

của đầu mũi. Kỹ thuật này không chỉ cho phép nâng đỡ chóp mũi ổn định mà còn làm cho chóp mũi mềm mại và linh hoạt do tính đàn hồi của sụn vành tai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jin HR, Won TB (2016). Rhinoplasty in the Asian patient. Clin Plast Surg 43(1):265–279.
2. You J, Wu L, Xu Y, Fan F, Wang H (2021). Comma-shaped columellar strut for nasal tip plasty in East Asian Rhinoplasty. Aesthetic Plast Surg 45(1):244–251.
3. Kim EK, Daniel RK (2012). Operative techniques in asianrhinoplasty. Aesthet Surg J 32:1018–1030.
4. Toriumi DM, Swartout B (2007) Asian rhinoplasty. Facial Plast Surg Clin North Am 15(3):293–307.
5. Li D, An Y, Yang X (2016). An overview of Asian rhinoplasty. Ann Plast Surg 77(Suppl 1):S22–24.
6. Tham C, Lai YL, Weng CJ, Chen YR (2005). Silicone augmentation rhinoplasty in an oriental population. Ann Plast Surg. <https://doi.org/10.1097/01.sap.0000141947.00927.49>
7. Lee MJ, Song HM (2015). Asian rhinoplasty with rib cartilage. Semin Plast Surg. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1564815>
8. Kim M, Choi J, Kim M et al (2014). An Introduction to the septal extension graft. Arch Plast Surg. <https://doi.org/10.5999/aps.2014.41.1.29>
9. Hwang NH, Dhong ES (2018). Septal extension graft in asianrhinoplasty. Facial Plast Surg Clin North Am 26:331–341.
10. Park JH, Jin HR (2012). Use of autologous costal cartilage in Asian rhinoplasty. Plast Reconstr Surg 130(6):1338–1348.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH NHỒI MÁU NÃO Ở BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG ĐA NĂM 2024

Nguyễn Thị Ngọc Bích¹, Nguyễn Tuấn Minh¹,
Nguyễn Hải Phương¹, Văn Thị Thảo¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm các thành phần hội chứng chuyển hóa và phân tích mối liên quan giữa các thành phần trong hội chứng chuyển hóa với bệnh nhồi máu não. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 65 bệnh nhân nhồi máu não có hội chứng chuyển hóa được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Đa từ tháng 4/2024 đến tháng 10/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ của các thành phần HCCH: Tăng huyết áp tâm thu ≥ 130 mmHg (87,7%), tăng huyết áp tâm trương ≥ 85 mmHg (84,6%) và tăng triglycerid (72,3%) chiếm tỷ lệ cao. Tỷ lệ phân bố số lượng thành phần HCCH: 3 thành phần 49,2%, 4 thành phần 33,9% và 5 thành phần 16,9%. Ba thành phần được cấu tạo gồm tăng huyết áp + tăng đường máu + tăng vòng bụng chiếm tỷ lệ cao nhất. Bốn thành phần được cấu tạo từ tăng huyết áp + tăng đường máu + tăng triglyceride máu + HDL – C máu thấp là thường gặp nhất (18,5%). Có mối liên quan giữa HDL – C máu thấp, số lượng thành phần HCCH với tiền sử NMN. Có mối liên quan giữa tăng đường máu đói, số lượng thành phần HCCH với mức độ lâm sàng (NIHSS ≥ 5), kích thước ổ nhồi máu lớn ($p < 0,05$). **Kết luận:** Thành phần (tăng đường máu đói) và sự gia tăng số lượng thành phần hội chứng chuyển hóa là yếu tố nguy cơ của nhồi máu não nghiêm trọng hơn. **Từ khóa:** Nhồi máu não, hội chứng chuyển hóa,

SUMMARY

CLINICAL FEATURES, IMAGING OF CEREBRAL INFARCTION IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME AT DONG DA GENERAL HOSPITAL IN 2024

