

Mối liên quan giữa chỉ số lipid máu đến kết quả điều trị bệnh nhân chảy máu não cấp

Association Between Serum Lipid Profiles and Outcomes in Acute Intracerebral Hemorrhage

Nguyễn Thị Minh Nguyệt^{1✉}, Trần Văn Tuấn¹, Hoàng Minh Thảo¹, Lê Thị Quyên¹,
Món Thị Uyên Hồng¹, Vũ Xuân Tú¹, Nguyễn Thị Khánh²

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Tác giả liên hệ

ThS.BS. Nguyễn Thị Minh Nguyệt
Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Email: nguyettkdhyd@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 17/6/2026

Ngày duyệt bài: 4/8/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích mối liên quan giữa chỉ số lipid máu khi nhập viện và kết quả điều trị bệnh nhân chảy máu não cấp tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 117 bệnh nhân chảy máu não (CMN) cấp điều trị tại Khoa Thần kinh - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Kết quả: Bệnh nhân nam giới chiếm tỷ lệ cao (77,8%). Tiền sử thường gặp nhất là tăng huyết áp (72,6%), rối loạn chuyển hoá lipid máu (25,6%) và lạm dụng rượu (17,1%). Nồng độ triglyceride máu trung bình là $2,72 \pm 2,90$ (mmol/L); cholesterol toàn phần là $4,80 \pm 1,19$ (mmol/L); LDL-C là $2,85 \pm 0,88$ (mmol/L) và HDL-C $1,23 \pm 0,42$ (mmol/L). Nồng độ các chỉ số lipid máu trung bình khi nhập viện ở nam giới và nữ giới không có sự khác biệt. Chỉ số LDL-C có tỷ lệ rối loạn cao nhất (59,8%). Nồng độ triglycerid ở nhóm bệnh nhân CMN có kết quả phục hồi chức năng không tốt cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có kết quả phục hồi chức năng tốt ($p = 0,016$), nồng độ cholesterol toàn phần và LDL-C ở nhóm kết quả phục hồi chức năng không tốt có xu hướng cao hơn so với nhóm kết quả phục hồi chức năng tốt, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), nồng độ HDL-C tương đương giữa hai nhóm ($p = 0,953$).

Kết luận: Bệnh nhân CMN có ít nhất một chỉ số lipid máu rối loạn chiếm tỷ lệ cao (81,2%), chỉ số LDL-C có tỷ lệ rối loạn cao nhất (59,8%). Nồng độ triglycerid ở nhóm bệnh nhân CMN có kết quả phục hồi chức năng không tốt cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có kết quả tốt ($p = 0,016$). Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ cholesterol toàn phần, LDL-C, HDL-C và kết quả phục hồi chức năng ở bệnh nhân CMN ($p > 0,05$).

Từ khóa: Đột quỵ não, chảy máu não cấp, lipid máu.

SUMMARY

Objectives: To assess the association between admission lipid profiles and clinical outcomes in patients with acute intracerebral hemorrhage at Thai Nguyen National Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 117 patients with acute intracerebral hemorrhage treated in the Department of Neurology, Thai Nguyen Central Hospital.

Results: Male patients accounted for the majority of cases (77.8%). The most common medical histories were hypertension (72.6%), dyslipidemia (25.6%), and alcohol abuse (17.1%). Mean serum triglyceride level was 2.72 ± 2.90 mmol/L; total cholesterol 4.80 ± 1.19 mmol/L; LDL-C 2.85 ± 0.88 mmol/L; and HDL-C 1.23 ± 0.42 mmol/L. There were no significant differences in mean lipid levels between male and female patients. LDL-C showed the highest prevalence of abnormality (59.8%). Triglyceride levels were significantly higher in patients with poor functional outcomes compared with those with good functional outcomes ($p = 0.016$). Total cholesterol and LDL-C levels tended to be higher in the poor functional outcome group; however, the differences were not statistically significant ($p > 0.05$). HDL-C levels were comparable between the two groups ($p = 0.953$).

