

NGHIÊN CỨU HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA - TIM MẠCH - THẬN Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NÃO CẤP

Hoàng Trọng Ái Quốc¹, Trần Thị Thảo Nguyễn²

¹Khoa Nội, Trung tâm Điều trị theo yêu cầu và Quốc tế, Bệnh viện Trung ương Huế, Việt Nam

²Khoa Nội, Trung tâm Y tế huyện Duy Xuyên, Quảng Nam, Việt Nam

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng này chuyển hóa tim mạch thận (HCCHTMT) vẫn còn nhiều phương diện chưa đánh giá hết. Nghiên cứu này có mục tiêu khảo sát đặc điểm tiền sử, lâm sàng, cận lâm sàng của HCCHTMT ở bệnh nhân đột quy não cấp (ĐQNC) và mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ, mục tiêu điều trị của hội chứng trên nhóm bệnh này.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang, bệnh nhân ĐQNC vào viện chưa can thiệp điều trị. Các biến số được mã hóa từ số liệu, được phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0. Các kết quả được đánh giá có ý nghĩa với $p < 0,05$ và $p < 0,01$.

Kết quả: Có 88 ca ĐQNC được đưa vào nghiên cứu, trong đó kết quả HCCHTMT giai đoạn 4a chiếm 71,6%, giai đoạn 4b chiếm 28,4%. Số lượng bệnh nhân có tiền sử mắc bệnh tim mạch 59,1%, rối loạn lipid máu (RLLP) 22,7% và đái tháo đường (ĐTĐ) 19,3%. Mắc đồng thời bệnh tim mạch-ĐTĐ 14,8%, tim mạch-RLLP 5,7%, RLLP-ĐTĐ 5,7% và tim mạch-ĐTĐ-RLLP 1,1%. Có sự liên quan giữa suy thận mạn với tiền sử bệnh tim mạch, với nồng độ cholesterol toàn phần (C-TP) và cholesterol có tỉ trọng thấp (LDL-C) ($p < 0,05$; cả ba). Có sự khác nhau có ý nghĩa của nồng độ C-TP giữa 2 giai đoạn 4a và 4b. Nồng độ LDL-C máu đạt mục tiêu điều trị giữa hai giai đoạn 4a và 4b có sự khác nhau không có ý nghĩa. Mức lọc cầu thận (MLCT) tương quan với tuổi và chỉ số khối cơ thể (BMI) ($p < 0,05$; $r = 0,63$ và $r = 0,45$, theo thứ tự), không tương quan với nồng độ C-TP, LDL-C, triglyceride (TG) và nồng độ glucose huyết tương.

Kết luận: Bệnh nhân ĐQNC chưa suy thận chiếm ưu thế; Bệnh tim mạch có tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là RLLP và ĐTĐ. Nồng độ LDL-C đạt mục tiêu điều trị còn thấp. Mối liên quan giữa chức năng thận và các yếu tố nguy cơ tim mạch không có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Bệnh thận mạn, Đột quy não cấp, Hội chứng chuyển hóa tim mạch thận.

ABSTRACT

STUDYING CARDIOVASCULAR-KIDNEY-METABOLIC SYNDROME IN ACUTE STROKE PATIENTS

Hoang Trong Ai Quoc¹, Tran Thi Thao Nguyen²

Background: The Cardiovascular-kidney-metabolic Syndrome (CKMS) has still many aspects that have not been fully assessed in research. This study aimed on evaluation of medical history, clinical characteristics, biological features, risk factors and the correlation among these features in association to treatment goal of CKMS in acute stroke patients.

Methods: Cross-sectional study, patients with non-communicable diseases were admitted to the hospital without intervention.

Results: A study involving 88 acute stroke patients with CKMS revealed that 71.6% were in stage 4a, while 28.4% were in stage 4b. Regarding the number of diseases related to CKMS in the medical history, the proportions were as follows: The proportion of patients with a history of cardiovascular disease was 59.1%, dyslipidemia 22.7%, and diabetes 19.3%. Concurrent conditions included cardiovascular disease and diabetes at 14.8%, cardiovascular

Ngày nhận bài: 29/01/2025. Ngày chỉnh sửa: 06/5/2025. Chấp thuận đăng: 14/5/2025

Tác giả liên hệ: Hoàng Trọng Ái Quốc. Email: aikuochue@yahoo.com. ĐT: 0914114167

disease and dyslipidemia at 5.7%, dyslipidemia and diabetes at 5.7%, and all three conditions (cardiovascular disease, diabetes, and dyslipidemia) at 1.1%. The percentage of patients achieving the target LDL-C concentration in the study sample was 28.6%, and there was no statistically significant difference between stages 4a and 4b. Glomerular filtration rate (GFR) correlated with age and body mass index (BMI) ($p < 0.05$; $r = 0.63$ and $r = 0.45$, respectively) and showed no correlation with TC, LDL-C, triglycerides (TG), and blood glucose levels.

