

## V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu "Xác định giá trị sử dụng của phương pháp xét nghiệm ELISA định lượng nồng độ kháng thể chống SARS-CoV-2 trên máy miễn dịch bán tự động tại trường Đại học Y tế công cộng năm 2022." cho thấy: Độ đúng, khoảng tuyến tính, khoảng tham chiếu của phương pháp phù hợp với công bố của nhà sản xuất, độ chụm chưa phù hợp với công bố của nhà sản xuất tại Trung tâm Xét nghiệm Trường Đại học y tế công cộng.

## VI. KIẾN NGHỊ

Khi thực hiện xác nhận giá trị sử dụng của các phương pháp xét nghiệm định lượng bằng máy bán tự động từ thực tiễn nhóm nghiên cứu thấy rằng: Việc đào tạo cho người thực hiện kỹ thuật về mặt quy trình, thao tác thực hiện là rất quan trọng cần tập huấn kỹ thuật viên về mặt kỹ thuật trước khi thực hiện quá trình xác nhận giá trị sử dụng. Việc tuân thủ quy trình, thiết kế của xét nghiệm phải tuân thủ theo đúng hướng dẫn của nhà sản xuất nhằm đánh giá chính xác giá trị sử dụng của KIT xét nghiệm, tuyệt đối không thay đổi quy trình xét nghiệm nhà sản xuất đưa ra vì ta phải đánh giá các thông số của nhà sản xuất và so sánh các thông số phòng xét nghiệm với thông số nhà sản xuất đưa ra theo quy trình CLSI. Các công thức tính toán độ chụm, độ đúng, khoảng tuyến tính, khoảng tham chiếu sẽ thay đổi khi có sự thay đổi về số lượng mẫu,

thiết kế, phương pháp xét nghiệm, nguồn kinh phí,... Vì vậy, khi thực hiện xác nhận giá trị sử dụng của phương pháp xét nghiệm cần linh hoạt khi nghiên cứu, áp dụng hướng dẫn CLSI để phù hợp điều kiện thực tế của phòng xét nghiệm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngọc Lan, Tạ Thành Văn, Nguyễn Đình Lộc, Đánh giá phương pháp và giá trị lâm sàng của xét nghiệm Anti-Sars-Cov-2 trên hệ thống Roche Cobas e801 | Tạp chí Nghiên cứu Y học [Internet]. [cited 2022 Jun 27]
2. Immune-mediated approaches against COVID-19 - PubMed [Internet]. [cited 2022 Jun 27]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32661375/>
3. Gerhards C, Thiaucourt M, Kittel M, Becker C, Ast V, Hetjens M, et al. Longitudinal assessment of anti-SARS-CoV-2 antibody dynamics and clinical features following convalescence from a COVID-19 infection. *Int J Infect Dis IJID Off Publ Int Soc Infect Dis*. 2021 Jun;107:221–7.
4. Clinical and Laboratory Standards Institute (2005). User demonstration of performance for precision and accuracy; Approved guideline. CLSI document EP17-A. Vol. 21 No. 25.
5. Clinical and Laboratory Standards Institute (2014). User verification of Precision and Estimation of Bias; approved guideline. 3rd edition, CLSI document EP15-A3. Vol. 34 No. 12
6. Clinical and Laboratory Standards Institute (2010). Defining, Establishing and Verifying Reference Intervals in the Clinical Laboratory; approved guideline. 3rd edition, CLSI document EP28-A3C

## PHÂN TÍCH MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TRÊN BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NÃO DƯỚI 45 TUỔI

