

# MỨC ĐỘ NGUY CƠ ĐỘT QUỴ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MỨC ĐỘ NGUY CƠ CAO Ở NGƯỜI DÂN TỈNH THỪA THIÊN HUẾ

ĐOÀN PHƯỚC THUỘC, NGUYỄN THỊ HƯƠNG, LÊ CHUYỀN, NGUYỄN THỊ PHƯƠNG THẢO, TRẦN THỊ THANH NHÂN, NGUYỄN THỊ THÚY HẰNG, ĐOÀN PHẠM PHƯỚC LONG, DƯƠNG THỊ HỒNG LIÊN - Trường Đại học Y Dược Huế

## TÓM TẮT

Đột quỵ là vấn đề thời sự của các quốc gia trên thế giới do tỷ lệ tử vong, tàn phế cao, để lại gánh nặng cho gia đình và xã hội. Tuy nhiên, đột quỵ có thể dự phòng được và cần cải thiện chiến lược dự phòng. Để công tác can thiệp dự phòng có hiệu quả, cần xác định các yếu tố nguy cơ (YTNC) liên quan đến đột quỵ trong điều kiện cụ thể tại Việt Nam. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu tại Thừa Thiên Huế, nhằm **mục tiêu**: (1) Xác định mức độ nguy cơ (MĐNC) đột quỵ hiện tại của người dân tỉnh Thừa Thiên Huế; (2) Xác định một số yếu tố liên quan đến MĐNC. **Phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 1600 đối tượng tuổi từ 25-84 tuổi tại tỉnh Thừa Thiên Huế. Thu thập số liệu qua thăm khám, xét nghiệm và phỏng vấn theo bộ câu hỏi được thiết kế. **Kết quả**: 10,1% người dân có MĐNC đột quỵ cao; 21,8% có mức độ trung bình và 68,1% ở mức độ thấp. Một số yếu tố liên quan đến MĐNC cao đột quỵ bao gồm: tuổi; giới; nghề nghiệp; thói quen hút thuốc; vận động thể lực; sử dụng đồ uống có cồn; tiền sử gia đình đột quỵ; tiền sử bản thân tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ) và hiện tại bản thân mắc THA, ĐTĐ, rối loạn lipid máu (RLLM), thừa cân béo phì, rung nhĩ, có cơn đau thắt ngực; hành vi tìm kiếm và sử dụng dịch vụ tư vấn, khám phát hiện, điều trị THA, ĐTĐ, RLLM. **Kết luận**: MĐNC cao đột quỵ của người dân từ 25-84 tuổi ở Thừa Thiên Huế ở mức cao; các YTNC liên quan có thể thay đổi được bằng cách tăng cường các dịch vụ tại trạm y tế xã phường và thúc đẩy hành vi tiếp cận dịch vụ đối với người dân.

## Abstract

Stroke is a topical issue in countries all over the world because of the high mortality and disability, and being a burden to families and society. However, stroke is preventable and it is necessary to improve preventive strategies. In order to prevent effectively, identifying risk factors related to stroke in Vietnam is important. Therefore, we conducted a research in Thua Thien Hue province so as to (1) Determine the current stroke risk levels of residents in Thua Thien Hue province; (2) Determine some factors related to the high risk level. **Research methods**: A cross-sectional descriptive study was conducted with a randomly selected sample of 1600 residents aged 25-84 years in Thua Thien Hue province. Collecting data through medical examinations, tests and designed questionnaires. **Results**: The proportion of people being at high, moderate and low stroke risk levels was 10.1%; 21.8% and 68.1% respectively. Some

