

phút), tỷ lệ chảy máu miệng nổi (4%-1,8%) và hẹp miệng nổi (4%-1,8%) cao hơn, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ (2%-7,4%) thấp hơn so với nhóm khâu nối bằng tay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bangaru. H, Rao Veitla. R.M, Pigilam. M, Kunwargiri. G.K (2012) "Comparative study between staplers and conventional (Hand-sewn) anastomosis in gastrointestinal surgery". Indian J Surg 74 (6): 462-467
2. Gustafsson.P, Jestin.P, Gunnarsson.U, Lindfors.U (2015): "Higher frequency of anastomotic leakage with stapled compared to hand-sewn ileocolic anastomosis in a large population-based study". World J Surg DOI 10.1007/s00268-015-2996-6
3. Liu.B.W, Liu.Y, Liu.J.R, Feng.Z.X (2014): "Comparison of hand-sew and stapled anastomoses in surgeries of gastrointestinal

tumors based on clinical practice of China". World journal of surgical oncology 12:292

4. Schiff.A, Roy.S, Pignot.M, Ghosh.S.K et al (2017): "Diagnosis and management of intraoperative colorectal anastomotic leaks: Aglobal retrospective patient chart review study". Surgery Research and Practic Vol 2017, ID 3852731, 9 pages.
5. Siesser.A.A.P, Pellino.G, Shariq.O, Cocker.D et al (2016) "Compression versus hand-sewn and stapled anastomosis in colorectal surgery: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials". Tech Coloproctol. DOI 10.1007/s10151-016-1521-8
6. Tobola.R, Cirocchi. R, Fingerhut.A, Arezzo.A et al (2017): "Asystematic analysis of controlled clinical trials using the NITI CAR compression ring in colorectal anastomoses". Tech Coloproctol DOI 10.1007/s 10151-017-1583-2.
7. Zbar.A.P, Nir.Y, Weizman.A, Rabau.M et al (2012): "Compression anastomoses in colorectal surgery: a review". Tech coloproctol 16: 187-199

XÁC ĐỊNH CÁC DỰ BÁO ĐỘC LẬP CỦA ĐỘT QUỴ THIẾU MÁU NÃO CỤC BỘ Ở NGƯỜI CAO TUỔI (>75 TUỔI)

Nguyễn Huy Ngọc*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các dự báo độc lập liên quan với hậu quả của đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp (IS) ở người rất cao tuổi (> 75 tuổi) so với người cao tuổi từ 60-75 tuổi. **Đôi tượng và phương pháp:** Gồm 308 bệnh nhân IS cấp tuổi ≥ 60 (138 BN > 75 tuổi), được điều trị tại Đơn vị đột quỵ Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ (2014-2017). Đặc điểm chung, mức độ tàn tật trước đột quỵ (Rankin ≥ 3) và các bệnh lý kết hợp, nguyên nhân gây IS, thang các đánh giá lâm sàng và xét nghiệm khi nhập viện, các biến chứng đã được thống kê. Các dự báo độc lập của tử vong trong bệnh viện, tỷ lệ tàn tật, thời gian nằm viện, ra viện không phục hồi chức năng và không về nhà đã được xác định bởi phương pháp hồi quy logistic. Các nguy cơ trước và sau tuổi 75 đã được so sánh. **Kết quả:** Các hậu quả nghèo nàn cao hơn ở nhóm (>75 tuổi) so với nhóm (≤ 75 tuổi). Điểm NIHSS, mức độ nặng trên lâm sàng (phải thí oxy hỗ trợ, đặt thông tiểu, ống thông dạ dày), tỷ lệ tàn tật và các biến chứng khi nằm viện là dự báo hậu quả của cả hai nhóm. Sau 75 tuổi, nguyên nhân trước IS gồm (tuổi, giới và tình trạng chức năng) được xác định là dự báo độc lập. **Kết luận:** Xác định hồi quy logistic thấy các dự báo độc lập trước IS và ba ngày đầu nằm viện của nhóm (>75 tuổi); Phải hỗ trợ trong sinh hoạt hàng ngày, thở máy và viêm phổi; nhóm (\leq

75 tuổi); Rung nhĩ, là hậu quả nghèo nàn và tử vong khi ra viện.

