

KHẢO SÁT TỶ LỆ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN NGƯỜI BỆNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU ĐỘT QUỴ NÃO NHỒI MÁU NÃO CẤP

Đỗ Đào Vũ¹, Phạm Bình Nguyên¹, Trần Thị Linh²,
Đỗ Đào Quang⁴, Nguyễn Thị Mỹ Linh², Uông Thị Vân Anh²,
Phạm Thu Thủy², Nguyễn Thiện Nhân⁵, Đào Việt Phương¹, Nguyễn Quang Dự³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ xuất huyết tiêu hóa sau đột quỵ nhồi máu não cấp của bệnh nhân điều trị nội trú phục hồi chức năng (PHCN) và mô tả một số đặc điểm lâm sàng người bệnh mắc xuất huyết tiêu hóa sau đột quỵ nhồi máu não cấp (GIB- Gastrointestinal bleeding). **Đối tượng nghiên cứu và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 393 người bệnh chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não cấp tại Trung tâm Phục hồi chức năng bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 64.18 ± 12.44 , giới tính nam chiếm 63.1%. Thời gian người bệnh được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não đến có chỉ định PHCN là 8.24 ± 6.13 ngày. Người bệnh có thời gian nằm viện trung bình 22.05 ± 7.45 ngày. Tỷ lệ GIB là 7.9%. Vị trí xuất huyết thường gặp nhất là dạ dày, thực quản. Người bệnh nhóm GIB có tỷ lệ rối loạn nuốt, tỷ lệ đặt sonde dạ dày, thời gian đặt sonde dạ dày, tỷ lệ nhồi máu não toàn bộ hệ tuần hoàn não trước, nhồi máu não hệ tuần hoàn não sau cao hơn nhóm không GIB với $p < 0.05$. **Kết luận:** Tỷ lệ mắc GIB ở Trung tâm phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai là 7.9%.

Từ khóa: đột quỵ não, xuất huyết tiêu hóa, phục hồi chức năng

SUMMARY

TO EVALUATE THE RATE OF GASTROINTESTINAL BLEEDING AFTER ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS IN PHASE REHABILITATION

Objective: To evaluate the rate of gastrointestinal bleeding after acute ischemic stroke patients in phase rehabilitation and describe some clinical characteristics of patients with gastrointestinal bleeding after ischemic stroke (GIB). **Subject and methods:** Prospective descriptive study on 393 patients diagnosed with acute ischemic stroke at the rehabilitation center of Bach Mai hospital from March 2023 to December 2023. **Results:** Average age 64.18 ± 12.44 , male gender accounts for 63.1%. The time from the patient's diagnosis of stroke and ischemic stroke to the indication for rehabilitation was

8.24 ± 6.13 days. Patients had an average hospital stay of 22.05 ± 7.45 days. The GIB rate is 7.9%, the most common site of bleeding is the stomach and esophagus. Patients with GIB after acute ischemic stroke have a higher rate of dysphagia, rate of nasogastric tube, time of gastric tube placement, rate of total anterior circulation infarct, posterior circulation infarct than the group without GIB with $p < 0.05$. **Conclusion:** The incidence of GIB at Bach Mai Hospital Rehabilitation Center is 7.9%.

