

của chúng tôi đã khắc phục được những khó khăn này. Tại thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật chiều cao tiểu trụ tăng rõ rệt và tiếp tục được duy trì sau 6 tháng. Tỷ lệ chiều cao tiểu trụ bên khe hở/ chiều cao tiểu trụ bên lành tăng rõ sau phẫu thuật 1 tháng và 6 tháng. Điều này cho thấy hiệu quả của các mảnh ghép, đặc biệt là mảnh ghép kéo dài vách ngăn, đóng vai trò chính trong việc kéo dài tiểu trụ. Góc tiểu trụ tăng rõ sau phẫu thuật 1 tháng và duy trì kết quả sau phẫu thuật 6 tháng, cho thấy phẫu thuật có hiệu quả trong việc điều trị cải thiện độ nghiêng của tiểu trụ.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị tiểu trụ ngắn, lệch và đỉnh mũi lệch bằng sụn tự thân trên bệnh nhân đã phẫu thuật khe hở môi một bên có kết quả tốt. Sụn sụn tự thân là chất liệu dồi dào, an toàn và hiệu quả trong tạo hình các biến dạng trụ mũi và đỉnh mũi ở bệnh nhân khe hở môi một bên.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đình Chương.** Nghiên cứu tạo hình mũi ở bệnh nhân đã mổ khe hở môi một bên bằng vật sụn da và mảnh ghép sụn vách ngăn. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2022.

2. **Đỗ Quang Hùng, Lê Hoàng Vĩnh, Trần Thị Bích Liên.** Đánh giá kết quả tạo hình mũi bằng sụn tự thân trên bệnh nhân đã phẫu thuật khe hở môi một bên tại khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y học Thẩm mỹ & Bông. 2015; 2:281 – 286.
3. **Lê Đức Tuấn.** Nghiên cứu sửa chữa những biến dạng môi - mũi sau phẫu thuật khe hở môi trên một bên bẩm sinh. Luận án Tiến sĩ Y học. Viện nghiên cứu Khoa học Y - Dược lâm sàng 108; 2004.
4. **Bonathaya K, Jalil J.** Management of the Nasal Deformity in the Unilateral Cleft of the Lip and Nose. J Maxillofac Oral Surg. Sep 2020; 19(3):332-341. doi:10.1007/s12663-020-01412-0
5. **Fu X, Yin C, Liang Y, Zhou R, Wang D, Wang C.** Hybrid Autologous Costal Cartilage Grafting for Augmentation Rhinoplasty in Asian Patients. J Craniofac Surg. Jun 1 2023; 34(4):1320-1324. doi:10.1097/scs.0000000000009281
6. **Rajbhandari S, Kao C-H.** Costal cartilage graft in Asian rhinoplasty: surgical techniques. Plastic and Aesthetic Research. 04/18 2019; 2019doi:10.20517/2347-9264.2018.86
7. **Röjdmarm J, Cheema M.** Design of a combined cartilage graft crusher, morselizer and holder for use in rhinoplasty. Arch Plast Surg. May 2019; 46(3):282-284. doi:10.5999/aps.2018.01263
8. **Wong KWF, Keeling A, Achal K, Khambay B.** Using three-dimensional average facial meshes to determine nasolabial soft tissue deformity in adult UCLP patients. Surgeon. Feb 2019; 17(1):19-27. doi:10.1016/j.surge.2018.04.006.

## KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA ĐỘT QUY NHỒI MÁU NÃO CẤP Ở BỆNH NHÂN RUNG NHỈ KHÔNG DO BỆNH VAN TIM

Nguyễn Ngọc Phương Thu<sup>1</sup>, Dương Thị Trang<sup>2</sup>, Trương Đình Cẩm<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Rung nhĩ (RN) là rối loạn nhịp tim thường gặp nhất ở người lớn, chiếm khoảng 2 đến 4% dân số [1]. Đây cũng là yếu tố nguy cơ chính của đột quỵ nhồi máu não cấp. Ở bệnh nhân RN, nguy cơ đột quỵ nhồi máu não cấp cao hơn 5 lần [2] và nguy cơ tử vong tăng hơn 2 lần so với dân số chung [3]. Đột quỵ do RN gây tàn phế nặng hơn, tiêu hao chi phí y tế nhiều hơn, tỷ lệ tái phát và tử vong cao hơn ở bệnh nhân nhồi máu não cấp không kèm RN. Vì vậy, đánh giá nguy cơ của đột quỵ nhồi máu não cấp để có

