

DOI: 10.58490/ctump.2025i91.3838

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM KHÁC BIỆT VỀ GIỚI TÍNH Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Nguyễn Thị Hoàng Oanh, Trương Như Ý, Trương Tấn Đạt,
Nguyễn Thị Thùy Dương, Nguyễn Minh Khôi, Lê Văn Minh, Lê Nhựt Tân*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: lntan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 18/5/2025

Ngày phản biện: 16/9/2025

Ngày duyệt đăng: 25/9/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh nhân nhồi máu não có một số đặc điểm khác biệt về lâm sàng và kết cục điều trị ở hai giới nam và nữ. Tại Cần Thơ, đã có nhiều nghiên cứu về nhồi máu não được thực hiện tại các trung tâm khác nhau, nhưng chưa có nghiên cứu nào tập trung vào việc làm rõ sự khác biệt về lâm sàng và kết cục điều trị giữa hai giới. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng và kết cục của bệnh nhân nhồi máu não ở hai giới nam và nữ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 124 bệnh nhân nhồi máu não tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ từ tháng 7/2024 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Có 124 bệnh nhân nhồi máu não (76 bệnh nhân nam và 48 bệnh nhân nữ) được đưa vào nghiên cứu với độ tuổi trung bình là 67 ± 10 . Nhóm bệnh nhân nam có các yếu tố nguy cơ tăng huyết áp, hút thuốc lá, sử dụng rượu, bia cao hơn nhóm bệnh nhân nữ ($p < 0,05$). Ngược lại nhóm bệnh nhân nữ có các yếu tố nguy cơ đái tháo đường, rối loạn lipid máu, tiền sử mắc bệnh mạch vành cao hơn ($p < 0,05$). Phân nhóm nguyên nhân theo TOAST, bệnh nhân nữ có tỉ lệ nhồi máu não do bệnh lý mạch máu nhỏ cao hơn nam giới ($p = 0,033$). Sau 3 tháng theo dõi, tỉ lệ nam giới có mức độ phụ thuộc chức năng mRS > 2 cao hơn, tuy nhiên không có khác biệt về mặt thống kê ($p = 0,712$). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt về một số yếu tố nguy cơ, phân nhóm bệnh lý mạch máu nhỏ theo TOAST giữa bệnh nhân nhồi máu não nam và nữ. Tuy nhiên, không có sự khác biệt về kết cục sau đợt quy 3 tháng giữa hai giới.

Từ khóa: nhồi máu não, giới tính, khác biệt.

ABSTRACT

SOME GENDER DIFFERENCES IN ISCHEMIC STROKE PATIENTS AT CAN THO GENERAL HOSPITAL

Nguyen Thi Hoang Oanh, Truong Nhu Y, Truong Tan Dat,
Nguyen Thi Thuy Duong, Nguyen Minh Khoi, Le Van Minh, Le Nhut Tan*

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Patients with ischemic stroke exhibit clinical and treatment outcome differences between genders. While studies on ischemic stroke have been conducted in Can Tho, they have not focused on clarifying these gender-based differences. **Objectives:** To describe the differences in clinical characteristics and outcomes of ischemic stroke patients between males and females. **Materials and methods:** A cross-sectional study was conducted on 124 ischemic stroke patients at Can Tho General Hospital from July 2024 to December 2024. **Results:** Among the 124 patients (76 males, 48 females, average age 67 ± 10 years), males had higher risk factors such as hypertension, smoking, and alcohol use ($p < 0.05$). Conversely, females had higher rates of diabetes, dyslipidemia, and coronary artery disease ($p < 0.05$). According to the TOAST classification, females had a higher proportion of small vessel disease-related strokes ($p = 0.033$). After 3 months follow-

up, men had more functional dependence $mRS > 2$ than women, however, there was no statistical difference ($p=0.712$). **Conclusions:** Gender differences exist in risk factors, TOAST classification subtypes, and there is no difference in outcomes between the two genders three months after a stroke.