Keywords: acute ischemic stroke, gastrointestinal bleeding, rehabilitation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là thách thức lớn cho nền y học toàn cầu, thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2016, đột quỵ là nguyên nhân thứ hai gây tử vong và là nguyên nhân thứ ba gây khuyết tật dài hạn.¹ Đột quỵ não không chỉ gây ra những khiếm khuyết về mặt thần kinh, còn gây ra tổn thương các cơ quan khác ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị và tiên lượng, gây ra các hậu quả nghiêm trọng làm kéo dài thời gian nằm viện, và tăng tỉ lệ tử vong.² Hầu hết bệnh nhân đột quỵ não đều có tổn thương với các mức độ khác nhau đối với một hoặc nhiều cơ quan bao gồm: tim mạch, hệ thống hô hấp, đường tiêu hóa,... Trong đó, biến chứng xuất huyết tiêu hóa có thể xảy ra trong giai đoạn cấp tính của đột quỵ não. Các báo cáo trước đây cho thấy tỷ lệ xuất huyết tiêu hóa sau đột quỵ não cấp tính từ 1,4%-8,5% tùy vào đối tượng nghiên cứu. Xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân sau đột quỵ não cấp có nguy cơ làm tăng tỷ lệ tử vong và phụ thuộc trầm trọng trong các hoạt động chức năng sống hàng ngày sau đột quỵ não.³ Một trong các lý do gây hậu quả trên được nhận diện là nguy cơ làm giảm cường độ, trì hoãn thời gian phục hồi chức năng, ảnh hưởng quá trình phục hồi và kết quả phục hồi chức năng.

Hiện nay các bằng chứng khoa học và khuyến cáo hiệp hội chuyên khoa xu hướng phục hồi chức năng sớm sau đột quỵ não ngay trong giai đoạn cấp, ngoài việc lên kế hoạch tập phục hồi chức năng toàn diện cho bệnh nhân, việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ, dự phòng các biến chứng được nhận biết sớm và xử trí tích cực có thể phòng ngừa được hậu quả lâu dài. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mong muốn

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

⁴Đại học Phenikaa

⁵Bệnh viện TTH Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đào Vũ

Email: dodaovu@bachmai.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024

cung cấp bằng chứng khoa học cho thực hành lâm sàng tại các cơ sở phục hồi chức năng đột quỵ não chuyên sâu giai đoạn sớm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 393 người bệnh sau đột quỵ não nhồi máu não cấp tính, đang điều trị tại Trung tâm phục hồi chức năng bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn. Người bệnh được chẩn đoán đột quỵ não cấp được dựa theo các tiêu chí của Tổ chức Y tế Thế giới và được xác nhận bởi chụp cắt lớp vi tính não hoặc chụp cộng hưởng từ

Người bệnh đã được chỉ định điều trị phục hồi chức năng

Người bệnh từ 18 tuổi trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ. Người bệnh bị xuất huyết tiêu hóa từ trước đột quỵ não cấp

Người bệnh có tiền sử đột quỵ não trước đó - vì điều này sẽ dẫn đến tình trạng khuyết tật tiềm ẩn

Người bệnh bị khuyết tật trước đó do bất kỳ nguyên nhân nào vì đó sẽ là một yếu tố gây nhiễu. Đánh giá dựa vào sự phụ thuộc trước đột quỵ theo thang điểm (mRS ≥ 3).

Tiêu chuẩn chẩn đoán sử dụng trong nghiên cứu. Đột quỵ não được định nghĩa (WHO) là sự xuất hiện đột ngột của thiếu sót thần kinh khu trú và không co giật. Đột quỵ não đã được xác nhận bằng phương pháp chụp cộng hưởng từ và/hoặc chụp cắt lớp vi tính não.

Đột quỵ nhồi máu não được định nghĩa theo (AHA) là một đợt rối loạn chức năng thần kinh do nhồi máu não cục bộ.

Đột quỵ não giai đoạn cấp tính: Từ quan điểm phục hồi chức năng, giai đoạn đột quỵ được xác định là cấp tính trong tháng đầu tiên, bán cấp tính từ 1 tháng đến 6 tháng và mãn tính nếu kéo dài hơn 6 tháng sau khi xảy ra đột quỵ (Teasell và cộng sự, 2014; Hebert và cộng sự al., 2016).