chiến lược phòng ngừa thích hợp là nền tảng trong điều trị RN. Trên lâm sàng, rung nhĩ không do bệnh van tim (RNKBVT) chiếm hơn 95% các trường hợp RN được chẩn đoán [4] và có liên quan khoảng 15% [5] tổng số đột quỵ nhồi máu não nên ngày càng được quan tâm. **Mục Tiêu Nghiên Cứu:** 1. *Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân RNKBVT tại Bệnh viện Quân Y 175;* 2. *Khảo sát các yếu tố nguy cơ của đột quỵ nhồi máu não cấp ở bệnh nhân RNKBVT tại Bệnh viện Quân Y 175.* **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên bệnh nhân RNKBVT tại Bệnh viện Quân Y 175, từ tháng 2/2020 đến tháng 04/2021. RN được chẩn đoán dựa trên ECG 12 chuyển đạo. Nhồi máu não cấp được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Tổ chức y tế thế giới. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng được thu thập theo bảng câu hỏi soạn sẵn. **Kết quả:** Tổng cộng có 103 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, với 25 bệnh nhân bị nhồi máu não (24,3%). Tuổi trung bình là 72,02. Nam giới chiếm 46,6%. Gần 95% bệnh nhân có ít nhất một bệnh đồng mắc và gần 50% có từ ba bệnh đồng mắc

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Bệnh viện Quận Tân Phú

<sup>3</sup>Bệnh viện Quân Y 175

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Phương Thu

Email: nguyenngocphuongthu@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 27.11.2023

Ngày duyệt bài: 26.12.2023

trở lên. Các yếu tố tiên đoán nguy cơ cao bị nhồi máu não ở bệnh nhân RNKBVT là không tuân thủ điều trị với thuốc đã được kê toa và tiền căn đột quỵ trước đó.

**Kết luận:** Cần chú trọng công tác giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân về hậu quả của đột quỵ và lợi ích của việc tuân thủ điều trị. Không tuân thủ điều trị làm tăng nguy cơ nhồi máu não cấp lên 14,9 lần. Tiền căn đột quỵ làm tăng nguy cơ nhồi máu não cấp lên 11,2 lần. **Từ khóa:** Rung nhĩ (RN), Rung nhĩ không do bệnh van tim (RNKBVT), Nhồi máu não (NMN), Yếu tố nguy cơ

## SUMMARY

### CLINICAL, PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF ACUTE ISCHEMIC STROKE IN NON-VALVULAR ATRIAL FIBRILLATION PATIENTS

**Introduction:** Atrial fibrillation (AF) is the most common cardiac arrhythmia in adults, accounting for 2 to 4% of the population [1]. It is also a major risk factor for acute ischemic stroke. In patients with AF, the risk of acute ischemic stroke is 5 times higher [2] and the risk of death more than 2 times higher [3] than in the general population. Ischemic stroke in AF patients causes more disability, higher medical costs, and higher rates of recurrence and mortality than in patients without AF. Therefore, risk stratification of acute ischemic stroke is fundamental in the treatment of AF. Clinically, nonvalvular AF accounts for more than 95% of diagnosed AF cases [4] and is involved in approximately 15% [5] of all ischemic strokes, thus increasing interest. **Objective:** To investigate the clinical and laboratory characteristics in patients with non-valvular AF at Military Hospital 175; To investigate the risk factors for acute ischemic stroke in patients with non-valvular AF at Military Hospital 175.

