.

Kết quả: thu được 307 bệnh nhân nhồi máu não trong đó có 224 (73%) bệnh nhân liên lạc được sau 6 tháng. Tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não tái phát sau 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng lần lượt là 7(3,13%), 27(12,06%), 46(20,54%) trong đó cao nhất là trong 3 tháng đầu 8,93%. nhóm BN có điểm Essen lớn hơn hoặc bằng 3 điểm có nguy cơ NMN tái phát gấp 2,16 lần nhóm BN có điểm Essen nhỏ hơn 3 điểm.

Kết luận: nhóm bệnh nhân có điểm ESSEN ≥ 3 điểm cần được theo dõi và có chiến lược điều trị phòng ngừa tích cực.

Từ khóa: điểm Essen, nhồi máu não tái phát

ABSTRACT

Background: recurrent ischemic stroke patients are subject to high risks of not only fatality and disability but being economic burden as well. Identification of high-risk patients enables us to provide them with better prevention therapy.

Objective: assessing application of Essen Stroke Risk Score (ESRS) in prognosis of Recurrent Ischemic Stroke

Methods: we use observed cohort study. Ischemic Stroke patients are scored based on ESRS with follow-up period of 6 months.

Results: study was performed on 307 patients with Ischemic Stroke, of which we managed to keep contact with only 224 persons (73%) within 6 months. Number of patients with Recurrent Ischemic Stroke after 1 month, 3 months and 6 months are 7(3.13%), 27(12.06%) and 46(20.54%) respectively. Highest percentage of 8.93% occurred within the first 3 months. Risks of Recurrent Ischemic Stroke faced by patients with Essen score ≥ 3 is 2.16 times higher than the rest, whose Essen score is lower than 3.

Conclusion: patients with ESSEN score ≥ 3 must be closely followed up and treated with intensified prevention strategies.

Keywords: Essen score, recurrent ischemic stroke

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy là bệnh lý thường gặp trong thần kinh. Đây là tình trạng cấp cứu thường thấy trong khoa cấp cứu hồi sức tại các bệnh viện đa khoa và là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ ba sau các bệnh lý tim mạch và ung thư, đồng thời là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế do thần kinh⁽¹⁵⁾.

Mặc dù việc điều trị đột quy cấp tính có thể làm giảm tỷ lệ tử vong và tỷ lệ tàn phế, nhưng theo khuyến cáo của hiệp hội Tim Mạch Hoa Kỳ năm 2000 thì điều trị dự phòng trước và sau đột quy mới mang that sự làm giảm các hậu quả do đột quy gây ra. Theo ước tính tỷ lệ nhồi máu não tái phát trong 6 tháng đầu là 6,6% - 8,8%^(4,6,14), trong năm đầu tiên là 12% - 13%^(6,8,12). Sau năm đầu tiên, nguy cơ trung bình hàng năm ổn định ở mức 4% - 6% và trong hầu hết các nghiên cứu trong vòng 5 năm sau đột quy thì khoảng 1/4-1/3 số bệnh nhân sẽ bị đột quy tái phát và nguy cơ tái phát trong vòng 10 năm là 49,7%⁽⁸⁾. Đột quy tái phát nói chung và nhồi máu não tái phát nói riêng thường gây cho bệnh nhân những tiên lượng rất xấu về nguy cơ tử vong, độ tàn phế, gánh nặng kinh tế. Tại Việt Nam, gần như chưa có một

* PGS.TS, Bộ môn Thần Kinh Đại Học Y Dược Tp. HCM

** BS, BV. Chợ Rẫy, ĐT: 0982.146.712, Email: tutoenhe@yahoo.com

nghiên cứu nào về tiên lượng nguy cơ nhồi máu não tái phát, để từ đó có những chiến lược ngừa tái phát phù hợp với tình hình nước ta.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

Đánh giá tính ứng dụng của bảng điểm nguy cơ đột quỵ ESSEN trong tiên lượng bệnh nhân nhồi máu não tái phát.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Các bệnh nhân nhập khoa nội thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy và khoa đột quỵ bệnh viện 115 trong thời gian từ tháng 01/03/2009 đến tháng 30/04/2009 thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn bệnh và không phạm các tiêu chuẩn loại trừ sẽ được đưa vào nghiên cứu. Các bệnh nhân này sẽ được theo dõi liên tục tới 31/10/2009 để đánh giá tỷ lệ tái phát NMN hay cơn thoáng thiếu máu não.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Những bệnh nhân bị đột quỵ thiếu máu não cấp hay TIA được chẩn đoán xác định bằng tiêu chuẩn lâm sàng của tổ chức y tế thế giới và hình ảnh học (CTscan /MRI sọ não).