Conclusions: Patients with high cardiovascular risk but without renal impairment were predominant; cardiovascular disease had the highest prevalence, followed by dyslipidemia and diabetes. The proportion of patients achieving target LDL-C levels remained low. There was no statistically significant association between renal function and cardiovascular risk factors.

Keywords: Acute Stroke, Cardiovascular - kidney - metabolic Syndrome, Chronic kidney disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng chuyển hóa tim mạch thận (HCCHTMT) là biểu hiện lâm sàng của sự tương tác giữa các yếu tố nguy cơ (YTNC) chuyển hóa như béo phì (BP), đái tháo đường (ĐTĐ), bệnh thận mạn (BTM) với hệ thống tim mạch. Người mắc HCCHTMT có khả năng tử vong sớm, tỷ lệ mắc bệnh quá mức, bệnh đa cơ quan và chi phí chăm sóc sức khỏe cao do bệnh tim mạch (CVD) [1]. Các nghiên cứu về hội chứng này vẫn còn nhiều phương diện chưa đánh giá hết. Chính vì vậy, việc nghiên cứu nhiều hơn nữa về hội chứng này là điều nên làm. Sự hiểu biết ngày càng tăng về HCCHTMT đã giúp đưa ra một loạt các liệu pháp có tác động có lợi trên chuyển hóa và thận, cũng như sự bảo vệ đáng kể chống lại các biến cố tim mạch bất lợi và tử vong. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu sau: xác định đặc điểm nhân trắc, lâm sàng và cận lâm sàng của HCCHTMT ở bệnh nhân đột quỵ não cấp (ĐQNC); và đánh giá mối liên quan giữa các đặc điểm này ở bệnh nhân ĐQNC.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi dựa trên 88 bệnh nhân bị đột quỵ não cấp (ĐQNC) được điều trị ở bệnh viện Trung Ương Huế từ 3/2023 - 6/2023. Các bệnh nhân được chọn vào mẫu nghiên cứu thỏa mãn tiêu chuẩn về ĐQNC của Tổ chức Y tế Thế giới [2].

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Đây là phương pháp nghiên cứu cắt ngang. Các mẫu được chọn thỏa mãn tiêu chuẩn ĐQNC [2]. Bệnh nhân nhập viện trong giai đoạn cấp của đột quỵ não có bằng chứng lâm sàng tổn thương thiếu máu não cục bộ kéo dài ≥ 24 giờ (bao gồm tê, yếu chân tay hoặc mặt; mất ngôn ngữ; lú lẫn; rối loạn thị giác ở một hoặc cả hai mắt; chóng mặt hoặc mất thăng bằng và phối hợp; và đau đầu) kèm bằng chứng hình ảnh trên phim chụp cắt lớp não hoặc chụp cộng hưởng từ não có tổn thương thiếu máu cục bộ hoặc có xuất huyết não. Chúng tôi không đưa vào nhóm nghiên cứu các trường hợp ĐQNC qua giai đoạn cấp (> 7 ngày tính từ thời điểm khởi phát bệnh), bệnh thần kinh có trước (Parkinson, Huntington, rối loạn co giật), bệnh tự miễn có hoặc không dùng liệu pháp ức chế miễn dịch, bệnh nhân có xơ gan, phụ nữ mang thai. Tất cả các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đều chưa có can thiệp tại các khoa lâm sàng. Các mẫu nghiên cứu được thu thập số liệu về các đặc điểm tiền sử bệnh, nhân trắc, lâm sàng, các chỉ số sinh hóa, huyết học. Các kết quả được phân loại thành yếu tố nguy cơ ĐQNC: béo phì [3], tăng huyết áp (THA) [4], rối loạn lipid máu [5], đái tháo đường (ĐTĐ) [6], rung nhĩ, suy tim,...sau đó so sánh với tiêu chuẩn các hội chứng như tiêu chuẩn HCCHTMT và phân giai đoạn của hội chứng này (bảng 1) [1], hội chứng chuyển hóa (HCCH) [7], BTM [8],... để chuyển thành các biến số.