Keywords: ischemic stroke, gender, different.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên toàn cầu. Năm 2019, ước tính có khoảng 101,5 triệu người từng mắc đột quy, trong đó nhồi máu não chiếm khoảng 85%. Đột quy xảy ra ở cả nam và nữ nhưng có sự khác biệt đáng kể giữa hai giới. Theo Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ năm 2021, nữ giới có tỉ lệ mắc nhồi máu não thấp hơn nam trong nhóm tuổi trẻ và trung niên, nhưng lại thường mắc đột quy nặng hơn, dẫn đến tỉ lệ tử vong cao hơn và khả năng phục hồi kém hơn. Ngoài ra, các triệu chứng ở nữ giới có thể không điển hình, gây khó khăn cho việc chẩn đoán và điều trị [1].

Các nghiên cứu trước đây cho thấy sau đột quy, kết quả phục hồi và mức độ hỗ trợ chăm sóc khác nhau giữa hai giới [2]. Nữ giới có nguy cơ cao hơn về tàn tật kéo dài, suy giảm nhận thức và rối loạn cảm xúc. Cơ chế bệnh sinh đột quy giữa nam và nữ cũng có những khác biệt nhất định, chẳng hạn nữ giới thường gặp đột quy do thuyên tắc từ tim, trong khi nam giới thường liên quan nhiều hơn đến xơ vữa động mạch. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về sự khác biệt giới trong đột quy còn hạn chế, cho thấy nhu cầu cần được khảo sát toàn diện hơn nhằm hỗ trợ cải thiện chiến lược dự phòng và điều trị.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: “Khảo sát một số đặc điểm khác biệt về giới tính ở bệnh nhân nhồi máu não tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2024” với các mục tiêu cụ thể như sau: 1) Mô tả sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não ở hai giới nam và nữ; 2) So sánh sự khác biệt về kết cục của bệnh nhân nhồi máu não ở hai giới nam và nữ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân nhồi máu não từ 18 tuổi trở lên, được điều trị tại Khoa Nội Thần kinh - Cơ xương khớp, Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 7/2024 đến tháng 12/2024.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi được chẩn đoán xác định đột quy nhồi máu não bằng tiêu chuẩn lâm sàng là khởi phát đột ngột một hoặc nhiều triệu chứng thần kinh khu trú (Yếu/ liệt nửa người, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn cảm giác, liệt mặt, giảm/mất tri giác, co giật, nuốt khó, đau đầu, chóng mặt) và có bằng chứng trên hình ảnh học (Chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ sọ não).

- Tiêu chuẩn loại trừ

- + Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- + Bệnh nhân mắc các bệnh lý nặng đe dọa tử vong, suy gan, suy thận phải lọc thận, ung thư giai đoạn cuối.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu.
- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu tối thiểu cho một tỉ lệ

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

Với: n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu cần phải có. Z: hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% ($\alpha = 0,05$) tương đương với $Z = 1,96$. d: là sai số cho phép chấp nhận được, chúng tôi chọn $d = 0,1$. p: tỉ lệ bệnh nhân sau khi xuất viện có mRS=0 điểm. Theo nghiên cứu của Jan Hendrik Schaefer và cộng sự trên 67507 bệnh nhân nữ và 73770 bệnh nhân nam nhồi máu não ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân nữ và nam đột quỵ sau khi xuất viện có mRS =0 điểm vào năm 2015 lần lượt là: 14% và 18% [3].

Chúng tôi tính số mẫu ở giới nữ là 47 và số mẫu ở giới nam là 57. Vậy Cỡ mẫu tối thiểu là 104 bệnh nhân. Thực tế cỡ mẫu chúng tôi nghiên cứu được là 124 bệnh nhân.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng: đặc điểm chung, lý do vào viện, yếu tố nguy cơ, thang điểm NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale): thang điểm đột quỵ của Viện Y tế Quốc Gia từ 0 đến 42 điểm, thang điểm mRS (modified Rankin Scale): thang điểm đánh giá mức độ tàn tật và độc lập chức năng của bệnh nhân sau đột quỵ thiếu máu cục bộ, bao gồm 7 mức từ 0 đến 6 vào hai thời điểm là ra viện và sau ra viện 3 tháng.