Nhập viện trong thời gian nghiên cứu được lựa chọn liên tiếp.

Những bệnh nhân này không tử vong trong thời gian nhập viện.

Được thực hiện hình ảnh CTSCAN hoặc MRI sọ não.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân bị đột quỵ thể xuất huyết nội sọ

Bệnh nhân bị rung nhĩ

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

Thiết Kế Nghiên Cứu

Đây là nghiên cứu đoàn hệ quan sát với các số liệu được thu thập trực tiếp, tiền cứu, và được phân tích thống kê nhằm tìm ra mối tương quan giữa các yếu tố trong bảng điểm nguy cơ đột quỵ ESSEN và nguy cơ NMN tái phát; từ đó đánh giá tính ứng dụng của bảng điểm nguy cơ đột quỵ ESSEN trong đánh giá NMN tái phát.

Xử lý và phân tích số liệu:

Các số liệu sẽ được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê Stata 10.0

Phân tích đơn biến: các biến định tính được so sánh bằng phép kiểm chi bình phương, nhưng nếu có một ô có giá trị mong đợi <2 hoặc có ít nhất 20% các ô có giá trị mong đợi <5 thì sẽ dùng phép kiểm chính xác của Fisher. Biến phụ thuộc là tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não tái phát, TIA tái phát, hoặc bệnh nhân bị các biến cố tim mạch sau xuất viện.

Các biến có liên quan với NMN tái phát trong phân tích đơn biến với mức ý nghĩa $p < 0,05$ sẽ được đưa vào phân tích hồi quy đa biến logistic nhằm tìm ra những biến thật sự có ý nghĩa độc lập trong dự đoán NMN tái phát. Những biến có ý nghĩa trong phân tích đa biến sẽ được tính tỉ suất chênh OR với khoảng tin cậy 95%.

KẾT QUẢ:

Tổng cộng chúng tôi thu được 307 bệnh nhân nhồi máu não trong đó có 224 (73%) bệnh nhân liên lạc được sau 6 tháng và 83 (27%) bệnh nhân không liên lạc được

Tỷ lệ nhồi máu não tái phát, tử vong, biến cố tim mạch sau 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng:

Bảng 1: Tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não tái phát

	Không tái phát	Tái phát
Sau 1 tháng	217(96,97%)	7(3,13%)
Sau 3 tháng	197(87,94%)	27(12,06%)
Sau 6 tháng	178(79,46%)	46(20,54%)

Bảng 2: Tỷ lệ bệnh nhân tử vong

	Không tái phát	Tái phát
Sau 1 tháng	220 (98,21%)	4 (1,79%)
Sau 3 tháng	219 (97,66%)	5 (2,34%)
Sau 6 tháng	216 (96,43%)	8 (3,57%)

Bảng 3: Tỷ lệ bệnh nhân có biến cố tim mạch

	Không có	Có
Sau 1 tháng	224 (100,0%)	0 (0,0%)
Sau 3 tháng	224 (100,0%)	0 (0,0%)
Sau 6 tháng	223 (99,55%)	1 (0,45%)

Bảng 4 Tỷ lệ bệnh nhân NMN tái phát hoặc tử vong hoặc có biến cố tim mạch

	Không có	Có
Sau 1 tháng	213 (95,09%)	11 (4,91%)
Sau 3 tháng	193 (86,16%)	20 (13,84%)
Sau 6 tháng	170 (75,89%)	23 (24,11%)

Bảng 5: Kết quả phân tích đơn biến cho các biến định tính

	Tái phát	Không tái phát	Giá trị p
Tuổi ≥ 65	29	86	0,0748
Giới nam	21	108	0,0661
Tăng huyết áp	36	128	0,39
Tiền căn tăng huyết áp	33	107	0,15
Đái tháo đường	13	39	0,36
Tiền căn đái tháo đường	11	25	0,10
Tiền căn nhồi máu cơ tim	1	7	0,57
Bệnh tim mạch	4	11	0,54
Hút thuốc lá	15	60	0,89
Nghiện rượu	3	17	0,52
Bệnh lý ĐMNB	0	1	0,61
Tiền căn NMN/TIA	16	34	0,02
Tổn thương trên CTScan	36	104	0,13
Theo dõi điều trị	24	114	0,14
Trình độ học vấn thấp	36	114	0,067
Điểm ESSEN ≥ 3	30	72	0,0026