**Methods:** We conducted a cross-sectional study of 103 patients visited the Cardiac Department, Military Hospital 175, February 2020 to April 2021. AF was diagnosed based on a 12-lead ECG. Acute ischemic stroke was diagnosed according to the World Health Organization criteria. Clinical and laboratory characteristics were collected according to a questionnaire. **Results:** A total of 103 nonvalvular AF patients participated in the study, 25 of them have acute ischemic stroke (24.3%). The average age is 72.02. Male is 46.6%. Nearly 95% of patients have at least one comorbidity and nearly 50% have  $\geq 3$  comorbidities. Predictive factors for high risk of ischemic stroke in patients with nonvalvular AF are non-adherence to prescribed medication and prior stroke history. **Conclusion:** Physician should focus on educating AF patients about the consequences of ischemic stroke and the benefits of adherence to prescribed medication. Non-adherence to prescribed medication increases the risk of acute ischemic stroke by 14.9 times. A history of stroke increases the risk of acute ischemic stroke by 11.2 times. **Keywords:** Atrial Fibrillation, Nonvalvular Atrial Fibrillation, Ischemic Stroke, Risk factors

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ (RN) là rối loạn nhịp tim thường gặp

nhất ở người lớn, chiếm khoảng 2 đến 4% dân số [1]. Ước tính đến năm 2050, khi tuổi thọ tăng thêm, RN ảnh hưởng khoảng 25 đến 30 triệu dân châu Âu, 12 đến 16 triệu dân Hoa Kỳ và 72 triệu dân châu Á. Tại Việt Nam, một nghiên cứu tiến hành trên 1.220 bệnh nhân tại bệnh viện Xanh Pôn [6] ghi nhận tỷ lệ RN là 1%, nhưng ước tính tần suất ngày càng cao do tăng các yếu tố nguy cơ của RN. RN cũng là yếu tố nguy cơ chính của đột quỵ nhồi máu não cấp. Nguy cơ đột quỵ nhồi máu não cấp ở bệnh nhân RN cao hơn 5 lần [2] so với dân số chung và tử vong do đột quỵ nhồi máu não cấp cao gấp 2 lần [3]. RNKBVT chiếm hơn 95% các trường hợp RN được chẩn đoán và có liên quan khoảng 15% tổng số đột quỵ nhồi máu não nên ngày càng được quan tâm.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang

**Dân số chọn mẫu và mẫu nghiên cứu:**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên bệnh nhân RNKBVT tại Bệnh viện Quân Y 175, từ tháng 2/2020 đến tháng 04/2021. RN được chẩn đoán dựa trên ECG 12 chuyển đạo. Nhồi máu não cấp được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Tổ chức y tế thế giới. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng được thu thập theo bảng câu hỏi soạn sẵn.

Nghiên cứu này đã được chấp thuận (cho phép) của Học viện Quân Y, quyết định số 584/QĐ-HVQY ngày 07 tháng 02 năm 2020.

**Tiêu chuẩn thu dung và loại trừ:**

**Tiêu chuẩn thu dung:** Từ 18 tuổi trở lên; Bảng chứng có ít nhất một cơn rung nhĩ trên; ECG 12 chuyển đạo trong thời gian nghiên cứu; Đồng ý tham gia nghiên cứu

**Tiêu chuẩn loại trừ:** RN kèm bệnh lý van tim; hẹp van 2 lá do thấp, van tim cơ học hoặc sửa hẹp van 2 lá; Tiền căn có u não hoặc xuất huyết não.

**Phương pháp xử lý và phân tích số liệu.**

Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0, và được trình bày trong các bảng dưới dạng tỉ lệ (đối với các biến số rời rạc/định tính) hoặc số trung bình toán học và độ lệch chuẩn (đối với các biến số định lượng có phân phối bình thường) hoặc số trung vị (đối với các biến số định lượng không có phân phối chuẩn). Phân tích hồi quy Logistic đa biến được thực hiện với phần mềm SPSS 22.0 để kiểm soát các yếu tố có khả năng gây nhiễu trong mối liên quan giữa nhồi máu não với các yếu tố nguy cơ lâm sàng và cận lâm sàng. Phân tích được tiến hành với các biến số thuộc các đặc điểm lâm sàng và

lâm sàng mà trong phân tích đơn biến về mối liên quan với tình trạng nhồi máu não có  $p < 0,2$ .