Xuất huyết tiêu hóa được định nghĩa theo Davenport, Hsu HL và cộng sự khi triệu chứng lâm sàng gồm nôn máu, hút sonde dạ dày có dịch máu (bệnh nhân đặt thông dạ dày) hoặc đi ngoài phân đen. Nguyên nhân và nguồn gốc của chảy máu được xác định bằng nội soi dạ dày tá tràng.⁴

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích tất cả bệnh nhân đột quỵ

não nhồi máu não cấp tính điều trị nội trú tại trung tâm đột quỵ và trung tâm PHCN bệnh viện Bạch Mai thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm phục hồi chức năng bệnh viện Bạch Mai từ Tháng 3/2023 đến tháng 12/2023

Các bước tiến hành nghiên cứu: tất cả người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn đầu vào được khai thác tiền sử bệnh, thăm khám lâm sàng, theo dõi liên tục trong quá trình điều trị xác định có xuất huyết tiêu hóa trong giai đoạn đột quỵ não cấp tính hay không. Tiếp tục theo dõi người bệnh cho đến khi xuất viện, ghi nhận chia nhóm đối tượng nghiên cứu thành hai nhóm GIB, nhóm không GIB, theo dõi tình trạng chức năng người bệnh hai nhóm ở thời điểm sau ra viện

Biến số, chỉ số nghiên cứu:

+ Tuổi, giới, tiền sử bệnh, tiền sử sử dụng thuốc, phân loại đột quỵ não, điểm NIHSS, điểm Glasgow, mRS vào viện, triệu chứng lâm sàng đột quỵ não, phương pháp điều trị đột quỵ não.

+ GIB có hay không, thời gian khởi phát GIB, vị trí xuất huyết, nguyên nhân xuất huyết

Xử lý và phân tích số liệu: Nhập số liệu và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0. Một số thuật toán thống kê mô tả như tỷ lệ phần trăm, trung bình và độ lệch chuẩn. Thống kê phân tích như Chi bình phương, phân tích hồi quy logistic đơn biến.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức nghiên cứu. Đồng thời, nghiên cứu được sự ủng hộ và cho phép tiến hành của Ban lãnh đạo Bệnh viện. Người bệnh được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm cơ bản của đối tượng nghiên cứu được thể hiện trong bảng 1. Chúng tôi thu thập được 393 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn điều trị nội trú tại Trung tâm PHCN Bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu này trên người bệnh đột quỵ não do nhồi máu não có tuổi trung bình 64.18 ± 12.44 , giới tính nam chiếm 63.1%. Phân loại đột quỵ não có 13.7% nhồi máu não toàn bộ tuần hoàn não trước, 72.3% nhồi máu não một phần tuần hoàn não trước, 12.2% nhồi máu não tuần hoàn não sau và 1.8% nhồi máu não ổ khuyết. Thời gian người bệnh được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não đến có chỉ định PHCN là 8.24 ± 6.13 ngày. Người bệnh có thời gian nằm viện trung bình 22.05 ± 7.45 ngày.

Bảng 3.1: Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Tổng (n=393)		Không GIB (n=362)		GIB (n=31)		Giá trị p
		n	%	n	%	n	%	
Giới	Nam	248	63.1	225	62.2	23	74.2	0.182*
	Nữ	145	32.3	137	33.3	8	31.6	
Tuổi	< 50	61	15.5	56	15.5	5	16.1	0.732*
	50-65	126	32.1	118	32.6	8	25.8	
	>65	206	52.4	188	51.9	18	58.1	
	Trung bình±SD	64.18±12.44		64.17±12.48		64.39±12.28		0.993
Tiền sử bệnh	Hút thuốc lá	96	24.4	88	24.3	8	25.8	0.852*
	Uống rượu	80	20.4	74	20.4	6	19.4	0.885*
	Tăng huyết áp	264	67.2	242	66.9	22	71	0.693*
	Đái tháo đường	94	23.9	86	23.8	8	25.8	0.797*
	Rối loạn mỡ máu	95	24.2	89	24.6	6	19.4	0.514*
	Rung nhĩ	27	6.9	23	6.4	4	12.9	0.166*
Tiền sử sử dụng thuốc	Antiplatelet	60	15.3	54	14.9	6	19.4	0.51*
	Anticoagulant	19	4.8	16	4.4	3	9.7	0.19*
	Steroid	9	2.3	9	2.5	0	0	0.374*
	NSAIDs	14	3.6	14	3.9	0	0	0.265*
	Statin	93	23.7	86	23.8	7	22.6	0.882*

