

từ $14,4 \pm 9,1^\circ$ xuống $13,2 \pm 8,5^\circ$ [6].

Theo tác giả Hà Thoại kỳ và CS (2023), điểm VAS trung bình trước điều trị 6,6; sau điều trị 1 ngày là 4,1; sau 01 tuần giảm xuống 2,5; sau 1 tháng là 1,3 và sau 3 tháng giảm xuống còn 0,6 điểm. Sau bơm xi măng không bóng qua da, kết quả tốt đạt 74% và 26% bệnh nhân đạt kết quả trung bình [5].

Hoàng Gia Du và CS (2022), Các góc xẹp, góc Cobb và góc gù đều giảm so với trước bơm. Góc xẹp thân đốt, góc Cobb, góc gù CS trước bơm là $12,5^\circ$; $10,7^\circ$; $7,4^\circ$ tương ứng, sau bơm cải thiện góc xẹp thân đốt, góc Cobb, góc gù CS là 10° ; $8,8^\circ$ và $6,0^\circ$. Sự khác biệt điểm VAS có ý nghĩa thống kê với điểm VAS trung bình trước bơm là 6,5; ngay sau bơm giảm xuống 2,8 và sau can thiệp 6 tháng là 1,7. Sau bơm 6 tháng có 88,5% BN đạt chất lượng cuộc sống tốt và rất tốt; 11,5% BN có chất lượng cuộc sống trung bình [4].

V. KẾT LUẬN

- Hầu hết BN được BXM theo phương pháp không bóng (86,36%), sử dụng đường chọc Trocar hai bên (89,39%) và không có tai biến trong quá trình can thiệp (84,85%).

- Sau can thiệp điểm VAS có xu hướng giảm dần theo thời gian, điểm VAS trung bình trước can thiệp là 7,12; sau can thiệp 1 ngày giảm xuống 2,58; sau 01 tháng và 3 tháng là 1,81 và 1,86 điểm.

- Sau can thiệp 1 ngày, góc xẹp thân đốt cải

thiện từ $13,58 \pm 5,23$ xuống $11,24 \pm 4,75$ độ, chiều cao tường trước và tường giữa cải thiện từ $17,93 \pm 4,56$ và $16,89 \pm 4,12$ lên lần lượt là $19,12 \pm 4,27$ và $17,52 \pm 3,91$ mm.

- Chất lượng cuộc sống của BN sau điều trị tăng dần theo thời gian tại các thời điểm sau bơm xi măng 1 tháng và 3 tháng với đa số BN có chất lượng cuộc sống khá (52,94%) và tốt (41,18%) tại thời điểm sau can thiệp 3 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **D. Gould et al** (2001), "INFORMATION POINT: Visual Analogue Scale (VAS)". Blackwell Science Ltd, Journal of Clinical Nursing, 10, 706.
2. **Shahed Anwar Bhuya, et al.** (2019) Outcome of Primary Discectomy in Lumbar Intervertebral Disc Prolapse. Ortho & Rheum Open Access J., 13(5): OROAJ.MS.ID.555872 (2019).
3. **Đỗ Mạnh Hùng** (2017) Nghiên cứu ứng dụng tạo hình đốt sống bằng bơm cement có bóng cho bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương, Luận án tiến sĩ y học, Đại học y hà nội, 2017.
4. **Hoàng Gia Du và cộng sự** (2022) Kết quả phẫu thuật tạo hình thân đốt sống bằng bơm cement có bóng điều trị xẹp đốt sống do loãng xương tại bệnh viện Bạch Mai, Tạp chí y học việt nam tập 512, Số 2, 2022, tr. 179-184.
5. **Hà Thoại Kỳ và cộng sự** (2023), Kết quả bước đầu phẫu thuật bơm xi măng sinh học điều trị lún đốt sống do loãng xương tại thành phố cần thơ năm 2021-2022, Tạp chí y dược học cần thơ, Số 66/2023, tr. 145-150.
6. **Nguyễn Thị Khởi và cộng sự** (2019), Kết quả của phương pháp tạo hình đốt sống ngực qua da ở những bệnh nhân xẹp cấp thân đốt sống do loãng xương, Điện quang Việt Nam, số 36 - 12/2019, tr. 62-67.

LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG XẤU Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP CÓ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Nguyễn Duy Toàn¹, Hà Trần Hưng^{2,3}, Mai Duy Tôn^{2,3,4}

TÓM TẮT

Nhồi máu não ở người đái tháo đường đáp ứng kém với điều trị nội khoa cũng như phục hồi chức năng, thêm vào đó di chứng nặng nề hơn ở người không bị đái tháo đường. **Mục tiêu nghiên cứu:** đánh giá về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và phân tích một số yếu tố tiên lượng xấu ở nhóm bệnh nhân

nhồi máu não có bệnh đái tháo đường. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 125 bệnh nhân nhồi máu não có bệnh đái tháo đường, nhập viện tại trung tâm Đột quy - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5/2023 đến 30/11/2023. **Kết quả:** trong 125 mẫu được chọn (83 (66,4%) giới tính nam), tuổi trung vị là 66 (59-74). Sau 3 tháng, 29 bệnh nhân (23,2%) có kết cục lâm sàng xấu (mRS 3-6). Các yếu tố liên quan tiên lượng xấu gồm: điểm NIHSS cao ≥ 16 thời điểm nhập viện (OR=5,57, 95% CI:3,78-8,21, $p<0,01$); tắc hoặc hẹp mạch nội sọ trên 50% (OR=8,18, 95%CI: 3,25-20,57, $p<0,01$); và cần sử dụng insulin trong kiểm soát đường huyết (OR=2,39, 95% CI: 0,73-7,81, $p<0,05$). **Kết luận:** bệnh nhân nhồi máu não có bệnh đái tháo đường có kết cục lâm sàng tồi tệ hơn nhóm không có bệnh đái tháo đường.

Từ khóa: nhồi máu não, đái tháo đường, kết cục lâm sàng.

¹Bệnh viện đa khoa Đức Giang

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường đại học Y Hà Nội

⁴Trường Đại học Y Dược, ĐHQGHN

Chịu trách nhiệm chính: Mai Duy Tôn

Email: Tonresident@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2024

Ngày duyệt bài: 19.9.2024

SUMMARY**CLINICAL SYMPTOMS, IMAGING AND SOME POOR PROGNOSTIC FACTORS IN ACUTE ISCHEMIC STROKE IN INDIVIDUALS WITH DIABETES**

Ischemic stroke in individuals with diabetes ineffective responds to internal medicine and physical medicine and rehabilitation. In addition, those who have diabetes have poorer sequelae than those who do not. **Objectives:** To evaluate clinical features, imaging and analyze some prognosis factors dismal in the group of ischemic stroke patients with diabetes. **Study method:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 125 ischemic stroke patients with diabetes from May to November 31st 2023 at Bachmai Stroke Center. **Results:** in 125 selected samples (males 83 (66.4%)), median age 66 (59-74). After 3 months, 29 patients (23.2%) had poor clinical outcomes (mRS 3-6). Factors associated with poor prognosis include: high NIHSS score ≥ 16 at the time of admission (OR=5.57, 95% CI:3.78-8.21, $p<0.01$); occlusion or stenosis of intracranial vessels over 50% (OR=8.18, 95%CI: 3.25-20.57, $p<0.01$); and need to use insulin to control blood sugar (OR=2.39, 95% CI: 0.73-7.81, $p<0.05$). **Conclusions:** Those who are suffered from Ischemic stroke in people with diabetes have a dismal clinical outcome than people without diabetes. **Keywords:** Ischemic stroke, diabete, clinical outcome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não gây ra 6.6 triệu cái chết vào năm 2020 và dự kiến tăng lên 9,7 triệu ca vào năm 2050. Đột quỵ não là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ hai và gây tàn phế hàng thứ nhất. Bệnh tiểu đường làm gia tăng nguy cơ tim mạch bao gồm đột quỵ não. Đái tháo đường đã là yếu tố nguy cơ được thiết lập đối với bệnh đột quỵ não¹. Tỷ lệ mắc đột quỵ não ở người có bệnh đái tháo đường tăng 1,5-2 lần so với người không mắc bệnh. Thêm vào đó đột quỵ não ở người đái tháo đường để lại di chứng nặng nề, đáp ứng kém với điều trị, cũng như khó khăn trong việc phục hồi chức năng hơn². Ngoài ra tỷ lệ đột quỵ não tái phát đối với nhóm bệnh nhân đái tháo đường cũng cao hơn rõ rệt.