Từ khóa: Người cao tuổi, yếu tố dự báo, phân tích hồi quy đa biến, thở máy, rung nhĩ

SUMMARY

THE STUDY OF INDEPENDENT PREDICTORS OF ISCHEMIC STROKE IN THE ELDERLY (> 75 YEARS)

Objective: The study of independent predictors of acute ischemic stroke (IS) in the oldest-old (>75 years) with the elderly (from 60-75 years). **Subject and method:** Data are for 308 consecutive IS patients aged ≥ 60 years (138 aged >75years) admitted to a stroke unit of Phu Tho hospital from (2014-2017). Demographics, prestroke disability (modified Rankin Scale ≥ 3) and comorbidities, IS etiology and subtype, NIH Stroke Scale (NIHSS) score, clinical and laboratory admission parameters and medical complications were prospectively registered. Independent predictors of in-hospital death, incident disability, length stay, discharge without rehabilitation, and no direct discharge home were identified by multiple logistic regression. Risk profiles before and after age 75 were compared. **Results:** Poor outcomes were more frequent in the oldest-old (>75 years) compared to the younger patients (≤ 75 years). NIHSS score, clinical parameters of IS severity (need for oxygen, indwelling catheter, or nasogastric tube), incidents disability, and medical complications predicted most of the study outcomes in both age groups. After age 75, IS etiology and subtype proved additional independent determinants for most outcomes along with age, sex, and prestroke functional and health status. **Conclusions:** Identified by multiple logistic regression were: independent predictors prestroke and first threedays in the hospital of acute

*Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Ngọc

Email: huynhngoc888@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2017

Ngày duyệt bài: 29.12.2017

ischemic stroke in the oldest-old (> 75 years) were dependent, mechanical ventilation and pneumonia; the patients (<75 years) was atrial fibrillation were Poor outcomes and death when discharge.

Keywords: Elderly person, predictive factor, multiple logistic regression, mechanical ventilation, atrial fibrillation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ thiếu máu não cục bộ (ischemic stroke) chiếm khoảng 80 - 85% của đột quỵ não, là nguyên nhân hàng đầu của tử vong và tàn tật. Tỷ lệ của nó gia tăng theo tuổi ở các bệnh nhân (BN) già và rất già (>75 tuổi). So với những người già, những người rất già (>75 tuổi) bị đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp, hậu quả có gì khác cả về tỷ lệ tử vong và tàn tật?

Để tìm hiểu các dự báo độc lập ở các BN rất cao tuổi (>75 tuổi) so với các bệnh nhân cao tuổi (từ 60-75 tuổi) đột quỵ thiếu máu cục bộ não, chúng tôi tiến hành đề tài: "Xác định các dự báo độc lập của đột quỵ thiếu máu não cục bộ ở người cao tuổi (> 75 tuổi)" nhằm mục tiêu: *Xác định các yếu tố độc lập liên quan với hậu quả của đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp ở người trên 75 tuổi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Gồm 308 bệnh nhân (BN) \geq 60 tuổi (có 138 BN > 75 tuổi), bị nhồi máu não (NMN) cấp được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ (2014 - 2017).

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các BN nghiên cứu được chẩn đoán đột quỵ thiếu máu não cục bộ theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (1989)

- Lâm sàng, bệnh xảy ra đột ngột với tổn thương thần kinh khu trú tồn tại trên 24 giờ.

- Phim CTscan hoặc cộng hưởng từ sọ não (MRI) có hình ảnh giảm tỷ trọng mới tương ứng với lâm sàng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các BN có cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua (TIAs), chảy máu não, u não, chấn thương sọ não, viêm não. BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

- **Thiết kế nghiên cứu:** Theo phương pháp mô tả, theo dõi dọc

- Các BN được chia làm 2 nhóm:

+ Nhóm 1: gồm 138 BN >75 tuổi (nhóm nghiên cứu)

+ Nhóm 2: gồm 170 BN từ 60-75 tuổi (nhóm so sánh)

- **Kỹ thuật thu nhập thông tin:** BN được khám, đánh giá theo một mẫu bệnh án thống nhất.