factors related to the high risk level of stroke include: age; gender; occupation; smoking; physical activity; alcohol consumption; family history of stroke; history of hypertension, diabetes; current diseases (hypertension, diabetes, dyslipidemia, overweight and obesity, atrial fibrillation, angina); seeking and using services to counsel, examine and treat hypertension, diabetes, dyslipidemia. **Conclusion**: The high stroke risk level of people aged 25-84 years in Thua Thien Hue province was high; relative risk factors can be changed by strengthening services at commune health stations and promoting the service access to people.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù tỷ lệ mới mắc đột quỵ (tai biến mạch máu não) toàn cầu có xu hướng giảm, tuy nhiên đột quỵ là vấn đề thời sự của các quốc gia trên thế giới do tỷ lệ tử vong, tàn phế cao, để lại gánh nặng cho gia đình và xã hội [9]. Thống kê toàn thế giới năm 2010 cho thấy có 15 triệu người bị đột quỵ trên thế giới mỗi năm, trong số đó gần 5 triệu người chết và 5 triệu người tàn phế lâu dài [16]. Nghiên cứu gánh nặng bệnh tật toàn cầu từ 1990-2013 cho thấy số người bị ảnh hưởng hoặc tàn phế do đột quỵ gia tăng ở cả nam và nữ ở tất cả các độ tuổi [14]. Ở Việt Nam, vào năm 2013, một nghiên cứu cắt ngang được tiến hành tại 8 tỉnh, thuộc 8 vùng sinh thái khác nhau trên 6167 đối tượng từ 18 tuổi trở lên cho thấy tỷ lệ hiện mắc đột quỵ chung là 1,62% [1]. Những bằng chứng này là căn cứ mạnh mẽ cho thấy cần tăng cường công tác dự phòng đột quỵ. Một nghiên cứu ca bệnh đối chứng trên 6000 cá thể tại nhiều quốc gia trên thế giới đã tìm thấy 10 YTNC, những cá thể có nguy cơ cao đột quỵ có thể can thiệp dự phòng hiệu quả [12], [13]. Do đó, xác định MĐNC đột quỵ và các yếu tố liên quan là cơ sở dữ liệu để có chiến lược dự phòng có hiệu quả cho cộng đồng; điều này là hết sức cần thiết mà nhiều quốc gia trên thế giới đã thực hiện. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài “Nghiên cứu mức độ nguy cơ đột quỵ và một số yếu tố liên quan đến mức độ nguy cơ cao ở người dân tỉnh Thừa Thiên Huế” với 2 mục tiêu: (1) Xác định mức độ nguy cơ đột quỵ của người dân từ 25 đến 84 tuổi ở tỉnh Thừa Thiên Huế và (2) Xác định một số yếu tố liên quan đến mức độ nguy cơ cao.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Thời gian nghiên cứu**: Nghiên cứu được tiến hành từ 05/2018-10/2018.

**2. Đối tượng nghiên cứu**: Người dân có độ tuổi từ 25-84 thuộc 4 vùng sinh thái của tỉnh Thừa Thiên Huế đồng ý tham gia nghiên cứu.

**3. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 1600 đối tượng. Sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên theo các vùng sinh thái. Chọn ngẫu nhiên 4 huyện, thành phố ở 4 vùng sinh thái: Thành phố, nông thôn, đầm phá ven biển và vùng núi; tại mỗi vùng sinh thái chọn ngẫu nhiên 400 người tuổi từ 25-84, đồng ý tham gia nghiên cứu để tiến hành nghiên cứu.

**4. Xác định một số biến số nghiên cứu:**

- Đánh giá MĐNC đột quy theo thang điểm Stroke RiskScore Card, được chia làm 3 mức: Nguy cơ cao: khi điểm  $\geq 3$  điểm; Nguy cơ trung bình: khi điểm 4-6 điểm; Nguy cơ thấp: khi điểm từ 6-8 điểm.

- Mức độ hút thuốc lá: Mức độ ít: khi hút ít hơn 10 điếu/ngày; trung bình: khi hút từ 10-19 điếu/ngày và mức độ nhiều: khi hút từ 20 điếu trở lên/ngày.

- Vận động thể lực có 3 mức: Cao: Vận động thể lực ở mức độ mạnh ít nhất 3 ngày/tuần; Trung bình: Hoạt động thể lực mức độ trung bình hoặc đi bộ ít nhất 30 phút mỗi ngày trong ít nhất 5 ngày/tuần và Thấp: Không đạt 2 tiêu chuẩn cao và trung bình.

- Thói quen sử dụng đồ uống có cồn: Uống bia rượu ở mức độ có hại: tiêu thụ trung bình  $\geq 60$  g cồn/ngày ở nam và  $\geq 40$  g cồn/ngày đối với nữ; Ở mức độ có nguy cơ cao: tiêu thụ trung bình khoảng 40-59,9g cồn/ngày ở nam và 20-39,9g cồn/ngày ở nữ. Uống bia rượu ở mức độ cho phép: nếu không thỏa mãn hai tiêu chuẩn trên.