Conclusion: A high proportion of patients with intracerebral hemorrhage had at least one abnormal lipid parameter (81.2%), with LDL-C being the most frequently abnormal index (59.8%). Triglyceride levels were significantly higher in patients with poor functional outcomes than in those with good functional outcomes ($p = 0.016$). No statistically significant associations were observed between total cholesterol, LDL-C, HDL-C levels and functional outcomes in patients with intracerebral hemorrhage ($p > 0.05$).

Keywords: stroke, acute intracerebral hemorrhage, blood lipids.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu não (CMN) là bệnh lý nguy hiểm thường dẫn đến tử vong hoặc để lại di chứng chức năng nặng nề^{1,2}. CMN có tỷ lệ tử vong và tàn tật cao hơn các loại đột quỵ khác, tỷ lệ tử vong do CMN sau 1 tháng khoảng 40% và sau 1 năm khoảng 54% và tỷ lệ sinh hoạt độc lập dao động từ 12% đến 39%^{2,3}. Có nhiều yếu tố liên quan đến nguy cơ chảy máu não như tuổi cao, giới tính nam, tăng huyết áp, hút thuốc lá, uống rượu quá mức, rối loạn chuyển hoá lipid máu và sử dụng thuốc. Trong đó, rối loạn chuyển hoá lipid máu chiếm tỷ lệ cao và có xu hướng tăng theo tuổi¹. Đồng thời, mỗi chỉ số lipid máu lại có mối liên quan khác nhau đến chảy máu não và nhồi máu não⁴, có chỉ số được xác định liên quan đến nguy cơ xuất hiện của chảy máu não, đồng thời cũng có chỉ số cho thấy có giá trị tiên lượng kết cục chức năng của người bệnh. Đáng chú ý, đây là một yếu tố nguy cơ có thể can thiệp và điều chỉnh được. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Mối liên quan giữa chỉ số lipid máu khi nhập viện đến kết quả điều trị bệnh nhân chảy máu não cấp tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 117 người bệnh CMN cấp điều trị nội trú tại Khoa Thần - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, từ tháng 6 năm 2024 đến tháng 3 năm 2026.

Tiêu chuẩn chọn

Người bệnh có triệu chứng lâm sàng của chảy máu não cấp và kết quả chụp cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não/ hoặc cộng hưởng từ (CHT) sọ não phù hợp với chảy máu não. Người bệnh và/ hoặc người nhà người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh có tiền sử bị bất kỳ bệnh lý nào mà mRS > 3 điểm; người bệnh chảy máu não do các nguyên nhân khác như chấn thương sọ não, chảy máu trong u, hoặc chảy máu sau nhồi máu não... , hoặc người bệnh có các bệnh nền nặng như xơ gan, suy tim, suy thận mạn, ung thư... hoặc người bệnh chuyển viện không theo dõi được.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- * Phương pháp: nghiên cứu mô tả
- * Kỹ thuật chọn mẫu: mẫu không xác suất (mẫu thuận tiện)
- * Cỡ mẫu: được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó, p=0,2. Với α =0,05 thì $Z^2_{1-\alpha/2} = 1,96$ và d=0,08. Thế vào công thức, thu được cỡ mẫu tối thiểu là 96. Thực tế, chúng tôi thu thập được 117 mẫu.