Bệnh lý đái tháo đường đang ngày càng trở lên phổ biến hơn ở các nước phát triển và đang phát triển. Theo thống kê của Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế năm 2021 toàn thế giới có khoảng 537 triệu người bị đái tháo đường; ở châu Á có khoảng 90 triệu người và mỗi năm tăng thêm 68%³.

Tại Việt Nam đã có những nghiên cứu về nhồi máu não ở người có bệnh đái tháo đường, nhưng các nghiên cứu phần lớn chỉ nói đến đột quỵ não là biến chứng hoặc bệnh lý đi kèm của nhóm bệnh nhân đái tháo đường. Chưa có nhiều

nghiên cứu đi vào phân tích riêng lẻ nhóm bệnh nhân này. Vì vậy, chủ đề nhồi máu não ở bệnh nhân có bệnh đái tháo đường có thể thu hút các nghiên cứu viên trong thời gian tới. Những kết quả của nghiên cứu này có thể bổ sung thêm vào kho dữ liệu tham khảo và so sánh khi thực hiện các nghiên cứu về nhóm bệnh lý này. Vì thế, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và phân tích một số yếu tố liên lượng xấu ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não có bệnh đái tháo đường.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1 Đối tượng nghiên cứu**

Đối tượng: Tất cả các bệnh nhân trên 18 tuổi và được chẩn đoán xác định đột quỵ nhồi máu não cấp có bệnh lý đái tháo đường (bao gồm bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường hoặc đái tháo đường mới được chẩn đoán trong thời gian nằm viện) tại Trung tâm Đột quỵ - Bệnh viện Bạch Mai.

Chẩn đoán nhồi máu não theo "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não" của Bộ Y tế năm 2020.

Chẩn đoán đái tháo đường theo "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2" của Bộ Y tế năm 2020.

Tiêu chí loại trừ: - Bệnh nhân nhồi máu não do huyết khối tĩnh mạch não

- Bệnh nhân tăng đường huyết không loại trừ được các nguyên nhân do sử dụng các thuốc gây rối loạn đường huyết.

- Tàn tật nặng trước thời điểm nhập viện (điểm Rankin sửa đổi >2)

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, đơn trung tâm.

Chi số nghiên cứu: Các biến số ứng viên cho nghiên cứu bao gồm:

Lâm sàng: Tuổi, giới, tiền sử bệnh nhân (đột quỵ não cũ, tăng huyết áp, đái tháo đường, rung nhĩ), phân loại TOAST, thang điểm Glasgow khi nhập viện để đánh giá mức độ rối loạn ý thức, thang điểm NIHSS khi nhập viện.

Cận lâm sàng: chỉ số tiểu cầu, chỉ số mỡ máu, chỉ số đường huyết test nhanh thời điểm nhập viện.

Hình ảnh học: vùng tổn thương nhu mô não, vị trí tắc hoặc hẹp nặng mạch máu não trên phim cộng hưởng từ hoặc cắt lớp vi tính mạch máu não có tiêm thuốc cản quang.

Biến số đầu ra: Kết cục lâm sàng chăm theo thang điểm Rankin sửa đổi (mRS) tại thời điểm 90 ngày sau khởi phát. Đầu ra lâm sàng tốt được định nghĩa điểm mRS ≤ 2 .

Thang điểm Rankin sửa đổi (mRS) bao gồm:
 - 0 điểm: Không có di chứng gì.
 - 1 điểm: Không có tàn tật. Có thể thực hiện mọi hoạt động thường nhật, mặc dù có triệu chứng nhẹ.
 - 2 điểm: Tàn tật nhẹ. Có thể tự chăm sóc bản thân mà không cần hỗ trợ, nhưng không thể thực hiện toàn bộ hoạt động trước đây.
 - 3 điểm: Tàn tật mức độ trung bình. Cần sự giúp đỡ, nhưng vẫn có thể đi mà không cần giúp đỡ.
 - 4 điểm: Tàn tật mức độ trung bình nặng. Không thể di chuyển cơ thể mà không có sự trợ giúp hoặc không thể đi mà không có sự trợ giúp.
 - 5 điểm: Tàn tật nặng. Cần y tá chăm sóc thường xuyên, nằm tại giường.
 - 6 điểm: Tử vong.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu này là nghiên cứu hồi cứu các hồ sơ bệnh án đối với bệnh nhân nằm viện trong khoảng từ tháng 5 năm 2023 đến tháng 11 năm 2023 tại Trung tâm Đột quy - Bệnh viện Bạch Mai

Phương pháp xử lý số liệu: Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và tứ phân vị. Các biến định tính được biểu diễn dạng tần suất và phần trăm. Các biến số lâm sàng, hình ảnh học được phân ra phụ thuộc theo đầu ra lâm sàng và kiểm định T-test, kiểm định Chi bình phương.

