

số microalbumin/ creatinin ở mẫu nước tiểu ngẫu nhiên với mức lọc cầu thận của bệnh nhân đái tháo đường type 2. Tạp chí Y học Việt Nam 529, doi:10.51298/vmj.v529i1.6320 (2023).

9. **Kumar, A. et al.** Risk factors associated with Indian type 2 diabetes patients with chronic kidney disease: CITE study, a cross-sectional,

real-world, observational study. BMC nephrology 26, 245, doi:10.1186/s12882-025-04164-6 (2025).

10. **An, N., Wu, B. T., Yang, Y. W., Huang, Z. H. & Feng, J. F.** Re-understanding and focusing on normoalbuminuric diabetic kidney disease. Frontiers in endocrinology 13, 1077929, doi:10.3389/fendo.2022.1077929 (2022).

NGHIÊN CỨU TỈ LỆ VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA NHỒI MÁU NÃO TÁI DIỄN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Lê Thị Thu Trang¹, Lê Văn Minh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhồi máu não tái diễn (NMNTD) là biến cố nặng, làm tăng nguy cơ tử vong và tàn phế. Việc xác định tỉ lệ và các yếu tố liên quan giúp nâng cao hiệu quả điều trị và dự phòng. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ, nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ liên quan đến NMNTD trong 12 tháng sau đợt nhồi máu não đầu tiên tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ giai đoạn 2022–2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu gồm 890 bệnh nhân nhồi máu não với thời gian theo dõi ≥ 12 tháng. **Kết quả:** Tỉ lệ NMNTD sau 12 tháng là 6,7%. Tỉ lệ NMNTD tích lũy theo thời gian: 1 tháng 2%; 6 tháng 3,6 %; 12 tháng 6,7%. Nguyên nhân theo phân loại TOAST, NMNTD gặp nhiều nhất ở nhóm xơ vữa mạch lớn (LAA: 38,2,2%) và nguồn gốc tim (CE: 24,7%), thấp nhất ở ổ khuyết (SVD: 21,3%). Phân tích Cox cho thấy các yếu tố nguy cơ độc lập gồm: tuổi ≥ 65 , THA, ĐTĐ, ngưng thuốc kháng đông hoặc Chống kết tập tiểu cầu (CKTTC). Kết luận: NMNTD tại bệnh viện chiếm tỉ lệ tương tự các nghiên cứu quốc tế (5–7%). Nguy cơ tái phát cao ở nhóm LAA và CE, đặc biệt ở bệnh nhân ngưng thuốc kháng đông/CKTTC.

Từ khóa: Nhồi máu não tái diễn, nguyên nhân, yếu tố liên quan.

SUMMARY

STUDY ON THE RATE AND RISK FACTORS OF RECURRENT ISCHEMIC STROKE AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Background: Recurrent ischemic stroke (RIS) is a severe event that significantly increases the risk of mortality and disability. Identifying its rate and related factors is essential to improve treatment outcomes and secondary prevention. **Objective:** To determine the rate, etiological classification, and risk factors associated with recurrent ischemic stroke within 12 months after the first episode among patients treated at Can Tho Central General Hospital during the period

2022–2024. **Methods:** A prospective cohort study was conducted on 890 patients with ischemic stroke, each followed up for at least 12 months. **Results:** The 12-month recurrence rate was 6.7%. The cumulative recurrence rates were 2% at 1 month, 3.6% at 6 months, and 6.7% at 12 months. According to the TOAST classification, recurrence was most frequent in the large-artery atherosclerosis (LAA) group (38.2%) and cardioembolic (CE) group (24.7%), and least common in small-vessel disease (SVD) (21.3%). Cox regression analysis identified independent risk factors, including age ≥ 65 years, hypertension, diabetes mellitus and discontinuation of anticoagulant or antiplatelet therapy. **Conclusion:** The recurrence rate of ischemic stroke at Can Tho Central General Hospital (6.7%) was comparable to international data (5–7%). The highest recurrence risk was observed in the LAA and CE subtypes, particularly among patients who discontinued anticoagulant or antiplatelet therapy.