Nguyễn Hải Linh<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Tuyền<sup>1</sup>, Đỗ Đức Thuần<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** khảo sát một số yếu tố nguy cơ và phân tích mối liên quan trên bệnh nhân đột quy não dưới 45 tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu "bệnh-chứng", mô tả cắt ngang 130 đối tượng đột quy não chia hai nhóm từ dưới 45 tuổi (nhóm nghiên cứu) và trên 45 tuổi (nhóm chứng) tại khoa Đột quy não- Bệnh viện TWQĐ 108 và bệnh viện quân y 103. **Kết quả nghiên cứu:** Tiền sử

bệnh lý thường gặp nhất là tăng huyết áp (42,4%); uống rượu và hút thuốc lá (18,2% và 25,8%); nhóm bệnh lý suy tim, bệnh cơ tim, hẹp van 2 lá, rung nhĩ chiếm 12,1%; bệnh khác (rối loạn đông máu/Moyamoya) là 7,5%; tiền sử khỏe mạnh là 36,4% - sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng. Tuân thủ điều trị tăng huyết áp trước nhập viện có nguy cơ đột quy thấp hơn 0,177 lần [OR=0,177; (0,047-0,663), 0,006] so với không điều trị. Nghiện rượu, thuốc lá có nguy cơ cao hơn 3,354 và 3,462 lần so với những người không sử dụng. Béo phì (dựa trên chỉ số BMI) ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng  $p < 0,05$ . **Kết luận:** Các yếu tố nguy cơ thay đổi được chiếm tỉ lệ cao trong đột quy não dưới 45 tuổi, không tuân thủ điều trị và lối sống không lành mạnh làm tăng nguy cơ đột quy não. **Từ khóa:** đột quy não, dưới 45 tuổi, yếu tố nguy cơ

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hải Linh

Email: drlinhnguyen108@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 23.8.2023

**SUMMARY****ANALYSIS OF SOME RISK FACTORS IN STROKE PATIENTS AGED UNDER 45**

**Purpose:** To investigate some risk factors and analyze the correlation in stroke patients under 45 years of age. **Methods:** A "case-control" study, a cross-sectional description of 130 subjects. Patients were divided into two groups from under 45 years old (research group) and over 45 years old (control group) at Stroke Department- 108 Central Military Hospital and 103 Military Hospital. **Results:** The most common history is hypertension (42.4%); alcoholism and smoking (18.2% and 25.8%); heart failure, cardiomyopathy, mitral valve stenosis, atrial fibrillation accounted for 12.1%; other diseases (Coagulopathy/Moyamoya) is 7.5%; Normal medical history is 36.4% - statistically significant difference compared to controls. Adherence to pre-hospital hypertension treatment was associated with a 0.177 times lower risk of stroke [OR=0.177; (0.047-0.663), 0.006] compared with no treatment. Alcoholism and tobacco use were 3,354 and 3,462 times higher, respectively, compared with non-users. Obesity (based on BMI) was higher in the study group than in the control group,  $p < 0.05$ . **Conclusion:** The modifiable risk factors account for a high proportion of stroke under 45 years of age, non-compliance with treatment regimen and lifestyle increase the risk of stroke. **Keywords:** Stroke, under 45 years old, risk factors.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đột quỵ ảnh hưởng đến khoảng 15 triệu người trên toàn thế giới mỗi năm, và có liên quan đến tỷ lệ tử vong khoảng 30% trong năm đầu tiên và tàn tật nặng ở 2/3 số người sống sót [1], [2]. Mặc dù theo truyền thống đột quỵ được coi là bệnh của tuổi già, tuy nhiên ở những người trẻ tuổi, đột quỵ đang ngày càng nổi lên như một vấn đề sức khỏe cộng đồng, độ tuổi trung bình khởi phát đột quỵ đang giảm. Sự đóng góp của các yếu tố nguy cơ tim mạch vào nguy cơ đột quỵ đã được đánh giá trước đây [3]–[6]. Tùy thuộc vào số lượng các yếu tố nguy cơ đi kèm, khoảng 90% các ca đột quỵ có thể được giải thích là do huyết áp cao, hút thuốc, béo phì, chế độ ăn uống, lười vận động, bệnh đái tháo đường, uống rượu, suy nhược thần kinh, bệnh tim và rối loạn lipid. Tuy nhiên, những nghiên cứu này chủ yếu được thực hiện ở những người lớn tuổi, trong khi đột quỵ ở người trẻ thường được cho là khác nhau về các yếu tố nguy cơ và cơ chế bệnh sinh. Nghiên cứu INTERSTROKE đã chỉ ra bằng chứng về tầm quan trọng của các yếu tố nguy cơ đột quỵ đối với người trẻ tuổi trong một phân tích dưới nhóm [3]–[6]. Đột quỵ không rõ nguyên nhân ở người trẻ chiếm tỉ lệ tương đối cao trong các nghiên cứu dù cho đã khảo sát tương đối đầy đủ các yếu tố nguy cơ.