Các số liệu được nhập liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 365 và xử lý dựa trên phần mềm SPSS phiên bản 20.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu của chúng tôi chỉ hồi cứu các số liệu trên bệnh án đối với bệnh nhân đột quy não được điều trị tại Trung tâm Đột quy Bệnh viện Bạch Mai, nghiên cứu không có bất kỳ can thiệp nào trên người bệnh, do đó không gây bất kỳ ảnh hưởng nào đến kết quả điều trị bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm lâm sàng mẫu nghiên cứu.

Từ tháng 5 năm 2023 đến tháng 11 năm 2023, có tổng cộng 125 người bệnh được tuyển vào nghiên cứu. Mẫu nghiên cứu gồm 83 (66,4%) nam và 42 (33,6%) nữ; trung vị tuổi là 66 (IQR, 59 – 74; 95% CI, 63,8 – 67,9). Có 19 (15,2%) bệnh nhân có rối loạn ý thức lúc nhập viện. Trung vị điểm NIHSS thời điểm nhập viện là 4 (IQR, 3 – 7), bệnh nhân có điểm NIHSS cao nhất ghi nhận là 26. Các biểu hiện thần kinh thường gặp nhất là liệt vận động mới xuất hiện với 94 (75,2%) ca bệnh, nói khó 75 (60%) ca bệnh và liệt dây thần kinh sọ 67 (53,6%) ca bệnh. Phân loại theo căn nguyên có 44 (35,2%) ca bệnh không xác định được căn nguyên; 36 (28,8%) ca

bệnh được xác định căn nguyên do xơ vữa mạch máu lớn, 39 (31,2%) ca bệnh nguyên nhân do xơ vữa mạch máu nhỏ và 6 (4,8%) ca bệnh đột quy do căn nguyên tim.

3.2 Đặc điểm cận lâm sàng và hình ảnh học mẫu nghiên cứu

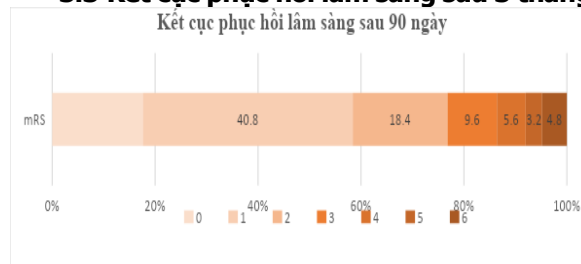
Bảng 1. Đặc điểm cận lâm sàng và hình ảnh học của mẫu nghiên cứu

		Số bệnh nhân (n = 125)	Tỷ lệ (%)
Đường máu thời điểm nhập viện (mmol/l), M±SD		11.2 ± 4.8	
Chỉ số LDL-C (mmol/l), M±SD		2.49 ± 0.97	
Tiểu cầu (G/L), M±SD		256.7 ± 87.1	
Vùng nhồi máu	Đồi thị	23	18.4
	Hạch nền	49	39.2
	Thân não	17	13.6
	Tiểu não	13	10.4
	Vành tia	32	25.6
Vùng vỏ não – vùng dưới vỏ		44	35.2
Động mạch lớn bị tắc hoặc hẹp nặng	Động mạch cảnh trong	21	16.8
	Động mạch não giữa	28	22.4
	Động mạch não trước	0	0
	Động mạch não sau	5	4.0
	Động mạch thân nền	9	7.2
Động mạch đốt sống		6	4.8

Ghi chú: M: trung bình; SD: độ lệch chuẩn

Nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có đường huyết lúc nhập viện trung bình là 11,2 mmol/l. Vùng tổn thương nhồi máu não hay gặp nhất là vùng hạch nền (39.2%), vùng vỏ não – vùng dưới vỏ (35.2%) và vùng vành tia (25.6%). Hẹp nặng hoặc tắc động mạch lớn được ghi nhận hàng đầu trong nhóm nghiên cứu là động mạch não giữa (22.4%) và động mạch cảnh trong (16.8%).

