

nhân gặp TTT một cách có ý nghĩa, đặc biệt các TTT CCD và TTT nghiêm trọng. Do đó, phát triển hệ thống CDSS là hết sức cần thiết để nâng cao hiệu quả hoạt động dược lâm sàng, trong bối cảnh nhân lực DSLS còn hạn chế, nhằm nâng cao hiệu quả điều trị chung trên bệnh nhân.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thành Hải và cộng sự** (2023), "Hiệu quả phòng tránh tương tác thuốc bất lợi trên bệnh nhân điều trị nội trú thông qua hệ thống hỗ trợ lâm sàng và hoạt động dược lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh", Tạp chí Khoa học Y dược, Hà Nội.
2. **Vũ Nguyễn Huyền Nga** (2023), Triển khai hoạt động dược lâm sàng về quản lý tương tác thuốc-thuốc bất lợi thông qua hệ thống hỗ trợ quyết định lâm sàng tại Bệnh viện II Lâm Đồng, Luận văn Thạc sĩ Dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
3. **Davies E.C., Green C.F., Taylor S., et al.** (2009), "Adverse drug reactions in hospital inpatients: a prospective analysis of 3695 patient-episodes", PLoS One, 4(2), p. e4439.
4. **Moura C.S., Acurcio F.A., Belo N.O.** (2009),

- "Drug-drug interactions associated with length of stay and cost of hospitalization", J Pharm Pharm Sci, 12(3), pp. 266-272.
5. **Muyile K.M., Gentens K., Dupont A.G., et al.** (2021), "Evaluation of an optimized context-aware clinical decision support system for drug-drug interaction screening", Int J Med Inform, 148, p. 104393.
  6. **Muyile K., Wuyts S., Cornu P.** (2022), "4CPS-137 Prospective analysis of clinical pharmacist interventions for QT drug-drug interactions alongside clinical decision support", British Medical Journal Publishing Group.
  7. **Pirmohamed M., James S., Meakin S., et al.** (2004), "Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients", BMJ, 329(7456), pp. 15-19.
  8. **Quintens C., De Rijdt T., Van Nieuwenhuyse T., et al.** (2019), "Development and implementation of "Check of Medication Appropriateness" (CMA): advanced pharmacotherapy-related clinical rules to support medication surveillance", BMC Med Inform Decis Mak, 19(1), p. 29.
  9. **Reis A.M., Cassiani S.H.** (2011), "Adverse drug events in an intensive care unit of a university hospital", Eur J Clin Pharmacol, 67(6), pp. 625-632.

## MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP ĐIỆN RỘNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG NĂM 2022

Đinh Thị Hoa<sup>1</sup>, Mạc Doanh Thịnh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Phần lớn bệnh nhân vào viện có yếu tố nguy cơ rõ ràng, triệu chứng lâm sàng nặng nề, triệu chứng cận lâm sàng rõ, mức độ nặng. 100% bệnh nhân đến muộn sau 4,5 giờ khởi phát nên không thực hiện can thiệp kỹ thuật tiêu sợi huyết được. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính trên bệnh nhân nhồi máu não cấp diện rộng của hệ động mạch não giữa tại khoa Đột quy bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2022. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, tiến cứu. Gồm 46 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu. Cách chọn mẫu thuận tiện. Sử dụng các thang điểm NIHSS, TOAST, mRS, ASPECT đánh giá. **Kết quả:** Bệnh nhân có tuổi trung bình  $77,98 \pm 17,59$ , nhóm bệnh nhân có độ tuổi > 70 chiếm tỷ lệ cao 73,9%. Bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ: THA, đột quy tái phát, rung nhĩ. Điểm NIHSS lúc vào viện trung bình là  $15,43 \pm 4,23$ . Tỷ lệ BN có phù não lúc nhập viện rất cao