- **Xét nghiệm cận lâm sàng:** Trong 24 giờ sau tiếp nhận, tất cả BN được chụp CTscan hoặc MRI sọ não để loại trừ chảy máu não và xác định tính chất, mức độ của NMN; làm các xét nghiệm máu thường quy, điện tim; siêu âm mạch cảnh; siêu âm tim qua ngực; theo dõi điện tim 24 giờ trên holter nếu nghi ngờ nguyên nhân tắc mạch tim.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học, phần mềm SPSS 16.0; tỷ lệ phần trăm, kiểm định bằng các test χ^2 ; t-Student, độ tin cậy 95%, xác suất có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Khía cạnh đạo đức của đề tài: Tất cả BN hoặc thân nhân được giải thích, trao đổi cần kể, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm chung

Bảng 1. Lý do vào viện

Nội dung	Tuổi		p
	≤ 75 tuổi (n = 170)	>75 tuổi (n = 138)	
Giới	Nam	101 (59,4%)	P = 0,523
	Nữ	69 (40,6%)	
Yếu nửa người	101 (59,4%)	93 (67,4%)	0,149
Đau đầu	17 (10,0%)	7 (5,1%)	0,109
Chóng mắt	4 (2,4%)	4 (2,9%)	0,519*
Nói khó	17 (10,0%)	10 (7,3%)	0,395
Lơ mơ	23 (13,5%)	20 (14,5%)	0,808
Hôn mê	12 (7,1%)	8 (5,8%)	0,655

(test Khi bình phương, *: test Fisher's exact)

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$; test khi bình phương) về tuổi và giới cũng như lý do vào viện của hai nhóm BN.

Bảng 2. Thời gian điều trị theo nhóm tuổi

Thời gian điều trị	≤ 75 tuổi (n, %)	> 75 tuổi (n, %)	p
Dưới 10 ngày	75 (44,1%)	61 (44,2%)	0,993
Từ 10 đến dưới 20	66 (38,8%)	52 (37,7%)	
Từ 20 đến dưới 30 ngày	21 (12,4%)	19 (13,8%)	
Từ 30 đến dưới 40 ngày	6 (3,5%)	5 (3,6%)	
Từ 40 ngày trở lên	2 (1,2%)	1 (0,7%)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa ($p > 0,05$; test Fisher's exact) giữa thời gian điều trị của hai nhóm BN ≤ 75 tuổi và trên 75 tuổi.

Bảng 3. Tần suất yếu tố dự báo trước đột quỵ theo nhóm tuổi

Tần suất yếu tố dự báo trước đột quỵ			Tần suất yếu tố dự báo trong 72 giờ đầu năm viện		
Tần suất yếu tố dự báo	≤ 75 tuổi (n, %)	> 75 tuổi (n, %)	Tần suất yếu tố dự báo	≤ 75 tuổi (n, %)	> 75 tuổi (n, %)
0 yếu tố	0	1 (0,7%)	0 yếu tố	2 (1,2%)	4 (2,9%)
1 -	33 (19,4%)	29 (21,0%)	1 -	20 (11,8%)	17 (12,3%)
2 -	45 (26,5%)	43 (31,2%)	2 -	56 (32,9%)	31 (22,5%)
3 -	54 (31,8%)	28 (20,3%)	3 -	36 (21,2%)	19 (13,8%)
4 -	22 (12,9%)	17 (12,3%)	4 -	20 (11,8%)	22 (15,9%)
5 -	10 (5,9%)	10 (7,3%)	5 -	11 (6,5%)	8 (5,8%)
6 -	4 (2,4%)	7 (5,1%)	6 -	6 (3,5%)	12 (8,7%)
7 -	0	0	7 -	7 (4,1%)	9 (6,5%)
8 -	1 (0,6%)	2 (1,5%)	8 -	7 (4,1%)	6 (4,4%)
9 -	1 (0,6%)	1 (0,7%)	9 -	3 (1,8%)	6 (4,4%)
			10 -	2 (1,2%)	4 (2,9%)
P = 0,366			P = 0,142		

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa ($p > 0,05$; test Fisher's exact) giữa tần suất xuất hiện yếu tố dự báo trước điều trị và trong ba ngày đầu năm viện của hai nhóm BN ≤ 75 tuổi và nhóm > 75 tuổi.