* Công cụ và phương pháp thu thập số liệu:

- + Người bệnh được thăm khám lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính (CLVT)/ hoặc cộng hưởng từ (CHT) sọ não để chẩn đoán xác định CMN và tính thể tích khối máu tụ (KMT), làm xét nghiệm sinh hoá đánh giá các chỉ số lipid máu (Cholesterol, triglyceride, LDL-C, HDL-C). Sau đó, người bệnh được điều trị nội trú tại khoa Thần kinh theo phác đồ điều trị Đột quy CMN của Bộ Y tế.
- + Kết quả điều trị được đánh giá dựa vào sự thay đổi của các dấu hiệu lâm sàng khi nhập viện, khi ra viện, thang điểm NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale - Thang điểm đột quy của Viện Sức khỏe Quốc gia Hoa Kỳ) khi vào viện và tại thời điểm ra viện, thang điểm mRS (Modified Rankin Scale - Thang điểm Rankin cải tiến) tại thời điểm ra viện.
- + Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Tuổi, giới, tiền sử mắc bệnh, lạm dụng chất, chỉ số khối cơ thể.
- Kết quả chụp CLVT/CHT sọ não: vị trí KMT, kích thước (thể tích) KMT.
- Chỉ số lipid máu: cholesterol, triglyceride, LDL-C, HDL-C.
- Kết quả điều trị: đánh giá bằng thang điểm mRS, kết quả hồi phục chức năng tốt với điểm mRS từ 0 đến 2 và kết quả hồi phục chức năng không tốt với điểm mRS từ 3 đến 6.
- Một số yếu tố liên quan: chỉ số lipid máu và thể tích KMT, chỉ số lipid máu và kết quả điều trị (mRS).

2.4. Xử lý số liệu

Theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 27: T-test trong kiểm định hai trung bình và Chi-bình phương cho kiểm định hai tỷ lệ.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài đã được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên theo quyết định số 231/GCN-HĐĐĐ, ngày 04/02/2026.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi, giới và tiền sử, vị trí chảy máu của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số người bệnh (n=117)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)	< 60	48	41,0
	61-70	39	33,3
	>70	30	25,7
Giới	Nam	91	77,8
	Nữ	26	22,2
Chỉ số khối cơ thể (BMI) (kg/m²)	≤23	77	65,8
	>23	40	34,2

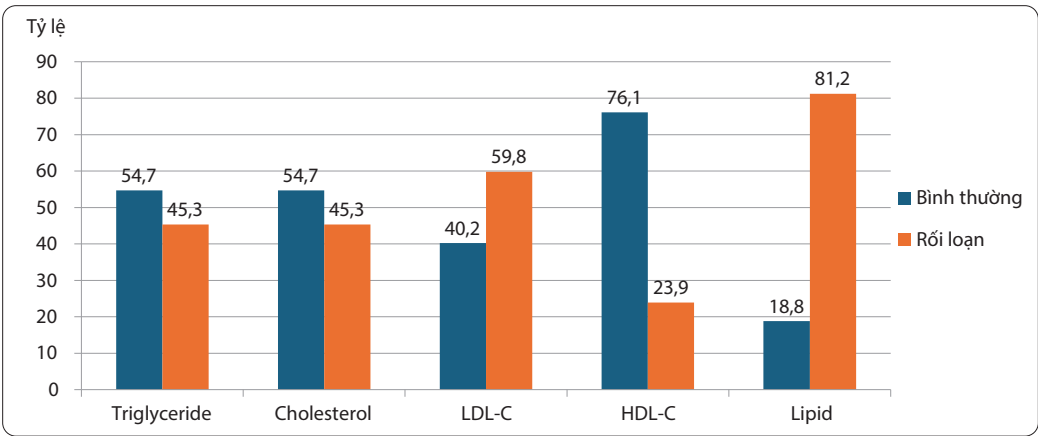
Đặc điểm		Số người bệnh (n=117)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử	Tăng huyết áp	85	72,6
	RLCH lipid máu	30	25,6
	Đái tháo đường	9	7,7
	Uống rượu	20	17,1
	Hút thuốc	4	3,4
	Đột quỵ não	6	5,1
Vị trí chảy máu não	Bán cầu não trái	48	41,0
	Bán cầu não phải	59	50,5
	Thân não	6	5,1
	Tiểu não	4	3,4
Thể tích khối máu tụ (mL)	≤ 30	107	91,5
	31-59	6	5,1
	≥ 60	4	3,4

Theo bảng 3.1, người bệnh CMN dưới 60 tuổi và nam giới chiếm tỷ lệ cao (41,0% và 77,8%).