87%, có THA tâm thu 78,3%. Hầu hết BN đến muộn sau 4,5 giờ nên có hình ảnh giảm tỷ trọng rõ nét trên phim chụp cắt lớp. Có 95,7% có điểm ASPECTS <6 và có 45,7% có dè dầy đường giữa trên phim chụp. **Kết luận:** Nên có chiến lược truyền thông rộng rãi và thường xuyên ở cộng đồng tại Hải Dương nói riêng nhằm nâng cao nhận thức người dân về phát hiện và xử trí đúng và nhanh tình trạng đột quy để bệnh nhân được nhận điều trị tối ưu nhất. **Từ khóa:** Đặc điểm lâm sàng, nhồi máu não diện rộng

### SUMMARY

#### DESCRIBE SOME CLINICAL AND IMAGING CHARACTERISTICS IN ACUTE CEREBRAL INFARCTION AT HAI DUONG PROVINCE GENERAL HOSPITAL IN 2022

**Background:** Most patients admitted to the hospital have clearly risk factors, severe clinical symptoms, clear paraclinical symptoms, and severity. The patient arrived late 4.5 hours after onset, so the thrombolytic intervention could not be performed. **Objective:** Describe clinical characteristics and computed tomography images in patients with acute large-scale cerebral infarction of the middle cerebral artery system at the Stroke Department of Hai Duong Provincial General Hospital in 2022. **Methods:** The research design used a cross-sectional, prospective descriptive method. Including 46 patients who met the

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Hoa

Email: hoadinghhoa@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024

Ngày duyệt bài: 19.7.2024

criteria for selection into the study. It was used to choose convenient samples. Use Glasgow, NIHSS, TOAST, mRS, ASPECT scales to evaluate. **Results:** Patients had an average age of 77.98 ± 17.59, the group of patients aged > 70 accounted for a high proportion of 73.9%. Patients with risk factors have been recognized in study: hypertension, recurrent stroke, atrial fibrillation. The average NIHSS score at hospital admission was 15.43 ± 4.23. The proportion of patients with cerebral edema at admission was very high, 87% patients, and 78,3% patients had systolic hypertension. Most patients arrive 4.5 hours late, so they have clear images of decreased density on CT scanner. There were 95.7% patients with ASPECTS score <6 and 45,7% patients had midline pushing on the x-ray. **Conclusion:** There should be a widespread and regular communication strategy in the community in Hai Duong in particular to raise people's awareness about correctly and quickly detecting and treating stroke so that patients can be received the most optimal treatment. **Keywords:** Clinical characteristics, large-scale cerebral infarction

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đột quy não (theo WHO) là sự khởi phát đột ngột một khiếm khuyết thần kinh khu trú kéo dài trên 24 giờ, có thể gây tử vong và đã loại trừ các nguyên nhân không phải mạch máu não.

Mặc dù y học đã có rất nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị nhưng đột quy não vẫn là vấn đề thời sự cấp thiết trên toàn cầu trong đó có Việt Nam. Ở các nước có thu nhập cao tỷ lệ mắc Đột quy có xu hướng giảm, trong khi đó tỷ lệ này lại tăng ở các nước có thu nhập thấp và trung bình.

Theo thống kê ở Mỹ (2016) mỗi năm số bệnh nhân mắc đột quy là khoảng 795.000, nhồi máu não chiếm khoảng 80 - 85%, khoảng 610.000 người bị đột quy mới và khoảng 185.000 đột quy tái phát, gần 200.000 người tử vong. Theo Lê Thị Hương và cộng sự nghiên cứu 6167 đối tượng từ 18 tuổi trở lên tại 8 tỉnh thuộc 8 vùng sinh thái Việt Nam năm 2013 – 2014. Kết quả cho thấy tỷ lệ mắc đột quy chung là 1,62%.

Khoa Đột quy bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương mới thành lập cuối năm 2021. Để thúc đẩy hoạt động nghiên cứu và thống kê số liệu trong khoa, chúng tôi nhận thấy có nhiều bệnh nhân đột quy nhồi máu não diện rộng, các bệnh nhân nhồi máu não thường rất nặng và diễn biến bất thường, việc hiểu rõ các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học giúp cho các bác sỹ điều trị có cái nhìn và thái độ tích cực, theo dõi sát các bệnh nhân nhồi máu diện rộng, cũng như việc khuyến cáo điều trị khi người bệnh bị đột quy vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học trên bệnh nhân nhồi máu não cấp diện rộng tại bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Hải Dương năm 2022" với mục tiêu: *Mô tả*

*đặc điểm lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính trên bệnh nhân nhồi máu não cấp tính diện rộng của hệ động mạch não giữa tại khoa Đột quy bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2022.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả các bệnh nhân nhồi máu não cấp tính diện rộng điều trị tại khoa Đột quy, bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương từ tháng 04-08/2022.