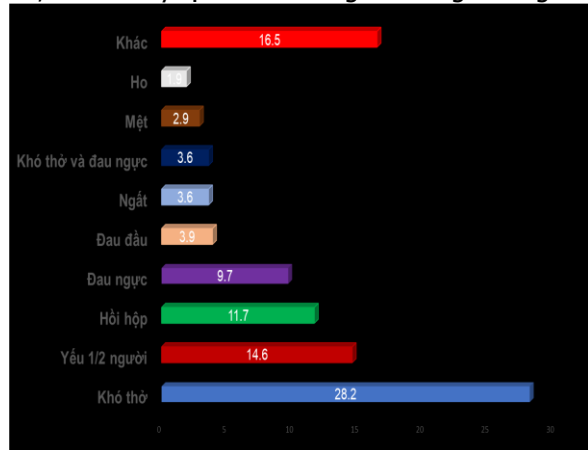
### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân RNKBVT tại Bệnh viện Quân Y 175

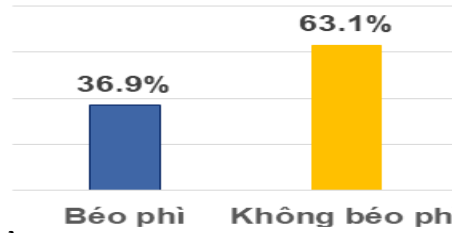
**Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 103)**

	Chung (n = 103)	Tình trạng Nhồi máu não	
		Có (n <sub>1</sub> = 25)	Không (n <sub>2</sub> = 78)
<b>Đặc điểm chung</b>			
Tuổi trung bình ± độ lệch chuẩn (năm)	72,01 ± 13,1	66,8 ± 14,5	76,6 ± 9,8
Giới nam (n, %)	48(46,6%)	10(40%)	38(48,7%)

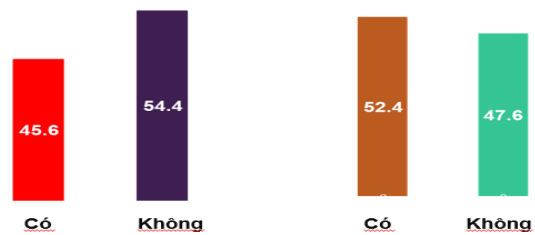
- Tổng cộng có 103 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, với 25 bệnh nhân bị nhồi máu não (24,3%).
- Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 72,01 tuổi. Tỷ lệ nam và nữ gần tương đương.



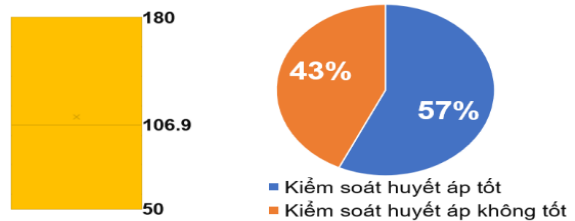
**Biểu đồ 1: Các than phiền chính (n = 103)**



**Biểu đồ 2: Tình trạng dinh dưỡng (n = 103)**  
 - Ba than phiền chính là khó thở (28,2%), yếu nửa người (14,6%) và hồi hộp (11,7%).  
 - Gần 37% có béo phì (chỉ số khối cơ thể  $\geq 25$ ).

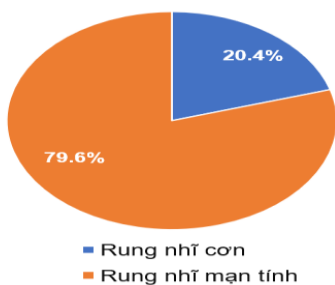


**Biểu đồ 3: Tình trạng thuốc lá**  
**Biểu đồ 4: Tình trạng rượu, bia**

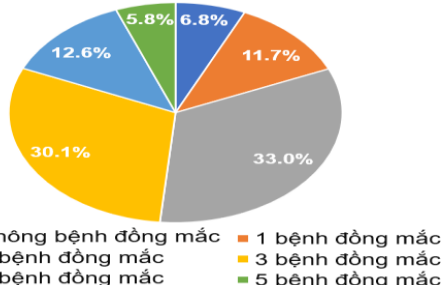


**Biểu đồ 5: Tần số thất trung bình**

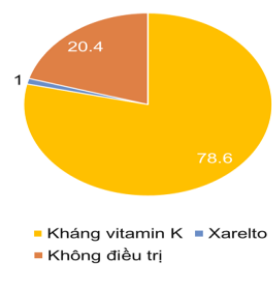
- Biểu đồ 6: Tình trạng kiểm soát huyết áp**
- Có 45,6% đang hút hoặc đã ngưng hút thuốc, và 52,4% đang uống hoặc đã ngưng rượu bia.
  - Tần số thất trung bình là 106,09 nhịp/phút, dao động từ 50 đến 180 nhịp/phút.
  - Trong nhóm tăng huyết áp, 43% có huyết áp chưa kiểm soát tốt



