

MỐI LIÊN QUAN GIỮA HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA VÀ ĐỘT QUI THIẾU MÁU NÃO CỤC BỘ CẤP

Đinh Hữu Hùng¹

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ luôn là vấn đề thời sự của y học, trong đó đột quỵ thiếu máu não cục bộ (TMNCB) cấp chiếm 80-85% [4],[5]. Mặc dù đã có nhiều tiên bộ đáng kể trong chẩn đoán và điều trị nhưng đột quỵ vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế, mang lại gánh nặng cho gia đình và xã hội [4],[14],[17]. Do vậy, dự phòng đột quỵ là vấn đề hết sức quan trọng. Điều này trở nên khả thi nếu chúng ta xác định được các yếu tố nguy cơ của đột quỵ.

Hội chứng chuyển hóa (HCCH) là một tập hợp gồm nhiều yếu tố nguy cơ (YTNC) của bệnh tim mạch [6],[15]. Trong vài thập kỷ vừa qua, hội chứng này gia tăng đột biến và là một trong những thách thức quan trọng hiện nay về sức khỏe cộng đồng trên toàn cầu [15],[16]. Trên thế giới đã có rất nhiều công trình nghiên cứu cho thấy HCCH là một YTNC của bệnh lý mạch máu nói chung và đột quỵ TMNCB cấp nói riêng [9],[11],[12],[18-24]. Ở nước ta, đã có một số nghiên cứu về HCCH ở những đối tượng mắc bệnh mạch vành, đái tháo đường, tăng huyết áp và đột quỵ [1],[3],[7]. Tuy nhiên, số lượng đề tài đề cập đến HCCH ở bệnh nhân đột quỵ còn hạn chế. Do đó, việc khảo sát HCCH ở bệnh nhân đột quỵ TMNCB cấp và xác định mối liên quan giữa HCCH và bệnh này là việc làm cần thiết, hữu ích.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả một số đặc điểm của hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp nằm điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

2. Xác định mối liên quan giữa hội chứng chuyển hóa và đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:

Là những bệnh nhân nằm điều trị tại khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 9 năm 2005 đến tháng 5 năm 2006, bao gồm hai nhóm: nhóm đột quỵ TMNCB cấp và nhóm đối chứng. Các đối tượng được đưa vào nghiên cứu theo các tiêu chuẩn sau:

▪ Tiêu chuẩn chọn vào:

* Nhóm đột quỵ TMNCB cấp:

Những bệnh nhân bị đột quỵ TMNCB cấp được chẩn đoán xác định bằng tiêu chuẩn lâm sàng của WHO và hình ảnh học (CT scan hoặc MRI sọ não).

* Nhóm đối chứng: Bệnh nhân bị các bệnh thần kinh (không phải đột quỵ) nằm điều trị tại khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện Chợ Rẫy.

▪ Tiêu chuẩn loại ra:

* Nhóm đột quỵ TMNCB cấp: Bệnh nhân bị đột quỵ xuất huyết nội sọ, đang sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu, không hợp tác nghiên cứu, có các bệnh lý kèm theo ảnh hưởng đến vòng eo như tiêu chảy, nôn ói, dị dạng cột sống...

* Nhóm đối chứng: Giống như nhóm đột quỵ TMNCB cấp.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1. **Thiết kế nghiên cứu:** Tiền cứu, cắt ngang mô tả có phân tích.

2.2. **Cỡ mẫu:** Bảng phân mềm Epi Info chúng tôi đã tính được cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm là 110.

2.3. **Tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH:**

¹ ThS, Bộ môn Nội, Trường ĐH Tây Nguyên

Tiêu chuẩn chẩn đoán	ATP III 2001 Chẩn đoán HCCH khi có 3 trong các yếu tố sau	ATP III 2004 Chẩn đoán HCCH khi có 3 trong các yếu tố sau
Huyết áp cao [¶] (mmHg)	≥ 130/85mmHg hoặc đang dùng thuốc hạ áp	≥ 130/85mmHg hoặc đang dùng thuốc hạ áp
Béo phì bụng [†]	Vòng eo: > 90 cm (nam) > 80 cm (nữ)	Vòng eo: > 90 cm (nam) > 80 cm (nữ)
HDL-C thấp (mg%)	< 40 (nam), < 50 (nữ)	< 40 (nam), < 50 (nữ)
Triglyceride cao (mg%)	≥ 150	≥ 150
Tăng đường máu (mg%)	≥ 110 hoặc có ĐTĐ	≥ 100 hoặc có ĐTĐ

2.4. Thu thập số liệu:

Bệnh nhân được thăm khám lâm sàng và cho làm các cận lâm sàng nhằm xác định giá trị của các biến số trong nghiên cứu theo mẫu thu thập số liệu đã soạn sẵn.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Bảng phần mềm STATA 8.0.