Bảng 1: Phân giai đoạn của HCCHTMT [1]

Giai đoạn	Định nghĩa
0: Không có YTNC HCCHTMT	Chỉ số BMI và vòng eo bình thường, đường huyết bình thường, huyết áp bình thường, chỉ số lipid bình thường và không có bằng chứng về BTM hoặc bệnh tim mạch cận lâm sàng (CLS) hoặc lâm sàng
1: Thừa mỡ hoặc rối loạn chức năng	Thừa cân/BP, béo bụng hoặc mô mỡ bị rối loạn chức năng mà không có YTNC chuyển hóa hoặc BTM khác. BMI ≥ 25 kg/m ² (hoặc ≥ 23 kg/m ² nếu là người châu Á), Vòng bụng $\geq 88/102$ cm ở phụ nữ/nam giới (hoặc người châu Á $\geq 80/90$ cm ở phụ nữ/nam giới), hoặc đường huyết lúc đói ≥ 100 - 124 mg/dL hoặc HbA1c từ 5,7% đến 6,4%
Giai đoạn 2: YTNC chuyển hóa và BTM	Những người có YTNC chuyển hóa (TG máu ≥ 135 mg/dL, THA, HCCH, ĐTĐ) hoặc BTM
Giai đoạn 3: Bệnh tim mạch CLS ở CHTMT	Bệnh tim mạch xơ vữa động mạch cận lâm sàng (BTMXV CLS) hoặc suy tim CLS ở những người BP quá mức/rối loạn chức năng, các YTNC chuyển hóa khác hoặc BTM. BTMXV CLS được chẩn đoán chủ yếu bằng vôi hóa động mạch vành (xơ vữa động mạch CLS bằng đặt ống thông mạch vành/Chụp động mạch CT) Suy tim CLS được chẩn đoán bằng dấu ấn sinh học tim tăng cao (NT-proBNP ≥ 125 pg/mL, hs-troponin T ≥ 14 ng/L đối với phụ nữ và ≥ 22 ng/L đối với nam, hs-troponin I ≥ 10 ng/L đối với nữ và ≥ 12 ng/L đối với nam) hoặc bằng các thông số siêu âm tim, với sự kết hợp của cả 2 chỉ số cho thấy nguy cơ suy tim cao nhất. Rủi ro tương đương của bệnh tim mạch CLS: BTM có nguy cơ rất cao (BTM giai đoạn G4 hoặc G5 hoặc nguy cơ rất cao theo phân loại KDIGO) Nguy cơ mắc bệnh tim mạch 10 năm được dự đoán cao
Giai đoạn 4: Bệnh tim mạch lâm sàng ở bệnh nhân CKM	Bệnh tim mạch lâm sàng (bệnh tim mạch vành, suy tim, đột quy, bệnh động mạch ngoại biên, rung nhĩ) ở những người có lượng mỡ dư thừa/rối loạn chức năng, các YTNC CKM khác hoặc BTM Giai đoạn 4a: không bị suy thận Giai đoạn 4b: hiện đang bị suy thận

Việc phân tích kết quả được thực hiện bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Sử dụng phương pháp thống kê để mô tả, so sánh các biến số, đánh giá mối liên quan và tương quan giữa các biến số. Kết quả được đánh giá có ý nghĩa về mặt thống kê khi $p < 0.05$.

III. KẾT QUẢ

Có 88 bệnh nhân tham gia mẫu nghiên cứu từ tháng 3/2023 - 6/2023

3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Một số đặc điểm chung của bệnh nhân được thể hiện trong Bảng 2. Bảng 3 cho thấy không có tiền sử bệnh suy thận mạn nào được ghi nhận; tim mạch là bệnh lý được ghi nhận nhiều nhất.