Objective: The aim of this study is to describe the characteristics of metabolic syndrome components. And analyze the relationship between components of metabolic syndrome and ischemic stroke. **Subjects and methods:** This is a cross-sectional study of 65 patients with ischemic stroke who had metabolic syndrome treated at Dong Da General Hospital from April 2024 to October 2024. **Results:** The rate of metabolic syndrome components were high: Systolic hypertension ≥ 130 mmHg (87,7%), diastolic hypertension ≥ 85 mmHg (84,6%), increased triglyceride (72,3%). The rate of number of metabolic syndrome components: 3 components 49,2%, 4 components 33,9% và 5 components 16,9%. The three components composed of hypertension + hyperglycemia + increased waist circumference had the highest ratio. The most common structure of four components was hypertension + hyperglycemia + increased triglycerid + low blood HDL – C (18.5%). There is a relationship between low blood HDL-C, the number of metabolic syndrome components and clinical severity (NIHSS ≥ 5), large infarct size ($p < 0,05$). **Conclusions:** The one of components (fasting hyperglycemia) and increase in the number of metabolic syndrome components are risk factors for more severe ischemic stroke.

Keywords: ischemic stroke, metabolic syndrome

¹Bệnh viện Đa khoa Đồng Đa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Bích

Email: baolam109@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não (NMN) là do giảm lưu lượng máu não khu vực kéo dài quá thời gian nhất định. Theo một phân tích có hệ thống nghiên cứu gánh nặng bệnh tật toàn cầu năm 2019 cho thấy có 7,63 triệu người bị NMN và 3,29 triệu người tử vong do NMN.¹

Trong những năm gần đây, hội chứng chuyển hóa (HCCH) có xu hướng ngày càng gia tăng. Đây là một bệnh rối loạn chuyển hóa quan trọng gây gánh nặng đáng kể cho hệ thống sức khỏe toàn cầu. Tại Việt Nam, các nghiên cứu tìm hiểu mối liên quan giữa HCCH và các thành phần của HCCH tác động lên diễn biến của bệnh nhân NMN trên phương diện lâm sàng, hình ảnh học còn hạn chế. Vì vậy mà chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm: Mô tả đặc điểm các thành phần hội chứng chuyển hóa và phân tích mối liên quan giữa các thành phần trong hội chứng chuyển hóa với bệnh nhồi máu não.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là nhồi máu não có hội chứng chuyển hóa tại Khoa Lão, Hồi sức – tích cực Bệnh viện Đa khoa Đồng Đa từ tháng 04/2024 đến tháng 10/2024.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

+ Được chẩn đoán xác định nhồi máu não dựa trên định nghĩa đột quỵ não của Tổ chức Y tế Thế giới (1989) và chụp cắt lớp vi tính/cộng hưởng từ sọ não có hình ảnh NMN vị trí tương ứng với triệu chứng trên lâm sàng trong thời gian 07 ngày kể từ khi có triệu chứng khởi phát.

+ Được chẩn đoán hội chứng chuyển hóa theo tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH năm 2009 được sự thống nhất nhiều hiệp hội bao gồm: Liên đoàn đái tháo đường quốc tế (IDF), Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA), Hiệp hội Tim, Phổi và Mạch máu quốc tế (NHLBI), xác định khi có 3/5 tiêu chuẩn: (1). Tăng huyết áp $\geq 130/85$ mmHg hoặc đã điều trị tăng huyết áp được chẩn đoán trước đó. (2). Tăng glucose máu tĩnh mạch lúc đói: ≥ 100 mg/dl ($\geq 5,6$ mmol/l) hoặc đái tháo đường type 2 được chẩn đoán trước đó. (3). Tăng triglycerid máu ≥ 150 mg/dl ($\geq 1,69$ mmol/l) hay điều trị đặc hiệu rối loạn lipid này. (4). Giảm HDL – Cholesterol máu < 40 mg/dl ($1,03$ mmol/l) đối với nam, < 50 mg/dl ($< 1,29$ mmol/l) đối với nữ hoặc có điều trị đặc hiệu rối loạn lipid này. (5). Tăng vòng bụng (béo bụng hoặc béo phì dạng nam): Vòng bụng ≥ 90 cm đối với nam, ≥ 80 cm đối với nữ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** NMN do tắc mạch nguyên nhân từ tim, có bệnh lý nội khoa nặng,

có bệnh lý sọ não khác...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

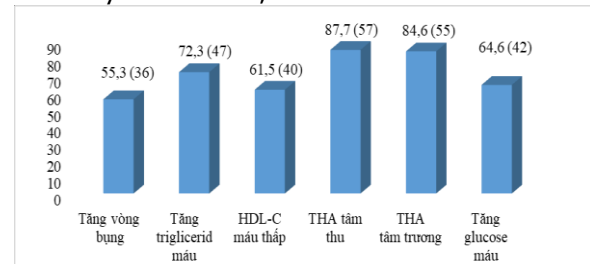
- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Những bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn và loại trừ sẽ được hỏi, thăm khám, các xét nghiệm cận lâm sàng để mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học NMN và đánh giá mối liên quan với các thành phần HCCH.