*Trong nghiên cứu này, chúng tôi khảo sát một số yếu tố nguy cơ ở người trẻ dưới 45 tuổi, so sánh với nhóm bệnh tương đồng trên 45 tuổi và tìm mối liên quan tới nguy cơ đột quỵ não.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Đột quỵ - Viện thần kinh - Bệnh viện TWQĐ 108 và khoa Đột quỵ não - Bệnh viện Quân y 103, thời gian: từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 4 năm 2023 gồm 130 bệnh nhân chia thành hai nhóm:

+ Nhóm nghiên cứu gồm 66 bệnh nhân từ dưới 45 tuổi được chẩn đoán đột quỵ não theo tiêu chuẩn nghiên cứu.

+ Nhóm chứng gồm 64 bệnh nhân trên 45 tuổi liền trước hoặc liền sau bệnh nhân nhóm nghiên cứu trong danh sách bệnh nhân vào viện.

**Tiêu chuẩn lựa chọn**

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định đột quỵ dựa vào định nghĩa Đột quỵ não của Tổ chức y tế thế giới (bao gồm nhồi máu não, chảy máu não, chảy máu dưới nhện)

+ Chụp cắt lớp vi tính và/hoặc cộng hưởng từ sọ não: Các bệnh nhân đều có bằng chứng nhồi máu não hoặc xuất huyết não trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não và/hoặc trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não.

+ Tuổi từ dưới 45 với nhóm nghiên cứu và trên 45 với nhóm chứng

**Tiêu chuẩn loại trừ**

+ Bệnh nhân có tiền sử chấn thương sọ não hoặc thiếu máu não cục bộ sau chấn thương sọ não

+ Cơ thiếu máu não thoáng qua

+ Xuất huyết dưới nhện do nguyên nhân chấn thương

+ U não hoặc bệnh lý ác tính có di căn não

+ Huyết khối xoang tĩnh mạch não

+ Các bệnh nhân vào viện giai đoạn mạn tính, di chứng

+ Bệnh án nghiên cứu không đủ thông tin

**Thiết kế nghiên cứu, phân tích số liệu**

+ Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang có so sánh 2 nhóm

+ Phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0

**Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu**

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán đột quỵ não theo WHO

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh lý kèm theo: Tăng huyết áp, Đái tháo đường, Bệnh mạch máu, rung nhĩ, bệnh tim mạch.

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán các yếu tố nguy cơ: Hút thuốc lá, Uống rượu, Béo phì.

**III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**

Nghiên cứu trên 130 bệnh nhân đột quỵ não, nhóm nghiên cứu có tỉ lệ chảy máu não lớn nhất

47%, nhồi máu não 34,8%, chảy máu dưới nhện 18,2%. Trong khi ở nhóm chứng tỉ lệ nhồi máu não 53,1%, chảy máu não 29,8%, chảy máu dưới nhện 17,2%. Tuổi trung bình nhóm dưới 45 tuổi là  $37,39 \pm 7,5$ , nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn ở cả 2 nhóm nghiên cứu. Chúng tôi rút ra một số kết quả và bàn luận sau:

**Bảng 3.1. Đặc điểm tiền sử bệnh, yếu tố nguy cơ**

Tiền sử bệnh	Số bệnh nhân		P
	Nhóm nghiên cứu (n=66)	Nhóm chứng (n =64)	
Gia đình	18 (27,3)	11 (17,2)	0,208
Tăng huyết áp	28 (42,4)	52 (81,3)	<b>&lt;0,01</b>
Đái tháo đường	4 (6,1)	13 (20,3)	<b>0,019</b>
Uống rượu	12 (18,2)	4 (6,3)	<b>0,038</b>
Hút thuốc lá	17 (25,8)	6 (9,4)	<b>0,021</b>
Suy tim	4 (6,1)	0 (0,0)	0,119
Bệnh cơ tim	2 (3,0)	0 (0,0)	0,496
Hẹp van 2 lá	2 (3,0)	1 (1,6)	1,000
Rung nhĩ	3 (4,5)	1 (1,6)	0,619
Rối loạn đông máu	3 (4,5%)	0 (0,0)	<b>0,08</b>
Moyamoya	2 (3)	0 (0)	<b>0,08</b>
Tiền sử khỏe mạnh	24 (36,4)	9 (14,1)	<b>0,003</b>

Tỉ lệ một số yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, đái tháo đường ở nhóm chứng cao hơn nhóm nghiên cứu; trong khi đó, uống rượu, hút thuốc lá, rối loạn đông máu và Moyamoya ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng (rối loạn đông máu gặp ở 2 trường hợp xuất huyết não do xơ gan rượu, 1 trường hợp nhồi máu não do bệnh lý tăng sinh tủy). Mặt khác, nhóm nghiên cứu có tỉ lệ đối tượng có tiền sử khỏe mạnh cao hơn nhóm chứng; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Các yếu tố khác như tiền sử gia đình, suy tim, bệnh cơ tim, hẹp van 2 lá và rung nhĩ khác biệt không đáng kể giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng ( $p > 0,05$ ).

Tăng huyết áp là bệnh lý chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả hai nhóm, đây là bệnh lý gây nên các biến chứng ở não, tim, thận thông qua hai cơ chế và cả hai đều liên quan tới ảnh hưởng của huyết áp lên các động mạch. Trước tiên là tác dụng lên cấu trúc chức năng của tim và cấu trúc động mạch. Thứ hai là làm tiến triển xơ vữa động mạch. Ảnh hưởng đầu tiên là hậu quả trực tiếp của huyết áp có thể dẫn tới chảy máu não, hoặc tác động lên thành mạch, dị dạng động tĩnh mạch có sẵn trong não, trong khi đó ảnh hưởng thứ hai cần sự tương tác với các yếu tố nguy cơ tim mạch khác, mà quan trọng nhất là rối loạn Lipid máu kết hợp. Vì thế đột quỵ liên quan chặt

chẽ với ảnh hưởng trực tiếp của huyết áp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mối liên quan này được minh chứng khá rõ ràng và cụ thể với tỷ lệ 42,4% ở nhóm nghiên cứu và 81,3% bệnh nhân ở nhóm chứng có tăng huyết áp, tuy nhiên tiền sử tăng huyết áp gặp ở nhóm cao tuổi là chiếm ưu thế, do đó đối tượng trẻ tuổi còn cần khảo sát thêm các yếu tố khác. Ngược lại, tỉ lệ đái tháo đường gặp nhiều hơn trong nhóm bệnh cao tuổi, chiếm 20,3%, trong khi nhóm nghiên cứu chỉ có 6,1% số trường hợp. Bệnh lý tim mạch khảo sát trên nhóm nghiên cứu chiếm 12,1%, trong đó nhóm chứng chỉ có 1,6%, điều này dẫn tới nguồn gốc huyết khối ở những bệnh nhân nhồi máu não trẻ tuổi có thể là nguyên nhân thuyên tắc từ tim. Về ảnh hưởng của lối sống tới đột quỵ não, nghiện rượu và thuốc lá, lười tập thể lực liên quan đến chỉ số BMI cao, thống kê của chúng tôi cho thấy tỉ lệ này ở nhóm nghiên cứu cao hơn rõ rệt so với nhóm tuổi cao, 18,2 % nghiện rượu và 25,8% hút thuốc lá ở nhóm dưới 45 tuổi, so với nhóm chứng lần lượt là 6,3% và 9,4%. Đối với chỉ số BMI, so sánh giữa hai nhóm, tỉ lệ thừa cân là 50% ở cả 2 nhóm, tuy nhiên mức độ béo phì ở nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm chứng với tỉ lệ 3,25 lần. Các yếu tố nguy cơ này cũng được các nghiên cứu ghi nhận khá rõ nét, chủ yếu nhóm cao tuổi: Phần Lan (rối loạn lipid máu 60%; tăng huyết áp 39%, hút thuốc lá 44% dẫn đến đột quỵ) [7], Mỹ (đái tháo đường, tăng huyết áp) [8], Mostafa tăng huyết áp 70% [9]. Đối với nhóm trẻ tuổi, kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với một nghiên cứu lớn trên 2125 bệnh nhân tuổi 18-55 phân tích trên 8 nhóm yếu tố nguy cơ, tỉ lệ béo phì/lười tập thể lực và tăng huyết áp lần lượt là 59,7% và 27,1% [10].