- **Phương pháp thu thập thông tin:**

+ Chúng tôi sàng lọc hồ sơ bệnh án và chọn các trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu vào nghiên cứu. Kết quả hình ảnh học được đọc dựa trên đối chiếu hình ảnh phim chụp thực tế và kết quả đọc được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án.

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học được thu thập bằng phiếu thu thập thông tin.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Các số liệu sau khi thu thập được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS12.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Y Dược Cần Thơ số 24.038.SV.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố dân số nghiên cứu theo giới tính, nhóm tuổi, nơi cư trú và dân tộc

Đặc điểm		Nam (n=76)	Nữ (n=48)	Chung (n=124)
		n (%)	n (%)	n (%)
Tuổi trung bình		67,1 ± 9,9	66,8 ± 11,6	67±10
Nhóm tuổi	≤60 tuổi	20 (58,8)	15 (42,1)	35 (100)
	>60 tuổi	56 (62,9)	33 (37,1)	89 (100)
Dân tộc	Kinh	66 (58,4)	47 (41,6)	113 (100)
	Hoa	10 (100)	0 (0)	10 (0)
	Khmer	0 (0)	1 (100)	1 (100)

Nhận xét: Tuổi trung bình dân số nghiên cứu là 67±10 tuổi với nam 67,1 ± 9,9 tuổi và nữ 66,8 ± 11,6 tuổi. Ở cả hai nhóm ≤60 tuổi và >60 tuổi đều cho thấy tỉ lệ nam cao hơn nữ. Về dân tộc, phần lớn thuộc dân tộc Kinh; dân tộc Hoa chỉ có nam, còn Khmer chỉ có nữ, cho thấy phân bố dân tộc không đồng đều.

Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Lý do vào viện của bệnh nhân

Lý do vào viện	Nam		Nữ		p*
	n	%	n	%	
Yếu/Liệt nửa người	60	64,5	33	35,5	0,201
Nói khó	40	62,5	24	37,5	0,775
Đau đầu	7	25	21	75	<0,001
Chóng mặt	13	50	13	50	0,184
Liệt mặt	7	46,7	8	53,3	0,215
Giảm/Mất tri giác	5	71,4	2	28,6	0,571
Mất cảm giác nửa người	4	100	0	0	0,106
Co giật	3	75	1	25	0,567
Nuốt khó	1	50	1	50	0,741

Ghi chú: *phép kiểm Chi bình phương

Nhận xét: Ba lý do vào viện chiếm tỉ lệ nhiều nhất là yếu hoặc liệt nửa người nam (64,5%) nhiều hơn so với nữ (35,5%). Sau đó là nói khó nam (62,5%) nhiều hơn nữ (37,5%). Cuối cùng là đau đầu với nữ nhiều hơn nam và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3. Yếu tố nguy cơ

Các yếu tố nguy cơ		Nam		Nữ		p*
		n	%	n	%	
Hút thuốc lá	Không	21	30,4	48	69,6	<0,001
	Bỏ > 1 năm	16	100	0	0	
	Đang hút	39	100	0	0	
Tập thể dục	Không tập > 30 phút mỗi ngày/ 5 ngày 1 tuần	61	62,9	36	37,1	0,49
	Có tập thường xuyên	15	55,6	12	44,4	
Uống rượu	Không uống rượu	41	46,1	48	53,9	<0,001
	Uống trong mức cho phép	29	100	0	0	
	Nghiện rượu	6	100	0	0	
Rối loạn lipid máu	Không	73	68,2	34	31,8	<0,001
	Có	3	17,6	14	82,4	
Đái tháo đường	Không	68	70,1	29	29,9	<0,001
	Có	8	29,6	19	70,4	
Tiền sử mạch vành	Không	73	67	36	33	<0,001
	Có	3	20	12	80	
Tăng huyết áp	Không	40	72,2	15	27,3	0,015
	Có	36	52,2	33	47,8	

Ghi chú: *phép kiểm Chi bình phương

Nhận xét: Trong dân số nghiên cứu cho thấy phần lớn các yếu tố nguy cơ có sự khác biệt theo giới. Hút thuốc lá và uống rượu tập trung chủ yếu ở nam giới ($p < 0,001$). Ngược lại, rối loạn lipid máu, đái tháo đường và tiền sử mạch vành ghi nhận tỉ lệ cao hơn ở nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tăng huyết áp cũng cho thấy khác biệt giữa hai giới ($p = 0,015$). Không có sự khác biệt giữa 2 giới đối với tập thể dục và bệnh mạch máu ngoại biên.