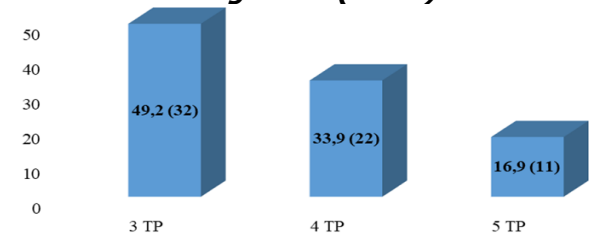
2.3. Xử lý số liệu. Xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 20.0; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 65 bệnh nhân tham gia nghiên cứu các đặc điểm về thành phần cấu tạo HCCH được trình bày biểu đồ 3.1, 3.2 và 3.3

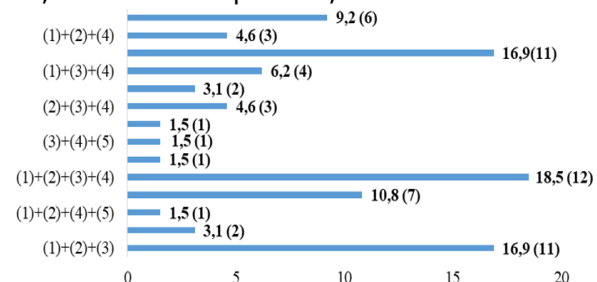


Biểu đồ 3.1. Phân bố tỷ lệ các thành phần trong HCCH (N=65)



Biểu đồ 3.2. Phân bố tỷ lệ số lượng thành phần HCCH (N=65)

Nhận xét: Tỷ lệ tăng huyết áp tâm thu ≥ 130 mmHg (87,7%), tăng huyết áp tâm trương ≥ 85 mmHg (84,6%) và tăng triglycerid (72,3%) chiếm tỷ lệ cao. Tỷ lệ phân bố số lượng thành phần HCCH: 3 thành phần 49,2%, 4 thành phần 33,9% và 5 thành phần 16,9%.



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ kết hợp các thành phần trong HCCH

Nhận xét: Bệnh nhân HCCH có ba thành phần được cấu tạo gồm tăng huyết áp + tăng đường máu + vòng bụng chiếm tỷ lệ cao nhất 16,9%. Bệnh nhân HCCH bốn thành phần được cấu tạo từ tăng huyết áp + tăng đường máu +

tăng triglyceride máu + HDL – C máu thấp là thường gặp nhất (18.5%)

Mối liên quan giữa các thành phần HCCH và bệnh nhồi máu não trình bày bằng bảng 3.1;3.2;3.3.

Bảng 3.1. Liên quan giữa tiền sử nhồi máu não và các thành phần HCCH (N=65)

TP HCCH	TS NMN	Có	Không	p	OR
Tăng đường máu	Có	13 (31%)	29 (69%)	>0,05	1,614
	Không	5 (21,7%)	18 (78,3%)		
THA tâm thu	Có	16 (28,1%)	41 (71,9%)	>0,05	1,171
	Không	2 (25%)	6 (75%)		
THA tâm trương	Có	16 (29,1%)	39 (70,9%)	>0,05	1,641
	Không	2 (20%)	8 (80%)		
Tăng triglyceride máu	Có	16 (34%)	31(66%)	>0,05	4,129
	Không	2 (11,1%)	16 (88,9%)		
HDL – C máu thấp	Có	15 (37,5%)	25 (62,5%)	<0,05	4,4
	Không	3 (12%)	22 (88%)		
Tăng vòng bụng	Có	11 (30,6%)	25 (69,4%)	>0,05	1,383
	Không	7 (24,1%)	22 (75,9%)		
3 thành phần HCCH		3 (9,4%)	29 (90,6%)	<0,05	
4 thành phần HCCH		8 (36,4%)	14 (63,6%)		
5 thành phần HCCH		7 (63,6%)	4 (36,4%)		

Nhận xét: Tỷ lệ có tiền sử NMN ở nhóm có HDL – C máu thấp cao hơn ở nhóm không có các thành phần này ($p < 0,05$; OR: 4,4). Tỷ lệ tiền sử NMN tăng theo số lượng thành phần HCCH ở nhóm ba thành phần, bốn thành phần và năm thành phần HCCH có tỷ lệ lần lượt là 9,4%, 36,4% và 63,6% ($p < 0,05$).