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm của HCCH ở bệnh nhân đột quỵ TMNCB cấp:

1.1. Tỷ lệ HCCH ở bệnh nhân đột quỵ TMNCB cấp:

Bảng 1: Tỷ lệ HCCH ở bệnh nhân đột quỵ TMNCB cấp:

Tiêu chuẩn chẩn đoán	Số trường hợp đột quỵ TMNCB cấp	Số trường hợp mắc HCCH	Tỷ lệ (%)
ATP III 2001	110	52	47,3
ATP III 2004	110	69	62,7

1.2. Tỷ lệ từng yếu tố của HCCH ở bệnh nhân đột quỵ TMNCB cấp:

Bảng 2: Tỷ lệ từng yếu tố của HCCH ở bệnh nhân đột quỵ TMNCB cấp:

Các yếu tố	Đột quỵ TMNCB cấp (n=110)					
	HCCH theo ATP III 2001			HCCH theo ATP III 2004		
	Có (n=52)	Không (n=58)	p	Có (n=69)	Không (n=41)	p
Huyết áp cao	45 (86,5)	25 (43,1)	< 0,001	56 (81,2)	14 (34,2)	< 0,001
Béo phì bụng	21 (40,4)	5 (8,6)	< 0,001	25 (36,2)	1 (2,4)	< 0,001
HDL-C thấp	41 (78,9)	22 (37,9)	< 0,001	49 (70,0)	14 (34,2)	< 0,001
Triglyceride cao	39 (75,0)	18 (31,0)	< 0,001	50 (72,5)	7 (17,1)	< 0,001
Đường máu ≥ 110 mg% hoặc có ĐTĐ	35 (67,3)	20 (34,5)	< 0,001	-	-	-
Đường máu ≥ 100 mg% hoặc có ĐTĐ	-	-	-	57 (82,6)	29 (70,7)	> 0,05

Chú thích: Số nằm trong ngoặc đơn chỉ tỷ lệ phần trăm.

1.3. Phân bố HCCH theo một số yếu tố:

1.3.1. Phân bố HCCH theo giới, tuổi và dân tộc:

Bảng 3: Tỷ lệ HCCH theo giới, tuổi, dân tộc:

Các yếu tố		Đột quỵ TMNCB cấp		p
		Có HCCH (n=52)	Không có HCCH (n=58)	
Giới	Nam	21 (40,4)	32 (55,2)	> 0,05
	Nữ	31 (59,6)	26 (44,8)	
Nhóm tuổi	20 – 29	0 (0,0)	3 (5,2)	< 0,05

	30 – 39	1 (1,9)	1 (1,7)	(p khuynh hướng < 0,01)
	40 – 49	1 (1,9)	6 (10,3)	
	50 – 59	7 (13,5)	15 (25,9)	
	60 – 69	14 (26,9)	16 (27,6)	
	≥ 70	29 (55,8)	17 (29,3)	
Dân tộc	Kinh	47 (90,4)	52 (89,7)	> 0,05
	Dân tộc thiểu số	5 (9,6)	7 (10,3)	

Chú thích: Số nằm trong ngoặc đơn chỉ tỉ lệ phần trăm.

1.3.2. Phân bố HCCH theo trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân và nơi cư trú:

Bảng 4: Tỉ lệ HCCH theo trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân và nơi cư trú:

Các yếu tố		Đột quỵ TMNCB cấp		p
		Có HCCH (n=52)	Không có HCCH (n=58)	
Trình độ học vấn	Cao	3 (5,8)	6 (10,3)	< 0,05 (p khuynh hướng < 0,001)
	Trung bình	14 (26,9)	28 (48,3)	
	Thấp	35 (67,3)	24 (41,4)	
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	13 (25,0)	14 (24,1)	> 0,05
	Có gia đình	39 (75,0)	44 (75,9)	
Nơi cư trú	Thành thị	25 (40,8)	20 (32,7)	> 0,05
	Nông thôn	27 (51,9)	38 (65,5)	

Chú thích: Số nằm trong ngoặc đơn chỉ tỉ lệ phần trăm.

1.3.3. Phân bố HCCH theo các yếu tố hút thuốc lá, nghiện rượu, béo phì bụng và tập thể dục thường xuyên:

Bảng 5: Phân bố HCCH theo các yếu tố hút thuốc lá, nghiện rượu, béo phì bụng và tập thể dục thường xuyên:

Các yếu tố		Đột quỵ TMNCB cấp		p
		Có HCCH (n=52)	Không có HCCH (n=58)	
Hút thuốc lá	Có	21 (40,4)	20 (34,5)	> 0,05
	Không	31 (59,6)	38 (65,5)	
Nghiện rượu	Có	4 (7,7)	6 (10,3)	> 0,05
	Không	48 (92,3)	52 (89,7)	
Béo phì bụng	Có	21 (40,4)	5 (8,6)	< 0,001
	Không	31 (59,6)	52 (91,4)	
Tập thể dục thường xuyên	Có	3 (5,8)	11 (19,0)	< 0,05
	Không	49 (94,2)	49 (81,0)	

Chú thích: Số nằm trong ngoặc đơn chỉ tỉ lệ phần trăm.