Keywords: Recurrent ischemic stroke, etiology, related factors, Can Tho.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não tái diễn (NMNTD) là biến cố nặng, làm tăng gấp 2–3 lần nguy cơ tử vong và tàn phế ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não[1,2]. Tỷ lệ NMNTD trong năm đầu dao động từ 5–12%, tùy theo quần thể và mức độ kiểm soát yếu tố nguy cơ [3,5]. Theo China Stroke Surveillance Report 2021, tỷ lệ NMNTD sau 12 tháng là 5,7%, tương tự các nghiên cứu tại Nhật Bản (6,2%) và châu Âu (7–11%) [6,8]. Các yếu tố nguy cơ chính gồm tuổi cao, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim mạch, hút thuốc và tuân thủ điều trị kém [4,5]. Trong đó, ngưng thuốc kháng đông hoặc chống kết tập tiểu cầu (CKTTC) là yếu tố quan trọng làm tăng gấp 2–4 lần nguy cơ tái phát [9,10].

Tại Việt Nam, dữ liệu về NMNTD còn hạn chế, đặc biệt ở các trung tâm đột quỵ tuyến khu vực. Việc xác định tỷ lệ, nguyên nhân (TOAST) và các yếu tố nguy cơ liên quan đến NMNTD có ý nghĩa thiết thực trong dự phòng thứ phát và giảm tái phát đột quỵ.

Nghiên cứu này nhằm xác định tỉ lệ, nguyên

¹Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Minh

Email: lvminh@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

nhân và yếu tố nguy cơ của NMNTD trong 12 tháng sau đợt nhồi máu não đầu tiên tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, giai đoạn 2022–2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, chẩn đoán nhồi máu não, có thời gian theo dõi tối thiểu 12 tháng sau xuất viện. Thời gian tuyển chọn từ 01/2022 đến 12/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Nhồi máu não lần đầu:
- + Tiêu chuẩn lâm sàng: xác định dựa trên tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 1980): khởi phát cấp tính của các triệu chứng thần kinh khu trú kéo dài >24 giờ, không do chấn thương.
- + Tiêu chuẩn hình ảnh học: chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ sọ não thấy hình ảnh tổn thương mới phù hợp với lâm sàng.
- Nhồi máu não tái diễn:
- + Tiêu chuẩn lâm sàng: nhồi máu não xảy ra ít nhất 28 ngày sau đợt nhồi máu não trước đó.
- + Tiêu chuẩn hình ảnh học: chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ sọ não thấy hình ảnh tổn thương mới phù hợp với lâm sàng.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đột quỵ xuất huyết dưới nhện hoặc chấn thương sọ não.
- Bệnh nhân có bệnh lý ác tính, bệnh gan/thận giai đoạn cuối hoặc rối loạn tâm thần nặng.
- Mất liên lạc hoặc không đồng ý tham gia theo dõi.

2.2. Thiết kế và cỡ mẫu

Thiết kế: Đoàn hệ tiến cứu

Cỡ mẫu tính theo công thức ước lượng tỷ lệ một mẫu

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times p(1-p)/d^2$$

Trong đó: $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, với $\alpha = 0,05 \rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

d là sai số cho phép, chọn $d = 0,002$.

p : là tỷ lệ nhồi máu não tái diễn. Dùng mốc $p = 5,7\%$ (12-tháng) theo China Stroke Surveillance Report 2021 làm tỉ lệ kỳ vọng [6].

Với các dữ liệu trên chúng tôi tính được $n = 517$. Thực tế chúng tôi chọn được 890 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện: tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ thì đưa vào nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: Xác định tỉ lệ NMNTD trong thời gian theo dõi 12 tháng sau đợt nhồi máu não đầu tiên tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ giai đoạn 2022–2024.

Xác định nguyên nhân (TOAST) và các yếu tố nguy cơ liên quan đến NMNTD trong thời gian theo dõi 12 tháng sau đợt nhồi máu não đầu tiên tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ giai đoạn 2022–2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Tỉ lệ/Giá trị trung bình
Số lượng bệnh nhân	890
Tuổi trung bình (năm)	$67,4 \pm 11,3$
Nam giới	58,7%
NIHSS trung bình khi nhập viện	$7,6 \pm 4,8$

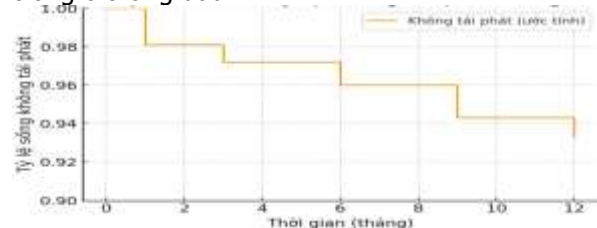
Nhận xét: Trong 890 bệnh nhân nhồi máu não, tuổi trung bình là 67,4, với điểm NIHSS trung bình lúc nhập viện là 7,6.