- Chẩn đoán ĐTD: Theo Quyết định số 3280/QĐ-BYT ngày 09 tháng 9 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Chẩn đoán THA theo khuyến cáo của Hội Tim mạch quốc gia Việt Nam, về chẩn đoán và điều trị Tăng huyết áp 2018.

- RLLM: Đánh giá theo ATP III qua xét nghiệm bộ cholesterol máu Hội tim mạch học Việt Nam.

- BMI được đánh giá theo tiêu chuẩn của WHO dành cho các quốc gia Châu Á.

- Chẩn đoán rung nhĩ dựa vào điện tâm đồ: hình ảnh sóng P không rõ rệt và không theo quy luật. QRS không đều một cách không theo quy luật.

**5. Thu thập và phân tích số liệu:** Thu thập số liệu qua thăm khám và lấy máu để xét nghiệm và đo điện tim, phỏng vấn đối tượng với phiếu khám được thiết kế sẵn dựa theo bộ công cụ STEPS Việt Nam.

**6. Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 để phân tích, xử lý số liệu bao gồm: tính toán MĐNC đột quy, thống kê mô tả tần số, tỷ lệ % và phân tích hồi quy đa biến logistic để xác định các yếu tố liên quan đến nguy cơ đột quy.

**KẾT QUẢ**

**Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

	Đặc điểm	Số lượng (n=1600)	Tỷ lệ(%)
Tuổi	25-34	193	12,0
	35-44	239	14,9
	45-54	366	22,9
	55-64	388	24,3
	$\geq 65$	414	25,9

Giới	Nam	578	36,1
	Nữ	1022	63,9
Nghề nghiệp	Nông dân và lao động phổ thông	778	48,6
	Cán bộ công nhân viên	182	11,4
	Buôn bán	183	11,4
	Ở nhà/Nội trợ	281	17,6
	Hưu trí/Già	176	11,0
Trình độ học vấn	Mù chữ và tiểu học	690	43,1
	Trung học cơ sở và Trung học phổ thông	756	47,3
	Đại học và Sau đại học	154	9,6
Hôn nhân	Chưa kết hôn	59	3,7
	Đang kết hôn	1363	85,2
	Ly dị, ly thân, góa bụa	178	11,1
Kinh tế	Bình thường	1427	89,2
	Nghèo và cận nghèo	173	10,8

$\geq 65$  tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (25,9%), thấp nhất là từ 25-34 tuổi (12,0%). Nam chiếm 36,1% và nữ chiếm 63,9%. Gần 1/2 đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là nông dân và lao động phổ thông (48,6%), các nhóm nghề khác chiếm tỷ lệ tương đương. Đa số ĐTNC từ Trung học phổ thông trở xuống (90,4%), tỷ lệ Đại học và Sau đại học thấp (9,6%). Hầu hết ĐTNC đang sống cùng vợ/chồng (85,2%), tỷ lệ độc thân chỉ 3,7% và có tới 11,1% ly dị, ly thân và góa bụa. Đa số kinh tế hộ gia đình là bình thường (89,2%) và có 10,8% thuộc hộ nghèo và cận nghèo (10,8%).

**Bảng 2. Phân bố MĐNC đột quy hiện tại của đối tượng nghiên cứu**

Mức độ nguy cơ	Số lượng (n=1600)	Tỷ lệ (%)
Cao	162	10,1
Trung bình	349	21,8
Thấp	1089	68,1

10,1% có MĐNC cao; 21,8% mức độ trung bình và 68,1% ở mức độ thấp.