3. Một số đặc điểm của HCCH ở hai nhóm bệnh và chứng:

3.1. Tỉ lệ HCCH và các yếu tố của nó:

Bảng 6: Tỉ lệ HCCH và các yếu tố của nó:

HCCH và các yếu tố của nó	Nhóm bệnh (n=110)	Nhóm chứng (n=110)	p
HCCH (ATP III 2001)	52 (47,3)	20 (18,2)	< 0,001
HCCH (ATP III 2004)	69 (62,7)	33 (30,0)	< 0,001
Huyết áp cao	70 (63,6)	37 (33,6)	< 0,001
Béo phì bụng	26 (23,6)	15 (13,6)	> 0,05
HDL-C thấp	63 (57,3)	42 (38,2)	< 0,01

Triglyceride cao	57 (51,8)	44 (40,0)	> 0,05
Đường máu \geq 110 mg% hoặc có ĐTD	55 (50,0)	34 (30,9)	< 0,01
Đường máu \geq 100 mg% hoặc có ĐTD	86 (78,2)	61 (55,5)	< 0,001

Chú thích: Số nằm trong ngoặc đơn chỉ tỉ lệ phần trăm.

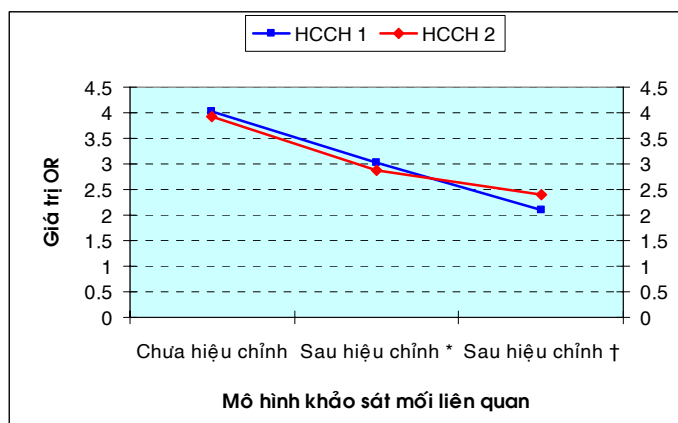
3.2. Mối liên quan giữa HCCH và đột quỵ TMNCB cấp:

3.2.1. Mối liên quan giữa HCCH và đột quỵ TMNCB cấp:

Bảng 7: Tỉ số chênh (OR) và khoảng tin cậy (KTC) 95% thể hiện mối liên quan giữa HCCH và đột quỵ TMNCB cấp:

HCCH	Chưa hiệu chỉnh		Sau hiệu chỉnh*		Sau hiệu chỉnh [†]	
	OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	p
HCCH 1 (ATP III 2001)	4,03 (2,19-7,44)	< 0,001	3,02 (1,54-5,91)	0,001	2,10 (1,01-4,36)	< 0,05
HCCH 2 (ATP III 2004)	3,93 (2,24-6,89)	< 0,001	2,88 (1,56-5,34)	0,001	2,39 (1,25-4,57)	< 0,01

Chú thích: * Các yếu tố hiệu chỉnh là: Giới, tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nơi cư trú, hút thuốc lá, nghiện rượu và tập thể dục thường xuyên; [†] Ngoài các yếu tố trên, còn hiệu chỉnh thêm THA và ĐTD.



Hình 1: Đồ thị biểu diễn mối liên quan giữa HCCH và đột quỵ TMNCB cấp.

3.2.2. Mối liên quan giữa từng yếu tố của HCCH và đột quỵ TMNCB cấp:

Bảng 8: Tỉ số chênh (OR) và khoảng tin cậy (KTC) 95% thể hiện mối liên quan giữa từng yếu tố của HCCH và đột quỵ TMNCB cấp:

Các yếu tố của HCCH	Chưa hiệu chỉnh		Sau hiệu chỉnh*		Sau hiệu chỉnh [†]	
	OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	p
Huyết áp cao	3,45 (1,98-6,01)	< 0,001	2,41 (1,29-4,50)	< 0,01	2,21 (0,90-5,41)	> 0,05
HDL-C thấp	2,18 (1,27-3,72)	< 0,01	1,83 (1,01-3,32)	< 0,05	1,72 (0,93-3,18)	> 0,05
Đường máu cao [§]	2,24 (1,29-3,88)	< 0,01	2,45 (1,31-4,58)	< 0,01	1,57 (0,73-3,37)	> 0,05
Đường máu cao [¶]	2,88 (1,60-5,18)	< 0,001	2,48 (1,30-4,73)	< 0,01	1,96 (0,98-3,91)	> 0,05

Chú thích: * [†] Các yếu tố cần hiệu chỉnh giống như bảng trên; [§] Đường máu \geq 110 mg% hoặc có ĐTD; [¶] Đường máu \geq 100 mg% hoặc có ĐTD.