p: so sánh giữa hai giá trị trung bình giữa hai nhóm (Mann-Whithney U Test)

p*: so sánh hai tỷ lệ giữa hai nhóm (Chi bình phương)

Nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình 64.18±12.44, trong đó nhóm người bệnh trên 65 tuổi chiếm đa số 52.4%. Tuổi trung bình giữa hai nhóm GIB, nhóm không GIB không có sự khác biệt (p>0.05).

Về tiền sử bệnh, tiền sử tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất 67.2%, yếu tố nguy cơ hút thuốc lá chiếm tỷ lệ 24.4%. Không có sự khác biệt về đặc điểm tiền sử bệnh giữa hai nhóm (p>0.05).

Đặc điểm tiền sử sử dụng thuốc trong đó sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu, thuốc mỡ máu chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Hai nhóm GIB, không GIB có đặc điểm sử dụng thuốc tương đồng nhau (p>0.05).

Bảng 3.2: Phân loại đột quy nhồi máu não

Phân loại nhồi máu não	Tổng (n=393)		Không GIB (n=362)		GIB (n=31)		Giá trị p
	n	%	n	%	n	%	
NMN toàn bộ tuần hoàn não trước	54	13.7	46	12.7	8	25.8	0.028
NMN một phần hệ tuần hoàn não trước	284	72.3	268	74	16	51.6	
NMN hệ tuần hoàn não sau	48	12.2	41	11.3	7	22.6	
NMN ổ khuyết	7	1.8	7	1.9	0	0	

p: so sánh hai tỷ lệ giữa hai nhóm (Chi bình phương)

Phân loại đột quy nhồi máu não, nhồi máu não một phần tuần hoàn não trước chiếm tỷ lệ cao nhất 72.3%. Có sự khác biệt giữa phân bố tỷ lệ nhồi máu não giữa hai nhóm, cụ thể nhóm GIB có tỷ lệ nhồi máu não toàn bộ tuần hoàn não trước và nhồi máu não tuần hoàn não sau cao hơn nhóm GIB.

Bảng 3.3: Phân loại mức độ nặng đột quy não theo thang điểm NIHSS

Điểm NIHSS	Tổng (n=393)		Không GIB (n=362)		GIB (n=31)		Giá trị p
	n	%	n	%	n	%	
Mức độ nhẹ	99	25.2	88	24.3	11	35.5	0.211*
Mức độ trung bình	289	73.5	270	74.6	19	61.3	
Mức độ nặng	5	1.3	4	1.1	1	3.2	
Mức độ rất nặng	0	0	0	0	0	0	
Trung bình (độ lệch chuẩn)	8.22 ±3.7		8.02 ±3.38		8.55 ±4.54		0.497

p: so sánh giữa hai giá trị trung bình giữa hai nhóm (Mann-Whithney U Test)

p*: so sánh hai tỷ lệ giữa hai nhóm (Chi bình phương)

Nhóm nghiên cứu có điểm NIHSS trung bình là 8.22±3.7. Không có sự khác biệt về mức độ nặng theo thang điểm NIHSS giữa hai nhóm GIB, không GIB. Trong đó, nhóm có mức độ trung bình từ 5 đến 15 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất, nhóm mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ trung bình, nhóm mức độ nặng chiếm tỷ lệ thấp, và không có người bệnh nào có mức độ đột quy não rất nặng.