Bảng 4. Yếu tố dự báo trước đột quỵ theo nhóm tuổi

Yếu tố dự báo trước đột quỵ			
Yếu tố dự báo	≤ 75 tuổi (n, %)	> 75 tuổi (n, %)	p
Nam giới	101 (59,4)	77 (55,8%)	0,523
Tăng huyết áp	157 (92,4%)	125 (90,6%)	0,578
Đái tháo đường	39 (22,9%)	20 (14,5%)	0,061
Rối loạn chuyển hóa lipid	73 (42,9%)	53 (38,4%)	0,421
Tiền sử đột quỵ	25 (14,7%)	37 (26,8%)	0,008
Hỗ trợ trong sinh hoạt	21 (12,4%)	31 (22,5%)	0,018
Bệnh mạch vành	10 (5,9%)	17 (12,3%)	0,047
Bệnh van tim	6 (3,5%)	7 (5,1%)	0,503
Rung nhĩ	8 (4,7%)	15 (10,9%)	0,041
Cơn TIA	33 (19,4%)	28 (20,3%)	0,848
Béo phì	10 (5,9%)	10 (7,3%)	0,629
Nghiện thuốc lá	37 (21,8%)	10 (7,3%)	<0,001
Lạm dụng rượu	10 (5,9%)	2 (1,5%)	0,046
Sống độc thân	3 (1,8%)	4 (2,9%)	0,386*
Kinh tế khó khăn	32 (18,8%)	25 (18,1%)	0,874

(test Khi bình phương; *: test Fisher's exact)

Nhận xét: Nhóm BN trên 75 tuổi có tỷ lệ yếu tố dự báo trước đột quỵ (tiền sử đột quỵ, cần hỗ trợ trong sinh hoạt, bệnh lý mạch vành, rung nhĩ) cao hơn nhóm ≤ 75 tuổi ($p < 0,05$); nhưng ở nhóm BN ≤ 75 tuổi, tỷ lệ nghiện thuốc lá, lạm dụng rượu lại cao hơn ($p < 0,05$).

Bảng 5. Yếu tố dự báo trong ba ngày đầu năm viện theo nhóm tuổi

Yếu tố dự báo trong ba ngày đầu năm viện	≤ 75 tuổi (n, %)	> 75 tuổi (n, %)	p	
Thời gian từ khi BN nhập viện đến khi được khám, đánh giá toàn diện	< 6giờ	45 (26,5%)	49 (35,5%)	0,087
	> 6giờ	125 (73,5%)	89 (64,5%)	
Điểm NIHSS	0 - 6	111 (65,3%)	71 (51,5%)	0,043
	7 - 15	30 (17,7%)	31 (22,5%)	
	> 15	29 (17,1%)	36 (26,1%)	
Glasgow	3 - 7	7 (4,1%)	9 (6,5%)	0,630
	8 - 12	44 (25,9%)	36 (26,1%)	
	13 - 15	119 (70,0%)	93 (67,4%)	
Độ liệt (n=287)	Độ 0	18 (11,3%)	19 (15,0%)	0,001
	Độ 1	22 (13,8%)	38 (29,9%)	
	Độ 2	21 (13,1%)	21 (16,5%)	
	Độ 3	47 (29,4%)	29 (22,8%)	

	Độ 4	43 (26,9%)	15 (11,8%)	
	Độ 5	9 (5,6%)	5 (3,9%)	
Thở oxy		104 (61,2%)	109 (79,0%)	0,001
Thở máy		17 (10,0%)	30 (21,7%)	0,004
Ông thông da dày		23 (13,5%)	33 (23,9%)	0,019
Ông thông tiểu		14 (8,2%)	19 (13,8%)	0,118
Sốt		25 (14,7%)	31 (22,5%)	0,079
Bạch cầu tăng		42 (24,7%)	47 (34,1%)	0,072
BC nội khoa: Viêm phổi		31 (18,2%)	47 (34,1%)	0,001
BC nội khoa: Viêm tiết niệu		1 (0,6%)	1 (0,7%)	0,696*
BC nội khoa: Suy tim cấp		1 (0,6%)	2 (1,5%)	0,422*
BC nội khoa: Suy thận cấp		1 (0,6%)	3 (2,2%)	0,237*

(test Khi bình phương; *: test Fisher's exact)

Nhận xét: Các BN trên 75 tuổi có yếu tố dự báo trong ba ngày đầu nhập viện (điểm NIHSS, thở oxy, thở máy, đặt ống thông da dày và biến chứng viêm phổi) cao hơn nhóm BN \leq 75 tuổi, ($p < 0,05$).