Bảng 3.3. Liên quan giữa mức độ lâm sàng theo thang điểm NIHSS và các thành phần HCCH (N=65)

TP HCCH	MĐ Lâm sàng	NIHSS ≥ 5	NIHSS < 5	P	OR
Tăng đường máu	Có	33 (78,6%)	9 (21,4%)	<0,05	6,875
	Không	8 (34,8%)	15 (65,2%)		
THA tâm thu	Có	36 (63,2%)	21 (36,8%)	>0,05	1,029
	Không	5 (62,5%)	3 (37,5%)		
THA tâm trương	Có	35 (63,6%)	20 (36,4%)	>0,05	1,167
	Không	6 (60%)	4 (40%)		
Tăng triglyceride máu	Có	28 (59,6%)	19 (40,4%)	>0,05	0,567
	Không	13 (72,2%)	5 (27,8%)		
HDL – C máu thấp	Có	28 (70%)	12 (30%)	>0,05	2,154
	Không	13 (52%)	12 (48%)		
Tăng vòng bụng	Có	24 (66,7%)	12 (33,3%)	>0,05	1,412
	Không	17 (58,6%)	12 (41,4%)		
3 thành phần HCCH		16 (50%)	16 (50%)	<0,05	
4 thành phần HCCH		16 (72,7%)	6 (27,3%)		
5 thành phần HCCH		9 (81,8%)	2 (18,2%)		

Nhận xét: Sự có mặt của tăng đường máu đối làm tăng nguy cơ mức độ lâm sàng nặng 6,875 lần ($p < 0,05$). Mức độ lâm sàng từ trung bình trở lên gặp ở bệnh nhân có 5 thành phần HCCH (81,8%), tỷ lệ ở nhóm 4 thành phần và 3 thành phần lần lượt là 72,7%, 50%. ($p < 0,05$).

Bảng 3.3. Liên quan giữa kích thước ổ nhồi máu não với các TP HCCH (N=65)

TP HCCH	KT Ổ NM	≥ 50	< 50	P	OR
Tăng đường máu	Có	12 (28,6%)	30 (71,4%)	<0,05	8,8
	Không	1 (4,3%)	22 (95,7%)		

THA tâm thu	Có	12 (21,1%)	45 (78,9%)	>0,05	1,867
	Không	1 (12,7%)	7 (87,5%)		
THA tâm trương	Có	11 (20%)	44 (80%)	>0,05	1
	Không	2 (20%)	8 (80%)		
Tăng triglyceride máu	Có	11 (23,4%)	36 (76,6%)	>0,05	2,444
	Không	2 (11,1%)	16 (88,9%)		
HDL – C máu thấp	Có	11 (27,5%)	29 (72,5%)	>0,05	4,362
	Không	2 (8%)	23 (92%)		
Tăng vòng bụng	Có	8 (22,2%)	23 (77,8%)	>0,05	1,371
	Không	5 (17,2%)	24 (82,8%)		
3 thành phần HCCH		3 (9,4%)	29 (82,8%)	<0,001	
4 thành phần HCCH		3 (13,6%)	19 (86,4%)		
5 thành phần HCCH		7 (63,6%)	4 (36,4%)		

Nhận xét: Tăng glucose máu đôi làm gia tăng đáng kể ổ nhồi máu lớn ($p < 0,05$; OR: 8,8). Tỷ lệ kích thước ổ nhồi máu $\geq 50\text{mm}$ ở nhóm 3 thành phần, 4 thành phần, 5 thành phần lần lượt là 9,4%, 13,6% và 63,6% ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm các thành phần cấu tạo HCCH. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ các thành phần trong HCCH chiếm tỷ lệ cao là THA tâm thu, THA tâm trương, tăng triglycerid và tăng đường máu. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Wang GS và cs (2013)¹. Một số nghiên cứu khác lại có sự gia tăng tỷ lệ của thành phần tăng vòng bụng và HDL – C máu thấp. Như vậy, tỷ lệ các thành phần trong HCCH có thể khác nhau trong các nghiên cứu nhưng tỷ lệ các thành phần đều cao hơn ở nhóm không có HCCH.