3.3 Kết cục phục hồi lâm sàng sau 3 tháng



Trong 125 người bệnh đột quy nhồi máu não cấp có bệnh đái tháo đường: có 96 (76,8%) người bệnh có kết cục lâm sàng tốt (mRS 0-2) còn lại 29 (23,2%) người bệnh có kết cục lâm sàng xấu sau 3 tháng. Trong đó tỷ lệ tử vong của nhóm nghiên cứu là 4,8%.

3.4 Các yếu tố tiên lượng kết quả phục hồi lâm sàng sau 3 tháng. Kết cục tốt (mRS ≤ 2), kết cục xấu (mRS > 2)

Bảng 2. Các yếu tố tiên lượng đến kết cục của bệnh nhân

	mRS 0-2 (n=96)	mRS 3-6 (n=29)	OR	95%CI	P
Tuổi(năm), M±SD	66.0±11.0	65.2 13.6			0.762
Nam giới, n (%)	63(65.6)	20 (69)	1,16	0,48-2.84	0.739
Trong 4,5 giờ đầu tiên, n (%)	21 (21.9)	10 (35.5)			>0.05
Từ 4,5 giờ đến 6 giờ, n (%)	11 (11.5)	1 (3.4)			
Từ 6 giờ đến 24 giờ, n (%)	31 (32.3)	14 (48.3)			
Sau 24 giờ, n (%)	33 (34.4)	4 (13.8)			
0 – 4, n (%)	66 (68.8)	5 (17.0)	5,57	3,78-8,21	< 0.01
5 – 15, n (%)	30 (31.3)	16 (55.2)			
16 – 20, n (%)	0 (0)	7 (24.1)			
21 – 42, n (%)	0 (0)	1 (3.4)			
Xơ vữa mạch máu lớn, n (%)	15 (15.6)	23 (79.3)	20,7	7,22-59,39	< 0.01
Tắc mạch máu nhỏ, n (%)	39 (40.6)	0 (0)	1,51	1,29-1,75	
Căn nguyên tim, n (%)	1 (1.0)	2 (6.9)	7,04	0,61-80,59	
Căn nguyên không xác định, n (%)	41 (42.7)	4 (13.8)	0,22	0,07-0,67	
Bệnh nhân có hẹp mạch nội sọ	16 (16.7)	18 (62.1)	8,18	3.25-20,57	< 0.01
Tiêu huyết khối	4	3			0.205
Lấy huyết khối cơ học	3	6	8,09	1,88-34,79	< 0.01
Không sử dụng Insulin	62 (64.6)	11 (37.9)	4,94	1,9-12,84	0.01
Sử dụng Insulin	34 (35.4)	18 (62.1)			
Có chuyển dạng chảy máu	3	3			0.137

Ghi chú: IQR: khoảng tứ phân vị, OR: tỷ suất chênh (Odds Ratio), CI: Khoảng tin cậy (Confidence Interval)

Không có sự khác biệt về tuổi giữa 2 nhóm kết cục trong nghiên cứu của chúng tôi. Giới tính nam không tạo ra khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhóm nghiên cứu (P = 0.739). Nhóm bệnh nhân có điểm NIHSS nhập viện cao hơn thì có

kết cục lâm sàng tồi tệ hơn. Căn nguyên mạch máu lớn là yếu tố tiên lượng xấu với 60,5% bệnh nhân nhóm này có kết cục xấu so với 39,5% có kết cục tốt, khác biệt này có ý nghĩa thống kê (OR=8,18, 95%CI: 3,25-20,57, p<0,01). Bệnh nhân đái tháo đường cần điều trị bằng thuốc insulin thì có kết cục xấu hơn nhóm không dùng insulin (OR=4,94, 95%CI: 1,9-12,84, p=0,01).

3.5 Khác biệt giữa nhóm bệnh đái tháo đường mới phát hiện và đái tháo đường mạn tính

	Đái tháo đường mới phát hiện (n=15)	Tiền sử đái tháo đường (n=110)	OR	95%CI	P
Tuổi(năm), M±SD	60.7±11.3	66.5±11.5			0.07
Tăng huyết áp, n (%)	5 (33.3)	80 (72.7)	0,18	0,06-0,59	< 0.01
Rối loạn chuyển hoá lipid, n (%)	1 (6,7)	9 (8,2)			0.839
Xơ vữa mạch máu lớn, n (%)	4 (26.7)	34 (26.7)			0.092
Tắc mạch máu nhỏ, n (%)	5 (33.3)	34 (30.9)			
Căn nguyên tim, n (%)	2 (13.3)	1 (0.9)			
Căn nguyên không xác định, n (%)	4 (26.7)	41 (37.3)			
Bệnh nhân có hẹp mạch nội sọ	4 (26.7)	30 (27.3)	0.97	2.87-3.28	0.615
Không sử dụng Insulin	5 (33.3)	68 (61.8)	2,39	0,73-7,81	0.036
Sử dụng Insulin	10 (66.7)	42 (38.2)			