Bảng 6. Mối liên quan giữa một số yếu tố dự báo trong ba ngày đầu nằm viện với tình trạng nặng lên/ tử vong khi ra khỏi đơn vị đột quỵ theo hai nhóm tuổi

Yếu tố dự báo	≤ 75 tuổi (n=170)				> 75 tuổi (n=138)			
	OR thô		OR hiệu chỉnh		OR thô		OR hiệu chỉnh	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Nhập viện > 6h	0,85 (0,3-2,6)	0,773	1,79 (0,1-17,5)	0,675	1,27 (0,6-2,8)	0,554	3,34 (0,6-19,8)	0,183
NIHSS >15 điểm	7,48 (2,4-23,0)	<0,001	2,98e-08	0,996	5,83 (2,4-14,3)	<0,001	0,79 (0,1-6,2)	0,825
Glasgow <13 điểm	9,84 (2,8-34,6)	<0,001	7,65e-07	0,998	6,45 (2,6-15,7)	<0,001	3,53 (0,6-22,2)	0,179
Độ liệt: 0, 1, 2					0,15 (0,1-0,5)	<0,001	0,3 (0-3,1)	0,341
Thở oxy					4,10 (1,1-14,9)	0,020	0,96 (0,1-13,4)	0,976
Thở máy	556,25 (9,2-3485)	<0,001	1,49e+15	0,997	52,0 (9,5-183,9)	<0,001	22,71 (1,9-265,1)	0,013
Ông thông da dày	135,94 (12,4-1493)	<0,001	14,09 (0,3-626,1)	0,172	38,45 (8,7-169,7)	<0,001	1,93 (0,2-20,0)	0,580
Ông thông tiểu	53,21 (9,2-309,1)	<0,001	6,67 (0,2-222,7)	0,289	39,67 (6,2-253,7)	<0,001	3,79 (0,3-46,2)	0,297
Sốt	9,63 (3,0-30,9)	<0,001	0,05 (0-4,7)	0,197	8,99 (3,3-24,5)	<0,001	0,60 (0,1-5,0)	0,638
Bạch cầu tăng	13,90 (3,8-51,2)	<0,001	6,32 (0,1-287,8)	0,344	9,82 (3,7-26,1)	<0,001	0,46 (0,1-4,2)	0,493
Viêm phổi	16,93 (4,7-61,6)	<0,001	14,2 (0,4-561,2)	0,156	18,31 (5,7-58,4)	<0,001	19,90 (2,5-156,6)	0,004
Viêm tiết niệu	-		-		-		-	
Suy tim cấp	-		-		-		-	
Suy thận cấp					5,50 (0,5-64,4)	0,126	20,23 (0,6-650,1)	0,089

Nhận xét: - Ở nhóm BN trên 75 tuổi, nguy cơ nặng lên, tử vong cao gấp 7,48 lần nếu điểm NIHSS >15 điểm; 9,84 lần nếu có Glasgow <13 điểm; 556,25 lần nếu thở máy; 135,94 lần nếu đặt ống thông da dày; 53,21 lần nếu đặt ống thông tiểu; 9,63 lần nếu sốt; 13,90 lần nếu bạch cầu tăng và 16,93 lần nếu viêm phổi.

- Ở nhóm BN \leq 75 tuổi, nguy cơ nặng lên, tử vong cao gấp 5,83 lần nếu có điểm NIHSS > 15 điểm; gấp 6,45 lần nếu Glasgow < 13 điểm; gấp 4,10 lần nếu phải thở oxy; gấp 52,0 lần nếu thở máy; 38,45 lần nếu đặt ống thông da dày; 39,67 lần nếu đặt ống thông tiểu; 8,99 lần nếu sốt; 9,82 lần nếu bạch cầu tăng và 18,31 lần nếu biến chứng viêm phổi.