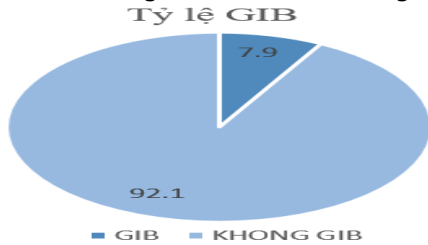
Bảng 3.4: Tỷ lệ rối loạn nuốt

Đặc điểm rối loạn nuốt	Tổng (n=393)		Không GIB (n=362)		GIB (n=31)		Giá trị p
	n	%	n	%	n	%	
Rối loạn nuốt	207	52.7	184	50.8	23	74.2	0.012*
Đặt sonde dạ dày	130	33.1	111	30.7	19	61.3	0.001*
Thời gian đặt sonde dạ dày	17.64 ±6.63		17.18 ±6.59		20.32 ±6.43		0.037

p: so sánh giữa hai giá trị trung bình giữa hai nhóm (Mann-Whithney U Test)

p*: so sánh hai tỷ lệ giữa hai nhóm (Chi bình phương)

Tỷ lệ rối loạn nuốt, tỷ lệ đặt sonde dạ dày ở nhóm GIB cao hơn nhóm không GIB có ý nghĩa thống kê (p<0.05). Thời gian đặt sonde dạ dày của nhóm GIB cũng dài hơn nhóm không GIB.



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ mắc XHTH sau đột quỵ não

Tỷ lệ XHTH ở người bệnh sau đột quỵ não nhồi máu não 7.9%. Trong 393 đối tượng nghiên cứu, có 31 người bệnh mắc XHTH và 362 người không mắc XHTH. Thời gian kể từ khi khởi phát đột quỵ nhồi máu não đến khi xảy ra XHTH trong vòng 2 tuần đầu (trung vị ngày thứ 9, khoảng tứ phân vị ngày thứ 8 đến ngày 15).

Bảng 3.5: Vị trí, nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa

Vị trí xuất huyết tiêu hóa	N=31(%)
Thực quản	21 (67.74)
Dạ dày	26 (83.87)
Tá tràng	1(3.21)
Đại tràng	1(3.21)
Trực tràng	1(3.21)
Nguyên nhân xuất huyết	
Loét	27(87.1)
Trào ngược	6(19.35)
Nguyên nhân khác: ung thư, HC Mallory-Weiss, dị dạng mạch máu, hoại tử, polyp,...	0

Khi kiểm tra nội soi cho nhóm người bệnh GIB, cho thấy xuất huyết tiêu hóa chủ yếu ở đường tiêu hóa trên. Trong đó, vị trí xuất huyết thường gặp nhất là dạ dày, thực quản chiếm lần lượt 83.87% và 67.74% do nguyên nhân loét,

trào ngược chiếm 87.1% và 19.35%.