Bảng 4. Phân loại nguyên nhân theo TOAST

Phân loại nguyên nhân theo TOAST	Nam		Nữ		Chung		p*
	n	%	n	%	n	%	
Xơ vữa động mạch lớn	6	85,7	1	14,3	7	100	0,2
Thuyên tắc từ tim	1	50	1	50	2	100	#
Bệnh lý mạch máu nhỏ	14	45,2	17	54,8	31	100	0,03
Nguyên nhân xác định khác và không xác định	55	66,3	29	33,7	84	100	0,17

#: do cỡ mẫu quá nhỏ nên không thể tính p

Ghi chú: *phép kiểm Chi bình phương

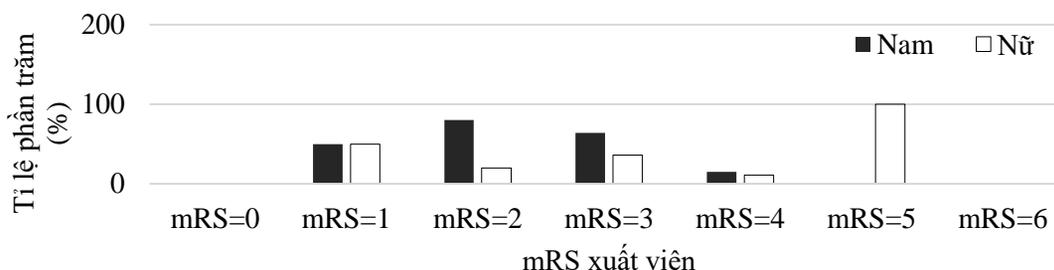
Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ ở tất cả các nhóm nguyên nhân ($p > 0,05$) trừ nhóm nguyên nhân bệnh lý mạch máu nhỏ có $p = 0,03$ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

Bảng 5: Mức độ nặng của đột quy theo NIHSS

Nhóm NIHSS	Nam		Nữ		Chung		P*
	n	%	n	%	n	%	
≥ 8	5	23,8	16	76,2	21	100	$p < 0,001$
< 8	71	68,9	32	31,1	103	100	
NIHSS trung bình	3,7±2,9		4±3,9		3,8±3,3		0,56

Ghi chú: *phép kiểm Chi bình phương

Nhận xét: Nữ có tỉ lệ nhóm NIHSS ≥ 8 cao hơn nam. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).



Biểu đồ 1. Phân bố điểm mRS khi xuất viện.

Nhận xét: Nam giới có tỉ lệ cao hơn ở mức mRS 1-3, trong khi nữ giới có tỉ lệ cao nhất ở mức mRS 5. Không có bệnh nhân nào ở mức mRS 6.

Kết cục sau 3 tháng

Bảng 6. So sánh thang điểm mRS sau 3 tháng giữa nam và nữ

mRS sau 3 tháng	Nam		Nữ		Chung		p
	n	%	n	%	n	%	
≤ 2	37	59,7	25	40,3	62	100	0,712*
> 2	39	62,9	23	37,1	62	100	
mRS trung bình	2,84±1,44		2,56±1,51		2,7±2,5		0,31#
mRS thay đổi	0,51±1,5		0,29±1,55		0,42±1,52		0,437#

Ghi chú: *phép kiểm Chi bình phương, #phép kiểm t-test

Nhận xét: Không có sự khác biệt đáng kể về kết cục sau đột quy 3 tháng giữa hai giới ($p = 0,712 > 0,05$). Nam giới có mRS trung bình cao hơn nữ, nhưng sự thay đổi mRS không khác biệt.