**Bảng 3. Mô hình hồi quy đa biến liên quan giữa đặc điểm dân số học**

		Yếu tố	OR	95% CI	p
Tuổi		25-34	1		
		35-44	1,72	0,70-4,21	0,236
		45-54	2,53	1,09-5,86	0,031
		55-64	3,49	1,49-8,17	0,004
		$\geq 65$	5,00	2,05-12,21	0,000
Giới tính		Nữ	1		
		Nam	2,49	1,71-3,62	0,000
Nghề nghiệp		Buôn bán	1		
		Nông dân và lao động phổ thông	0,75	0,38-1,48	0,413
		Cán bộ công nhân viên	2,32	1,03-5,19	0,042
		Ở nhà/Nội trợ	1,02	0,48-2,14	0,96
		Hưu trí/Già	0,84	0,38-1,85	0,67
Trình độ học vấn		Đại học và Sau đại học	1		
		Mù chữ và tiểu học	0,86	0,40-1,83	0,69
		Trung học cơ	0,66	0,34-1,29	0,23

	sở và Trung học phổ thông			
Hôn nhân	Chưa kết hôn	1		
	Đang kết hôn	1,48	0,51-4,34	0,47
	Ly dị, ly thân, góa bụa	1,72	0,54-5,49	0,36
Kinh tế	Bình thường	1		
	Nghèo và cận nghèo	1,58	0,96-2,60	0,07

Tuổi càng cao nguy cơ đột quỵ càng cao; từ 45-54, 55-64 và  $\geq 65$  có MĐNC đột quỵ hiện tại cao gấp nhiều lần so với nhóm tuổi 25-34 (2,53; 3,49 và 5,00). Nam có MĐNC cao đột quỵ hiện tại cao gấp 2,49 lần so với nữ. Cán bộ công nhân viên có MĐNC cao đột quỵ hiện tại cao hơn so với nhóm nghề khác 2,32 lần.

**Bảng 4.** Mô hình hồi quy đa biến liên quan giữa đặc điểm thói quen lối sống và MĐNC cao đột quỵ hiện tại

Yếu tố		OR	95% CI	p
Hút thuốc	Không hút	1		
	Hút mức độ ít	4,42	2,66-7,36	0,000
	Hút mức độ trung bình	4,76	2,87-7,91	0,000
	Hút mức độ nhiều	4,61	2,78-7,65	0,000
Vận động thể lực	Cao	1		
	Trung bình	1,09	0,69-1,73	0,716
	Thấp	2,29	1,53-3,44	0,000
Sử dụng đồ uống có cồn	Mức độ cho phép	1		
	Mức độ có nguy cơ và có hại	5,78	3,44-9,72	0,000

Hút thuốc ít, trung bình và nhiều có MĐNC cao đột quỵ hiện tại cao gấp lần lượt là 4,42; 4,76 và 4,61 lần so với không hút thuốc. Vận động thể lực thấp có MĐNC đột quỵ hiện tại cao gấp 2,29 lần so với vận động thể lực cao. Sử dụng đồ uống có cồn ở mức độ có nguy cơ và có hại có MĐNC cao đột quỵ hiện tại cao gấp 5,78 lần so với sử dụng ở mức độ cho phép.

**Bảng 5.** Mô hình hồi quy đa biến liên quan giữa đặc điểm tiền sử bệnh tật và MĐNC cao đột quỵ hiện tại

Yếu tố		OR	95% CI	p
Tiền sử gia đình đột quỵ	Không	1		
	Có	4,70	2,49-8,88	0,000
Tiền sử gia đình THA	Không	1		
	Có	1,12	0,71-1,77	0,626
Tiền sử bản thân THA	Không có tiền sử THA	1		
	Có tiền sử THA	3,00	2,13-4,25	0,000
Tiền sử bản thân ĐTD	Không có tiền sử ĐTD	1		
	Có tiền sử ĐTD	3,86	2,01-7,42	0,000
Tiền sử bản thân RLLM	Không có tiền sử RLLM	1		
	Có tiền sử RLLM	1,60	0,95-2,69	0,075

Tiền sử gia đình đột quỵ có MĐNC cao đột quỵ hiện tại cao gấp 4,7 lần so với không có tiền sử gia đình đột quỵ. Tiền sử bản thân THA, ĐTD có MĐNC cao đột quỵ hiện tại cao gấp lần lượt 3 và 3,86 lần so với không có tiền sử THA, ĐTD.