3.2. Tỉ lệ NMNTD theo mốc thời gian:

Bảng 2: Tỉ lệ bệnh nhân nhồi máu não tích lũy dần trong 12 tháng đầu sau khi nhồi máu não

Mốc thời gian (tháng)	Số trường hợp bệnh nhân tái diễn (n)	Tỉ lệ NMNTD tích lũy (%)
2	18/890	2
4	24/890	2,7
6	32/890	3,6
8	37/890	4,2
10	50/890	5,6
12	60/890	6,7

Nhận xét: Nhồi máu não tái diễn tăng theo dạng tích lũy dần hàng tháng, 58% là tái phát trong 6 tháng đầu



Biểu đồ 1: Biểu đồ Kaplan–Meier minh họa tỷ lệ không tái phát trong 12 tháng

Nhận xét: Biểu đồ Kaplan–Meier cho thấy nguy cơ tái phát tích lũy tăng nhanh trong 6 tháng đầu tiên, sau đó chậm dần nhưng vẫn tiếp tục tăng trong những tháng tiếp theo.

3.3. Phân bố nguyên nhân và tỉ lệ NMNTD

Bảng 3: Nguyên nhân NMNTD theo TOAST

Nguyên nhân	Tỉ lệ trong mẫu (%)	Số trường hợp (n)
LAA – Xơ vữa mạch lớn	38,2	340
CE – Nguồn gốc tim	24,7	220

SVD – Ổ khuyết	21,3	190
Không xác định	15,8	140
Tổng	100	890

Nhận xét: Nhóm nguyên nhân xơ vữa mạch lớn (LAA) chiếm tỷ lệ cao nhất (38,2%), tiếp theo là nguồn gốc tim (CE) chiếm 24,7% và ổ khuyết (SVD) chiếm 21,3%. Tỷ lệ không xác định nguyên nhân chiếm 15,8%.

3.4. Hồi quy Cox đa biến

Phân tích đơn biến:

Bảng 4: Các yếu tố nguy cơ gây ĐQTD theo phân tích đơn biến

Biến số	Giá trị p
Tuổi ≥ 65	$<0,001$
Giới nam	0,048
Tăng huyết áp	$<0,001$
Đái tháo đường	0,005
Bệnh tim mạch	0,007
Hút thuốc	0,034
Uống rượu	0,041
Trình độ học vấn thấp	$<0,001$

Nhận xét: Các yếu tố tuổi ≥ 65 , giới nam, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim mạch, hút thuốc, uống rượu và trình độ học vấn thấp đều có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ tái phát nhồi máu não, trong đó tuổi cao và tăng huyết áp là những yếu tố nổi bật nhất.

Phân tích hồi quy Cox đa biến:

Bảng 5: Các yếu tố nguy cơ gây ĐQTD theo phân tích hồi quy đa biến

Yếu tố	HR (95% CI)	p
Tuổi ≥ 65	2,18 (1,28–3,70)	0,006
Tăng huyết áp	1,91 (1,02–3,54)	0,041
Đái tháo đường	2,41 (1,29–4,49)	0,005
Ngưng thuốc kháng đông/CKTTC	2,73 (1,37–5,42)	0,002
Uống rượu	1,64 (0,89–3,03)	0,11
Học vấn ≤ 6 năm	1,37 (0,74–2,55)	0,31

Nhận xét: Phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố tuổi ≥ 65 , tăng huyết áp, đái tháo đường, và ngưng thuốc kháng đông hoặc chống kết tập tiểu cầu (CKTTC) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, là những yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng khả năng nhồi máu não tái diễn. Trong đó, ngưng thuốc kháng đông/CKTTC có nguy cơ cao nhất (HR = 2,73; 95% CI: 1,37–5,42).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, có 890 bệnh nhân nhồi máu não được theo dõi trong 12 tháng, với tuổi trung bình $67,4 \pm 11,3$ tuổi và tỷ lệ nam giới chiếm 58,7%. Kết quả này tương tự các nghiên cứu trong và ngoài nước, cho thấy nhồi máu não thường gặp ở người cao tuổi và nam giới do tần

suất cao của các yếu tố nguy cơ mạch máu như tăng huyết áp, đái tháo đường và hút thuốc [1,3,4].