IV. BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu trên 76 bệnh nhân nam và 48 bệnh nhân nữ bị đột quy thiếu máu cục bộ, chúng tôi xin trình bày một số ý kiến bàn luận như sau:

Trong dân số nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ tuổi trung bình giữa nam $67,1 \pm 9,9$ tuổi và nữ $66,8 \pm 11,6$ tuổi ($p=0,885$). Kết quả này khác với nghiên cứu của Eileen và cộng sự, trong đó tuổi trung bình của bệnh nhân cao hơn và có sự khác biệt đáng kể về tuổi giữa nam ($69,7 \pm 13,8$ tuổi) và nữ ($75,8 \pm 14,5$ tuổi), ($p < 0,001$). [4]. Tỷ lệ đột quy ở các nghiên cứu trước đó nói chung cao hơn ở nam giới so với nữ giới và tăng theo tuổi ở cả hai giới. Trong đó độ tuổi bị đột quy lần đầu ở phụ nữ cao hơn đáng kể so với nam giới, có lẽ nghiên cứu của chúng tôi không tương đồng là do cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế (124 mẫu) so với các nghiên cứu khác. Về yếu tố dân tộc, tỷ lệ bệnh nhân dân tộc Kinh (cao hơn nữ, trong khi dân tộc Hoa chỉ có nam và dân tộc Khmer chỉ có nữ. Tuy nhiên, do cỡ mẫu nhỏ, chưa thể kết luận sự khác biệt giữa các dân tộc.

Về lý do vào viện, tỷ lệ nam giới nhập viện vì liệt nửa người, mất cảm giác nửa người, nói khó, co giật và giảm/mất tri giác cao hơn. Trong khi đó, nữ giới có tỷ lệ cao hơn về liệt mặt và đau đầu. Kết quả này cho thấy nam giới có biểu hiện triệu chứng lúc vào viện đa dạng hơn so với nữ. Tuy nhiên, chúng tôi chỉ tìm thấy có sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ về lý do vào viện là đau đầu ($p < 0,001$). Giống với Eileen M. Stuart-Short [4] gần như không có triệu chứng nào khác biệt giữa nam và nữ. Cho thấy, lý do vào viện của nam và nữ dường như không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy một số yếu tố nguy cơ khác biệt giữa nam và nữ. Nam giới có tỷ lệ hút thuốc cao hơn nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Peter và cộng sự cũng nêu ra rằng nguy cơ đột quy ở những người hút thuốc lá cao hơn so với người không hút [5]. Về tăng huyết áp, chúng tôi nhận thấy rằng nam giới (52,2%) bị nhiều hơn nữ giới (47,8%), Một nghiên cứu gần đây do Ahangar và cộng sự thực hiện cho thấy trong số 230 bệnh nhân đột quy, bệnh tăng huyết áp phổ biến hơn đáng kể ở nam giới [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nữ giới bị rối loạn lipid máu nhiều hơn nam giới, và có sự khác biệt ($p < 0,001$) Maeda và cộng sự cũng đã báo cáo rằng phụ nữ có tổng lượng cholesterol và LDL cao hơn nam giới ($p < 0,001$) [7]. Đái tháo đường được tìm thấy ở nữ giới (70,4%) nhiều hơn nam giới (26,9%) và sự khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Điều này tương tự với nghiên cứu được thực hiện tại Đài Loan do Ong và cộng sự cũng cho thấy đái tháo đường có ý nghĩa thống kê cao hơn ở phụ nữ 46,6% so với nam giới 42,1% ($p < 0,001$) [8]. Nam giới có xu hướng uống rượu cao hơn nữ giới đáng kể. Tất cả nữ giới đều thuộc nhóm "không uống rượu" (100% không có ai uống rượu, kể cả uống ít hay nghiện rượu). Theo Jaume Roquer và cộng sự có 24 bệnh nhân nữ sử dụng rượu bia chiếm 3,1% và 198 bệnh nhân nam sử dụng rượu bia chiếm 24,5%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) tương đồng với kết quả của chúng tôi [9]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy rằng tiền sử có bệnh mạch vành cao hơn đáng kể ở phụ nữ so với nam giới (80% so với 20%, $p < 0,001$) phù hợp với kết quả thu được từ nghiên cứu của Eileen M. Stuart-Short khi kết luận rằng bệnh mạch vành cao hơn đáng kể ở phụ nữ so với nam giới ($p < 0,001$) [4].