IV. BÀN LUẬN

Về một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ nam giới, tuổi cao, tiền sử bệnh lý (tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá) thường gặp nhất. Trong nghiên cứu của Rijun Ji và CS sử dụng các đặc điểm này trong thang điểm AIS-GIB nhằm dự đoán xuất huyết tiêu hóa tại bệnh viện sau nhồi máu não.⁵ Khi so sánh đặc điểm chung này giữa hai nhóm, GIB có tỷ lệ này cao hơn nhóm không GIB, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, điều này có thể do cỡ mẫu khác nhau giữa các nghiên cứu. Mức độ nghiêm trọng của đột quỵ não theo thang điểm NIHSS là một yếu tố dự báo xuất huyết tiêu hóa.^{5,6} Tuy nhiên, trong nghiên cứu giữa hai nhóm có điểm NIHSS tương đồng nhau. Giải thích sự khác biệt này so với các nghiên cứu khác trên thế giới là do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại trung tâm phục hồi chức năng, các bệnh nhân có tình trạng toàn thân tương đối ổn định được điều trị tại khoa, nên thường có mức độ đột quỵ não theo thang điểm NIHSS ở mức nhẹ, trung bình nhiều hơn. Khi phân loại đột quỵ não, đột quỵ nhồi máu não toàn bộ tuần hoàn não trước, nhồi máu não hệ tuần hoàn não sau có tỷ lệ cao hơn đáng kể ở nhóm GIB (p<0.05). Kết quả này tương đồng nghiên cứu của Rijun Ji và CS.^{5,7} Mỗi liên quan giữa nhồi máu não hệ tuần hoàn não sau có thể do sự gián đoạn của đường dẫn truyền thần kinh tự chủ từ vùng dưới đồi qua trung não, cầu não, hành não đến tủy sống.⁵ Tỷ lệ đột quỵ nhồi máu não toàn bộ tuần hoàn não trước cao hơn ở nhóm GIB có thể do thiếu máu cục bộ nghiêm trọng, kèm theo rối loạn ý thức, điểm NIHSS cao. Tỷ lệ rối loạn nuốt, đặt sonde dạ dày và thời gian đặt sonde dạ dày ở nhóm GIB cao hơn đáng kể nhóm không GIB. Đặt sonde dạ dày kéo dài gây tổn thương niêm mạc mũi, niêm mạc thực quản, trào ngược dạ dày, làm kích hoạt dạ dày tăng tiết axit dạ dày nhiều hơn, do đó dễ gây loét dạ dày thực quản.

Sau khi nghiên cứu trên 393 người bệnh đột quỵ nhồi máu não tại Trung tâm Phục hồi chức năng, bệnh viện Bạch Mai chúng tôi nhận thấy tỷ lệ GIB là 7.9%. Trong nghiên cứu hồi cứu của tác giả Huan-Lin Hsu và cộng sự được thực hiện từ năm 2001 đến năm 2005 tại châu Á đã báo cáo tỷ lệ GIB là 7.8%.⁸ Nghiên cứu hồi cứu của Jia Fu và cộng sự từ năm 2015 đến 2017 cũng báo cáo tần suất GIB sau đột quỵ nhồi máu não cấp tính là 8.5%.⁷ Các kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, với cùng tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu, sử

dụng tiêu chuẩn chẩn đoán GIB theo Davenport.⁴ Tuy nhiên, tỷ lệ này cao hơn một số nghiên cứu khác. Một nghiên cứu tại Nhật Bản năm 2014, chỉ có 1.4% người bệnh mắc GIB.⁶ Có sự khác biệt lớn này vì trong nghiên cứu này có 2/3 người bệnh được dự phòng loét bằng dùng thuốc kháng thụ thể histamin H2 (H2RA) hoặc ức chế bơm proton (PPI) và khi nội soi xác định nguyên nhân xuất huyết là phần lớn các bệnh lý khác ngoài loét dạ dày tá tràng. Trong nghiên cứu chúng tôi, tỷ lệ người bệnh được sử dụng PPI hoặc H2RA là rất thấp 1.5%. Trong số 31 người bệnh nhóm GIB, vị trí xuất huyết phần lớn tại đường tiêu hóa trên, do loét dạ dày tá tràng, trào ngược dạ dày thực quản gây ra. GIB thường được chẩn đoán ngày thứ 9 kể từ khi khởi phát đột quỵ nhồi máu não. Trong quá trình điều trị tại trung tâm, phần lớn nhóm GIB có mức độ xuất huyết tiêu hóa tương đối nhẹ, chúng tôi can thiệp toàn diện cho người bệnh bao gồm điều trị nội khoa và PHCN, trên 31 người bệnh GIB chúng tôi điều trị khỏi XHTH cho tất cả người bệnh. Tuy nhiên, nhóm GIB thường phải ngừng dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu, chống đông, kèm theo nhịn ăn dẫn đến giảm và trì hoãn cường độ, thời gian phục hồi chức năng. Thời gian bất động càng kéo dài càng làm tăng thêm tỷ lệ mắc tình trạng khác như nhiễm trùng, huyết khối tĩnh mạch chi dưới, huyết khối động mạch phổi,... Vì vậy, GIB dẫn đến tiên lượng kém hơn so với nhóm không GIB.⁵