Tiếp theo chúng tôi phân tích đến các nguyên nhân có thể dẫn tới đột quỵ não có thể xảy ra ở nhóm bệnh trẻ tuổi, sau khi đã khảo sát một số yếu tố nguy cơ.

**Bảng 3.2. Phân chia nhồi máu não theo TOAST**

TOAST	Số lượng	Tỷ lệ
Bệnh lý mạch máu lớn	6	26,1
Bệnh lý tắc mạch từ tim	5	21,7
Bệnh lý mạch máu nhỏ	4	17,4
Nguyên nhân xác định khác	2	8,7
Nguyên nhân chưa xác định	6	26,1
Tổng	23	100

65,5% bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não dưới 45 tuổi do nguyên nhân từ tim và mạch máu (6 trường hợp xác định tắc mạch lớn qua

CTA/DSA, 5 trường hợp có phát hiện rung nhĩ trên ECG hoặc/và huyết khối buồng tim trên siêu âm tim có hoặc không qua thực quản), 8,7% bệnh nhân do các nguyên nhân khác (Moyamoya và bệnh lý tăng sinh tủy). 26,1% bệnh nhân chưa xác định nguyên nhân.

**Bảng 3.3. Nguyên nhân chảy máu não, chảy máu dưới nhện**

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	17	39,5
Vỡ phình mạch	11	25,6
AVM	8	18,6
Nguyên nhân chưa xác định	7	16,4
<b>Tổng</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Trong số các bệnh nhân đột quy chảy máu não, chảy máu dưới nhện, nguyên nhân thường gặp là tăng huyết áp, chiếm 39,5%, sau đó là vỡ phình mạch và AVM, với tỉ lệ lần lượt là 25,6% và 18,6%.

Ở cả ba thể đột quy não, nhóm nguyên nhân chưa xác định còn khá cao, 26,1% đối với nhồi máu não, 16,4% đối với chảy máu não, chảy máu dưới nhện, dù đã khảo sát các xét nghiệm từ cơ bản đến chuyên sâu: sinh hóa cơ bản, xét nghiệm mỡ máu, đông máu, yếu tố tăng đông, chụp CT/MRI sọ não, DSA khảo sát mạch não, Holter điện tim, siêu âm tim qua thực quản... Các xét nghiệm về gene, marker và các xét nghiệm về các yếu tố tăng đông khác chưa có điều kiện để triển khai trong nghiên cứu.

Mỗi liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và đột quy chúng tôi tổng hợp qua các kết quả sau:

**Bảng 3.4. Liên quan giữa kiểm soát huyết áp trước nhập viện ở bệnh nhân tiền sử tăng huyết áp**

Kiểm soát huyết áp	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	OR (95%CI)	P
Có kiểm soát	3 12,5%	21 87,5%	0,177 (0,047-0,663)	0,006
Không kiểm soát	25 44,6%	31 55,4%		

**Bảng 3.5. Liên quan béo phì với đột quy não**

BMI	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	OR (95%CI)	P
Bình thường*	38 45,8%	45 54,2%		
Thừa cân	15 50%	15 50%	0,844 (0,366 - 1,948)	0,692
Béo phì độ I	10 71,4%	4 28,6%	0,338 (0,098 - 1,164)	0,086
Béo phì độ II	3 100%	0 0%	0,00 (0,00)	<0,01