Điểm NIHSS trung bình $7,6 \pm 4,8$ phản ánh mức độ tổn thương thần kinh từ nhẹ đến trung bình, tương đồng với báo cáo của Han và cs. (2020) trên dân số nông thôn Trung Quốc [1].

Sự phân bố này cho thấy nhóm bệnh nhân nghiên cứu đại diện cho mô hình đột quỵ thiếu máu não điển hình tại Việt Nam, trong đó bệnh nhân lớn tuổi, nam giới, có nhiều yếu tố nguy cơ mạn tính chiếm ưu thế. Điều này phù hợp với xu hướng dịch tễ học chung được ghi nhận trong các nghiên cứu toàn cầu [2,5].

4.2. Tỷ lệ nhồi máu não tái diễn. Tỷ lệ NMNTD sau 12 tháng trong nghiên cứu là 6,7%, với 58% trường hợp xảy ra trong 6 tháng đầu. Kết quả này tương đồng với China Stroke Surveillance Report 2021 (5,7%) [6], nghiên cứu Hisayama tại Nhật Bản (6,2%) [7] và các báo cáo tại châu Âu (7–11%) [8].

Tỷ lệ này phản ánh thực tế rằng nguy cơ tái phát tập trung chủ yếu trong giai đoạn sớm sau đột quỵ, khi quá trình xơ vữa động mạch và rối loạn huyết động chưa được kiểm soát hoàn toàn [3,4]. Do đó, 6 tháng đầu là giai đoạn cần giám sát chặt chẽ và tăng cường tuân thủ điều trị dự phòng thứ phát [4,5].

4.3. Nguyên nhân tái phát theo phân loại TOAST. Phân loại TOAST cho thấy xơ vữa mạch lớn (LAA) là nguyên nhân thường gặp nhất (38,2%), tiếp theo là nguồn gốc tim (CE: 24,7%) và ổ khuyết (SVD: 21,3%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế, trong đó LAA và CE chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm bệnh nhân NMNTD [4,8]. Kolmos và cs. (2021) báo cáo bệnh nhân LAA có nguy cơ tái phát cao hơn 1,8 lần so với các nhóm khác [3]. Trong khi đó, nhóm CE thường tái phát sớm do rung nhĩ không kiểm soát hoặc ngưng thuốc kháng đông [9]. Điều này gợi ý cần tối ưu điều trị kháng đông và kiểm soát bệnh tim mạch để giảm tỷ lệ tái phát.

4.4. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến NMNTD. Phân tích hồi quy Cox đa biến cho thấy tuổi ≥ 65 , tăng huyết áp, đái tháo đường và ngưng thuốc kháng đông/CKTTC là các yếu tố nguy cơ độc lập ($p < 0,05$).

Tuổi cao liên quan đến xơ vữa động mạch lan tỏa và giảm khả năng tự điều hòa mạch máu não [2,4].

Tăng huyết áp là yếu tố mạnh nhất, làm tổn thương nội mạc và thúc đẩy quá trình huyết khối tái phát [4,5].

Đái tháo đường làm tăng stress oxy hóa và rối loạn chức năng nội mô, góp phần hình thành

huyết khối tái phát [9].

Những phát hiện này phù hợp với hướng dẫn AHA/ASA 2021, nhấn mạnh vai trò của kiểm soát huyết áp, đường huyết và yếu tố mạch máu trong dự phòng tái phát [4].

4.5. Vai trò của tuân thủ điều trị và ý nghĩa lâm sàng. Một điểm nổi bật là yếu tố ngưng thuốc kháng đông hoặc CKTTC có hazard ratio cao nhất (HR = 2,73; 95%CI: 1,37–5,42). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Li và cs. (2015), cho thấy ngưng thuốc làm tăng nguy cơ tái phát gấp 2–4 lần [9], và nghiên cứu của Pan và cs. (2020) ghi nhận 16,4% bệnh nhân ngưng thuốc trong năm đầu sau đột quỵ [10]. Tại Việt Nam, các nguyên nhân thường gặp là chi phí điều trị, quên thuốc, lo ngại chảy máu và thiếu tái khám định kỳ. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của quản lý sau đột quỵ, bao gồm theo dõi tuân thủ điều trị, giáo dục bệnh nhân và gia đình, nhằm giảm tái phát và cải thiện tiên lượng dài hạn.