Như vậy qua phân tích đơn biến có 3 yếu tố liên quan với nhồi máu não tái phát: tiền căn NMN/TIA, hình ảnh tổn thương trên CTSCAN, điểm ESSEN ≥ 3

Bảng 6: phân tích hồi quy đa biến Logistic

Biến	Hệ số tương quan	p	OR	CI 95% của OR	
				Thấp	Cao

Tiền căn TIA hay NMN	1,05	0,294	1,52	0,70	3,30
Bảng điểm Essen	2,05	0,040	2,16	1,03	4,50
Có hình ảnh bất thường trên CT Scan	1,92	0,055	2,15	0,98	4,69

Như vậy chỉ có 1 yếu tố có thể dự đoán NMN tái phát là bảng điểm Essen với p sau khi hiệu chỉnh là 0,40 và OR hiệu chỉnh là 2,16.

BÀN LUẬN

Tỷ lệ NMN tái phát, tử vong, biến cố tim mạch sau 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng:

Trong nghiên cứu của chúng tôi số BN và tỷ lệ cộng dồn BN NMN tái phát sau 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng lần lượt là 7 BN(3,13%), 20 BN (12,06%), 19 BN (20,54%). Tỷ lệ tái phát sau 1 tháng của chúng tôi là tương đương với các nghiên cứu trên thế giới nhưng tỷ lệ tái phát sau 3 tháng và sau 6 tháng cao hơn nhiều so với các nghiên cứu khác trên thế giới. Cụ thể là tỷ lệ BN NMN tái phát trong nghiên cứu của Larry B. Goldstein sau 1 tháng là 1,8% và sau 3 tháng là 4,4%⁽¹⁰⁾; của Joan T. Moroney sau 1 tháng là 4,4% và sau 3 tháng là 7,4%⁽⁹⁾; của RL Sacco sau 1 tháng là $3.3 \pm 0,4\%$ ⁽¹³⁾; của Graeme J. Hankey tỷ lệ tái phát sau 6 tháng là 8.8%⁽⁶⁾; của D.B Hier là 3% sau 1 tháng⁽³⁾; của Devin L. Brown là 2,2% sau 1 tháng và 6.6% sau 6 tháng⁽⁴⁾; của Shan Gao là 6.14% trong 1 tháng và 8.8% sau 6 tháng⁽¹⁴⁾; của George W.Petty là 6,10% sau 1 tháng, 8,37% sau 3 tháng và 11,99% sau 6 tháng⁽⁵⁾. Sự khác biệt này là do tỷ lệ BN không điều trị phòng ngừa cao; cũng như những BN có theo dõi điều trị trong 1 thời gian ngắn nhưng không thấy phục hồi về mặt chức năng nên đã chuyển qua điều trị theo phương thức y học cổ truyền hay ngưng điều trị. Ngoài ra còn có thể do ta chưa phân lập được nhóm BN có nguy cơ tái phát cao để có những kế hoạch điều trị phòng ngừa hiệu quả.

Tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm BN ≥ 65 tuổi trong nhóm tái phát là 25,22% và nhóm không tái phát 74,78%, tuy nhiên sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0748$. Kết quả này là phù hợp với các tác giả: Joan T. Moroney⁽⁵⁾, của D. B. Hier $p = 0,49$ ⁽³⁾, Sacco RL với $p > 0,05$ ⁽¹⁴⁾. Tuy nhiên một số nghiên cứu khác lại cho kết quả trái ngược. Cụ thể như của Graeme J. Hankey nhóm BN 65 - 75 tuổi và nhóm BN > 75 tuổi có nguy cơ hơn nhóm BN < 65 tuổi lần lượt là 1,5 lần và 1,9 lần; nghiên cứu Hisayama thì $p = 0,002$ với các nhóm BN 60 - 69 tuổi, 70 - 79 tuổi, ≥ 80 tuổi có nguy cơ hơn nhóm BN < 60 tuổi lần lượt là 2,0, 2,5 và 2,9 lần. Sự khác biệt này có thể được lý giải do tuổi là một yếu tố nguy cơ đột quy nói chung và NMN nói riêng. Khi tuổi thọ ngày càng cao, cơ hội để đột quy xảy ra tăng và do đó nguy cơ tái phát càng tăng cao. Nghiên cứu của chúng tôi cũng như các nghiên cứu cho kết quả tương tự đều được thực hiện trong thời gian theo dõi ngắn (≥ 6 tháng), để tìm các yếu tố tiên lượng NMN sớm. Trong khi các nghiên cứu sau đều được thực hiện trong thời gian theo dõi dài từ 2 năm trở lên, trong đó đặc biệt là nghiên cứu Hisayama có thời gian theo dõi tới 10 năm. Như vậy ta có thể nhận thấy tuổi tuy không phải là một yếu tố tiên lượng NMN tái phát sớm nhưng đây là một yếu tố tiên lượng tái phát với thời gian theo dõi dài.