Bảng 2: Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Biến số	n	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	%
Giai đoạn 4a (không suy thận)	64		77,70
Giai đoạn 4b (có suy thận)	24		27,30
Tuổi (năm)	88	65,93 ± 12,88	
Giới nam	48		54,50
BMI (kg/m ²)	88	21,71 ± 2,97	
HA TT (mmHg)	88	143,47 ± 25,00	
HA TTr (mmHg)	88	82,95 ± 12,97	
C-TP (mmol/L)	88	5,20 ± 1,59	
TG (mmol/L)	88	1,61 ± 0,83	
LDL-C (mmol/L)	88	3,26 ± 1,47	
HDL-C (mmol/L)	88	1,23 ± 0,37	
Creatinine*	88	71,05 (55,97 - 81,12)	
Glucose*	88	6,75 (5,80 - 8,88)	

*: Phân phối không chuẩn, giá trị trung vị (25% - 75%); BMI: chỉ số khối cơ thể, C-TP: cholesterol toàn phần, HATT: huyết áp tâm thu, HATTr: huyết áp tâm trương, HDL-C: cholesterol có tỉ trọng cao, LDL-C: cholesterol có tỉ trọng thấp, TG: triglyceride

3.2. Tiền sử các YTNC của HCCHTMT mẫu nghiên cứu

Bảng 3: Thống kê các bệnh lý trong tiền sử

Bệnh lý	n (%)
Tim mạch	52 (59,1)
RLLP	20 (22,7)
ĐTĐ	17 (19,3)
Bệnh lý khác	15 (17,0)

ĐTĐ: Đái tháo đường; RLLP: Rối loạn lipid máu

Trong các bệnh lý đơn độc thì bệnh tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất (35,2%). Mặc đồng thời 2 bệnh thì tổ hợp bệnh tim mạch và ĐTĐ chiếm tỷ lệ cao nhất (14,8%) (Bảng 4). Nhóm bệnh nhân có tiền sử bệnh tim mạch thì có tỷ lệ suy thận cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không có tiền sử tim mạch ($p < 0,05$) (Bảng 5). Chỉ có nồng độ C-TP và LDL-C có sự khác nhau có ý nghĩa giữa 2 nhóm HCCHTMT (Bảng 6).

Bảng 4: Tổ hợp tiền sử các bệnh

Tiền sử bệnh*	n (%)
Không mắc bệnh trong tổ hợp	23 (26,1)
Tim mạch	31 (35,2)
RLLP	11 (12,5)
ĐTĐ	1 (1,1)
Tim mạch + RLLP	3 (3,4)
Tim mạch + ĐTĐ	13 (14,8)
RLLP + ĐTĐ	5 (5,7)
Tim mạch + RLLP + ĐTĐ	1 (1,1)
Tổng	88 (100)

*: bao gồm các bệnh lý tim mạch, đái tháo đường, rối loạn lipid máu

ĐTĐ: Đái tháo đường; RLLP: Rối loạn lipid máu

Bảng 5: Đặc điểm chức năng thận theo tiền sử bệnh

Tiền sử Suy thận	ĐTĐ		RLLP		Tim mạch	
	Có n (%)	Không n (%)	Có n (%)	Không n (%)	Có n (%)	Không n (%)
Không	9 (52,9)	48 (67,6)	15 (75,0)	42 (61,8)	28 (53,8)	29 (80,6)
Có	8 (47,1)	23 (32,4)	5 (25,0)	26 (38,2)	24 (46,2)	7 (19,4)
Tổng	17 (100,0)	71 (100,0)	20 (100,0)	68 (100,0)	52 (100,0)	36 (100,0)
p	> 0,05		> 0,05		< 0,05	

ĐTĐ: Đái tháo đường; RLLP: Rối loạn lipid máu

3.3. Mối liên quan các YTNC của HCCHTMT

Bảng 6: Liên quan đặc điểm các YTNC giữa giai đoạn 4a và 4b

Giai đoạn		Tuổi	BMI	HATT	HATT _r	C-TP	TG	LDL-C	HDL-C	Glucose [*]
4a	TB	66,29	21,81	145,87	84,44	4,99	1,64	3,06	1,21	7,92
	n	63	63	63	63	63	63	63	63	63
	ĐLC	13,45	2,85	23,80	11,747	1,54	0,861	1,41	0,38	3,14
4b	TB	65,04	21,43	137,40	79,20	5,73	1,53	3,76	1,29	7,07
	n	25	25	25	25	25	25	25	25	25
	ĐLC	11,55	3,28	27,35	15,25	1,63	,75	1,53	0,34	2,07
p		> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,05	> 0,05	< 0,05	> 0,05	> 0,05

*: Phân phối không chuẩn

BMI: chỉ số khối cơ thể, C-TP: cholesterol toàn phần, ĐLC: độ lệch chuẩn, HATT: huyết áp tâm thu, HATT_r: huyết áp tâm trương, HDL-C: cholesterol có tỉ trọng cao, LDL-C: cholesterol có tỉ trọng thấp, T: trung bình, TG: triglyceride

Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa - tim mạch - thận ở bệnh nhân...

Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ LDL-C đạt mục tiêu thấp nhất ở nhóm có suy thận (Bảng 7). Chỉ có tuổi và BMI có sự khác có ý nghĩa giữa 2 nhóm HCCHTMT (Bảng 8).

Bảng 7: Liên quan nồng độ LDL-C theo mục tiêu điều trị của HCCH

Giai đoạn		Đạt	Không đạt	Tổng	p
4a	n (%)	13 (20,3)	51 (79,7)	64 (100,0)	0,22*
4b	n (%)	2 (8,3)	22 (91,7)	24 (100,0)	
Tổng	n (%)	15 (17,0)	74 (83,0)	88 (100,0)	

*: Fisher's exact test giữa 4a và 4b

Bảng 8: Đánh giá sự tương quan giữa MLCT và các YTNC của HCCHTMT

MLCT		Tuổi	BMI	HATT	HATTr	C-TP	TG	LDL-C	HDL-C	Glucose
Tương quan	n	88	88	88	88	88	88	88	88	88
	r	0,63	0,45	0,65	0,98	0,30	0,29	0,55	0,94	0,49
	p	< 0,01	< 0,01	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05

BMI: chỉ số khối cơ thể, C-TP: cholesterol toàn phần, HATT: huyết áp tâm thu, HATTr: huyết áp tâm trương, HDL-C: cholesterol có tỉ trọng cao, LDL-C: cholesterol có tỉ trọng thấp, MLCT: mức lọc cầu thận, TG: triglyceride

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 88 bệnh nhân tham gia từ tháng 3/2023 - 6/2023. Do nghiên cứu chọn các bệnh nhân bị ĐQNC nên tất cả đều thuộc giai đoạn 4 theo phân loại của HCCHTMT (bảng 2). Dựa trên MLCT, có 64 bệnh nhân với MLCT > 60 ml/ph/m² (không suy thận) xếp phân nhóm 4a, chiếm 72,7% ; có 24 bệnh nhân với MLCT ≤ 60 ml/ph/m² (có suy thận) xếp vào phân nhóm 4b, chiếm 27,3%. Hầu hết các biến số trong nghiên cứu có phân phối chuẩn, ngoại trừ nồng độ creatinin máu và glucose huyết tương. Số tuổi trung bình của bệnh nhân là 65,93 ± 12,88; giới nam ưu thế hơn so với nữ, chiếm 54,5%; BMI trung bình 21,71 ± 2,97 kg/m².

Nghiên cứu của Ralph K. Akya và cộng sự trên 82774 trường hợp ĐQ lần đầu, tương ứng giai đoạn 4 của HCCHTMT, cho thấy tuổi trung bình 74,3 ± 3,6; với tỉ lệ nữ chiếm 53,9%. Như vậy tuổi trung bình trong nghiên cứu này cao hơn tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong lúc đó, tỷ lệ bệnh nhân nam trong nghiên cứu của chúng tôi (54,5%) tương đương với tỷ lệ giới nữ trong nghiên cứu của Ralph K. Akya [9].

Bệnh thận mạn tính có nhiều bệnh lý tim mạch. Có tới 50% bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn 4 và giai đoạn 5 có các bệnh lý tim mạch [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tới 59,1% bệnh nhân có tiền sử bệnh tim mạch (bao gồm THA, Bệnh mạch vành hoặc đột quỵ), trong lúc bệnh lý rối loạn lipid máu và ĐTĐ II chiếm tỷ lệ lần lượt là 22,7% và 19,3% (Bảng 3). Điều đáng lưu ý là không có bệnh nhân nào trong nghiên cứu của chúng tôi được ghi nhận có bệnh thận mạn trong tiền sử. Trong lúc thống kê có tới 27,3% bệnh nhân lúc vào viện được ghi nhận có suy thận mạn. Nếu xét riêng nhóm bệnh nhân có suy thận mạn (giai đoạn 3 trở đi) thì tỷ lệ mắc bệnh tim mạch là 46,2% (bảng 5). Điều này cho thấy, việc đánh giá bệnh thận mạn trong cộng đồng và ngay cả trong việc điều trị bệnh nhân vẫn chưa đúng mức, dẫn đến bỏ sót bệnh nhân.