Bảng 3.2. Đặc điểm lipid máu khi nhập viện của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Trung bình $\bar{X} \pm SD$ (mmol/L)			P
	Chung	Nam	Nữ	
Triglyceride	2,72 ± 2,90	2,79 ± 3,11	2,40 ± 1,88	0,547
Cholesterol	4,80 ± 1,19	4,82 ± 1,22	4,70 ± 1,12	0,646
LDL-C	2,85 ± 0,88	2,86 ± 0,91	2,82 ± 0,81	0,880
HDL-C	1,23 ± 0,42	1,23 ± 0,46	1,24 ± 0,24	0,911

Theo bảng 3.2, nồng độ các chỉ số lipid máu trung bình khi nhập viện ở nam giới có xu hướng cao hơn nữ giới, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ rối loạn lipid máu theo các chỉ số và tỷ lệ rối loạn lipid máu chung

Theo biểu đồ 1, bệnh nhân có ít nhất một chỉ số lipid máu rối loạn chiếm tỷ lệ cao (81,2%), chỉ số LDL-C có tỷ lệ rối loạn cao nhất (59,8%).

Bảng 3.3. Điểm mRS khi ra viện của đối tượng nghiên cứu

Điểm mRS khi ra viện	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)	Điểm mRS khi ra viện	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
0	15	12,8	3	27	23,1
1	43	36,8	4-5	19	16,2
2	13	11,1	6	0	0
Tổng	71	60,7	Tổng	46	39,3

Theo bảng 3.3, người bệnh có điểm mRS khi ra viện từ 0-2 chiếm 60,7%.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa việc dùng statin với thể tích khối máu tụ

Sử dụng statin Thể tích KMT	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$) (mL)	Nhỏ nhất (mL)	Lớn nhất (mL)	P
Có	7,53 ± 17,18	1,11	13,94	0,434
Không	11,63 ± 26,77	5,92	17,34	

Theo bảng 3.4, nhóm bệnh nhân CMN sử dụng statin có thể tích KMT trung bình nhỏ hơn so với nhóm không sử dụng statin. Tuy nhiên, sự khác biệt này không ý nghĩa thống kê ($p = 0,434$).

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa việc dùng statin với kết quả phục hồi chức năng của bệnh nhân CMN cấp

Sử dụng statin Kết cục	Tốt (n=71), n (%)	Không tốt (n=46), n (%)	P
Có	18 (60,0)	12 (40,0)	0,929
Không	53 (60,9)	34 (39,1)	

Theo bảng 3.5, không có sự khác biệt về kết quả phục hồi chức năng giữa hai nhóm bệnh nhân CMN có sử dụng statin và nhóm bệnh nhân CMN không có sử dụng statin ($p = 0,929$).

Bảng 3.6. Nồng độ lipid máu giữa nhóm kết cục tốt và không tốt ở người bệnh CMN cấp

Kết cục Đặc điểm	Tốt ($\bar{X} \pm SD$) (mmol/L)	Không tốt ($\bar{X} \pm SD$) (mmol/L)	Tổng ($\bar{X} \pm SD$) (mmol/L)	P
Triglyceride	2,12 ± 1,74	3,62 ± 3,94	2,72 ± 2,90	0,016
Cholesterol	4,66 ± 1,22	5,00 ± 1,12	4,80 ± 1,19	0,135
LDL-C	2,78 ± 0,86	2,96 ± 0,93	2,85 ± 0,88	0,295
HDL-C	1,23 ± 0,42	1,23 ± 0,40	1,23 ± 0,42	0,953