3.2.3. Mối liên quan giữa HCCH và đột quỵ TMNCB cấp theo sự gia tăng về số yếu tố của HCCH:

Bảng 9: Mối liên quan giữa HCCH và đột quỵ TMNCB cấp theo số yếu tố của HCCH (theo tiêu chuẩn chẩn đoán ATP III 2001):

Số yếu tố của HCCH	Nhóm bệnh (n=110)	Nhóm chứng (n=110)	Số chênh (Odds)	p
0	3 (2,7)	24 (21,8)	0,125	< 0,001 (p khuynh hướng < 0,0001)
1	20 (18,2)	28 (25,5)	0,714	
2	35 (31,8)	38 (34,6)	0,921	
3	31 (28,2)	13 (11,8)	2,385	
4	17 (15,5)	6 (5,5)	2,833	
5	4 (3,6)	1 (0,9)	4,000	

Bảng 10: Mối liên quan giữa HCCH và đột quỵ TMNCB cấp theo số yếu tố của HCCH (theo tiêu chuẩn chẩn đoán ATP III 2004):

Số yếu tố của HCCH	Nhóm bệnh (n=110)	Nhóm chứng (n=110)	Số chênh (Odds)	p
0	1(0,9)	17 (15,5)	0,059	< 0,001 (p khuynh hướng < 0,0001)
1	15 (13,6)	29 (26,4)	0,517	
2	25 (22,7)	31 (28,2)	0,806	
3	44 (40,0)	25 (22,7)	1,760	
4	20 (18,2)	7 (6,4)	2,857	
5	5 (4,6)	1 (0,9)	5,000	

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân đột quỵ TMNCB cấp:

1.1. Tỷ lệ HCCH ở bệnh nhân đột quỵ TMNCB cấp:

Theo nghiên cứu chúng tôi, tỷ lệ HCCH (ATP III 2001) ở bệnh nhân đột quỵ TMNCB cấp khá cao (47,3%) và tăng lên rất cao (62,7%) khi áp dụng tiêu chuẩn ATP III 2004. Kết quả này khá phù hợp với nhiều nghiên cứu khác. Trong nước, theo Huỳnh thị thúy Hằng, khi nghiên cứu trên 52 bệnh nhân bị đột quỵ TMNCB cấp tại Bệnh viện 30-4 thì tỷ lệ HCCH là 52,2% (ATP III 2001) [1]. Ở ngoài nước, điển hình là nghiên cứu của Chen. Theo tác giả này, tỷ lệ HCCH ở những bệnh nhân đột quỵ TMNCB cấp ≥ 20 tuổi là 46,2% (ATP III 2001) [11]. Riêng nghiên cứu của Kawamoto có tỷ lệ khá thấp (19,8%) [20]. Điều này được giải thích là do tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH trong nghiên cứu này có nhiều điểm khác biệt so với chúng tôi. Như vậy, có thể nói rằng bệnh nhân đột quỵ TMNCB cấp có tỷ lệ mắc HCCH khá cao.

Tác giả	Tỷ lệ HCCH (%)
Chúng tôi	47,3 (ATP III 2001) 62,7 (ATP III 2004)
Huỳnh thị thúy Hằng	52,2 (ATP III 2001)
Chen	46,2 (ATP III 2001)
Milionis	46 (ATP III 2001)
Kawamoto	19,8

Nếu mở rộng sự so sánh ta thấy tỷ lệ HCCH ở bệnh nhân đột quỵ TMNCB cấp hầu như gần ngang bằng với tỷ lệ HCCH ở những bệnh nhân bị các bệnh mạch máu khác (bệnh mạch vành, bệnh mạch máu ngoại biên), cao hơn hẳn trong dân số chung và thấp hơn ở những đối tượng bị đái tháo đường và tăng huyết áp [25-28].

Nhóm đối tượng	Tỷ lệ HCCH (%)
Dân số chung	10-30

Bệnh nhân bị đột quỵ và các bệnh mạch máu khác	40-50
Bệnh nhân bị THA và ĐTĐ	70-90

1.2. Tỷ lệ của từng yếu tố của HCCH:

Khi quan tâm đến tỷ lệ của từng yếu tố riêng biệt của HCCH ở bệnh nhân đột quỵ TMNCB cấp, ta thấy yếu tố huyết áp cao chiếm tỷ lệ cao nhất (86,5%). Kết quả tương tự cũng được tìm thấy trong nghiên cứu trên 4600 nam và 5500 nữ từ 30 đến 89 tuổi tại châu Âu [19]. Theo nghiên cứu này thì tăng huyết áp là yếu tố thường gặp nhất trong các yếu tố của HCCH, chiếm đến 91% ở nam và 90% ở nữ. Rõ ràng tăng huyết áp vẫn là một vấn đề đáng báo động trong cộng đồng.