- **Tiêu chuẩn chọn vào:** Được chẩn đoán xác định nhồi máu não: lâm sàng (Theo WHO) và có tổn thương nhồi máu não trên phim chụp cắt lớp. Hình ảnh tổn thương đáp ứng tiêu chuẩn nhồi máu não diện rộng bán cầu trên phim chụp cắt lớp sọ não: ASPECT < 6 điểm và CHT thể tích ổ nhồi máu > 82ml. Đến viện trước 72 giờ, tính từ khi khởi phát nhồi máu não.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Tiền sử đột quy não có điểm mRS > 2 điểm. Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng như suy gan, suy thận nặng, ung thư, đợt cấp COPD,... Bệnh nhân không đủ thời gian nghiên cứu: chuyển viện tuyến trên hoặc bệnh nhân từ tuyến trên chuyển về và những bệnh nhân không đạt tiêu chuẩn chọn lựa.

**2.2 Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, tiến cứu.

**2.3 Phương pháp nghiên cứu**

**2.3.1. Phương tiện nghiên cứu:** Phiếu nghiên cứu và các thang đo: Glasgow, NIHSS, TOAST, ASPECT đánh giá.

**2.3.2. Các chỉ số nghiên cứu**

- Đặc điểm chung, tiền sử, triệu chứng lâm sàng
- Đặc điểm hình ảnh chụp cắt lớp vi tính

**2.3.3. Các bước tiến hành**

- Thu thập các hồ sơ theo mẫu.
- Kết quả chụp cắt lớp được đọc bởi bác sĩ khoa chẩn đoán hình ảnh.
- Theo dõi BN từ lúc vào viện đến khi ra viện.
- Thu thập thông tin liên quan theo bệnh án mẫu.
- Phân tích và xử lý số liệu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo độ tuổi, giới**

Lứa tuổi	Nam		Nữ		Chung	
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)
< 50	1	2.2%	1	2.2%	2	4.3%
51 - 60	4	8.7%	2	4.3%	6	13.0%
61 - 70	3	6.5%	1	2.2%	4	8.7%
71 - 80	5	10.9%	4	8.7%	9	19.6%
> 80	10	21.7%	15	32.6%	25	54.3%
<b>Tổng</b>	<b>23</b>	<b>50%</b>	<b>23</b>	<b>50%</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>

Tuổi trung bình: 77.98 ± 17,59

**Bảng 2. Một số yếu tố tiền sử và yếu tố nguy cơ**

Yếu tố nguy cơ Tiền sử	Nam		Nữ		Chung	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Tăng huyết áp	21	45.7%	18	39.1%	39	84.8%
Hút thuốc lá	9	19.6%	0	0%	9	19.6%
Đái tháo đường	6	13%	3	6.5%	9	19.6%
Đột quy não cũ	8	17.4%	4	8.7%	12	26.1%
Rung nhĩ	7	15.2%	7	15.2%	14	30.4%
RL Lipid máu	4	8.7%	2	4.3%	6	13%

**Bảng 3. Một số dấu hiệu thần kinh khi khởi phát**

Dấu hiệu lâm sàng	Có		Không		
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Liệt nửa người	Trái	22	47,8	0	0
	Phải	24	52,2	0	0
Liệt mắt (VII)		43	93,45	3	6,5
Nói khó		43	93,45	3	6,5

100% Bệnh nhân vào viện sau 4,5 giờ đầu tiên từ lúc có triệu chứng khởi phát.