\*Nhóm so sánh

**Bảng 3.6. Liên quan giữa đái tháo đường và đột quy não**

Đái tháo đường	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	OR (95%CI)	P
Có	4 23,5%	13 76,5%	0,253 (0,078-0,824)	0,016
Không	62 54,9%	51 45,1%		

**Bảng 3.7. Liên quan giữa hút thuốc lá và đột quy não**

Hút thuốc lá	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	OR (95%CI)	P
Có	17 79,3%	6 26,1	3,354 (1,227-9,166)	0,014
Không	49 45,8%	58 54,2%		

**Bảng 3.8. Liên quan giữa nghiện rượu và đột quy não**

Nghiện rượu	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	OR (95%CI)	P
Có	12 75%	4 25%	3,462 (1,052-11,389)	0,033
Không	52 46,4%	60 53,6%		

**Bảng 3.9. Liên quan giữa bệnh tim mạch và đột quy não**

Bệnh tim mạch	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	OR (95%CI)	P
Có	38 57,6%	54 84,4%	0,251 (0,109-0,578)	<0,01
Không	28 42,4%	10 15,6%		

**Bảng 3.10. Liên quan giữa số lượng các yếu tố nguy cơ và đột quy não**

Các YTNC	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	OR (95%CI)	P
Không*	22 75,9%	7 24,1%		
1 YTNC	15 65,2%	8 34,8%	1,676 (0,501-5,611)	0,402
Từ 2 YTNC trở lên	29 37,2%	49 62,8%	5,31 (2,02-13,96)	<0,01

Tuân thủ điều trị tăng huyết áp trước nhập viện có nguy cơ đột quy thấp hơn 0,177 lần [OR=0,177; (0,047-0,663), 0,006] so với không điều trị. Tỷ lệ đái tháo đường thấp trong nghiên cứu, do đó chưa thấy mối liên quan nguy cơ đột quy não. Nghiện rượu, thuốc lá có nguy cơ cao hơn 3,354 lần [OR=3,354; (1,227-9,166), 0,014] và 3,462 lần (OR=3,462; (1,052-11,389), 0,033] so với những người không sử dụng. Béo phì (dựa trên chỉ số BMI) ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê,

tuy nhiên chưa thấy mối liên quan tới nguy cơ đột quỵ não. Nhóm bệnh nhân có từ 2 yếu tố nguy cơ trở lên có nguy cơ đột quỵ cao gấp 5,31 lần với  $p < 0,05$ .

#### IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 130 bệnh nhân đột quỵ não chia hai nhóm bệnh dưới 45 và trên 45 tuổi, chúng tôi thấy tăng huyết áp chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả hai nhóm, đột quỵ không rõ nguyên nhân chiếm tỉ lệ tương đối cao ở nhóm nghiên cứu, yếu tố nguy cơ thay đổi được như hút thuốc lá, uống rượu, béo phì chiếm tỉ lệ cao trong nhóm bệnh dưới 45 tuổi, không tuân thủ điều trị tăng huyết áp, nhiều yếu tố nguy cơ và lối sống không lành mạnh làm tăng nguy cơ đột quỵ não.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **H. P. Adams et al.**, "Baseline NIH Stroke Scale score strongly predicts outcome after stroke: A report of the Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST)," *Neurology*, vol. 53, no. 1, pp. 126–131, Jul. 1999, doi: 10.1212/WNL.53.1.126.
2. **D. Mozaffarian et al.**, "Heart Disease and Stroke Statistics—2015 Update," *Circulation*, vol. 131, no. 4, Jan. 2015, doi: 10.1161/CIR.000000000000152.
3. **M. J. O'Donnell et al.**, "Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study," *The Lancet*, vol. 376, no. 9735, pp. 112–123, Jul. 2010, doi: 10.1016/S0140-6736(10)60834-3.
4. **M. J. O'Donnell et al.**, "Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study," *Lancet*, vol. 388, no. 10046, pp. 761–775, Aug. 2016, doi: 10.1016/S0140-6736(16)30506-2.
5. **M. J. Bos, P. J. Koudstaal, A. Hofman, and M. A. Ikram**, "Modifiable Etiological Factors and the Burden of Stroke from the Rotterdam Study: A Population-Based Cohort Study," *PLoS Med*, vol. 11, no. 4, p. e1001634, 2014, doi: 10.1371/JOURNAL.PMED.1001634.
6. **B. Mallmann, S. C. Fuchs, M. Gus, F. D. Fuchs, and L. B. Moreira**, "Population-Attributable Risks for Ischemic Stroke in a Community in South Brazil: A Case-Control Study," *PLoS One*, vol. 7, no. 4, p. e35680, Apr. 2012, doi: 10.1371/JOURNAL.PONE.0035680.
7. **J. Putaala et al.**, "Analysis of 1008 Consecutive Patients Aged 15 to 49 With First-Ever Ischemic Stroke," *Stroke*, vol. 40, no. 4, pp. 1195–1203, Apr. 2009, doi: 10.1161/STROKEAHA.108.529883.
8. **K. Boehme, C. Esenwa, and M. S. V. Elkind**, "Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention," *Circ Res*, vol. 120, no. 3, p. 472, Feb. 2017, doi: 10.1161/CIRCRESAHA.116.308398.
9. **M. Awadh, N. MacDougall, C. Santosh, E. Teasdale, T. Baird, and K. W. Muir**, "Early recurrent ischemic stroke complicating intravenous thrombolysis for stroke: incidence and association with atrial fibrillation," *Stroke*, vol. 41, no. 9, pp. 1990–1995, Sep. 2010, doi: 10.1161/STROKEAHA.109.569459.
10. **Aigner, U. Grittner, A. Rolfs, B. Norrving, B. Siegerink, and M. A. Busch**, "Contribution of Established Stroke Risk Factors to the Burden of Stroke in Young Adults," *Stroke*, vol. 48, no. 7, pp. 1744–1751, Jul. 2017, doi: 10.1161/STROKEAHA.117.016599.

## ĐẶC ĐIỂM BIỂU LỘ THỤ THỂ CHỨC NĂNG CỦA TẾ BÀO NK TRƯỚC VÀ SAU NUÔI TĂNG SINH Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT VÀ PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

Nguyễn Trọng Phúc<sup>1</sup>, Phùng Thế Hải<sup>1</sup>, Nguyễn Hoàng Phương<sup>1</sup>,  
Nguyễn Ngọc Tuấn<sup>1</sup>, Hoàng Trung Kiên<sup>1</sup>, Lê Việt<sup>2</sup>,  
Đỗ Anh Tuấn<sup>2</sup>, Lê Văn Đông<sup>1</sup>, Đỗ Khắc Đại<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá sự thay đổi biểu lộ các thụ thể hoạt hóa (NKG2D) và thụ thể ức chế (NKG2A) của tế bào NK ở bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt và phì

đại lành tính trước và sau nuôi cấy tăng sinh. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện trên tổng số 20 bệnh nhân có độ tuổi từ 60 đến 70 tuổi, trong đó 14 bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL), 6 bệnh nhân mắc phì đại lành tính tuyến tiền liệt (PĐTTL). Khối tế bào NK từ hai nhóm bệnh nhân được thu thập thông qua việc tách khối bạch cầu đơn nhân từ 12mL máu ngoại vi và trải qua bước tinh sạch bằng cột từ tính. Mức độ biểu lộ thụ thể NKG2A và NKG2D trên tế bào NK được đánh giá thông qua công cụ hệ thống đếm tế bào dòng chảy (flow cytometry) tại hai thời điểm: ngày bắt đầu nuôi cấy (D0) và ngày thứ 14 sau

<sup>1</sup>Học viện Quân Y

<sup>2</sup>Bệnh viện K Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Phúc

Email: nguyentrongphuc82@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 23.8.2023