Nhóm có tiền sử bệnh đái tháo đường có tỷ lệ cao huyết áp cao hơn nhóm chưa phát hiện đái tháo đường 72.7% so với 33.3%. Tỷ lệ cần sử dụng Insulin trong điều trị của nhóm đái tháo đường mới cao hơn 66.7% so với 38.2% với OR=2,39, 95% CI: 0,73-7,81, p<0,05.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khoảng 2/3 đối tượng nghiên cứu là nam giới (66,4%), nữ giới chiếm 33,7%. Kết quả trên tương đồng với nghiên cứu của Mai Duy Tôn và cộng sự với tỷ lệ giới tính là 61,3% nam giới và 38,7% nữ giới⁴.

Tuy nhiên tỷ lệ giới tính trên có sự khác biệt với nghiên cứu của Adria Arboix và cộng sự khi tỷ lệ nam/nữ là xấp xỉ 1. Có thể lập luận rằng yếu tố nguy cơ gây đột quỵ thiếu máu não ở nam giới cao hơn nữ giới do 1 số yếu tố như tăng huyết áp, hút thuốc, rối loạn chuyển hoá lipid, tuy nhiên tương quan giữa giới tính và đột quỵ ở nhóm nghiên cứu chưa rõ ràng. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 65.8 ± 11.6 (66, IQR 59 - 74) tương tự nghiên cứu của Adria Arboix (73.6) và Kissella B.M (70); Điều này cho thấy đột quỵ não ở người có bệnh đái tháo đường thường gặp ở nhóm bệnh nhân > 65 tuổi^{5,6}. Yếu tố nguy cơ hay gặp nhất đối với nhóm bệnh này là tăng huyết áp (68%) tương tự như nghiên cứu của An-le Li và cộng sự (2021) với 66.5% bệnh nhân nhồi máu não có bệnh tăng huyết áp⁷.

Phân loại theo căn nguyên (TOAST) có 44 (35,2%) ca bệnh không xác định được căn nguyên; 36 (28,8%) ca bệnh được xác định căn nguyên do xơ vữa mạch máu lớn, 39 (31,2%) ca bệnh nguyên nhân do xơ vữa mạch máu nhỏ và 6 (4,8%) ca bệnh đột quỵ do căn nguyên tim. Kết quả trên khá tương đồng với tỷ lệ đưa ra theo phân loại TOAST cổ điển⁸.

Trong nghiên cứu ghi nhận 34 (27.2%) bệnh nhân có hẹp hoặc tắc mạch nội sọ; thường gặp nhất là tổn thương ở động mạch não giữa (22,4%) và động mạch cảnh trong (16,8%). Động mạch thân nền và đốt sốt có tỷ lệ tổn thương thấp (lần lượt là 7,2% và 4,8%) tuy nhiên nhóm bệnh nhân tổn thương động mạch này thường là bệnh nhân nhóm nặng với NIHSS đầu vào cao. Các vùng nhồi máu thương gặp nhất là vùng vỏ não – vùng dưới vỏ (35,2%), vùng hạch nền (39.2%), vùng vành tia (25.6%) và đồi thị (18.4%). Các vùng nhồi máu cho thấy sự tương quan khá lớn tới căn nguyên nhồi máu não theo TOAST cũng như có sự liên quan của tổn thương mạch máu nội sọ.

Đối với các vấn đề tiên lượng nặng của bệnh nhân, thời gian vào viện có tạo ra sự khác biệt về tiên lượng xấu khi ra viện, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi khác biệt này chưa được chứng minh rõ với $p > 0,05$. Điểm NISHH có liên quan đến tiên lượng xấu; 100% bệnh nhân có NIHSS ≥ 16 thời điểm nhập viện thì đều có kết cục lâm sàng tồi tệ. Có 78,3% bệnh nhân đột quỵ do xơ vữa mạch máu lớn (theo phân loại TOAST) có kết cục xấu, trái ngược lại 100% bệnh nhân tắc mạch nhỏ đều có tiên lượng tốt tại thời điểm sau 3 tháng. Bệnh nhân có hẹp mạch nội sọ thì có tiên lượng tệ hơn với 62,1% có điểm mRS 3-6 sau 3 tháng (với $p < 0,01$).