Kết quả của chúng tôi cũng tương tự các nghiên cứu đã công bố có tỷ lệ 3 thành phần HCCH là nhiều nhất (49,2%) và tỷ lệ 5 thành phần là ít nhất (16,9%), tỷ lệ 4 thành phần là 33,9%. Wang GS và cs (2013) có tỷ lệ 3 thành phần HCCH chiếm đa số (77,2%), 4 thành phần (18,4%) và 5 thành phần chỉ có 4%.¹ Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi dạng ba thành phần, bốn thành phần thường gặp là tăng huyết áp + tăng đường máu + tăng vòng bụng, tăng huyết áp + tăng đường máu + tăng triglyceride máu + giảm HDL – C. Sự phân bố tỷ lệ, kết hợp của các thành phần trong HCCH là khác nhau ở các nghiên cứu do xu hướng gia tăng các thành phần trong HCCH cũng là khác nhau ở các Quốc Gia, chủng tộc, giới. Việc áp dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH khác nhau cũng có thể dẫn đến sự khác nhau này.

4.2. Môi liên quan giữa các thành phần trong HCCH với bệnh NMN

4.2.1. Liên quan giữa tiền sử nhồi máu não và các thành phần HCCH. Tỷ lệ tiền sử NMN ở nhóm HDL – C máu thấp là 37,5% cao hơn đáng kể so với nhóm còn lại 12%. Tỷ lệ

bệnh nhân vào viện lần này vì NMN tái phát cũng gia tăng theo số lượng thành phần của HCCH. Điều này có nghĩa là có mối liên quan giữa thành phần HDL – C máu thấp và số lượng thành phần HCCH với tiền sử nhồi máu não hay sự tái phát của NMN trong đối tượng nghiên cứu.

HCCH đã được chứng minh không chỉ là yếu tố nguy cơ độc lập của nhồi máu não mà còn được cho là có sự liên quan đến việc tái phát nhồi máu não. Phân tích trên gần 60.000 bệnh nhân hơn 60 tuổi cho thấy HCCH và một số thành phần của nó (HDL-C máu thấp và số lượng các thành phần của hội chứng chuyển hóa) có liên quan đáng kể đến tái phát ĐQN.² Bảng chứng gần đây cho thấy rằng HDL-C máu thấp hơn có thể làm xấu đi quá trình xơ vữa động mạch bằng cách thúc đẩy tình trạng viêm và tiến triển từ tổn thương cận lâm sàng đến biểu hiện lâm sàng. Các nghiên cứu đã chứng minh xu hướng nguy cơ ĐQN cao hơn với HDL-C thấp hơn và ủng hộ HDL-C như một yếu tố nguy cơ ĐQN quan trọng có thể điều chỉnh được. Việc kiểm soát tốt nồng độ HDL – C giúp giảm nguy cơ ĐQN tái phát.³ Bản thân các thành phần riêng lẻ của HCCH cũng đều có thể được coi là yếu tố nguy cơ của NMN và sự tái phát của NMN. Sự cộng gộp của các thành phần làm gia tăng sự xuất hiện đối tượng nhập viện lần này vì NMN tái phát.

4.2.2. Liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học sọ não và các thành phần HCCH. Khi phân tích mối liên quan giữa mức độ lâm sàng theo thang điểm NIHSS (NIHSS ≥ 5) thu được kết quả tăng đường máu đói và gia tăng số lượng thành phần HCCH làm tăng nguy cơ mức độ lâm sàng nặng hơn. Các nghiên cứu được công bố đã chứng minh sự liên quan và vai trò của các thành phần cũng như số lượng cấu thành của HCCH trong việc ảnh hưởng lâm sàng cũng như tiên lượng kết cục của bệnh nhân NMN. Tăng đường máu khi nhập viện có liên quan đến kết quả lâm sàng xấu hơn.⁴