Trong khi đó, béo phì bụng lại chiếm tỷ lệ thấp nhất (40,4%). Hầu hết các nghiên cứu ở các nước phát triển, đặc biệt là các nước phương Tây không cho kết quả như vậy [15], [16]. Điềm qua y văn ta thấy tầm quan trọng của béo phì bụng trong tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH đã được nhấn mạnh trong các bài báo cáo khác nhau [27],[28]. **Đặc biệt, vào năm 2005, IDF đưa ra định nghĩa mới về HCCH với sự đồng thuận cao của các chuyên gia trên khắp thế giới. Theo định nghĩa này thì béo phì bụng là một yếu tố bắt buộc phải có trong tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH [29].** Sự khác biệt này có thể được lý giải rằng giữa người Việt Nam và người ở các nước phát triển có chế độ ăn uống, tập quán, lối sống, yếu tố di truyền... khác nhau [2]. Ngoài ra, một lý do có thể góp phần quan trọng cho việc giải thích sự khác biệt này là có lẽ trị số ngưỡng của vòng eo trong tiêu chuẩn chẩn đoán ATP III sửa đổi cho người châu Á chưa thực sự “vừa” trên người Việt Nam chăng? Đây là một vấn đề lớn, cần có những nghiên cứu về dịch tễ học với qui mô lớn để khẳng định chuẩn xác.

Mở rộng bàn luận ta thấy, nếu áp dụng tiêu chuẩn ATP III 2004 sửa đổi cho người châu Á thì tỷ lệ yếu tố đường máu cao (≥ 100 mg% hoặc có ĐTĐ) tăng lên rất cao, đặc biệt ở nhóm đột quỵ TMNCB cấp có HCCH (82,6%), hơn cả yếu tố huyết áp cao (81,2%). Theo khuyến cáo của Hội tim mạch Hoa Kỳ, người có HCCH với mức đường máu như trên đã cần phải điều trị, nhằm hạn chế nguy cơ dẫn đến bệnh đái tháo đường type 2 cũng như một số bệnh lý tim mạch nguy hiểm [15]. Khuyến cáo này cho thấy những bất thường về chuyển hóa glucose ngày càng được quan tâm và chú trọng nhiều hơn so với trước đây. Xuất phát từ luận điểm trên, có lẽ từ nay chúng ta phải thay đổi cách nghĩ về trị số ngưỡng bình thường của đường máu, để có thái độ thích hợp trong chẩn đoán và điều trị.

1.3. Phân bố HCCH theo nhóm tuổi và giới tính:

- Theo nhóm tuổi: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt về tỷ lệ HCCH giữa các nhóm tuổi, trong đó tập trung chủ yếu ở nhóm ≥ 60 tuổi. Điềm quan trọng là tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc HCCH càng tăng. Kết quả tương tự cũng được tìm thấy trong nghiên cứu của Huỳnh thị thúy Hằng [1]. Trong bối cảnh tuổi thọ trung bình của con người trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng ngày càng tăng cao thì sự gia tăng tỷ lệ HCCH (vốn đã cao) theo tuổi là thách thức không nhỏ đối với chúng ta.
- Theo giới tính: Không có sự khác biệt về tỷ lệ HCCH giữa hai giới trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Nhiều tác giả khác cũng có cùng nhận xét trên qua nghiên cứu của mình. Theo Chen và cs [11] thì ở bệnh nhân đột quỵ TMNCB cấp, tỷ lệ HCCH ở nam là 41,7%, ở nữ là 51,7% ($p > 0,05$). Nghiên cứu của Milinolis và cs cũng cho kết quả tương tự [24].

4.1.3. Phân bố HCCH theo một số yếu tố khác :

- Nghiên cứu này cho thấy có mối liên quan giữa béo phì bụng và HCCH. Cụ thể là, tỷ lệ mắc HCCH ở bệnh nhân đột quỵ TMNCB cấp có béo phì bụng cao hơn so với nhóm không có béo phì bụng. Kết quả này phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu khác [27], [28]. Tại Việt Nam, tỷ lệ béo phì trong dân số chung có thấp hơn so với các nước phát triển, nhất là các nước phương Tây [2]. Tuy nhiên, những thay đổi trong lối sống hiện nay, mà quan trọng nhất là

sự thay đổi về chế độ ăn uống (theo kiểu “phương Tây hóa”), đã và đang làm cho tỉ lệ béo phì ở nước ta gia tăng nhanh chóng [2], và như vậy kéo theo sự gia tăng tỉ lệ mắc HCCH trong cộng đồng. Đã đến lúc chúng ta phải đưa ra lời cảnh báo cho vấn đề này, trước khi quá muộn.