Bảng 7. Tình trạng sau khi ra viện 6 tháng theo hai nhóm (n=249)

Tình trạng ra viện sau 6 tháng	≤ 75 tuổi (n, %)	> 75 tuổi (n, %)	p
Ổn định	132 (87,4%)	47 (48,0%)	p<0001
Tái phát	14 (9,3%)	29 (29,6%)	
Tử vong	5 (3,3%)	22 (22,5%)	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa ($p<0,001$, test Khi bình phương) giữa tình trạng ra viện sau 6 tháng theo nhóm tuổi. Nhóm BN ≤ 75 tuổi có tình trạng ổn định cao hơn, tình trạng tái phát, tử vong thấp hơn nhóm BN trên 75 tuổi.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số yếu tố dự báo đột quỵ theo nhóm tuổi: Đột quỵ là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và khiếm khuyết vận động, là tác nhân chính làm gia tăng chi phí chăm sóc y tế. Nguy cơ đột quỵ ngày càng cao khi tuổi càng tăng, theo thống kê các đối tượng cao tuổi nhất (>75 tuổi) bị đột quỵ chiếm hơn 1/3 số ca nhập viện, họ có tỷ lệ tử vong và khiếm khuyết vận động cao hơn do thường không được quan tâm trong các thử nghiệm lâm sàng và có rất ít thông tin về các tác nhân gây hậu quả của đột quỵ.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ của một số yếu tố dự báo trước đột quỵ theo nhóm tuổi. Những BN ≤ 75 tuổi có tỷ lệ tiền sử đột quỵ, cần hỗ trợ trong sinh hoạt, bệnh lý mạch vành, rung nhĩ thấp hơn nhưng lại có tỷ lệ nghiện thuốc lá, lạm dụng rượu cao hơn những BN >75 tuổi. Những BN > 75 tuổi, nguy cơ nặng lên, tử vong ở những khi phải hỗ trợ sinh hoạt, mắc bệnh mạch vành, rung nhĩ. Nhưng khi phân tích hồi quy đa biến logistics, ở nhóm BN ≤ 75 tuổi chỉ còn yếu tố rung nhĩ là yếu tố tiên lượng độc lập với tình trạng nặng lên và tử vong, ở nhóm BN > 75 tuổi, hỗ trợ sinh hoạt là yếu tố tiên lượng độc lập với tình trạng nặng lên và tử vong.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa một số yếu tố dự báo trong ba ngày đầu nằm viện theo 2 nhóm tuổi. Những BN > 75 tuổi có điểm NIHSS cao, thở oxy, thở máy, đặt ống thông dạ dày, có biến chứng viêm phổi cao hơn những BN ≤ 75 tuổi. Sau khi phân tích hồi quy đa biến logistics, ở nhóm BN > 75 tuổi chỉ còn yếu tố thở máy và viêm phổi là yếu tố tiên lượng độc lập với tình trạng nặng lên và tử vong. Ở nhóm BN ≤ 75 tuổi chưa tìm thấy yếu tố tiên lượng độc lập với tình trạng nặng lên, tử vong.

4.1. Yếu tố dự báo trong ba ngày đầu nằm viện: Một số yếu tố dự báo tăng nặng bệnh và tử vong trong ba ngày đầu nhập viện theo thống kê là: phải thở oxy hỗ trợ 69,2%, điểm Glasgow (<13 điểm 31,2%, < 8điểm 5,2%, 8-12