Theo bảng 3.6, nồng độ triglycerid ở nhóm có kết quả phục hồi chức năng không tốt cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có kết quả tốt ($p = 0,016$), nồng độ cholesterol toàn phần, LDL-C và HDL-C không có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 117 bệnh nhân CMN cấp điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, từ tháng 6 năm 2024 đến tháng 3 năm 2026. Bệnh nhân CMN dưới 60 tuổi chiếm tỷ lệ khá cao (41,0%) và nam giới cao gấp 3,5 lần so với nữ giới (nam giới là 77,8%). Bệnh nhân có thể trạng béo, thừa cân chiếm tỷ lệ khá cao (40 bệnh nhân, chiếm 34,2%). Tiền sử thường gặp ở bệnh nhân CMN là tăng huyết áp, rối loạn chuyển hoá lipid máu và lạm dụng rượu với tỷ lệ lần lượt là 72,6%, 25,6% và 17,1%. Vị trí chảy máu chủ yếu là trên bán cầu não với phân bố bên trái là 41,0% và bên phải là 50,4%. Đa số bệnh nhân CMN có thể tích khối máu tụ (KMT) từ 30mL trở xuống (107 bệnh nhân, chiếm 91,5%), chỉ có 10 trường hợp có thể tích khối máu tụ lớn hơn 30mL, trong đó có 4 trường hợp có thể tích khối máu tụ lớn hơn 60mL.

4.2. Đặc điểm lipid máu của đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân CMN đã được chẩn đoán rối loạn chuyển hoá lipid máu và đang sử dụng thuốc điều trị hạ lipid máu bằng statin từ trước đó chiếm tỷ lệ 25,6%. Bệnh nhân có ít nhất một chỉ số lipid máu rối loạn chiếm tỷ lệ cao (81,2%), chỉ số LDL-C có tỷ lệ rối loạn cao nhất (59,8%). Tại thời điểm vào viện nồng độ triglyceride máu trung bình là $2,72 \pm 2,90$ (mmol/L), nồng độ cholesterol máu trung bình là $4,80 \pm 1,19$ (mmol/L), nồng độ LDL-C máu trung bình là $2,85 \pm 0,88$ (mmol/L) và nồng độ HDL-C máu trung bình là $1,23 \pm 0,42$ (mmol/L). Kết quả này của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu

của Ngô Đức Kỳ và nhiều nghiên cứu khác^{1,5,6}. Tuy nhiên, nồng độ trung bình của triglyceride trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao hơn so với các nghiên cứu khác. Sự khác biệt này có thể đến từ thói quen ăn uống với chế độ ăn giàu tinh bột, việc sử dụng mỡ động vật trong chế biến thực phẩm và thói quen tiêu thụ nội tạng động vật còn khá phổ biến. Ngoài ra, tình trạng lạm dụng rượu, đặc điểm dân số nghiên cứu, thời điểm lấy mẫu xét nghiệm cũng có thể góp phần ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu. Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ trung bình của các chỉ số triglyceride, cholesterol, LDL-C ở bệnh nhân nam có xu hướng cao hơn bệnh nhân nữ. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (với giá trị $p = 0,547$; $p = 0,646$ và $p = 0,880$). Khác với kết quả của chúng tôi, nghiên cứu của Ngô Đức Kỳ lại cho thấy nồng độ trung bình của chỉ số cholesterol toàn phần, LDL-C ở nữ giới cao hơn có ý nghĩa so với nam giới¹. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của Ngô Đức Kỳ thực hiện trên đối tượng bệnh nhân đột quỵ cao tuổi với tỷ lệ cao bệnh nhân nhồi máu não và đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi trong khi đó đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân CMN từ 18 tuổi trở lên. Kết quả này của chúng tôi cũng khác với nghiên cứu của Gu X, khi nghiên cứu này cho kết quả nồng độ trung bình của các chỉ số cholesterol toàn phần, LDL-C ở bệnh nhân nam cao hơn có ý nghĩa so với bệnh nhân nữ⁷.