Theo tiêu chuẩn TOAST, trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm xơ vữa động mạch lớn chiếm 5,6% , với nam giới (85,7%) nhiều hơn nữ giới (14,3%), nhưng chưa có ý nghĩa thống kê. Nhóm thuyên tắc từ tim có tỷ lệ thấp nhất (1,6%, $n=2$) và không đủ cỡ mẫu để so sánh. Nhóm nguyên nhân xác định khác/không xác định cũng ghi nhận nam nhiều hơn nữ,

phù hợp với nghiên cứu Jaime Roquer và cộng sự [9] cũng ghi nhận được điều tương tự với nguyên nhân mạch máu lớn. Đột quy do huyết khối do xơ vữa động mạch phổ biến hơn ở nam, có thể do các yếu tố nguy cơ tìm thấy được ở nghiên cứu của chúng tôi là hút thuốc lá và bệnh động mạch ngoại biên nổi trội hơn ở nam. Ngược lại, bệnh lý mạch máu nhỏ gặp ở nữ nhiều hơn nam (54,8% so với 45,2%, $p=0,033$), có thể liên quan đến tuổi mãn kinh và tỉ lệ rối loạn lipid máu cao hơn ở nữ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phụ nữ bị đột quy nặng hơn vì họ có điểm NIHSS $4\pm 3,9$ điểm cao hơn so với nam $3,7\pm 2,9$ điểm. Điều này phù hợp với các nghiên cứu của Gall và Smith [10], [11], cho thấy phụ nữ có mức độ nghiêm trọng của đột quy cao hơn nam giới. Ngược lại, Barrett và cộng sự [12] không tìm thấy sự khác biệt về giới tính liên quan đến mức độ nghiêm trọng của đột quy.

Sau 3 tháng, điểm mRS trung bình của nam ($2,8\pm 1,4$) cao hơn nữ ($2,6\pm 1,5$), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,31$). Phân nhóm mRS ≤ 2 , nam chiếm 59,7%, cao hơn nữ (40,3%), trong khi nhóm mRS > 2 , nam cũng chiếm tỉ lệ cao hơn (62,9% so với 37,1%). So sánh với nghiên cứu của Mai Duy Tôn [13] và tác giả Tamer S [1] cũng cho kết quả tương tự cho thấy giới tính không phải yếu tố tiên đoán mạnh về hồi phục sau đột quy. Các yếu tố quan trọng hơn có thể là mức độ nặng ban đầu của đột quy, bệnh nền và khả năng tiếp cận các dịch vụ phục hồi chức năng.

V. KẾT LUẬN

Đột quy có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến lâm sàng, mức độ nghiêm trọng và kết cục cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi giới tính là một trong những yếu tố cơ bản liên quan đến sự khác biệt này. Nhóm bệnh nhân nam có yếu tố nguy cơ hút thuốc lá, sử dụng rượu bia và tăng huyết áp cao hơn nhóm bệnh nhân nữ, ngược lại nhóm bệnh nhân nữ có yếu tố nguy cơ đái tháo đường, rối loạn lipid máu và tiền sử bệnh mạch vành cao hơn nhóm bệnh nhân nam. Lý do vào viện không có sự khác biệt đáng kể giữa hai giới, ngoại trừ đau đầu phổ biến hơn ở bệnh nhân nữ. Phân loại nguyên nhân nhân theo TOAST cho thấy, nam giới có tỉ lệ đột quy do huyết khối xơ vữa động mạch và do nguyên nhân khác/không rõ nguyên nhân cao hơn, trong khi nữ giới lại có tỉ lệ đột quy do bệnh lý mạch máu nhỏ cao hơn. Bệnh nhân nữ có xu hướng bị đột quy nghiêm trọng hơn (điểm NIHSS cao hơn) so với bệnh nhân nam. Từ kết quả mRS cho thấy, giới tính không ảnh hưởng đáng kể đến hồi phục sau đột quy, thay vào đó có thể mức độ nặng ban đầu, bệnh nền và khả năng tiếp cận phục hồi chức năng đóng vai trò quan trọng hơn.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn Trường Đại học Y Dược Cần Thơ đã hỗ trợ kinh phí thực hiện đề tài theo Quyết định giao thực hiện số 1259/ĐHYDCT ngày 29 tháng 05 năm 2024 của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ashour W, AbdElghaffar AS, *et al.* Sex Differences in Clinical Presentation, Severity and Outcome in patients with acute ischemic stroke; a prospective cohort study. *Zagazig University Medical Journal*. 2021. 27(5), 973-83, <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000007533>.
2. Poggesi A, Insalata G, Papi G, Inzitari D, Monroe B, Simoni D, *et al.* Gender differences in post-stroke functional outcome at discharge from an intensive rehabilitation hospital. *Eur J Neurol*. 2021.28(6),1873-1881, <https://doi:10.1111/ene.14769>.