điểm 26,0%), tỷ lệ BN có các yếu tố nguy cơ là (2yếu tố 28,3%, 3 yếu tố 17,9%). Viitanen M và cộng sự đã nghiên cứu mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ chính và tử vong ở những BN sau đột quỵ 5 năm đã chỉ ra rằng những BN sau đột quỵ nếu có 2 yếu tố nguy cơ là tăng HA và bệnh tim mạch thì cơ hội sống sót sau 5 năm chỉ là 25%, nếu họ chỉ có 1 trong 2 yếu tố nguy cơ này thì cơ hội sống sót sau 5 năm là 50% và nếu không có cả 2 yếu tố nguy cơ này thì tỷ lệ sống sót sau 5 năm là 75%. Chúng tôi nhận thấy, những yếu tố trên là những yếu tố cần phải đặc biệt chú ý trong đánh giá và thiết lập chế độ điều trị tích cực cho BN để giảm tử vong và tàn tật.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị: Kết quả thống kê cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa ($p<0,05$) giữa tuổi của BN và tình trạng lúc ra khỏi đơn vị đột quỵ. Những BN từ 60-69 tuổi có nguy cơ nặng lên/ tử vong thấp hơn 2,54 lần tuổi từ 70-79, 4,03 lần tuổi từ 80-89 và thấp hơn 9,50 lần tuổi từ 90 trở lên. Có thể thấy rằng, ở người cao tuổi, quá trình phục hồi bệnh sẽ trở nên khó khăn hơn do sự lão hóa theo tuổi các cơ quan của cơ thể nên BN tuổi càng cao tỷ lệ phục hồi và thuyên giảm bệnh càng thấp, tỷ lệ tử vong càng cao.

- Khi BN có đồng thời nhiều yếu tố nguy cơ thì tình trạng khi ra viện tỷ lệ nặng lên hay tử vong sẽ cao hơn. Nghiên cứu cho thấy nếu tăng lên 1 yếu tố thì nguy cơ nặng lên/ tử vong lúc ra khỏi đơn vị đột quỵ tăng lên 1,50 lần. Tuy nhiên sau 6 tháng ra viện, chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) giữa tần suất xuất hiện các yếu tố nguy cơ trước đột quỵ với tình trạng lúc sau ra viện 6 tháng. Một số yếu tố nguy cơ trong ba ngày đầu nằm viện gồm: Những BN có điểm NIHSS từ 0-6 điểm có nguy cơ nặng lên/tử vong thấp hơn 2,45 lần những BN có NIHSS từ 7-15 điểm và thấp hơn 8,97 lần những bệnh nhân có NIHSS > 15 điểm.

- Giá trị dự báo của thang điểm Glasgow cũng được thể hiện khi khảo sát tỷ suất chênh: Nếu lấy BN có điểm Glasgow từ 13-15 điểm là nhóm để so sánh (OR = 1) thì hai nhóm còn lại là Glasgow từ 3-7 điểm và Glasgow từ 12 điểm lần lượt có OR là 46,7 và OR là 4,62. Như vậy, nếu những BN có điểm Glasgow từ 13-15 điểm có nguy cơ nặng lên/tử vong thấp hơn 4,62 lần những BN có Glasgow từ 8-12 điểm và thấp hơn

46,7 lần những BN có Glasgow từ 3-7 điểm. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như nhận xét của Miah MT và cộng sự khi đánh giá BN đột quỵ có điểm Glasgow từ 3-8 điểm có tỷ lệ tử vong 12,07%, Glasgow từ 13-15 điểm không có BN tử vong.

- Về mức độ liệt: những BN liệt độ (0, 1, 2) có nguy cơ nặng lên/ tử vong lúc ra khỏi đơn vị đột quỵ cao hơn 16,13 lần những BN liệt độ (3, 4, 5). Còn sau 6 tháng thì những BN liệt độ (3, 4, 5) có nguy cơ tử vong thấp hơn 0,43 lần những BN liệt độ (0, 1, 2).

- Những BN phải thở thở oxy hỗ trợ, thở máy, đặt ống thông dạ dày, đặt ống thông tiểu có nguy cơ nặng lên/ tử vong cao hơn những BN không thở oxy, không thở máy, không đặt ống thông dạ dày và ống thông tiểu. Những BN sốt, tăng bạch cầu, viêm phổi cũng có nguy cơ nặng lên/ tử vong cao hơn những BN không có biểu hiện trên ($p < 0,05$).

- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa tần suất xuất hiện các yếu tố nguy cơ trong ba ngày đầu nằm viện với tình trạng lúc ra khỏi đơn vị đột quỵ và sau 6 tháng ra viện nếu BN tăng lên một yếu tố dự báo thì nguy cơ nặng lên/ tử vong lúc ra khỏi đơn vị đột quỵ cũng tăng lên.