- Mặt khác, mối liên quan giữa tập thể dục thường xuyên và HCCH cũng được ghi nhận trong nghiên cứu chúng tôi. Trên thực tế, đã có một số bằng chứng về vấn đề này [10],[28]. Quan trọng hơn, nghiên cứu này đã cho thấy tỉ lệ tập thể dục thường xuyên ở nhóm đột quỵ TMNCB cấp không có HCCH khá thấp (19,0%), và thấp hơn nữa ở nhóm đột quỵ TMNCB cấp có HCCH (5,8%). Điều này chứng tỏ rằng ý thức về việc luyện tập thể dục để phòng ngừa bệnh tật của người dân chưa cao. Vì vậy, việc tiếp tục tuyên truyền sâu rộng vấn đề này là việc làm hết sức cần thiết và hữu ích.
- Bên cạnh vai trò của tuổi, béo phì bụng, tập thể dục thường xuyên thì trình độ học vấn cũng có ảnh hưởng nhất định đến HCCH. Trong nghiên cứu này người có trình độ học vấn càng cao thì tỉ lệ mắc HCCH càng thấp. Luận điểm này phù hợp với một số báo cáo tại hội nghị quốc tế lần thứ nhất về HCCH và tiền đái tháo đường tổ chức tại Berlin vào năm 2005 [27]. Theo đó, người có trình độ học vấn thấp có nguy cơ mắc HCCH cao gấp 2 đến 3 lần so với người có trình độ học vấn cao. Bởi lẽ người ta cho rằng người có học vấn cao thường ít hút thuốc lá và ít béo phì hơn người có học vấn thấp, do đó kéo theo tỉ lệ mắc HCCH thấp hơn.

2. Mối liên quan giữa HCCH và đột quỵ TMNCB cấp:

2.1. Mối liên quan giữa HCCH và đột quỵ TMNCB cấp:

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy có mối liên quan mạnh giữa HCCH và đột quỵ TMNCB cấp, trong đó OR thô là 4,03 và 3,93 (ứng với 2 tiêu chuẩn ATP III 2001 và 2004). Quan trọng hơn, sau khi hiệu chỉnh các yếu tố giới, tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, tập thể dục thường xuyên, hút thuốc lá, nghiện rượu, tình trạng hôn nhân và nơi cư trú chúng tôi thu được OR hiệu chỉnh lần lượt là 3,02 và 2,88. Đặc biệt, sau khi hiệu chỉnh thêm hai 2 yếu tố THA và ĐTD thì mối liên quan này vẫn còn có ý nghĩa thống kê, với OR hiệu chỉnh lần lượt là 2,1 và 2,39. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng có mối liên quan độc lập giữa HCCH và đột quỵ TMNCB cấp.

Luận điểm thật sự quan trọng này cũng đã được nhiều tác giả của các nghiên cứu khác chứng minh, nhất là những nghiên cứu được công bố vào cuối năm 2005 và đầu năm 2006 của Chen, Milionis, Bang, Dou, Kurl... Trong đó đáng chú ý nhất là nghiên cứu đoàn hệ của Chen và cs: Sau 10,4 năm theo dõi trên 3453 đối tượng, tác giả đã đưa ra kết luận: Có mối liên quan mạnh giữa HCCH và đột quỵ TMNCB cấp ở người ≥ 20 tuổi với HRs hiệu chỉnh là 4,3 ứng với tiêu chuẩn của ATP III 2001 sửa đổi cho người châu Á [11].

Nghiên cứu	OR hiệu chỉnh
Chúng tôi	2,10 (ATP III 2001) 2,39 (ATP III 2004)
Chen và cs	4,3 (ATP III 2001)
Dou và cs [12]	2,7-4,3 (ATP III 2001)
Milionis và cs [24]	2,59 (ATP III 2001)
Kawamoto và cs [20]	3,08
Kurl và cs [22]	2,41 (ATP III 2004)

Về phương diện sinh lý bệnh học, có thể giải thích được mối liên quan giữa HCCH và đột quỵ TMNCB cấp. Cụ thể là, tổng hợp từ nhiều nghiên cứu người ta cho rằng HCCH có cơ chế bên dưới chủ yếu là tình trạng đề kháng insulin và béo phì [13],[15]. Nó thường kết hợp với tình trạng tiền viêm và tiền huyết khối nên thúc đẩy nhanh quá trình xơ vữa động mạch và hình thành huyết khối. Mà đây là một trong những nguyên nhân quan trọng nhất của đột quỵ TMNCB cấp. Ngoài ra, HCCH còn làm tăng nguy cơ bị ĐTDĐ và làm giảm khả năng đào thải muối của thận (dẫn đến THA). Chính những điều này góp phần giải thích tại sao giữa HCCH và đột quỵ TMNCB cấp có mối liên quan chặt chẽ như vậy.