Khi xem xét thêm tiền sử mắc bệnh trong 3 nhóm bệnh tim mạch, rối loạn lipid máu và ĐTĐ theo tổ hợp không mắc bệnh, có mắc một bệnh trở lên, chúng tôi nhận thấy trong số bệnh nhân mắc một bệnh thì nhóm tim mạch vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất (35,2%), thứ hai là tổ hợp bệnh tim mạch và

ĐTĐ (14,8%). Tổ hợp mắc cả 3 bệnh chỉ chiếm 1,1% (Bảng 4). Chúng tôi không loại trừ trong nhóm tiền sử tim mạch và ĐTĐ có bệnh nhân có bệnh thận mạn, do tỷ lệ mắc bệnh thận mạn có bệnh tim mạch và bệnh thận mạn do ĐTĐ là khá cao theo thống kê của các nghiên cứu [10, 11]. Do đó chúng tôi tiếp tục phân tích chức năng thận theo 2 nhóm có suy thận và không suy thận trong mối liên quan với 3 nhóm bệnh trên (bảng 5). Kết quả cho thấy, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tiền sử bệnh lý tim mạch ở 2 nhóm ($p < 0,05$). Điều này đã được các nghiên cứu khác xác nhận rằng bệnh thận mạn là một yếu tố nguy cơ tim mạch [10]. Như vậy, khả năng có những bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có thể mắc bệnh thận mạn trước khi phát hiện có bệnh lý tim mạch. Ở tiền sử bệnh ĐTĐ, không có sự khác nhau có ý nghĩa giữa 2 nhóm. Điều này có thể giải thích một phần do bệnh thận mạn có thể là hậu quả của bệnh lý ĐTĐ [11].

Khi đánh giá mối liên quan giữa 2 giai đoạn HCCHTMT với các yếu tố nguy cơ tim mạch, chúng tôi nhận thấy chỉ có nồng độ C-TP là có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa 2 giai đoạn 4a và 4b ($p < 0,05$). Các đặc điểm chỉ số BMI, huyết áp, TG, HDL-C và glucose không có sự khác nhau có ý nghĩa (Bảng 6). Một điều lưu ý là có tới 59,1% bệnh nhân được ghi nhận mắc bệnh tim mạch và 22,7% bệnh nhân được ghi nhận có RLLP máu trong tiền sử. Điều này có nghĩa các bệnh nhân đang được điều trị các bệnh lý. Đó có thể là yếu tố dẫn đến các yếu tố nguy cơ đã được điều chỉnh khiến cho việc so sánh không thấy sự khác biệt có ý nghĩa.

Chúng tôi cũng đánh giá mức độ đạt mục tiêu điều trị RLLP máu dựa trên tiêu chuẩn từ hướng dẫn của Hội đồng Châu Âu [5] với nồng độ LDL-C mục tiêu $< 1,8$ mmol/L (Bảng 7). Kết quả cho thấy trong nhóm bệnh nhân giai đoạn 4a chỉ có 20,3% đạt mục tiêu, trong nhóm giai đoạn 4b chỉ có 8,3% đạt mục tiêu. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê. Như vậy việc điều trị RLLP máu ở các bệnh nhân ĐQNC luôn cần thực hiện sớm và quyết liệt để nhằm dự phòng tái phát đột quỵ cho bệnh nhân. Đây là một thách thức cho cả bệnh nhân và bác sĩ lâm sàng trong việc thực hiện nghiêm túc chiến lược điều trị cho bệnh nhân có HCCHTMT.