Broocks G và cs (2020) đã kết luận mức đường máu cao hơn có liên quan đến tình trạng phù não sớm gia tăng và kết quả lâm sàng kém.⁵ Cơ chế của việc tăng đường máu đối tác động đến lâm sàng của NMN có thể giải thích do đường máu cao có ảnh hưởng đến sự cân bằng giữa hệ thống đông máu và tiêu sợi huyết dẫn đến suy giảm khả năng tái thông. Hơn nữa nồng độ đường máu cao cũng làm giảm lưu lượng máu não và tái tưới máu tại vị trí nhồi máu. Thêm một nguyên nhân nữa, tăng đường máu có thể dẫn đến rối loạn thần kinh nội tiết, phản ứng viêm, phá vỡ hàng rào máu-não và tổn thương do tái tưới máu. Số lượng thành phần HCCH gia tăng tỷ lệ thuận với tình trạng lâm sàng nặng nề hơn của NMN. Zhang X và cs (2015) chỉ ra rằng suy giảm thần kinh sớm có liên quan tích cực đến sự tích tụ của các thành phần HCCH và mối quan hệ này độc lập với các chất trung gian gây viêm.⁶ Tình trạng lâm sàng xấu hơn gia tăng đáng kể khi số lượng các thành phần HCCH tăng lên. Cứ thêm một thành phần HCCH tỷ lệ mức độ lâm sàng nặng hơn (NIHSS ≥ 5) sẽ gia tăng đáng kể. HCCH liên quan đến trạng thái tiền viêm, suy giảm khả năng tiêu sợi huyết nội sinh, rối loạn các chức năng nội mô. Từ đó góp phần làm suy giảm chức năng thần kinh ở bệnh nhân NMN.⁶

4.2.3. Liên quan giữa kích thước ổ nhồi máu lớn và các thành phần HCCH. Chúng tôi tìm được mối liên quan giữa tăng glucose máu đói và kích thước ổ nhồi máu lớn. Khi có sự xuất hiện của tăng glucose máu đói làm tăng nguy cơ của kích thước ổ nhồi máu lớn từ 50 mm trở lên 8,8 lần so với nhóm glucose < 5,6 mmol/L. Hơn nữa cứ tăng một thành phần HCCH thì tỷ lệ ổ nhồi máu lớn gia tăng đáng kể ($p < 0,05$). Tăng glucose máu đã được tìm thấy có mối liên quan độc lập với thể tích ổ nhồi máu. Nghiên cứu trên 375 bệnh nhân NMN cấp cho thấy nồng độ glucose đường như ảnh hưởng đến tăng trưởng thể tích vùng nhồi máu đặc biệt ở những bệnh nhân NMN không mắc đái tháo đường.⁷

Kết quả của chúng tôi cũng tìm thấy mối tương quan tỷ lệ thuận giữa kích thước ổ nhồi máu lớn và số lượng thành phần HCCH. Tỷ lệ ổ nhồi máu lớn chiếm ưu thế rõ rệt ở nhóm đối tượng 5 thành phần (63,6%) trong khi chỉ gặp 9,4% ổ nhồi máu lớn ở nhóm đối tượng 3 thành phần. Điều này cũng phù hợp với lâm sàng khi mức độ nghiêm trọng của NMN gia tăng cùng với số lượng thành phần HCCH. Hơn nữa, NMN diện rộng trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi cũng gặp chủ yếu ở nhóm 5 thành phần. Tỷ lệ nhồi

máu não diện rộng giảm dần ở nhóm 4 thành phần và 3 thành phần HCCH.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ các thành phần trong HCCH là THA tâm thu (87,7%), THA tâm trương (84,6%), tăng triglyceride máu (72,3%), tăng glucose máu (64,6%), HDL – C máu thấp (61,5%), tăng vòng bụng (55,3%). Ba thành phần chiếm tỷ lệ cao nhất 49,2%, bốn thành phần 33,9%, năm thành phần 16,9%.

- Có mối liên quan giữa HDL – C máu thấp với tiền sử nhồi máu não ($p < 0,05$; OR: 4,4).

- Có mối liên quan giữa tăng đường máu đói với mức độ lâm sàng (NIHSS ≥ 5) ($p < 0,05$; OR: 6,875), kích thước ổ nhồi máu lớn ($p < 0,05$; OR: 8,8).