2.2. Mối liên quan giữa HCCH và đột quỵ TMNCB cấp theo sự gia tăng về số yếu tố của HCCH:

Khi số yếu tố trong HCCH tăng dần thì mối liên quan giữa HCCH và đột quỵ TMNCB cấp mạnh dần. Nghiên cứu của Chen [11], Kawamoto [20] và Koren-Morag [21] cũng ủng hộ luận điểm này. Có lẽ phương châm “càng ít yếu tố, càng ít đột quỵ” nên được áp dụng trong dự phòng và điều trị HCCH cũng như bệnh đột quỵ.

Tác giả \ Số yếu tố	0	1-2	≥ 3
Chen và cs	HRs=1	HRs=2,69	HRs=4,3
Kawamoto và cs	OR=1	OR=2,68	OR=8,61

2.3. Mối liên quan giữa từng yếu tố riêng biệt của HCCH và đột quỵ TMNCB cấp:

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng: Có mối liên quan giữa từng yếu tố (huyết áp cao, HDL-C thấp và đường máu cao) và đột quỵ TMNCB cấp thông qua phân tích đơn biến. Trong đó, đáng lưu ý nhất là yếu tố huyết áp cao.

Sau khi hiệu chỉnh các yếu tố giới, tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nơi cư trú, hút thuốc lá, nghiện rượu và tập thể dục thường xuyên thì mối liên quan trên vẫn còn tồn tại. Tuy nhiên, nếu hiệu chỉnh thêm THA và ĐTDĐ thì không còn yếu tố nào của HCCH liên quan với đột quỵ TMNCB cấp nữa. Điều này chứng tỏ rằng bản thân mỗi yếu tố trên có mối liên quan (nhưng không độc lập) với đột quỵ TMNCB cấp.

Theo He và cs thì có bốn yếu tố huyết áp cao, tăng đường huyết), HDL-C thấp và béo phì bụng có liên quan với đột quỵ sau khi hiệu chỉnh các yếu tố giới, tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, tập thể dục, uống rượu, hút thuốc lá, tiền sử bệnh mạch vành và đột quỵ. Trong đó, huyết áp cao là yếu tố có liên quan với đột quỵ mạnh nhất [18]. Điều này, góp phần cho thấy tầm quan trọng của việc chú ý đến từng yếu tố riêng biệt của hội chứng này trong việc dự phòng và điều trị, đặc biệt là yếu tố huyết áp cao.

KẾT LUẬN

1. Một số đặc điểm của HCCH ở bệnh nhân đột quỵ TMNCB cấp:

- Tỷ lệ HCCH ở bệnh nhân đột quỵ TMNCB cấp khá cao: 47,3% và 62,7% (ứng với 2 tiêu chuẩn ATP III 2001 và 2004 cho người châu Á). Tỷ lệ này tăng theo tuổi, tập trung chủ yếu ở nhóm ≥ 60 tuổi và gần như nhau ở hai giới.

- Người có trình độ học vấn càng thấp thì tỷ lệ mắc HCCH càng cao.

- Người béo phì bụng có tỷ lệ mắc HCCH cao hơn người không có béo phì bụng.

- Người tập thể dục thường xuyên có tỷ lệ mắc HCCH thấp hơn người không tập thể dục thường xuyên.

- Trong các yếu tố của HCCH theo tiêu chuẩn ATP III 2001 thì huyết áp cao chiếm tỷ lệ cao nhất, béo phì bụng chiếm tỷ lệ thấp nhất. Khi áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của ATP III 2004 thì yếu tố tăng đường máu lại có tỷ lệ cao nhất.

2. Mối liên quan giữa HCCH và đột quỵ TMNCB cấp:

- Có mối liên quan độc lập giữa HCCH và đột quỵ TMNCB cấp, trong đó huyết áp cao có liên quan mạnh nhất.

- Khi số yếu tố trong HCCH tăng dần thì mối liên quan giữa HCCH và đột quỵ TMNCB cấp mạnh dần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