**Biểu đồ 7: Loại rung nhĩ**

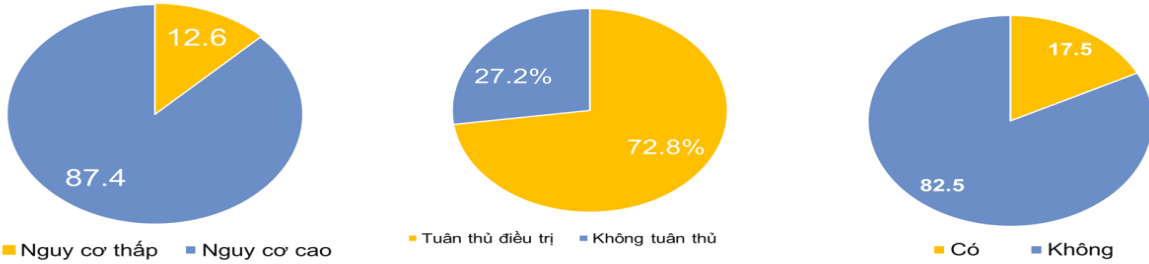


**Biểu đồ 8: Bệnh đồng mắc**



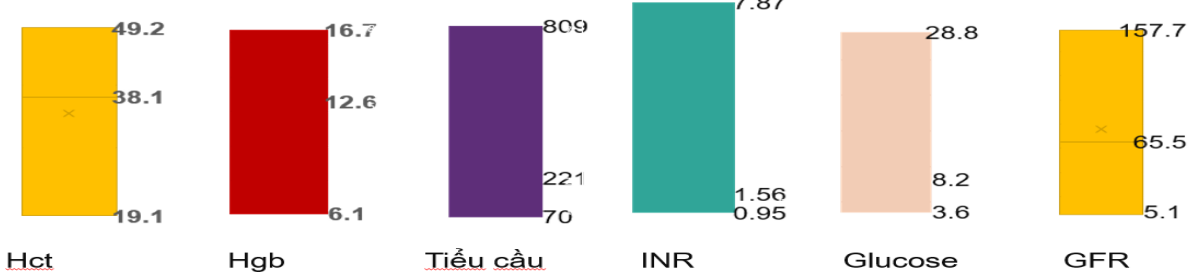
**Biểu đồ 9: Kháng đông trước**

- Tỷ lệ RN cơn và mạn tính là 20,4% và 79,6%
- Gần 95% có ít nhất 1 bệnh đồng mắc và gần 50% có  $\geq 3$  bệnh đồng mắc.
- 78,6% sử dụng kháng vitamin K, 1% dùng Xarelto và 20,4% không dùng kháng đông



**Biểu đồ 10: Phân loại nguy cơ theo CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc**

**Biểu đồ 11: Mức độ tuân thủ điều trị; Biểu đồ 12: Tiền sử đột quỵ**



**Biểu đồ 13: Kết quả huyết học và sinh hóa máu**

- Giá trị trung bình của các đặc điểm về huyết học và sinh hóa máu trong giới hạn bình thường hoặc tăng/giảm nhẹ. Tuy nhiên, có dao động khá rộng của Hgb, INR và GFR.

**Bảng 2: Giá trị trung bình của các chỉ số siêu âm tim**

Đặc điểm	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình ± ĐLC
Đường kính nhĩ trái trung bình	25	64	39,7 ± 10,2
Phân suất tổng máu thất trái trung bình	16	82,1	61,3 ± 13
Đường kính thất trái tâm trương trung bình	33	63	46,1 ± 6,6

- Giá trị trung bình của các đặc điểm về siêu âm tim trong giới hạn bình thường.

**Bảng 3: Cận âm tự phát/huyết khối trong nhĩ trái**

Cận âm tự phát/huyết khối trong nhĩ trái:	Tần số	Tỷ lệ (%)
- Có	1	1
- Không	102	99
<b>Tổng</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

- 1% có cận âm tự phát hoặc huyết khối trong nhĩ trái.