**Bảng 6.** Mô hình hồi quy đa biến liên quan giữa bệnh tật hiện tại và MĐNC cao đột quỵ hiện tại

Yếu tố		OR	95% CI	p
Đặc điểm THA	Huyết áp tối ưu	1		
	THA	8,77	3,93-19,58	0,000
	Tiền THA	4,16	1,74-9,95	0,001
Đặc điểm ĐTD	Bình thường	1		
	ĐTD	7,69	4,83-12,27	0,000
	Tiền ĐTD	0,82	0,45-1,49	0,518
Đặc điểm RLLM	Không	1		
	Có	2,02	1,24-3,30	0,005
BMI	Bình thường	1		
	Nhẹ cân	2,05	1,11-3,79	0,022
	Thừa cân và béo phì	3,51	2,31-5,32	0,000
Rung nhĩ	Không	1		
	Có	8,25	3,76-18,10	0,000
Suy tim	Không	1		
	Có	3,16	0,77-12,93	0,110
Đau thắt ngực	Không	1		
	Có	1,84	1,19-2,83	0,005
Bệnh lý van tim	Không	1		
	Có	1,15	0,41-3,19	0,792
Viêm khớp dạng thấp	Không	1		
	Có	0,97	0,54-1,74	0,91

THA và tiền THA tăng MĐNC cao đột quỵ hiện tại cao gấp lần lượt là 8,77 và 4,16 lần. ĐTD và RLLM tăng MĐNC cao đột quỵ hiện tại cao gấp lần lượt là 7,69 và 2,02 lần. Nhẹ cân và thừa cân béo phì tăng MĐNC cao đột quỵ hiện tại cao gấp lần lượt là 2,05 và 3,51 lần. Rung nhĩ và đau thắt ngực tăng MĐNC cao đột quỵ hiện tại cao gấp lần lượt là 8,25 và 1,84 lần.

**Bảng 7.** Mô hình hồi quy đa biến liên quan giữa hành vi tìm kiếm và sử dụng dịch vụ khám, điều trị YTNC và MĐNC cao đột quỵ hiện tại

Yếu tố		OR	95% CI	p
Kiểm tra THA trước đây	Có	1		
	Không	1,18	0,71-1,98	0,517
Khám định kỳ THA	Có	1		
	Không	3,17	2,17-4,62	0,000
Kiểm tra đường máu trước đây	Có	1		
	Không	1,21	0,78-1,86	0,394

Khám định kỳ ĐTD	Có	1		
	Không	3,65	1,87-7,11	0,000
Kiểm tra mỡ máu trước đây	Có	1		
	Không	1,55	1,01-2,39	0,045
Phát hiện THA	Không THA	1		
	THA đã biết	3,02	1,66-5,49	0,000
	THA mới phát hiện	4,31	2,58-7,22	0,000
Điều trị THA	Không THA	1		
	THA điều trị thường xuyên	7,23	3,38-15,46	0,000
	THA điều trị không thường xuyên	8,26	3,35-20,37	0,000
	THA không điều trị	4,31	2,58-7,22	0,000
Phát hiện ĐTD	Không ĐTD	1		
	ĐTD đã biết	4,06	0,73-22,57	0,109
	ĐTD mới phát hiện	10,18	6,00-17,25	0,000
Điều trị ĐTD	Không ĐTD	1		
	ĐTD điều trị thường xuyên	4,71	2,33-9,52	0,000
	ĐTD điều trị không thường xuyên	4,06	0,73-22,57	0,109
	ĐTD không điều trị	10,18	6,00-17,25	0,000
Phát hiện RLLM	Không RLLM	1		
	RLLPM đã biết	2,79	1,37-5,66	0,005
	RLLM mới phát hiện	1,99	1,27-3,16	0,003
Điều trị RLLM	Không RLLP	1		
	RLLM điều trị thường xuyên	2,91	1,11-7,62	0,030
	RLLM điều trị không thường xuyên	2,89	1,37-5,66	0,005
	RLLM không điều trị	1,99	1,27-3,16	0,003

Không khám định kỳ THA, ĐTD tăng MĐNC đột quy hiện tại lần lượt là 3,17 và 3,65 lần. Không kiểm tra mỡ máu tăng MĐNC đột quy hiện tại 1,55 lần. THA mới phát hiện và THA đã biết tăng lần lượt 4,31 và 3,02 lần MĐNC cao hiện tại. Điều trị THA hoặc không điều trị đều tăng MĐNC cao đột quy hiện tại từ 4,31-8,26 lần. ĐTD mới phát hiện tăng 10,18 lần MĐNC cao hiện tại. ĐTD điều trị thường xuyên và không điều trị tăng MĐNC đột quy hiện tại lần lượt 4,71 và 10,18 lần. RLLM đã biết hoặc mới phát hiện đều tăng MĐNC cao đột quy hiện tại từ 1,99-2,79 lần. RLLM điều trị hoặc không điều trị đều tăng MĐNC đột quy hiện tại từ 1,99-2,91 lần.