I. TÀI LIỆU TIẾNG VIỆT:

1. Huỳnh Thị Thúy Hằng. Khảo sát sự kết hợp các yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân thiếu máu não cấp. *Tài liệu báo cáo khoa học. Sinh hoạt khoa học kỹ thuật và đào tạo liên tục thường kỳ*. Hội Thần kinh học TP .HCM, lần thứ 4, 2004.
2. Đào Khang. *Chẩn đoán và điều trị béo phì*. Nxb Y học, Hà Nội, 2003.
3. Nguyễn Thy Khuê. Hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. *Kỷ yếu toàn văn các công trình nghiên cứu*, 2004.
4. Vũ Anh Nhị. *Sổ tay đột quỵ*. Nxb Đại học Quốc Gia, TP .HCM, 2004.
5. Vũ Anh Nhị. *Sổ tay lâm sàng thần kinh (sau đại học)*. Nxb Đại học Quốc Gia, TP .HCM, 2005, tr.99-130.
6. Đặng Vạn Phước. Cập nhật chẩn đoán và điều trị hội chứng chuyển hóa. Hội thảo chuyên đề: Hội chứng chuyển hóa và thực tế lâm sàng, 2004.
7. Lê Nguyễn Trung Đức Sơn và cs. Hội chứng chuyển hóa-Tỷ lệ mắc bệnh và các yếu tố nguy cơ trong dân số nội thành tại Thành phố Hồ Chí Minh. *Thời sự tim mạch học*, 2005,86, tr.18-23.
8. Lê Văn Thành. *Bệnh học thần kinh*. Nxb Y học, TP .HCM, 1992, tr.125-153.

II. TÀI LIỆU TIẾNG ANH:

9. Bang OY, Kim JW, Lee JH, et al. Association of the metabolic syndrome with intracranial atherosclerotic stroke. *Neurology* 2005;65(2):296-298.
10. Bertrais S, Beyeme-Ondoua JP, Czernichow S, et al. Sedentary behaviors, physical activity, and metabolic syndrome in middle-aged French subjects. *Obes Res* 2005;13(5):936-944.
11. Chen HJ, Bai CH, Yeh WT, Chiu HC, and Pan WH. Influence of metabolic syndrome and general obesity on the risk of ischemic stroke. *Stroke* 2006; 37 (4):1060-1064.
12. Dou XF, Zhang HY, Sun K, et al. Metabolic syndrome strongly linked to stroke in Chinese. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 2004;84(7):539.
13. Eckel RH, Grundy SM and Zimmet PZ. The metabolic syndrome. *Lancet* 2005;365:1415-28.
14. Goldstein LB, Adam R, Alberts MJ, et al. Primary prevention of ischemic stroke: A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council. *Circulation* 2006;113:873923.
15. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* 2005;112(17):2735-2752.
16. Haffner S and Taegtmeier H. Epidemic obesity and the metabolic syndrome. *Circulation* 2003;108:1541-1545.
17. Heart disease and Stroke statistics-2006 update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. 2006;113(6):e85-e151.
18. He Y, Jiang B, Wang J, et al. Prevalence of the metabolic syndrome and its relation to cardiovascular disease in an elderly Chinese population. *J. Am. Coll. Cardiol* 2006;47(8):1588-1594.
19. Hu G, Qiao Q, Tuomilehto J, et al. Prevalence of the metabolic syndrome and its relation to all cause and cardiovascular mortality in nondiabetic European men and women. *Arch Intern Med* 2004;164:1066-1076.
20. Kawamoto R, Tomita H, Oka Y, Kodama A. Metabolic syndrome as a predictor of ischemic stroke in elderly persons. *Intern Med* 2005;44(9):922-7.
21. Koren-Morag PN, Goldbourt U and Tanne D. Relation between the metabolic syndrome and ischemic stroke or transient ischemic attack: a prospective cohort study in patients with atherosclerotic cardiovascular disease. *Stroke* 2005;36(7):1366-1371.

22. Kurl S, Laukkanen JA, Niskanen L, et al. Metabolic syndrome and the risk of stroke in middle-aged men. *Stroke* 2006;37:806-811.
23. Metabolic syndrome and stroke risk. *Journal Watch Neurology* 2006;2006:1.
24. Millionis HJ, Rizos E, Goudevenos J, et al, Components of the metabolic syndrome and risk for first-ever acute ischemic nonembolic stroke in elderly subjects. *Stroke* 2005;36(7):1372-1376.
25. Olijhoek JK, van der Graaf Y, Banga JD, Algra A, Rabelink TJ, Visseren FL; the SMART Study Group. The metabolic syndrome is associated with advanced vascular damage in patients with coronary heart disease, stroke, peripheral arterial disease or abdominal aortic aneurysm. *Eur Heart J*. 2004;25:342-348.
26. Ovbiagele B, Saver JL, Lynn MJ, Chimowitz M and for the WASID Study Group. Impact of metabolic syndrome on prognosis of symptomatic intracranial atherostenosis. *Neurology* 2006;66(9):1344-1349.
27. Segal P and Zimmet P. The 1st international congress on prediabetes and the metabolic syndrome. *Diabetes* 2005;50(2):45-47.
28. The metabolic syndrome. *Diabetes Voice*. May 2006;51(Special Issue):1-39.

III. ĐỊA CHỈ TRANG WEB:

29. International Diabetes Federation. Worldwide definition of the metabolic syndrome. Available at: http://www.idf.org/webdata/docs/IDF_Metasyndrome_definition.pdf. Accessed August 24, 2005.