V. KẾT LUẬN

Sau thời gian 09 tháng thực hiện nghiên cứu, quan sát theo dõi tiến cứu trên 393 người bệnh đột quỵ não nhồi máu não cấp tính tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai, nhóm nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng tỷ lệ xuất huyết tiêu hóa sau đột quỵ nhồi máu

não là 7.9%. Người bệnh xuất huyết tiêu hóa sau đột quỵ nhồi máu não cấp có tỷ lệ rối loạn nuốt, tỷ lệ đặt sonde dạ dày, thời gian đặt sonde dạ dày, tỷ lệ nhồi máu não toàn bộ tuần hoàn não trước, nhồi máu não hệ tuần nào não sau cao hơn nhóm người bệnh không xuất huyết tiêu hóa. Vì vậy, trong quá trình điều trị PHCN sớm trong giai đoạn cấp, bác sỹ cần theo dõi người bệnh có yếu tố nguy cơ cao, phát hiện triệu chứng để điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Johnson W, Onuma O, Owolabi M, Sachdev S.** Stroke: a global response is needed. *Bull World Health Organ.* 2016; 94(9):634-634A. doi:10.2471/BLT.16.181636
2. **Wang J, Zhang J, Ye Y, et al.** Peripheral Organ Injury After Stroke. *Front Immunol.* 2022; 13:901209. doi:10.3389/fimmu.2022.901209
3. **O'Donnell MJ, Kapral MK, Fang J, et al.** Gastrointestinal bleeding after acute ischemic stroke. *Neurology.* 2008;71(9):650-655. doi:10.1212/01.wnl.0000319689.48946.25
4. **Davenport RJ, Dennis MS, Warlow CP.** Gastrointestinal hemorrhage after acute stroke. *Stroke.* 1996;27(3): 421-424. doi:10.1161/01.str.27.3.421
5. **Ji R, Shen H, Pan Y, et al.** Risk score to predict gastrointestinal bleeding after acute ischemic stroke. *BMC Gastroenterol.* 2014;14:130. doi:10.1186/1471-230X-14-130
6. **Ogata T, Kamouchi M, Matsuo R, et al.** Gastrointestinal Bleeding in Acute Ischemic Stroke: Recent Trends from the Fukuoka Stroke Registry. *Cerebrovasc Dis Extra.* 2014;4(2):156-164. doi:10.1159/000365245
7. **Fu J.** Factors affecting the occurrence of gastrointestinal bleeding in acute ischemic stroke patients. *Medicine (Baltimore).* 2019;98(28):e16312. doi:10.1097/MD.00000000000016312
8. **Hsu HL, Lin YH, Huang YC, et al.** Gastrointestinal hemorrhage after acute ischemic stroke and its risk factors in Asians. *Eur Neurol.* 2009;62(4):212-218. doi:10.1159/000229018

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỬU KHOANG CẠNH HỌNG TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Trần Anh Bích¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u khoang cạnh họng tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Bích

Email: trananhbich2015@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân u khoang cạnh họng đến khám và nhập viện điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng, bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả và bàn luận:** Tỷ lệ nam:nữ = 1,05:1; độ tuổi trung bình: 50,76 + 15,99 tuổi; nhóm bệnh nhân là nông dân chiếm tỉ lệ cao nhất 56,4%; bệnh nhân nông thôn gặp 3 lần thành thị. về đặc điểm lâm sàng: lý do nhập viện thường gặp nhất ở bệnh nhân u khoang cạnh họng là nuốt vướng (41,3%); triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là khối u trong họng chiếm 87,2%. về đặc điểm cận lâm sàng: u khoang