V. KẾT LUẬN

- Các yếu tố dự báo trước đột quỵ làm tăng nặng bệnh và tử vong gồm: phải hỗ trợ sinh hoạt hàng ngày, có bệnh lý mạch vành, bệnh van tim, rung nhĩ, cơn TIA, lạm dụng rượu; phân tích hồi quy đa biến logistics chỉ có yếu tố phải hỗ trợ sinh hoạt hàng ngày là yếu tố tiên lượng độc lập làm tăng nặng bệnh hoặc tử vong khi ra viện.

- Các yếu tố dự báo trong ba ngày đầu nhập viện làm tăng nặng bệnh và tử vong gồm: điểm NIHSS > 15 điểm, Glasgow < 13 điểm, độ liệt (0

- 2), thở oxy hỗ trợ, thở máy, đặt ống thông dạ dày, thông tiểu, sốt-bạch cầu tăng, biến chứng viêm phổi; phân tích hồi quy đa biến logistics chỉ có yếu tố thở máy và viêm phổi là yếu tố tiên lượng độc lập với tình trạng nặng lên và tử vong khi ra viện.

- Tình trạng sau ra viện 6 tháng: nhóm bệnh nhân trên 75 tuổi có tình trạng ổn định, tình trạng tái phát và tử vong thấp hơn nhóm từ 75 tuổi trở xuống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thế Anh (2017), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhồi máu não ở người cao tuổi có bệnh đái tháo đường, Luận án tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu Y-Dược Lâm sàng 108
2. Lê Thị Hòa Bình (2010), Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thiếu máu não cục bộ ở người cao tuổi tại Bệnh viện Thống Nhất, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y-Dược TP. Hồ Chí Minh
3. Lê Quang Cường (2008), Một số yếu tố nguy cơ của đột quỵ não, Đột quỵ não, cấp cứu, điều trị dự phòng, NXB Y học
4. Nguyễn Huy Ngọc (2012), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân nhồi máu não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
5. Nguyễn Bá Thăng, Vũ Anh Nhị (2006), Tiên đoán hồi phục chức năng trong nhồi máu đồng mạch não giữa: khảo sát tiền cứu 149 trường hợp, kỷ yếu công trình khoa học Hội Thần kinh học Việt Nam, NXB TP> Hồ Chí Minh 2007, tr. 71-83
6. Forti P, Maioli F, Proccaccianti G, et al (2013), Independent predictors of ischemic stroke in the elderly: prospective data from a stroke unit, Neurology, 80 (1), 29-38
7. Paola Forti, Fabiola Maioli, Georgia Arnone, Maura Coveni, Gian Luca Pirazzoli, Marco Zoli, Gaetano Procaccianti, Homocysteinemia and early outcome of acute ischemic stroke in elderly patients, First published: 5 April 2016.

THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT NỒNG ĐỘ GLUCOSE, CHỈ SỐ HbA1c MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Thanh Xuân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thực trạng kiểm soát nồng độ glucose máu, chỉ số HbA1c máu ở bệnh nhân đái tháo đường

*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Xuân

Email: bsxuanhatay@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2017

Ngày phản biên khoa học: 22.12.2017

Ngày duyệt bài: 28.12.2017

týp 2. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** 143 bệnh nhân đái tháo đường týp 2, xét nghiệm glucose máu, tỷ lệ HbA1c máu so sánh với khuyến cáo về kiểm soát nồng độ glucose máu, tỷ lệ HbA1c máu. Nghiên cứu mô tả, cắt ngang. **Kết quả:** Bệnh nhân đái tháo đường týp 2 chủ yếu là bệnh nhân nhóm tuổi cao (72,0%); bệnh nhân là nữ có tỷ lệ tuổi cao chiếm tới 84,9%; có thời gian phát hiện bệnh trên 10 năm chiếm 58,7%. Bệnh nhân đái tháo đường týp 2: bệnh nhân kiểm soát glucose máu kém (chiếm 39,9%) và trung bình (chiếm 42,7%) cao hơn tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát tốt (17,4%); tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát tỷ lệ