4.3. Mối liên quan giữa các chỉ số lipid máu đến kết quả điều trị bệnh nhân CMN cấp

Trong nghiên cứu này, bệnh nhân CMN có kết quả hồi phục chức năng tốt (điểm mRS từ 0-2) tại thời điểm ra viện chiếm tỷ lệ cao (71 bệnh nhân, chiếm 60,7%), bệnh nhân có kết quả hồi phục chức năng không tốt (điểm mRS từ 3-6) chiếm 39,3%, không ghi nhận trường hợp nào có kết cục tử vong với điểm mRS là 6 tại thời điểm ra viện. Nguyên nhân của tình trạng này có thể do một số bệnh nhân CMN diễn biến nặng đã được xin chuyển tuyến cao hơn để điều trị tiếp hoặc một số trường hợp bệnh nhân diễn biến

nặng, tiên lượng nguy cơ tử vong gần đã được người thân xin ra viện. Khi xem xét mối liên quan giữa việc sử dụng statin đến kết quả hồi phục chức năng của bệnh nhân CMN tại thời điểm ra viện, nghiên cứu của chúng tôi không thấy có sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân CMN có sử dụng statin và nhóm không sử dụng statin ($p = 0,929$). Về thể tích KMT trung bình, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm bệnh nhân CMN sử dụng statin điều trị RLCH lipid máu có thể tích KMT nhỏ hơn so với nhóm không sử dụng (thể tích KMT trung bình lần lượt là $7,53 \pm 17,18$ (mL) và $11,63 \pm 26,77$ (mL)), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,434$). Kết quả này của chúng tôi có điểm tương đồng với nghiên cứu của Li G³, khi ghi nhận nhóm bệnh nhân CMN có sử dụng statin có thể tích khối máu tụ trung bình nhỏ hơn so với nhóm không sử dụng statin. Tuy nhiên, nghiên cứu này cũng cho thấy việc sử dụng statin không làm ảnh hưởng đến kết cục hồi phục chức năng kém hoặc tử vong ở bệnh nhân CMN³. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nồng độ triglycerid ở nhóm kết quả hồi phục chức năng không tốt cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có kết quả hồi phục chức năng tốt ($p = 0,016$). Kết quả này của chúng tôi khác so với nghiên cứu của Liu Q và nhiều nghiên cứu khác⁶ khi các nghiên cứu này cho thấy mối liên quan nghịch biến giữa nồng độ triglyceride và kết cục chức năng của bệnh nhân CMN trong vòng 12 tháng sau CMN, chỉ số triglyceride thấp được xác định là yếu tố dự báo độc lập về kết quả chức năng kém trong 12 tháng sau CMN⁶. Một số nghiên cứu cho thấy nồng độ triglyceride thấp sau CMN có thể làm giảm sản xuất yếu tố VII, từ đó góp phần kéo dài tình trạng chảy máu và dẫn đến kết cục xấu. Ngoài ra, triglyceride thấp còn liên quan đến chảy máu mạch não nhỏ, yếu tố nguy cơ độc lập của CMN tái phát trong tương lai⁶. Tuy nhiên, cũng có nhiều nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan giữa chỉ số triglyceride và kết cục chức năng của bệnh nhân CMN⁶. Đồng thời, các nghiên cứu này cũng gợi ý rằng nồng độ triglyceride thấp có thể phản ánh tình trạng