**Bảng 4. Tình trạng ý thức (Glasgow) lúc nhập viện**

Điểm Glasgow	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≤ 8 điểm	0	0%
9 - 12 điểm	14	30.4%
13 - 15 điểm	32	69.6%
<b>Tổng số</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>

Điểm G trung bình: 13.13 ± 1,39

**Bảng 5. Điểm NIHSS lúc nhập viện**

Điểm NIHSS	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≤ 4 điểm	0	0%
5 - 14 điểm	23	50%
15 - 20 điểm	16	34.8%
> 20 điểm	7	15.2%

Điểm NIHSS trung bình: 15.43 ± 4,23

**Bảng 6. Phân loại nguyên nhân nhồi máu não theo TOAST**

Nguyên nhân	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Bệnh mạch máu lớn	21	45.7
Huyết khối từ tim	14	30.4
Nguyên nhân không xác định	11	23.9
<b>Tổng</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

**Bảng 7. Một số đặc điểm hình ảnh CLVT ngay lần chụp đầu tiên**

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
<b>Hình ảnh tổn thương</b>		
Giảm tỷ trọng	44	95.7
Dấu hiệu sớm	2	4.3
Chưa rõ tổn thương	0	0
<b>Tổng</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Điểm ASPECTS		
≥ 6 điểm	2	4,3
< 6 điểm	44	95.7
Điểm trung bình	3.93 ± 1,15	
<b>Đề đẩy đường giữa</b>		
Có đề đẩy đường giữa	21	45.7
Không đề đẩy	25	54.3
<b>Chuyển dạng chảy máu</b>		
Có	7	15.2
Không	39	84.8
<b>Tổng</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

**IV. BÀN LUẬN**

Tuổi là một yếu tố nguy cơ của đột quy nói chung. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đều đưa đến kết luận tỷ lệ mắc Đột quy có xu hướng tăng dần theo lứa tuổi và tăng vọt lên từ lứa tuổi 50 trở lên. Trong NC của chúng tôi, tuổi trung bình là 77,98. So với các nghiên cứu trong nước, tuổi trung bình trong NC chúng tôi cao hơn. Chúng tôi nhận thấy nhóm tuổi 71 – 80 chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu là 54,3 %. Điều này phù hợp với nhận định của WHO là tỷ lệ mắc bệnh tập trung ở nhóm người cao tuổi (60 – 80 tuổi).

Trong NC của chúng tôi tỷ lệ BN nam nữ bằng nhau 50%, kết quả này tương đương với các NC khác như Nguyễn T. P Minh nữ chiếm 53,57%; nam chiếm 46,43%; tương tự NC của Vũ X. Tân là nữ chiếm 50,88%, của Châu N. Huân tỷ lệ nữ chiếm 53,2%.

Tăng huyết áp (THA) là một yếu tố nguy cơ đột quy não độc lập rất mạnh ở các bệnh lý tim mạch và mạch máu não, điều này đã được chứng minh qua nhiều công trình nghiên cứu đáng tin cậy. Trong NC của chúng tôi ghi nhận tiền sử THA chiếm tỷ lệ rất cao 84.8%, kết quả này cao hơn so với NC của Nguyễn T.P.Minh là 78,6%; của Nguyễn V. Quân là 62% , Gupta Priya tỷ lệ này là 67%. Như vậy hầu hết các tác giả đều cho thấy THA rất thường gặp trong đột quy.

Đái tháo đường (ĐTĐ) đã được công nhận là yếu tố nguy cơ độc lập gây xơ vữa động mạch nói chung trong đó có mạch máu não, nguy cơ đột quy tăng tương đối là 1,8 ở nam và 2,2 ở nữ. Số bệnh nhân ĐTĐ có tần xuất xảy ra đột quy cao gấp 2,5 – 4 lần người bình thường và là một trong những nguyên nhân tử vong. Kết quả NC của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử ĐTĐ là 19,6%. Trong các NC của WHO tỷ lệ đái tháo đường thay đổi từ 15% đến 40% tùy quốc gia. Qua những tỷ lệ ghi nhận được từ các nghiên cứu nêu trên cho thấy ĐTD ít gặp hơn THA.