V. KẾT LUẬN

Nhóm bệnh nhân chủ yếu là người cao tuổi, nam giới, có nhiều yếu tố nguy cơ mạch máu. Tỷ lệ NMNTD sau 12 tháng (6,7%) tương đương quốc tế. Nguyên nhân chính theo TOAST là LAA và CE. Các yếu tố nguy cơ độc lập: tuổi cao, tăng huyết áp, đái tháo đường, ngưng thuốc kháng đông/CKTTC. Tuân thủ điều trị là yếu tố

trọng tâm trong dự phòng tái phát đột quỵ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Han J, Mao W, Ni J, et al. Rate and determinants of recurrence at 1 year and 5 years after stroke in a low-income population in rural China. *Front Neurol*. 2020;11:2.
2. Hankey GJ. Secondary stroke prevention. *Lancet Neurol*. 2014;13(2):178–194.
3. Kolmos M, Christoffersen L, Kruuse C. Recurrent ischemic stroke: A systematic review and meta-analysis. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2021;30(12):106098.
4. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. 2021 AHA/ASA Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and TIA. *Stroke*. 2021;52:e364–e467.
5. Amarenco P, Lavallée PC, Labreuche J, et al. One-year risk of stroke after transient ischemic attack or minor stroke. *N Engl J Med*. 2016;374:1533–1542.
6. Wang Y, Li Z, Zhao X, et al. China Stroke Surveillance Report 2021. Beijing: National Health Commission; 2022.
7. Hata J, Tanizaki Y, Kiyohara Y, et al. Ten-year recurrence after first-ever stroke in a Japanese community: The Hisayama Study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005;76:368–372.
8. Adams HP Jr, Bendixen BH, Kappelle LJ, et al. Classification of subtype of acute ischemic stroke: TOAST. *Stroke*. 1993;24(1):35–41.
9. Li Z, Wang C, Zhao X, et al. Recurrence after ischemic stroke in the Chinese National Stroke Registry (CNSR). *Stroke*. 2015;46:2719–2724.
10. Pan Y, Chen W, Amarenco P, et al. Prevalence and impact of medication discontinuation after ischemic stroke in China. *Stroke*. 2020;51:365–373.

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG NHIỄM NẤM DA, TÓC, MÓNG Ở NGƯỜI BỆNH ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN MẮT VÀ DA LIỄU HẢI DƯƠNG NĂM 2024

Nguyễn Thị Hồng Nhung¹, Phùng Thị Luyện¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vi nấm ngoài da là bệnh lý phổ biến với các biểu hiện lâm sàng đa dạng, ảnh hưởng đến vùng da, tóc, móng. Bệnh không nguy hiểm đe dọa đến tính mạng nhưng ảnh hưởng thẩm mỹ, tâm lý và kéo dài điều trị. Soi tươi trực tiếp là phương pháp đơn giản, hiệu quả trong chẩn đoán. **Mục tiêu:** Khảo sát tỷ lệ nhiễm nấm da, tóc, móng ở bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Mắt và Da liễu tỉnh Hải Dương trong 6 tháng đầu năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 1.966 người bệnh nghi nhiễm nấm, được chỉ định xét nghiệm soi tươi tại vị trí da, tóc, móng. Dữ liệu thu thập từ phiếu phỏng vấn và

phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm nấm là 34,7%. Trong đó, nấm da chiếm tỷ lệ cao nhất (36,25%), tập trung ở vùng bẹn, chân và thân mình; nấm móng chiếm 32,18%, thường gặp ở nhóm tuổi 20–39; nấm tóc thấp nhất (17,95%), phổ biến ở trẻ dưới 10 tuổi. Tỷ lệ nhiễm nấm da cao hơn ở người sống nông thôn (38,28%) và nhóm tuổi 40–59 (40,28%). **Kết luận:** Trong 6 tháng đầu năm 2024, tỷ lệ nhiễm nấm tại Bệnh viện Mắt và Da liễu Hải Dương là 34,7%, chủ yếu là nấm da (bẹn, chân), nấm tóc ở trẻ <10 tuổi và nấm móng ở người 20–39 tuổi. Tỷ lệ nhiễm có liên quan đến tuổi, giới và nơi cư trú.

Từ khóa: nấm da; nấm tóc; nấm móng; soi tươi; đặc điểm dịch tễ học

SUMMARY

PREVALENCE OF DERMATOPHYTE INFECTIONS OF THE SKIN, HAIR, AND NAILS AMONG PATIENTS AT HAI DUONG EYE AND DERMATOLOGY HOSPITAL IN 2024

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Nhung

Email: nhungnth@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025