Giới:

Trong nghiên cứu của chúng tôi trong nhóm BN NMN tái phát có 16,28% nam và 26,32% nữ. Sự khác biệt về giới là không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0661$. Kết quả này là phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới, ví dụ như của Larry B. Goldstein với $p = 0,48$ ⁽¹⁰⁾, của Graeme J. Hankey⁽⁶⁾, của Joan T. Moroney⁽⁹⁾, của D. B. Hier với $p = 0,99$ ⁽³⁾. Như vậy giới tính không có ý nghĩa tiên lượng bệnh nhân NMN tái phát.

Tăng huyết áp:

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ BN có tăng huyết áp trong nhóm BN tái phát và không tái phát là 23,57% và 72,43%. Tuy tăng huyết áp có làm tăng nguy cơ tái phát nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,15$. Kết quả của chúng tôi là phù hợp với nghiên cứu của Joan T. Moroney⁽⁹⁾; của Larry B.

Goldstein với $p=0,10$ ⁽¹⁰⁾. Tuy nhiên một số nghiên cứu khác lại cho kết quả trái ngược. Cụ thể nghiên cứu của Sacco RL và cộng sự trên 1273 BN cho thấy tăng huyết áp là một yếu tố tiên lượng NMN tái phát sớm với $p=0,01$ ⁽¹³⁾. Nghiên cứu của D. B. Hier cũng cho thấy tăng huyết áp làm tăng nguy cơ NMN tái phát lâu dài (2 năm) với $p = 0,04$ ⁽³⁾. Tăng huyết áp có phải là 1 yếu tố độc lập tiên lượng NMN tái phát hay không thì hiện nay vẫn còn đang tranh cãi với các kết quả nghiên cứu khác nhau. Có một điểm chung giữa nghiên cứu của chúng tôi và 2 tác giả Joan T. Moroney và Larry B Goldstein là cỡ mẫu trung bình (khoảng 300 BN), trong khi nghiên cứu của 2 tác giả D. B. Hier và Sacco RL có cỡ mẫu khá lớn (> 1200BN). Do đó vai trò của tăng huyết áp trong tiên lượng NMN tái phát cần được khảo sát thêm trong các nghiên cứu sau này đặc biệt có cỡ mẫu lớn và thiết kế chặt chẽ.

Tiền căn tăng huyết áp:

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 23,57% BN có tiền căn THA nằm trong nhóm BN tái phát và 72,43% BN có tiền căn THA nằm trong nhóm BN không tái phát. Và sự khác biệt giữa hai nhóm này là không có ý nghĩa thống kê với $p=0,15$. Kết quả này là phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới như của Larry B. Goldstein với $p=1,00$ ⁽¹⁰⁾, của Graeme J. Hankey ⁽⁶⁾, của D. B. Hier $p = 0,12$ ⁽³⁾. Như vậy tiền căn tăng huyết áp không phải là một yếu tố tiên lượng NMN tái phát.

Đái tháo đường:

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 25% BN có bệnh lý đái tháo đường nằm trong nhóm BN NMN tái phát và 75% bệnh nhân đái tháo đường mà không NMN tái phát. Đái tháo đường có làm tăng nguy cơ NMN tái phát nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,36$. Kết quả trên phù hợp với các tác giả Larry B. Goldstein và cộng sự trong nghiên cứu tìm các yếu tố tiên lượng NMN giai đoạn sớm với $p=0,88$ ⁽¹⁰⁾, của D. B. Hier trong 1 nghiên cứu tiên lượng NMN tái phát trong vòng 2 năm trên 1273 BN với $p = 0,60$ ⁽³⁾, của Milton Alter và cộng sự trong nghiên cứu: "Stroke Recurrence in Diabetics Does Control of Blood Glucose Reduce Risk?" cho thấy đái tháo đường không phải là yếu tố nguy cơ gây NMN tái phát ⁽¹¹⁾. Tuy nhiên một số tác giả khác lại cho kết quả trái ngược như Sacco RL và cộng sự trong một nghiên cứu tìm các yếu tố tiên lượng NMN giai đoạn sớm (30 ngày) với cỡ mẫu 1273 BN thì ĐTD là một yếu tố độc lập tiên lượng NMN tái phát với $p=0,001$ ⁽¹³⁾, của Graeme J. Hankey và cộng sự trong một nghiên cứu tìm các yếu tố nguy cơ lâu dài NMN tái phát với thời gian theo dõi 5 năm trong đó nhóm BN có ĐTD có nguy cơ NMN tái phát gấp 1.7 lần so với nhóm BN không có ĐTD ⁽¹³⁾. Như vậy đái tháo đường có phải là 1 yếu tố độc lập gây NMN tái phát hay không hiện vẫn còn gây tranh cãi với các kết quả không thống nhất giữa các nghiên cứu. Do đó vai trò của đái tháo đường trong tiên lượng NMN tái phát cần phải được khảo sát thêm trong các nghiên cứu sau này đặc biệt với cỡ mẫu lớn và thiết kế chặt chẽ.