**Các dấu hiệu FAST.** Các dấu hiệu thần kinh khởi phát sớm đã được đưa vào thành porter khuyến nghị đến cộng đồng là FAST. Trong kết

quả NC này chúng tôi đã khai thác các triệu chứng đó và cho kết quả: 100% bệnh nhân bị liệt nửa người trái hoặc phải, có 93,45% BN liệt mặt. Kết quả này tương đồng với NC của Nguyễn V. Quân 100% bệnh nhân có liệt vận động, trong NC của Nguyễn B. Thăng gặp tỷ lệ liệt nửa người là 93,88%. Về dấu hiệu rối loạn ngôn ngữ sớm: Kết quả NC có 93,45% BN nói khó.

Như vậy các triệu chứng này có tỷ lệ gặp rất cao, càng khẳng định việc phổ biến các khuyến nghị rộng rãi đến cộng đồng để người dân được biết. Đồng thời phổ biến kiến thức về các kỹ thuật can thiệp sớm tối ưu như là tiêu sợi huyết, để người dân thấy được cơ hội sống, phục hồi chức năng tốt hơn nếu bị mắc được chẩn đoán và can thiệp sớm kịp thời.

Trong kết quả NC của chúng tôi 100% BN vào viện sau 4,5 giờ đầu tính từ khi có triệu chứng khởi phát, so sánh với NC của Nguyễn T.P. Minh có 54,3% đến viện trước 6 giờ, thời gian vào viện trung bình là 10 giờ, NC của Nguyễn B. Thăng là 29,63 giờ. Điều này rất quan trọng vì có ảnh hưởng đến việc chẩn đoán sớm và chọn lựa phương pháp can thiệp sớm. Tiêu sợi huyết là kỹ thuật can thiệp rất hiệu quả đã được khẳng định bằng nhiều NC chỉ dành cho thể đột quy Nhồi máu não, đến viện trước 4,5 giờ, người bệnh có đủ tiêu chí được chỉ định làm. Vì vậy NB đến bệnh viện sớm đã có cơ may hơn so với bệnh nhân đến muộn, và hiệu quả điều trị nội khoa sau đó cũng sẽ giảm dần theo thời gian vì với não bộ thời gian là yếu tố tiên quyết mức tổn thương và phục hồi.

Thang Glasgow ngày càng được áp dụng rộng rãi cho BN hôn mê do các nguyên nhân khác nhau, đặc biệt trong bệnh đột quy. Mức độ rối loạn ý thức và thang điểm Glasgow có liên quan với nhau, điểm Glasgow càng thấp thì rối loạn ý thức càng nặng. Kết quả NC của chúng tôi có 32 BN mức độ nhẹ (69,6%), điểm Glasgow mức 13-15 điểm, 14 BN mức độ trung bình (30,4%), không có bệnh nhân nặng  $G < 8$  điểm.

Thang điểm NIHSS dùng để đánh giá các thiếu sót thần kinh, theo dõi điều trị, tiên lượng kết cục đột quy. Điểm càng cao thiếu sót thần kinh càng nặng, tiên lượng hồi phục càng kém. Kết quả NC của chúng tôi cho thấy BN có mức điểm NIHSS từ 5 – 14 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất 50%, kết quả này thấp hơn so với NC của Nguyễn T.P. Minh là 75%.

Tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ cao đối với bệnh tim mạch ở các nước công nghiệp và ngay tại nước ta THA đang trở thành một vấn đề sức khỏe đáng lo ngại do sự gia tăng tuổi thọ và tần suất các yếu tố nguy cơ. Trong kết quả NC,

HA tâm thu trung bình là  $148,26 \pm 19,8$  mmHg, tương đương kết quả NC của Nguyễn T.P. Minh là 143,93mmHg, NC Gupa và cộng sự  $165,94 \pm 36,2$  mmHg.