## BÀN LUẬN

MĐNC cao đột quy chiếm 10,1% dựa theo thang điểm Stroke RiskScore Card, là thang điểm để áp dụng trong cộng đồng để nhận ra MĐNC cho mỗi người, trên cơ sở này hướng dẫn cho người dân sử dụng để ước lượng MĐNC, thay đổi hành vi chăm sóc và tìm kiếm dịch vụ y tế [4].

Tuổi, giới tính và nghề nghiệp là các yếu tố liên quan đến MĐNC cao. Tuổi càng cao thì nguy cơ đột quy càng cao và nhóm tuổi  $\geq 65$  có MĐNC đột quy hiện tại cao nhất, cao gấp 5 lần so với nhóm tuổi 25-34. Nam có MĐNC cao đột quy hiện tại cao gấp 2,49 lần so với nữ. Báo cáo của Goldstein L. B. (2009), về dự phòng và điều trị đột quy theo hướng dẫn của AHA/ASA cho thấy rằng: Nếu xét ở từng nhóm tuổi, tần số đột quy của nam vẫn cao hơn nữ, ngoại trừ lứa tuổi 35-44 và  $>85$  thì tần số đột quy của nữ hơi cao hơn nam. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong do đột quy ở nữ cao hơn nam. Năm 1977, nữ giới có tỷ lệ tử vong do đột quy chiếm 60,8% [11]. Nhóm nghề nghiệp Cán bộ công nhân viên có những đặc điểm về thói quen lối sống, điều kiện công việc tĩnh tại, ít hoạt động thể lực, thói quen sử dụng rượu bia, thừa cân béo phì có MĐNC cao đột quy hiện tại cao hơn so với nhóm nghề khác 2,32 lần.

Thói quen lối sống liên quan đến nhiều bệnh lý không lây nhiễm nói chung và đột quy nói riêng. Mức độ hút thuốc ít, trung bình và nhiều có MĐNC cao đột quy hiện tại cao gấp lần lượt là 4,42; 4,76 và 4,61 lần so với không hút thuốc. Nguy cơ đột quy cao do hút thuốc lá đã được xác định qua công trình nghiên cứu của Hoàng Khánh [2], do đó điều quan trọng là cần bỏ thuốc lá. Vận động thể lực thấp có MĐNC cao đột quy hiện tại cao gấp 2,29 lần so với vận động thể lực cao. Nghiên cứu NHANES I đã chứng minh rằng ít vận động thể lực làm tăng nguy cơ đột quy và vận động thể lực thường xuyên có thể có ích trong việc ngăn ngừa đột quy ở cả hai giới [10]. Sử dụng rượu bia ở MĐNC cao và có hại tăng MĐNC cao đột quy hiện tại gấp 5,78 lần so với sử dụng ở mức độ cho phép. Bằng chứng cho thấy uống nhiều rượu có thể dẫn đến THA, tăng đông máu, giảm lưu lượng máu não, và khả năng rung nhĩ lớn hơn dẫn đến nguy cơ cao đột quy [7].

Tiền sử bản thân THA, ĐTD có MĐNC cao đột quy hiện tại cao gấp 3 và 3,86 lần so với không có tiền sử THA, ĐTD. Tiền sử gia đình đột quy có MĐNC cao đột quy hiện tại cao gấp 4,7 lần so với không có tiền sử gia đình đột quy. Nghiên cứu của Chauhan G. và Debette S. đã chứng minh yếu tố di truyền liên quan với nguy cơ mắc đột quy do thiếu máu cục bộ và xuất huyết [5].