- Có sự liên quan giữa tiền sử NMN, mức độ lâm sàng, kích thước ổ nhồi máu lớn với số lượng thành phần HCCH ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wang GS, Tong DM, Chen XD, Yang TH, Zhou YT, Ma XB. Metabolic Syndrome Is a Strong Risk Factor for Minor Ischemic Stroke and Subsequent Vascular Events. PLoS One. 2016;11(8): e0156243. doi:10.1371/journal.pone.0156243.
2. Zhang F, Liu L, Zhang C, Ji S, Mei Z, Li T. Association of Metabolic Syndrome and Its Components with Risk of Stroke Recurrence and Mortality: A Meta-analysis. Neurology. 2021; 97(7): e695-e705 doi:10.1212/WNL.00000000000012415.
3. Demarin V, Lisak M, Morović S, Cengić T. Low high-density lipoprotein cholesterol as the possible risk factor for stroke. Acta Clin Croat. 2010;49(4):429-439
4. Gofir A, Mulyono B, Sutarni S. Hyperglycemia as a prognosis predictor of length of stay and functional outcomes in patients with acute ischemic stroke. Int J Neurosci. 2017;127(10):923-929. doi:10.1080/00207454.2017.1280793
5. Broocks G, Kemmling A, Aberle J, et al. Elevated blood glucose is associated with aggravated brain edema in acute stroke. J Neurol. 2020;267(2):440-448. doi:10.1007/s00415-019-09601-9
6. Zhang X, Sun Z, Ding C, et al. Metabolic Syndrome Augments the Risk of Early Neurological Deterioration in Acute Ischemic Stroke Patients Independent of Inflammatory Mediators: A Hospital-Based Prospective Study. Oxid Med Cell Longev. 2016;2016:8346301. doi:10.1155/2016/8346301
7. Shimoyama T, Kimura K, Uemura J, Saji N, Shibazaki K. Elevated glucose level adversely affects infarct volume growth and neurological deterioration in non-diabetic stroke patients, but not diabetic stroke patients. Eur J Neurol. 2014;21(3):402-410. doi:10.1111/ene.12280

HIỆU QUẢ CAN THIỆP CỦA LIỆU PHÁP SÓNG XUNG KÍCH NGOÀI CƠ THỂ TRÊN ĐIỂM ĐAU CỦA CƠ THANG BÓ TRÊN TRONG THỜI GIAN 05 TUẦN

Huỳnh Văn Phát¹, Nguyễn Thị Ly Châu², Nguyễn Thị Hương¹,
Trần Thị Diệp¹, Nguyễn Hữu Thu Uyên¹, Nguyễn Thế Minh Hùng¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Cột sống cổ là một trong những vùng có cấu tạo khá phức tạp với nhiều thành phần nhỏ tạo nên một phức hợp và thực hiện nhiều chức năng quan trọng trong cơ thể người. Các vấn đề ở vùng cổ có thể ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của mỗi cá nhân, đến khả năng thực hiện các hoạt động và công việc hàng ngày của họ. Những điểm đau thường xuất hiện ở vùng cổ lan xuống bả vai, cánh tay gây ra sự khó chịu và ảnh hưởng tới chức năng của người bệnh. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng các điểm đau xuất hiện nhiều dọc theo các dây cơ của cơ thang bó trên, một trong ba cơ của khối cơ thang lớn chạy dọc theo cột sống cổ xuống bả vai và cột sống ngực. Hội chứng đau cân cơ (Myofascia Pain Syndrome) có thể xảy ra ở cơ thang khi có sự căng thẳng quá mức hoặc sự phát triển của các điểm kích hoạt (trigger point) trong cân cơ. Điều này có thể dẫn đến đau cục bộ, và hạn chế phạm vi chuyển động ở cơ bị ảnh hưởng. Trong Vật lý trị liệu, có nhiều biện pháp can thiệp trên các điểm đau này để cải thiện tình trạng đau như: kéo giãn, di động mô mềm, siêu âm, laser hoặc sử dụng sóng xung kích. Trên các điểm đau của cơ thang bó trên, nhiều nghiên cứu trên thế giới ứng dụng sóng xung kích như một phương pháp điều trị tiềm năng cho hội chứng đau cân cơ, nhằm vào các điểm kích hoạt và vùng căng cơ để giảm đau và cải thiện chức năng cơ. Tại Việt Nam, sóng xung kích trong Vật lý trị liệu đã được sử dụng rộng rãi tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu tại Việt Nam đánh giá tính hiệu quả của nó trên các đối tượng trong nước chủ yếu dựa vào các chứng cứ y học của nước ngoài. Chính từ lý do trên, nhóm nghiên cứu mong muốn tìm kiếm tính hiệu quả của sóng xung kích trong việc cải thiện các điểm đau trên cơ mà cụ thể ở đây là điểm đau trên cơ thang bó trên ở các đối tượng có các vấn đề tại vùng cổ vai. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của sóng xung kích ngoài cơ thể trên các điểm đau của cơ thang bó trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực nghiệm lâm sàng được sử dụng trên các đối tượng có các khiếm khuyết vùng cổ vai và có điểm đau trên cơ thang bó trên. Nghiên cứu ghi nhận các thông tin về đặc điểm dân số xã hội, tình trạng bệnh, ngưỡng áp suất đau qua bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp và công cụ đánh giá đau. Kiểm định t-test, Mann - Whitney, ANOVA phân tích các biến số nhằm tìm hiểu mức độ liên quan và ý nghĩa thống kê của các biến số. Hồi quy tuyến tính đơn biến và đa biến nhằm xác định