Khi đánh giá sự tương quan giữa MLCT với các yếu tố nguy cơ của HCCHTMT (bảng 8), chúng tôi

nhận thấy có sự tương quan hồi qui giữa MLCT với tuổi và chỉ số BMI ($p < 0,01$; cả hai). Theo sinh lý, khi tuổi từ 40 trở lên thì MLCT sẽ giảm dần [12]. Nghiên cứu của chúng tôi có số tuổi trung bình khá cao nên không loại trừ có sự giảm MLCT theo tuổi. Các nghiên cứu về mối liên quan giữa MLCT và BMI có kết quả khác nhau. Nghiên cứu của Ryuichi Kawamoto và cộng sự cho thấy chỉ số BMI tăng luôn liên quan với MLCT giảm ở người khỏe mạnh [13]. Một phân tích tổng hợp của Carlo Garofalo và cộng sự cho thấy BMI cao có tính dự đoán sự xuất hiện của albumin niệu của tất cả các giai đoạn BTM, trong lúc thừa cân thì không có tính dự báo [14]. Mặc dù chúng tôi đánh giá sự liên quan này giữa các yếu tố nội tại nhưng đây là những yếu tố có thể thay đổi được, ngoại trừ yếu tố tuổi. Do đó kết quả không có sự tương quan với MLCT cho thấy chúng ta cần nhiều nghiên cứu hơn nữa về hội chứng này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu các bệnh nhân ĐQNC có kết quả HCCHTMT giai đoạn 4a chiếm ưu thế; bệnh nhân có tiền sử tim mạch có tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là RLLP và ĐTĐ. Nồng độ LDL-C đạt mục tiêu điều trị còn thấp. Mối liên quan giữa chức năng thận và các yếu tố nguy cơ tim mạch không có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo đúng các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh, được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Trung ương Huế phê duyệt.

Tuyên bố về xung đột lợi ích

Tác giả cam kết không có bất kỳ xung đột lợi ích nào về tài chính hay quan hệ cá nhân có thể ảnh hưởng đến việc thiết kế, thực hiện, phân tích và công bố kết quả của nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ndumele CE, Rangaswami J, Chow SL, Neeland IJ, Tuttle KR, Khan SS, et al. Cardiovascular-Kidney-Metabolic Health: A Presidential Advisory From the American Heart Association. *Circulation*. 2023;148(20):1606-35.
2. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJ, Culebras A, et al. An Updated Definition of Stroke for the 21st Century. *Stroke*. 2013;44(7):2064-89.

3. Inoue S, Zimmet P. The Asia-Pacific perspective: Redefining obesity and its treatment. Melbourne: Health Communications Australia Pty Ltd; 2000.
4. Huỳnh Văn Minh, Trần Văn Huy, Phạm Gia Khải, Đặng Văn Phước. Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. Hội Tim Mạch Học Quốc Gia Việt Nam; 2018.
5. Reiner Ž, Catapano AL, De Backer G, Graham I, Taskinen MR, Wiklund O, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Eur Heart J. 2011;32(14):1769-818.
6. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of care in diabetes-2024. Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1):S20-42.
7. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JJ, Donato KA, et al. Harmonizing the metabolic syndrome: A joint interim statement. Circulation. 2009;120(16):1640-5.
8. Levin A, Stevens P, Bilous RW, Coresh J, Francisco A, Jong PE, et al. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int Suppl. 2013;3:1-150.
9. Akyea RK, Vinogradova Y, Qureshi N, Patel RS, Kontopantelis E, Ntaios G, et al. Sex, Age, and Socioeconomic Differences in Nonfatal Stroke Incidence and Subsequent Major Adverse Outcomes. Stroke. 2021;52(2):396-405.
10. Jankowski J, Floege J, Fliser D, Böhm M, Marx N. Cardiovascular Disease in Chronic Kidney Disease: Pathophysiological Insights and Therapeutic Options. Circulation. 2021;143(11):1157-72.
11. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Chronic Kidney Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes-2024. Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1):S219-30.
12. Delanaye P, Glassock RJ, Pottel H, Rule AD. An Age-Calibrated Definition of Chronic Kidney Disease: Rationale and Benefits. Kidney Int. 2019;95(6):1312-24.
13. Kawamoto R, Kohara K, Tabara Y, Miki T, Ohtsuka N, Kusunoki T, et al. An association between body mass index and estimated glomerular filtration rate. Intern Med. 2008;47(6):517-22.
14. Garofalo C, Borrelli S, Minutolo R, Chiodini P, De Nicola L, Conte G. Obesity predicts onset of chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. Kidney Int. 2017;91(5):1224-35.