**Bảng 4: Kết quả CT và MRI não ở nhóm đột quỵ nhồi máu não**

CT não \ MRI não	Nhồi máu não	Không làm	Tổng
Nhồi máu não	4	11	15
Bình thường	2	2	4

Không làm CT não	4	2	6
<b>Tổng</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>25</b>

- Trong 25 ca nhồi máu não, có 19 bệnh nhân được chỉ định CT não và 10 bệnh nhân được chỉ định MRI não. Có 6 bệnh nhân được chỉ định vừa CT não, vừa MRI não, là do hình ảnh CT não ban đầu chưa thể cho chẩn đoán.

**2. Các yếu tố nguy cơ của đột quỵ nhồi máu não cấp ở bệnh nhân RNKBVT tại Bệnh viện Quân Y 175**

**Bảng 5. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ lâm sàng với đột quỵ**

Các yếu tố nguy cơ	Có đột quỵ (n = 25)	Không đột quỵ (n = 78)	OR (p)
<b>Tuổi</b>			
- ≥ 65 tuổi	23	55	<b>4,8 (0,03)</b>
- < 65 tuổi	2	23	
<b>Giới</b>			
- Nam	10	38	0,7 (0,4)
- Nữ	15	40	
<b>Chỉ số khối cơ thể</b>			
- BMI ≥ 25	15	22	<b>3,8 (0,004)</b>
- BMI < 25	10	56	
<b>Hút thuốc lá</b>			
- Đang hút hoặc đã ngưng hút	19	28	<b>5,7 (&lt; 0,001)</b>
- Không hút	6	50	
<b>Uống rượu bia</b>			
- Đang uống hoặc đã ngưng uống	19	31	<b>4,8 (0,002)</b>
- Không uống	6	47	
<b>Tần số tim</b>			

(nhịp/phút) - ≥ 110 - < 110	15 10	31 47	2,3 (0,07)
<b>Tình trạng huyết áp</b> - Không kiểm soát tốt - Kiểm soát tốt	14 11	24 54	<b>2,9</b> <b>(0,02)</b>
<b>Loại rung nhĩ</b> - Dai dẳng hoặc vĩnh viễn - Không phải là dai dẳng hoặc vĩnh viễn	21 4	61 17	0,7 (0,5)
<b>Bệnh đồng mắc</b> - ≥ 3 - < 3	11 14	39 39	0,7 (0,6)
<b>Thuốc kháng đông</b> - Không dùng - Có dùng	3 22	18 60	0,5 (0,2)
<b>Thang điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAS</b> - Nguy cơ cao (≥ 2 ở nam hoặc ≥ 3 ở nữ) - Nguy cơ thấp (< 2 ở nam hoặc < 3 ở nữ)	24 1	66 12	4,4 (0,14)
<b>Mức độ tuân thủ điều trị</b> - Không tuân thủ - Có tuân thủ	18 7	10 68	<b>33,5</b> <b>(&lt; 0,001)</b>
<b>Tiền sử nhồi máu não</b> - Có - Không	11 14	7 71	<b>7,9</b> <b>(&lt; 0,001)</b>

- Các yếu tố lâm sàng được ghi nhận có liên quan đến đột quỵ nhồi máu não là: tuổi cao (≥ 65 tuổi); Béo phì (BMI ≥ 25); Đang hút hoặc đã ngưng hút thuốc lá; Đang uống hoặc đã ngưng uống rượu, bia; Không kiểm soát tốt huyết áp;

Không tuân thủ điều trị và Tiền căn có đột quỵ nhồi máu não.

- Nhóm có các yếu tố nguy cơ (Không kiểm soát tốt huyết áp; Dư cân hoặc mập phì; Đang uống hoặc đã ngưng uống rượu bia; ≥ 65 tuổi) có nguy cơ đột quỵ cao hơn 3 đến 5 lần nhóm không có các yếu tố này (OR = 2,9 đến 4,8).

- Nhóm có các yếu tố nguy cơ (Đang hút hoặc đã ngưng hút thuốc lá và tiền căn nhồi máu não) có nguy cơ đột quỵ cao hơn 6 đến 8 lần nhóm không có các yếu tố nguy cơ này (OR = 5,7 đến 7,9).

- Nguy cơ bị đột quỵ nhồi máu não cao nhất ở nhóm không tuân thủ điều trị (OR = 33,5).