Kết quả NC cho thấy có 45,7% bệnh nhân tắc mạch máu não lớn, 23,9% xác định nguyên nhân huyết khối từ tim. Theo NC của tác giả Bott và cs, tỷ lệ hẹp mạch cảnh không triệu chứng là 14%. Vị trí hẹp tắc hay gặp nhất là chỗ chia đôi động mạch cảnh (43,07%). Vị trí hẹp tắc mạch hay gặp thứ hai là động mạch cảnh trong chiếm 36,92% (24/65), trong đó 62,5 % BN (15/24) ở đoạn trong sọ. Từ những đặc điểm dịch tễ, tìm thấy nguyên nhân tắc động mạch lớn sẽ ảnh hưởng đến một vùng chi phối rộng lớn mà điều đáng tiếc là trong khi đó 100% BN không đến viện sớm để xem xét làm kỹ thuật tiêu sợi huyết. Như vậy BN sẽ không có cơ hội được tái thông lòng mạch sớm, giảm mức độ tổn thương não. Điều này là một sự tiếc nuối rất lớn cho người bệnh.

Để xác định nguyên nhân, mức độ tổn thương não NC đã sử dụng kết quả chụp cắt lớp. Do BN trong NC đến viện muộn sau 4,5 giờ nên khi chụp CLVT ngay lần đầu tiên hầu hết BN đã có hình ảnh chẩn đoán xác định ổ giảm tỷ trọng nhồi máu 95,7%. Chỉ có 02 BN có dấu hiệu sớm (4,3%).

Để xác định độ rộng của vùng nhồi máu đối với tổn thương động mạch não giữa, chúng tôi áp dụng thang điểm ASPECT vì dễ sử dụng, đánh giá nhanh một cách có hệ thống và có độ tin cậy, thống nhất cao giữa các nhà lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh, ASPECT phản ánh mức độ tổn thương sớm, có giá trị cho việc điều trị tiêu sợi huyết. Bệnh nhân có điểm ASPECT càng thấp thì tổn thương càng nhiều vùng, nguy cơ tử vong càng cao. Điểm trung bình ASPECT trong NC của chúng tôi khá thấp là  $3,93 \pm 1,15$ . Số BN có điểm  $< 6$  điểm chiếm tỷ lệ rất cao là 44 BN (95,7%). Kết quả NC của chúng tôi tương đương với NC của Nguyễn V. Quân điểm ASPECT trung bình  $4,39 \pm 1,15$ . Nhiều nghiên cứu đã chứng minh di lệch đường giữa gợi ý đến nhồi máu não mức độ nặng, có sự tương quan với khả năng tử vong theo sau đột quy. Kết quả NC của chúng tôi có tỷ lệ BN não bị dè đẩy đường giữa khá cao là 21 (45,7%). Trong NC của Nguyễn V. Quân thì dấu hiệu dè đẩy đường giữa là yếu tố tiên lượng tử vong trong nghiên cứu. Có 87% bệnh nhân trong NC có dấu hiệu phù não, những triệu chứng này thể hiện tiên lượng mức độ nặng khi nằm viện và tiên lượng sự phức tạp tổn thương. Xuất huyết não xuất hiện thứ phát sau nhồi máu não cũng gợi ý tiên lượng nặng. Trong NC có 15,2% có biểu hiện xuất huyết.

## V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu 46 trường hợp nhồi máu não cấp tại khoa Đột quỵ đã cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân nhóm tuổi trên 70 chiếm tỷ lệ cao nhất 73,9%. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử THA rất cao 84,8%, tương đồng cả 2 giới. 100% bệnh nhân vào viện muộn sau 4,5 giờ. Phần lớn bệnh nhân có điểm NIHSS khi vào viện là mức 5-14 điểm (50%). Điểm ASPECTS: có tới 95,7% BN có điểm dưới 6. Có tỷ lệ cao 45,7% BN có đờ đầy đường giữa trên phim chụp cắt lớp.

## VI. KIẾN NGHỊ

Qua kết quả khảo sát trên chúng tôi thấy có nhiều biến chứng sau đột quỵ. Nếu được điều trị tốt lúc xảy ra đột quỵ và điều trị dự phòng đầy đủ thì biến chứng sau đột quỵ sẽ giảm vì thế chúng tôi có kiến nghị như sau: Cần nâng cao nhận thức và kiến thức phát hiện đột quỵ cấp để người dân đến được các bệnh viện sớm nhất có thể, bệnh viện có khả năng cấp cứu người bệnh tích cực và toàn diện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al** (2016). Heart disease and stroke statistics.