3. Jan Hendrik Schaefer, FO Bohmann, F Lieschke, B Misselwitz *et al.* Divergence and Convergence of Sex-Specific Time Trends in Ischemic Stroke: 10-Year Analysis of a State-Wide Registry in Germany. *Journal of the American Heart Association*. 2022. 11(20), e027130, <https://doi.org/10.1161/JAHA.122.027130>.
 4. Stuart-Shor EM, Wellenius GA, *et al.* Gender differences in presenting and prodromal stroke symptoms. *Stroke*. 2009. 40(4),1121-6, <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.543371>.
 5. Peters SA, *et al.* Smoking as a risk factor for stroke in women compared with men: A systematic review and meta-analysis of 81 cohorts, including 3 980 359 individuals and 42 401 strokes. *Stroke*. 2013. 44(10), 2821-8, <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.113.002342>.
 6. Ahangar AA, Saadat P, Heidari B, Taheri ST, Alijanpour S. Sex difference in types and distribution of risk factors in ischemic and hemorrhagic stroke. *International journal of stroke*. 2018. 13(1), 83-6, <https://doi.org/10.1177/1747493017724626>.
 7. Maeda K, Toyoda K, Japan Standard Stroke Registry Study Group. Effects of sex difference on clinical features of acute ischemic stroke in Japan. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2013. 22(7),1070-5, <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2012.07.006>.
 8. Ong CT, Wong YS, *et al.* Sex-related differences in the risk factors for in-hospital mortality and outcomes of ischemic stroke patients in rural areas of Taiwan. *PLoS One*. 2017 . 12(9), e0185361, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185361>.
 9. Roquer J, Campello AR, Gomis M. Sex differences in first-ever acute stroke. *Stroke*. 2003 . 34(7), 1581-5, <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000078562.82918.F6>.
 10. Gall SL, Donnan G, Dewey HM, Macdonell R, Sturm J, Gilligan A, Srikanth V, Thrift AG. Sex differences in presentation, severity, and management of stroke in a population-based study. *Neurology*. 2010. 74(12),975-81, <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181d5a48f>.
 11. Fonarow GC, Reeves MJ, Smith EE, Saver JL, *et al.* Age-related differences in characteristics, performance measures, treatment trends, and outcomes in patients with ischemic stroke. *Circulation*. 2010. 121(7), 879-91, <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.892497>.
 12. Barrett KM, Brott TG, Brown Jr RD, Frankel MR, Worrall BB, Silliman SL, Case LD, Rich SS, Meschia JF, Ischemic Stroke Genetics Study Group. Sex differences in stroke severity, symptoms, and deficits after first-ever ischemic stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2007. 16(1), 34-9, <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2006.11.002>.
 13. Ton MD, Dao PV, Nguyen DT, Nguyen TH, *et al.* Sex disparity in stroke outcomes in a multicenter prospective stroke registry in Vietnam. *International Journal of Stroke*. 2023. 18(9), 1102-11, <https://doi.org/10.1177/17474930231177893>.
-