Một số bệnh tật hiện tại và hành vi tìm kiếm sử dụng dịch vụ liên quan với nguy cơ đột quy hiện tại. Theo Hoàng Khánh và Ngô Kim Nhã, THA có mối tương quan liên tục và có mức độ với tăng nguy cơ bệnh mạch vành và đột quy [3]. Nghiên cứu ở Thừa Thiên Huế cho thấy THA và tiền THA tăng MĐNC cao đột quy hiện tại cao gấp lần lượt là 8,77 và 4,16 lần

so với nhóm bình thường. Một số vấn đề liên quan bệnh lý này trong cộng đồng được xác định là do người bệnh chưa từng được đo huyết áp hoặc đã biết THA trước đó nhưng không đi khám định kỳ, không điều trị thường xuyên và không điều trị. Điều này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu khác trên thế giới [6], [8]. ĐTD là YTNC bệnh tim mạch nói chung và đột quỵ nói riêng. Nghiên cứu của Turner R. C. và cộng sự đã cho thấy kiểm soát đường huyết cũng là cách hiệu quả để giảm nguy cơ đột quỵ [15]. Theo kết quả nghiên cứu ở Thừa Thiên Huế: ĐTD tăng MĐNC cao đột quỵ hiện tại cao gấp 7,69 lần. Cũng tương tự THA, một số vấn đề liên quan đến ĐTD trong cộng đồng được xác định là do người bệnh chưa từng được thử đường máu hoặc đã biết ĐTD trước đó nhưng không đi khám định kỳ, không điều trị thường xuyên và không điều trị. Rung nhĩ là YTNC quan trọng gây nên đột quỵ, làm gia tăng 8,25 lần MĐNC cao hiện tại. Cơ đau thắt ngực tăng nguy cơ đột quỵ hiện tại 1,84 lần. Sau 36 năm theo dõi ở Framingham cho thấy 80,8% tai biến do THA, 32,7% do bệnh mạch vành, 14,5% do suy tim, 14,5% do rung nhĩ và chỉ 13,6% không phải các bệnh trên [11]. Tại Huế, hẹp 2 lá chỉ phát hiện 2,35%; nhồi máu cơ tim 3,62%; rung nhĩ 4,16% ở thể NMN và tương ứng ở thể XHN là 0,28%; 0,57% và 0,57% [2].

Liên quan đến RLLM thì một số nghiên cứu đã tìm thấy mối quan hệ tích cực giữa nồng độ cholesterol toàn phần và Lipoprotein tỉ trọng thấp (LDL) với nguy cơ đột quỵ thiếu máu cục bộ [9], [14]; và nồng độ lipoprotein tỷ trọng cao (HDL) tăng có liên quan đến việc giảm nguy cơ đột quỵ thiếu máu cục bộ ở nam giới và phụ nữ, người cao tuổi, và giữa các nhóm chủng tộc và sắc tộc khác nhau [16]. Qua phân tích kết quả nghiên cứu ở Thừa Thiên Huế đã cho thấy RLLM là YTNC gia tăng MĐNC cao đột quỵ hiện tại kể cả nhóm đã phát hiện, nhóm mới phát hiện, được điều trị hay chưa được điều trị

#### KẾT LUẬN

MĐNC cao đột quỵ của người dân tuổi từ 25-84 tuổi là khá cao (10,1%), MĐNC trung bình là 21,8% và 68,1% ở MĐNC thấp.

Một số yếu tố liên quan đến MĐNC cao đột quỵ:

Tuổi, giới, nghề nghiệp liên quan đến MĐNC đột quỵ, trong đó tuổi càng cao nguy cơ đột quỵ càng cao; Nam có MĐNC cao đột quỵ hiện tại cao gấp 2,49 lần (1,71-3,62) so với nữ. Nghề nghiệp là cán bộ công chức có MĐNC cao đột quỵ hiện tại cao hơn so với nhóm nghề khác 2,32 lần (1,03-5,19).

Hút thuốc liên quan đến MĐNC cao đột quỵ. Mức độ hút thuốc ít, trung bình và nhiều có MĐNC cao đột quỵ cao so với không hút thuốc.

Vận động thể lực có liên quan đến MĐNC cao đột quỵ. Vận động thể lực thấp có MĐNC cao đột quỵ cao hơn so với vận động thể lực cao.