- Update: A report from the American Heart Association. *Circulation*. 2016;133(4).
2. **Lê Thị Hương và cs** (2016). Tỷ lệ mắc đột quỵ tại 8 tỉnh thuộc 8 vùng sinh thái Việt Nam năm 2013 – 2014, *Tạp Chí Nghiên Cứu Y Học, TCNCYH* 104 (6) – 2016.
  3. **Haldal S, Beary J, Nattanmai P, George P, Newey C.** Acute Ischemic Stroke Management Review for the Hospitalist. *Am J Hosp Med*. 2018;2(1).
  4. **Gupta Priya, Prasad Kameshwar, Kumar Amit, Kumar Pradeep, et al.** (2014), "Clinical predictors and outcome of patients of acute stroke requiring ventilatory support: A prospective hospital based cohort study", *J Neurol Sci*, 337(1), 14-17.
  5. **Nguyễn Hồng Quân, Nguyễn Văn Thông** (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng bệnh nhân đột quỵ có đặt nội khí quản. *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108, số 7 (Số đặc biệt), tr. 234 – 240
  6. **Huỳnh Thị Phương Minh** (2015). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhồi máu não cấp tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang.
  7. **Nguyễn Bá Thắng, Lê Văn Thành** (2014). Đặc điểm hình ảnh học nhu mô não trên 121 bệnh nhân nhồi máu não tắc động mạch cảnh trong. *Bệnh viện Chợ Rẫy*.
  8. **Nguyễn Hoàng Ngọc và cs** (2004). Một số nhận xét lâm sàng của 48 bệnh nhân nhồi máu não diện rộng bán cầu. *Tạp chí Y học Việt nam*. 301: p. 29-34

# MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY DO ACINETOBACTER BAUMANII ĐA KHÁNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẠC LIÊU TỪ NĂM 2023-2024

Trương Văn Phục<sup>1</sup>, Võ Minh Phương<sup>2</sup>,  
Lê Hữu Tính<sup>3</sup>, Nguyễn Việt Thu Trang<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) là loại viêm phổi bệnh viện, đặc biệt thường gặp nhất trong các đơn vị chăm sóc tích cực, xảy ra trên những bệnh nhân thở máy trong quá trình điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm, kết quả điều trị và tính kháng kháng sinh của vi khuẩn ở người bệnh VPLQTM do *Acinetobacter baumannii* đa kháng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng ở 32 người bệnh VPLQTM do *A. baumannii* đa kháng tại Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu từ 4/2023-

1/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ VPLQTM do *A. baumannii* đa kháng là 37,2%, tuổi trung bình của người bệnh là 68,6±19,1 tuổi. Sử dụng thuốc an thần và kháng sinh trước chẩn đoán viêm phổi là hai yếu tố nguy cơ thường gặp nhất gây VPLQTM do *A. baumannii*. Người bệnh VPLQTM sớm có số ngày thở máy ít hơn so với VPLQTM muộn ( $p < 0,001$ ). Tỷ lệ tử vong, nặng, xin về 68,7%; tỷ lệ bệnh hồi phục, chuyển khoa chiếm 15,6%. *A. baumannii* còn nhạy 34,4% với kháng sinh Colistin và 75,0% với Ampicillin/Sulbactam. **Kết luận:** VPLQTM do *A. baumannii* đa kháng có tần suất mắc bệnh và tử vong cao. Với tính đề kháng kháng sinh ngày càng tăng, *A. baumannii* đang trở thành gánh nặng trong các khoa hồi sức cấp cứu. **Từ khóa:** viêm phổi liên quan thở máy, *Acinetobacter baumannii*, nội khí quản, hồi sức tích cực - chống độc.

## SUMMARY

**SOME CHARACTERISTICS OF CLINICAL, PARACLINICAL AND RESULTS OF TREATMENT OF VENTILATION-**

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trương Văn Phục

Email: phuc.tv.77@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 19.7.2024