Tiền căn đái tháo đường:

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 30,56% BN có tiền căn đái tháo đường nằm trong nhóm BN NMN tái phát và 69,44% bệnh nhân có tiền căn đái tháo đường mà không NMN tái phát. Sự khác biệt giữa hai nhóm này cũng không có ý nghĩa thống kê với $p= 0,10$. Đái tháo đường có làm tăng nguy cơ NMN tái phát nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,36$. Trong các nghiên cứu trên thế giới, các tác giả ít chú ý yếu tố này nên chúng tôi chỉ tìm thấy nghiên cứu của Larry B. Goldstein và Milton Alter có đề cập tới tiền căn đái tháo đường. Larry B. Golstein kết luận tiền căn ĐTD không liên quan tới NMN tái phát với $p=0,62$ ⁽¹⁰⁾. Milton Alter cũng đưa ra kết luận tương tự ⁽¹²⁾. Như vậy với kết quả nghiên cứu trên cũng như kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi, ta có thể rút ra kết luận tiền căn đái tháo đường không phải là yếu tố nguy cơ gây NMN tái phát.

Tiền căn nhồi máu cơ tim :

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 12,50% BN có tiền căn NMCT nằm trong nhóm BN NMN tái phát và 87,50% bệnh nhân có tiền căn NMCT mà không NMN tái phát. Sự khác biệt giữa hai nhóm này cũng không có ý nghĩa thống kê với $p= 0,57$. Kết quả trên là phù hợp với các nghiên cứu Sacco RL với $p>0,05$ ⁽¹³⁾, của Graeme J. Hankey, của D. B. Hier $p = 0,12$ ⁽³⁾. Như vậy các kết quả nghiên cứu hiện tại và nghiên cứu của chúng tôi tương đồng về tiền căn NMCT, theo đó yếu tố này không liên quan tới NMN tái phát.

Bệnh lý tim mạch khác (ngoại trừ rung nhĩ và nhồi máu cơ tim) :

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 26,67% BN có bệnh lý tim mạch (ngoại trừ rung nhĩ và NMCT) nằm trong nhóm BN NMN tái phát và 73,33% bệnh nhân có bệnh lý tim mạch mà không NMN tái phát. Sự khác biệt giữa hai nhóm này cũng không có ý nghĩa thống kê với $p=0,54$. Kết quả trên phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Sacco RL với $p>0,05$ trong thời gian theo dõi 1 tháng⁽¹³⁾, của Graeme J. Hankey với thời gian theo dõi 5 năm⁽⁶⁾, của D. B. Hier $p=0,90$ đối với bệnh lý van tim với thời gian theo dõi 2 năm⁽³⁾. Tuy nhiên theo nghiên cứu của tác giả Larry B Goldstein thì lấp mạch từ tim có liên quan chặt chẽ với NMN tái phát trong đó nhóm BN lấp mạch từ tim có nguy cơ NMN tái phát gấp 15 lần với $p \geq 0,02$ ⁽¹⁰⁾. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu này tính luôn cả những BN rung nhĩ, trong khi nghiên cứu của chúng tôi thì loại trừ những BN này.