**Bảng 6: Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ cận lâm sàng với đột quỵ**

Các yếu tố nguy cơ	Có đột quỵ (n = 25)	Không đột quỵ (n = 78)	p
<b>Đường kính nhĩ trái</b> - ≥ 40 mm - < 40 mm	16 9	33 45	2,4 (0,06)
<b>Đường kính thất trái</b> - < 55 mm - ≥ 55 mm	1 24	10 68	0,3 (0,2)
<b>Contrast/ Huyết khối nhĩ trái</b> - Có - Không	0 25	1 77	1,3 (0,76)

**Nhận xét:** Không ghi nhận sự tương quan giữa đường kính nhĩ trái, đường kính thất trái và huyết khối nhĩ trái với nguy cơ đột quỵ nhồi máu não ở bệnh nhân RNKBVT (p > 0,05).

**Bảng 7. Mô hình tối ưu dự báo nguy cơ đột quỵ nhồi máu não ở bệnh nhân RNKBVT**

Biến số độc lập	Hệ số B	Ý nghĩa thống kê (Wald)	p	OR	KTC 95%
<b>Tuổi</b> (≥ 65 tuổi/ < 65 tuổi)	1,2	0,7	0,4	3,3	0,2 – 47,1
<b>Chỉ số khối cơ thể</b> (Dư cân-Béo phì/ Nhẹ cân-Bình thường)	0,8	1	0,3	2,2	0,5 – 9,7
<b>Tình trạng uống rượu, bia</b> (Đang hoặc đã ngưng uống/ Không uống)	1,1	1,7	0,2	3,1	0,6 – 17,4
<b>Tình trạng hút thuốc lá</b> (Đang hoặc đã ngưng hút/ Không hút)	1,1	1,6	0,2	3	0,5 – 16,3
<b>Tình trạng kiểm soát huyết áp</b> (Không tốt/Tốt)	0,4	0,3	0,6	1,5	0,4 – 6,6
<b>Thang điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc</b> (Nguy cơ cao/thấp)	-1,4	0,6	0,5	0,2	0,006 – 10,1
<b>Mức độ tuân thủ điều trị</b> (Không tuân thủ/ Có tuân thủ)	2,7	13,7	<b>&lt; 0,001</b>	<b>14,9</b>	3,6 – 62,3
<b>Tiền căn đột quỵ</b> (Có/ Không)	2,4	7,9	<b>0,005</b>	<b>11,2</b>	2,1– 60,8
<b>Tần số đáp ứng thất</b> (≥ 110/ < 110 nhịp/ph)	0,6	0,6	0,4	1,8	0,4 – 8,2

<b>Đường kính nhĩ trái (<math>\geq 40</math> mm/<math>&lt;40</math>mm)</b>	0,2	0,07	0,8	1,2	0,3 – 5,4
<b>Hằng số b<sub>0</sub></b>	- 4,3	15,4	< 0,001	0,014	

p được xác định dựa vào phân tích hồi quy Logistic đa biến

- Bảng 7 thể hiện mô hình tối ưu dự báo nguy cơ bị nhồi máu não ở bệnh nhân RN không do bệnh van tim, cho thấy chỉ còn 2 yếu tố giúp tiên đoán nguy cơ nhồi máu não cấp ở bệnh nhân RNKBVT là: mức độ tuân thủ điều trị và tiền căn đột quy.

**IV. BÀN LUẬN**

**1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân RNKBVT.** Tuổi trung bình của bệnh nhân RNKBVT trong nghiên cứu này là 72,02; phù hợp với các nghiên cứu trước đây. Gần 1/2 bệnh nhân là từ 75 tuổi trở lên Theo y văn, tuổi cao là một yếu tố nguy cơ chính của RN, do làm tăng gánh nặng của các bệnh đồng mắc khác làm tăng nguy cơ RN như tăng huyết áp, đái tháo đường, suy tim và bệnh mạch vành mạn tính ... Tần suất đột quy nhồi máu não cấp ở bệnh nhân RNKBVT trong nghiên cứu này là 24,3%, tương tự nghiên cứu của Sun Y và cộng sự [7]. Ngược lại, kết quả của chúng tôi cao hơn công trình của Kang và cộng sự [8], tiến hành trên 10.846 bệnh nhân RNKBVT tại Hàn Quốc với kết quả tần suất nhồi máu não cấp là 16,7%. Kang và cộng sự [8] xác định RNKBVT dựa trên hồi cứu hồ sơ bệnh án, trong khi của chúng tôi là dựa vào ECG 12 chuyển đạo.