Sử dụng đồ uống có cồn có liên quan đến MĐNC cao đột quỵ, sử dụng đồ uống có cồn MĐNC và có hại có MĐNC cao đột quỵ cao so với sử dụng ở mức độ cho phép.

Tiền sử gia đình đột quỵ, tiền sử bản thân THA và ĐTD có MĐNC cao đột quỵ cao so với nhóm không có tiền sử.

Đối tượng có THA và tiền THA, ĐTD, RLLM, rung nhĩ, có cơn đau thắt ngực và thừa cân béo phì làm tăng MĐNC cao đột quỵ.

Về hành vi tìm kiếm và sử dụng dịch vụ: Nhóm không khám THA, không khám ĐTD định kỳ, không kiểm tra mỡ máu, gia tăng MĐNC đột quỵ.

Nhóm đối tượng có THA mới phát hiện, và đã biết trước đó, có điều trị hoặc không điều trị đều tăng MĐNC cao.

Nhóm đối tượng bị ĐTD mới phát hiện, điều trị thường xuyên hoặc không điều trị đều tăng MĐNC cao đột quỵ.

Nhóm bị RLLM đã biết hoặc mới phát hiện, được điều trị hoặc không điều trị đều tăng MĐNC đột quỵ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Hương, Dương Thị Phượng và cộng sự (2016), "Tỷ lệ mắc đột quỵ tại 8 tỉnh thuộc 8 vùng sinh thái Việt Nam năm 2013-2014 và một số yếu tố liên quan", Tạp chí Nghiên cứu Y học. 104(6).

2. Hoàng Khánh (1997), "Tìm hiểu các yếu tố nguy cơ gây tai biến mạch máu não ở người lớn tại Huế", NC và TTYH. (1), tr. 63-68.

3. Hoàng Khánh, Ngô Kim Nhã (2009), "Đánh giá sự phối hợp các yếu tố nguy cơ liên quan đến thể tai biến mạch máu não hệ cảnh", Tạp chí Y học Việt Nam. (3), tr. 391-398.

4. Chamnan P., et al (2018), "Derivation and Validation of Simple Stroke Risk Score in a Thai Population", Circulation. 136, p. A21329.

5. Chauhan G., Debette S. (2016), "Genetic Risk Factors for Ischemic and Hemorrhagic Stroke", Curr Cardiol Rep. 18(12), p. 124.

6. Chobanian A. V., et al (2003), "The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report", Jama. 289(19), pp. 2560-2572.

7. Djousse L., et al (2004), "Long-term alcohol consumption and the risk of atrial fibrillation in the Framingham Study", Am J Cardiol. 93(6), pp. 710-713.

8. Douglas J. G., et al (2003), "Management of high blood pressure in African Americans: consensus statement of the Hypertension in African Americans Working Group of the International Society on Hypertension in Blacks", Arch Intern Med. 163(5), pp. 525-541.

9. Feigin V. L., Norrving B. and Mensah G. A. (2017), "Global Burden of Stroke", Circ Res. 120(3), pp. 439-448.

10. Gillum R. F., Mussolino M. E. and Ingram D. D. (1996), "Physical activity and stroke incidence in women and men. The NHANES I Epidemiologic Follow-up Study", Am J Epidemiol. 143(9), pp. 860-869.

11. Goldstein L. B. (2009), A primer on stroke prevention, treatment: an overview based on AHA/ASA Guidelines.

12. Jeon M. Y., Jeong H. (2015), "Effects of a Stroke Primary Prevention Program on Risk Factors for At-Home Elderly", *Med Sci Monit.* 21, pp. 3696-3703.

13. Meschia J. F., et al (2014), "Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association", *Stroke.* 45(12), pp. 3754-3832.

14. Pongvarin N. (1998), "Stroke in the developing world", *Lancet.* 352 Suppl 3, pp. Siii19-22.

15. Turner R. C., et al (1999), "Glycemic control with diet, sulfonylurea, metformin, or insulin in patients with type 2 diabetes mellitus: progressive requirement for multiple therapies (UKPDS 49). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group", *Jama.* 281(21), pp. 2005-2012.

16. World Health Organization (2002), *The World Health Report 2002.*