Tiền căn bệnh lý động mạch ngoại biên :

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 BN có bệnh lý động mạch ngoại biên và BN này không bị tái phát. Sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân có hay không có bệnh lý động mạch ngoại biên và NMN tái phát là không có ý nghĩa thống kê với $p=0,10$. Kết quả trên phù hợp với tác giả Graeme J. Hankey bệnh lý động mạch ngoại biên không liên quan NMN tái phát⁽⁶⁾. Tuy nhiên về mặt cơ chế bệnh sinh thì bệnh lý động mạch ngoại biên là một phần trong bệnh lý XVĐM. Khi 1 chỗ bị xơ vữa thì những chỗ khác có khả năng cũng bị xơ vữa hoặc có nguy cơ xơ vữa cao hơn. Như đã trình bày ở trên XVĐM là nhóm có nguy cơ gây NMN tái phát nhiều nhất. Do đó về vấn đề bệnh lý động mạch ngoại biên chúng tôi nghĩ cần có thêm nhiều nghiên cứu hơn nữa với những cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế chặt chẽ.

Hút thuốc lá :

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 20,00% BN có hút thuốc lá nằm trong nhóm BN NMN tái phát và 80,00% bệnh nhân có hút thuốc lá mà không NMN tái phát. Sự khác biệt giữa hai nhóm này cũng không có ý nghĩa thống kê với $p=0,89$. Kết quả các nghiên cứu khác như của Larry B. Goldstein thì hút thuốc lá không gây NMN tái phát với $p=1,00$ ⁽¹⁰⁾, của Graeme J. Hankey thì hút thuốc lá không phải là 1 yếu tố tiên lượng lâu dài của NMN tái phát⁽⁶⁾. Như vậy các kết quả nghiên cứu hiện tại và nghiên cứu của chúng tôi tương đồng về hút thuốc lá, theo đó yếu tố này không liên quan tới NMN tái phát.

Nghiện rượu :

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 15,0% BN có nghiện rượu nằm trong nhóm BN NMN tái phát và 85,0% bệnh nhân nghiện rượu mà không NMN tái phát. Sự khác biệt giữa hai nhóm này cũng không có ý nghĩa thống kê với $p=0,52$. Đa phần các nghiên cứu về NMN đều đề cập tới yếu tố này trong các nghiên cứu liên quan tới tiên lượng nặng của đột quỵ. Trong các nghiên cứu về tiên lượng đột quỵ tái phát chúng tôi chỉ tìm thấy nghiên cứu của Graeme J. Hankey là có đề cập tới yếu tố này. Tác giả cũng kết luận mối liên quan giữa đột quỵ tái phát và nghiện rượu là không có ý nghĩa thống kê⁽⁷⁾. Như vậy theo kết quả của nghiên cứu hiện tại và nghiên cứu của chúng tôi yếu tố nghiện rượu không liên quan tới NMN tái phát.

Trình độ học vấn:

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 24,0% BN có trình độ học vấn thấp nằm trong nhóm BN NMN tái phát và 76,00% bệnh nhân có trình độ học vấn thấp mà không NMN tái phát. Trình độ học vấn thấp có làm tăng nguy cơ NMN tái phát nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p=0,10$. Trong các nghiên cứu về tiên lượng về NMN tái phát thì rất ít tác giả đề cập tới yếu tố này. Chúng tôi chỉ tìm thấy nghiên cứu của tác giả Joan T. Moroney và cộng sự có nghiên cứu tới yếu tố này và các tác giả kết luận không có ý nghĩa thống kê⁽⁹⁾. Như vậy với kết quả nghiên cứu trên và nghiên cứu của chúng tôi yếu tố trình độ học vấn thấp không liên quan tới NMN tái phát.

Theo dõi điều trị :

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 17,39% BN không theo dõi điều trị phòng ngừa tái phát nằm trong nhóm BN NMN tái phát và 82,61% bệnh nhân không theo dõi điều trị phòng ngừa tái phát mà không NMN tái phát. Sự khác biệt giữa hai nhóm này là không có ý nghĩa thống kê với $p=0,10$. Về việc theo dõi điều trị và lợi ích của việc dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu trong phòng ngừa NMN tái phát là điều gần như không cần phải bàn cãi. Lý do kết quả của nghiên cứu chúng tôi không thấy mối liên quan giữa việc theo dõi điều trị và NMN tái phát có thể là do một lượng lớn BN tuy không theo dõi điều trị nhưng vẫn tiếp tục dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu theo toa ra viện nên không tái phát.

Tiền căn NMN hay TIA:

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 32,00% BN có tiền căn NMN hay TIA nằm trong nhóm BN NMN tái phát và 68,00% bệnh nhân có tiền căn NMN hay ĐTĐ mà không NMN tái phát. Sự khác biệt giữa hai nhóm này là có ý nghĩa thống kê với $p=0,02$ và nhóm BN có tiền căn NMN/TIA có nguy cơ NMN tái phát gấp 1,86 lần. Tuy nhiên khi phân tích đa biến, tức là đã hiệu chỉnh với các yếu tố khác thì yếu tố tiền căn NMN hay TIA không còn giữ được khả năng tiên lượng có ý nghĩa thống kê nữa với $p=0,294$.