mối liên quan giữa nhiều yếu tố đến mức độ đau của các đối tượng. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận kết quả trên 45 đối tượng trong đó có 24 đối tượng thuộc nhóm can thiệp tiêu chuẩn và 21 đối tượng thuộc nhóm can thiệp tối thiểu. Sự thay đổi số đo PPT được ghi nhận ở nhóm can thiệp tiêu chuẩn trước và sau can thiệp lần lượt là 477 ± 228 và 1029 ± 283 với $p < 0.001$, bên cạnh đó nhóm can thiệp tối thiểu ghi nhận số đo PPT trước và sau can thiệp là 604 ± 277 và 822 ± 385 với $p = 0.01$. Thêm vào đó, nghiên cứu cũng ghi nhận giá trị NDI của nhóm can thiệp tiêu chuẩn thay đổi đáng kể từ 12.83 ± 5.7 trước can thiệp giảm xuống 6.58 ± 4.10 với $p < 0.001$, chỉ số NRS cũng từ 6.04 ± 1.6 còn 2.37 ± 1.43 với $p < 0.001$ sau can thiệp. Ghi nhận kết quả ở nhóm can thiệp tối thiểu với chỉ số NDI giảm nhẹ từ 12.38 ± 4.03 trước can thiệp còn 10.28 ± 5.71 sau can thiệp với $p = 0.04$, tương tự ở chỉ số NRS cũng ghi nhận mức giảm nhẹ 6.2 ± 1.4 và 3.76 ± 2.16 với $p < 0.001$ lần lượt trước và sau can thiệp. **Kết luận:** Nghiên cứu đánh giá được tính hiệu quả cải thiện tình trạng đau trên các đối tượng có điểm đau trên cơ thang bó trên một cách rõ rệt qua can thiệp của sóng xung kích với thời gian khuyến cáo là 05 lần điều trị liên tiếp trong 05 tuần, cường độ sử dụng là 120J với 1500 shocks và tần số 16Hz. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng cho thấy việc can thiệp sóng xung kích có thể giúp các đối tượng có thể cải thiện tình trạng đau và các hoạt động chức năng của vùng cổ vai qua việc cải thiện điểm số NDI và thang đo NRS. **Từ khóa:** NDI, PPT, NRS, trigger point, sóng xung kích, hội chứng đau cân cơ.

SUMMARY

EFFECTIVENESS INTERVENTION OF EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE THERAPY ON TRIGGER POINTS OF THE UPPER TRAPEZIUS MUSCLE DURING 05 WEEKS

Backgrounds: The cervical spine is one of the regions with a rather complex structure with many small components creating a complex and performing many important functions in the human body. Problems in the neck area can significantly affect an individual's quality of life and their ability to carry out daily activities and tasks. Pain points often appear in the neck area and spread to the shoulder blades and arms, causing discomfort and affecting the patient's function. Many studies have shown that pain points appear more along the muscle rows of the upper trapezius muscle, one of three muscles in the large trapezius muscle mass that runs along the cervical spine down to the shoulder blades and thoracic spine. Myofascia Pain Syndrome can occur in the trapezius muscle when there is excessive tension or the development of trigger points in the fascia. This can lead to localized pain, and limited range of motion in the affected muscle. In Physical Therapy, there are many interventions on these pain points to improve

¹Đại học Quốc tế Hồng Bàng

²Bệnh viện Y học Cổ truyền TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Văn Phát

Email: phathv@hiu.vn

Ngày nhận bài: 24.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024