dinh dưỡng kém ở người bệnh. Điều này thường đi kèm với nồng độ albumin huyết thanh giảm, làm suy giảm khả năng miễn dịch và sức đề kháng của cơ thể. Hậu quả là người bệnh dễ xuất hiện các biến chứng như nhiễm trùng, suy kiệt và phục hồi kém, từ đó góp phần làm gia tăng nguy cơ kết cục xấu ở bệnh nhân CMN. Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy nồng độ cholesterol toàn phần và LDL-C ở nhóm kết cục không tốt có xu hướng cao hơn so với nhóm kết cục tốt, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) và nồng độ HDL-C tương đương giữa hai nhóm ($p = 0,953$). Khác với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, Chen YW cho thấy nồng độ cholesterol toàn phần thấp liên quan đến tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân đột quỵ não, trong khi cholesterol toàn phần cao không làm tăng nguy cơ này⁸. Tương tự nghiên cứu của Chen YW, Wen CP cũng cho thấy nồng độ LDL-C huyết thanh thấp là yếu tố dự báo độc lập của tăng tỷ lệ tử vong sau CMN cấp tính⁵. Tuy nhiên, nghiên cứu của Liu Q lại không cho thấy có sự khác biệt về nồng độ LDL-C trong huyết thanh của hai nhóm bệnh nhân CMN có kết quả phục hồi chức năng tốt và không tốt⁶ mà nghiên cứu này lại cho thấy có mối liên quan giữa nồng độ HDL-C cao trong huyết thanh đến nguy cơ tử vong và có kết quả phục hồi chức năng xấu ở bệnh nhân CMN trong vòng 12 tháng theo dõi sau CMN⁶. Sự khác biệt giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác có thể xuất phát từ sự không đồng nhất trong tiêu chí đánh giá kết quả phục hồi chức năng của người bệnh CMN. Bên cạnh đó, cỡ mẫu của nghiên cứu còn tương đối nhỏ và thời gian nghiên cứu ngắn, do đó chưa có điều kiện theo dõi, đánh giá kết cục của bệnh nhân ở các giai đoạn tiếp theo trong vòng 12 tháng sau CMN.

V KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 117 bệnh nhân CMN, kết quả cho thấy bệnh nhân CMN có ít nhất một chỉ số lipid máu rối loạn chiếm tỷ lệ cao (81,2%), chỉ

số LDL-C có tỷ lệ rối loạn cao nhất (59,8%). Nồng độ triglycerid ở nhóm bệnh nhân CMN có kết quả phục hồi chức năng không tốt cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có kết quả phục hồi chức năng tốt ($p = 0,016$). Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ cholesterol toàn phần, LDL-C, HDL-C và kết cục lâm sàng ở bệnh nhân chảy máu não ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Đức Kỳ, Lê Đình Sáng (2024). Đặc điểm rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đột quỵ não cao tuổi tại Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 540(Số 3 (2024)), 83-86.
2. An SJ, Kim TJ, Yoon BW (2017). Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Features of Intracerebral Hemorrhage: An Update, *J Stroke*, 19(1), 3-10.
3. Li G, Wang S, Xiong Y, et al (2022). Prior statin and short-term outcomes of primary intracerebral hemorrhage: From a large-scale nationwide longitudinal registry, *CNS Neurosci Ther*, 28(8), 1240-1248.
4. Rist PM, Buring JE, Ridker PM, et al (2019). Lipid levels and the risk of hemorrhagic stroke among women, *Neurology*, 92(19), e2286-e2294.
5. Wen CP, Lee YC, Sun YT, et al (2021). Low-Density Lipoprotein Cholesterol and Mortality in Patients With Intracerebral Hemorrhage in Taiwan, *Front Neurol*, 12, 793471.
6. Liu Q, Yu J, Li X, et al (2025). Triglyceride levels and 12-month outcomes in patients with intracerebral hemorrhage, *J Int Med Res*, 53(12), 3000605251400120.
7. Gu X, Li Y, Chen S, et al (2019). Association of Lipids With Ischemic and Hemorrhagic Stroke: A Prospective Cohort Study Among 267 500 Chinese, *Stroke*, 50(12), 3376-3384.
8. Chen YW, Li CH, Yang CD, et al (2017). Low cholesterol level associated with severity and outcome of spontaneous intracerebral hemorrhage: Results from Taiwan Stroke Registry, *PLoS One*, 12(4), e0171379.