Tham khảo các nghiên cứu khác trên thế giới: kết quả của nghiên cứu trên thế giới của Larry B. Goldstein thì tiền căn NMN và TIA không có liên quan NMN tái phát trong đó $p=0,68$ đối với tiền căn TIA và 0,75 đối với tiền căn NHỒI MÁU NÃO⁽¹⁰⁾; của D.B. Hier với thời gian tiên lượng là 2 năm thì tiền căn NMN có liên quan NMN tái phát với $p=0,003$ nhưng với tiền căn TIA thì không có liên quan với $p=0,58$ ⁽³⁾; nghiên cứu của Sacco RL trong thời gian tiên lượng là 1 tháng thì tiền căn NMN và tiền căn TIA không có liên quan NMN tái phát với $p>0,05$ ⁽¹³⁾; của Graeme J. Hankey thì tiền căn TIA có liên quan với NMN tái phát nhưng không mạnh trong đó nhóm BN có tiền căn TIA trước đó thì nguy cơ NMN tái phát gấp 1,2 lần so với nhóm BN không có tiền căn TIA⁽⁶⁾. Như vậy yếu tố tiền căn NMN và TIA không có ý nghĩa trong tiên lượng NMN tái phát giai đoạn sớm (≥ 6 tháng) nhưng có ý nghĩa tiên lượng lâu dài (≥ 2 năm) với NMN tái phát.

Có hình ảnh tổn thương trên CTSCAN:

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 25,71% BN có hình ảnh bất thường trên CTSCAN thuộc nhóm BN NMN tái phát và 74,29% bệnh nhân có hình ảnh bất thường trên CTSCAN mà không NMN tái phát. Sự khác biệt giữa hai nhóm này là có ý nghĩa thống kê với $p=0,0133$ và nhóm BN có tiền căn NMN/TIA có nguy cơ NMN tái phát gấp 2,16 lần. Tuy nhiên khi phân tích đa biến, tức là đã hiệu chỉnh với các yếu tố khác thì yếu tố tiền căn NMN / TIA không còn giữ được khả năng tiên lượng có ý nghĩa thống kê nữa với $p=0,055$.

Kết quả trên là phù hợp với nghiên cứu của Sacco RL với $p>0,05$ ⁽¹³⁾. Tuy nhiên theo nghiên cứu của D. B. Hier thì hình ảnh bất thường trên CTSCAN có ý nghĩa thống kê trong tiên lượng NMN tái phát với $p=0,03$ ⁽³⁾. Như vậy yếu tố có hình ảnh bất thường trên CTSCAN không có ý nghĩa trong tiên lượng NMN tái phát giai đoạn sớm (≥ 6 tháng) nhưng có ý nghĩa tiên lượng lâu dài (≥ 2 năm) với NMN tái phát.

Bảng điểm nguy cơ đột quỵ ESSEN:

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 29,41% BN ≥ 3 điểm thuộc nhóm BN NMN tái phát và 70,59% BN ≥ 3 điểm không NMN tái phát. Sự khác biệt giữa hai nhóm này có ý nghĩa thống kê với $p=0,0026$ và nhóm BN ≥ 3 điểm có nguy cơ NMN tái phát gấp 2,24 so với nhóm BN < 3 điểm. Yếu tố này sau khi phân tích đa biến thì vẫn còn ý nghĩa thống kê với $p=0,04$ và OR hiệu chỉnh là 2.16 lần. Kết quả này là phù hợp với kết quả nghiên cứu SCALA với nhóm BN ≥ 3 điểm có nguy cơ gấp 1,93⁽²⁾, nghiên cứu REACH với nguy cơ NMN tái phát từ 1,82% ở BN 0 điểm tăng lên thành 3,92% ở BN 3 điểm và 6,84% ở BN 6 điểm⁽³⁾.

KẾT LUẬN

Bảng điểm nguy cơ đột quỵ Essen có giá trị tiên lượng NMN tái phát với nhóm nguy cơ cao là nhóm BN ≥ 3 điểm có nguy cơ NMN tái phát gấp 2,16 lần so với nhóm < 3 điểm. Bảng điểm Essen có ưu điểm dễ sử dụng, chỉ cần dựa vào các yếu tố lâm sàng mà từng yếu tố này khi đứng riêng thì giá trị tiên lượng độc lập vẫn còn chưa thống nhất.