**2. Các yếu tố nguy cơ của đột quy nhồi máu não cấp ở bệnh nhân RNKBVT.** Một khi cục máu đông đã hình thành trong tâm nhĩ, nguy cơ nó bong ra, xuống thất trái, gây tắc mạch là rất lớn. Nguy cơ đột quy hoặc các biến cố huyết khối thuyên tắc rõ ràng là không giống nhau ở những bệnh nhân RNKBVT. Việc phân tầng nguy cơ của huyết khối thuyên tắc ở những bệnh nhân này là rất cần thiết. Trên cơ sở đó, nghiên cứu này khảo sát mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ lâm sàng và cận lâm sàng với đột quy nhồi máu não cấp. Kết quả qua các phân tích thống kê đơn biến, cho thấy: Tuổi cao ( $\geq 65$  tuổi), Béo phì dựa trên chỉ số khối cơ thể ( $\geq 25$ ); Đang hút hoặc đã ngưng hút thuốc lá; Đang uống hoặc đã ngưng uống rượu, bia; Không kiểm soát tốt huyết áp; Thang điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VAS có nguy cơ cao ( $\geq 2$  ở nam hoặc  $\geq 3$  ở nữ); Không tuân thủ điều trị và Tiền căn có đột quy nhồi máu não được ghi nhận có liên quan đến nguy cơ đột quy nhồi máu não. Để kiểm soát các yếu tố gây nhiễu trong mối liên hệ này, chúng tôi đã tiến hành hồi quy Logistic đa biến, chỉ còn

2 yếu tố giúp tiên đoán nguy cơ nhồi máu não cấp ở bệnh nhân RNKBVT trong nghiên cứu của chúng tôi là: mức độ tuân thủ điều trị và tiền căn đột quy, cụ thể là:

+ Không tuân thủ điều trị làm tăng nguy cơ nhồi máu não cấp ở bệnh nhân RNKBVT lên **14,7** lần ( $p < 0,001$ ).

+ Tiền căn đột quy làm tăng nguy cơ của nhồi máu não cấp ở bệnh nhân RNKBVT lên **11,8** lần ( $p = 0,003$ ).

**V. KẾT LUẬN**

Ở bệnh nhân RNKBVT, sự hiện diện của không tuân thủ điều trị hoặc tiền căn đột quy giúp tiên đoán nguy cơ nhồi máu não. Vì vậy, cần chú trọng công tác giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân về hậu quả của đột quy và lợi ích của việc tuân thủ điều trị.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Benjamin EJ; Muntner P; Alonso A et al (2019)**, "American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics 2019 update: a report from the American Heart Association", *Circulation* 139, tr. e56e528.
- Wolf PA; Abbott RD; Kannel WB et al (1991)**, "Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study", *Stroke*. 22(8), tr. 983-8.
- Lin HJ; Wolf PA; Kelly H et al (1996)**, "Stroke severity in atrial fibrillation. The Framingham Study", *Stroke*. 27(10), tr. 1760-4.
- Go AS; Hylek EM; Phillips KA et al (2001)**, "Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study", *JAMA*. 285(18), tr. 2370-5.
- Gattellari M; Worthington JM; Zwar NA et al (2008)**, "The management of non-valvular atrial fibrillation (NVAf) in Australian general practice: bridging the evidence-practice gap. A national, representative postal survey", *BMC Fam Pract*. 9, tr. 62.
- Nguyen Thi Bao Lien (2013)**, "Nghiên cứu tỷ lệ các yếu tố nguy cơ của rung nhĩ", *Y học thực hành*. 868 (5).
- Sun Y; Hu D; Li K et al (2009)**, "Predictors of stroke risk in native Chinese with nonrheumatic atrial fibrillation: retrospective investigation of hospitalized patients", *Clin Cardiol*. 32(2), tr. 76-81.
- Kang SH; Choi EK; Han KD et al (2017)**, "Risk of Ischemic Stroke in Patients With Non-Valvular Atrial Fibrillation Not Receiving Oral Anticoagulants - Korean Nationwide Population-Based Study", *Japanese Circulation Society*.