Ngoài ra về vấn đề tiên lượng nhồi máu não tái phát chúng tôi còn ghi nhận thêm:

- Các yếu tố: giới tính, tiền căn tăng huyết áp, tiền căn đái tháo đường, tiền căn NMCT, hút thuốc lá, nghiện rượu, trình độ học vấn không có giá trị tiên lượng NMN tái phát.
- Các yếu tố: tuổi, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh lý tim mạch, bệnh lý động mạch ngoại biên đã được nhiều nghiên cứu chứng minh có liên quan tới NMN tái phát. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi và moat số nghiên cứu khác trên thế giới thì mối tương quan giữa các yếu tố này và biến kết cục là không có ý nghĩa thống kê. Các yếu tố này cần được khảo sát thêm với những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn và thiết kế chặt chẽ.

- Hai yếu tố: tiền căn NMN / TIA và có hình ảnh bất thường trên CTSCAN có liên quan phần nào với NMN tái phát nhưng chỉ dừng ở mức độ tương quan đơn biến. Khi điều chỉnh theo các yếu tố khác thì chúng mất đi giá trị tiên đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Christian Weimar, Goertler M, Rather J, Ringelstein E B, et al (2008). Predictive value of the Essen Stroke Risk Score and Ankle Brachial Index in acute ischaemic stroke patients from 85 German stroke units ". *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 79, 1339-1343.
2. Christian Weimar; Hans-Christoph Diener; Alberts MJ, et al (2009). The Essen Stroke Risk Score Predicts Recurrent Cardiovascular Events. *Stroke*, 40, 350 - 354.
3. Hier D.B., Foulkes M.A., et al, (1991). Stroke recurrence within 2 years after ischemic infarction . *Stroke*, 22, 155 - 161.
4. Brown DL, Lynda D. Lisabeth, Canopy Roychoudhury, et al (2005). Recurrent Stroke Risk Is Higher Than Cardiac Event Risk After Initial Stroke/Transient Ischemic Attack. *Stroke*, 36, 1285 - 1287.
5. Petty GW, Brown RD, Whisnant JP. (2000). Ischemic Stroke Subtypes: A Population-Based Study of Functional Outcome, Survival, and Recurrence. *Stroke*, 31, 1062 - 1068.
6. Hankey GJ, Jamrozik K, Broadhurst RJ et al (1998). Long-Term Risk of First Recurrent Stroke in the Perth Community Stroke Study. *Stroke*, 29, 2491 - 2500.
7. Hardie K, Hankey GJ, Jamrozik K, et al. (2003). Ten-year survival after first ever stroke in the Perth Community Stroke Study. *Stroke*, 34, 1842 - 1846.
8. Hata J, Tanizaki Y, Kiyohara Y et al. (2005). Ten year recurrence after first ever stroke in a Japanese community: the Hisayama study. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 76(368 - 372), 368.
9. Moroney JT, Bagiella E, Paik MC, et al (1998). Risk Factors for Early Recurrence After Ischemic Stroke : The Role of Stroke Syndrome and Subtype. *stroke*, 29, 2118 - 2124.
10. Goldstein LB, Perry A (1992). Early recurrent ischemic stroke. A case-control study. *Stroke*, 23, 1010-1013.
11. Alter M, Sue-Min Lai, et al (1997). Stroke Recurrence in Diabetics. Does Control of Blood Glucose Reduce Risk?. *Stroke*. 1997, 28, 1153-1157.
12. Petty GW, Brown RD, Whisnant JP, et al. (1998). Survival and recurrence after first cerebral infarction. A population-based study in Rochester, Minnesota, 1975 through 1989. *Neurology*, 50, 208 - 216.
13. Sacco RL, Foulkes MA, Mohr JP, Wolf PA, Hier DB, Price TR (1989). Determinants of early recurrence of cerebral infarction. The Stroke Data Bank. *Stroke*, 20, 983 - 989.
14. Shan Gao, Ka Sing Wong, Tjark Hansberg, Wynn W. M. Lam, et al (2004). Microembolic Signal Predicts Recurrent Cerebral Ischemic Events in Acute Stroke Patients With Middle Cerebral Artery Stenosis. *Stroke*, 35, 2832 - 2836.
15. Vũ Anh Nhị. (2007). Điều trị dự phòng trước và sau đột quỵ. Tai biến mạch máu não. Giáo trình bộ môn nội thần kinh. Tr. 93 - 102.