Bệnh nhân cần sử dụng Insulin trong điều trị thì có tiên lượng xấu hơn nhóm điều trị đái tháo đường bằng thuốc uống, với 62,1% bệnh nhân có kết cục xấu cần điều trị bằng Insulin; có thể lập luận rằng kết cục điều trị tương quan với mức độ khó kiểm soát đường huyết của bệnh nhân. Ngoài ra ta cũng thấy được tỷ lệ bệnh nhân cần sử dụng thuốc insulin ở nhóm mới phát hiện bệnh cao hơn nhóm đái tháo đường đã được chẩn đoán (66,7% so với 38,2%); con số trên cho ta thấy việc điều trị đái tháo đường tốt có thể làm giảm nguy cơ rối loạn đường huyết và điều đó ảnh hưởng đến kết cục ra viện như phân tích trên.

Về kết cục lâm sàng thời điểm 3 tháng (theo thang điểm Rankin có sửa đổi) cho ta thấy có đến 77,6% bệnh nhân để lại di chứng sau đột quỵ (mRS 1-5), có 4,8% bệnh nhân tử vong và 17,6% ca bệnh hoàn toàn không để lại di chứng. Trong đó có thể thấy 40,8% số bệnh nhân chỉ di chứng nhẹ (mRS 1) có thể tiếp tục lao động, và 18,4% bệnh nhân có thể tự phục vụ bản thân (mRS 2). Có khoảng 1/5 số bệnh nhân phụ thuộc chăm sóc ở nhiều mức độ khác nhau (mRS 3-5). Các con số trên khá tương đồng với nghiên cứu của Rui Magalhães và cộng sự và nghiên cứu của Payam Sar iAslani^{9,10}. Trong nghiên cứu của chúng tôi có thể thấy nhóm bệnh nhân đái tháo đường có tỷ lệ tàn tật nặng cao hơn nhóm bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não nói chung, tuy nhiên những con số trong nghiên cứu chưa chứng minh được tính thuyết phục, tương tự nghiên cứu của Giovanni Merlino và cộng sự¹¹.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một vài hạn chế. Thứ nhất nghiên cứu được thực hiện đơn trung tâm trong thời gian không dài nên cỡ mẫu còn hạn chế so với các nghiên cứu tương tự trên thế giới. Thứ hai, việc thu thập số liệu bị thiếu sót trong quá trình hồi cứu do bệnh án không đầy đủ. Cuối cùng, việc lựa chọn thuốc điều trị đái tháo đường còn nhiều quan điểm khác nhau khiến cho hiệu quả điều trị không đồng nhất, đó cũng là yếu tố nhiều cần tính đến.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 125 bệnh nhân nhồi máu não có bệnh đái tháo đường chúng tôi rút ra kết luận sau: Tỷ lệ bệnh nhân có kết cục lâm sàng xấu (mRS 3-6) sau 90 ngày là 23,2%. Động mạch cảnh trong và động mạch não giữa 2 động mạch thường bị tổn thương nhất trong nhóm nghiên cứu. Điểm NIHSS khi nhập viện cao và căn nguyên đột quỵ do xơ vữa mạch máu lớn và cần sử dụng Insulin trong kiểm soát đường huyết là yếu tố tiên lượng kết cục lâm sàng tồi tệ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al.** 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021; 42 (34): 3227-3337. doi:10.1093/eurheartj/ehab484
2. **Chen R, Ovbiagele B, Feng W.** Diabetes and Stroke: Epidemiology, Pathophysiology, Pharmaceuticals and Outcomes. *Am J Med Sci.* 2016;351(4):380-386. doi:10.1016/j.amjms.2016.01.011
3. **Magliano D, Boyko EJ.** IDF Diabetes Atlas. 10th edition. International Diabetes Federation; 2021.
4. **Ton MD, Dao PV, Nguyen DT, et al.** Sex disparity in stroke outcomes in a multicenter prospective stroke registry in Vietnam. *Int J Stroke.* Published online June 1, 2023;174749302311778. doi:10.1177/17474930231177893
5. **Kissela BM, Khoury J, Kleindorfer D, et al.** Epidemiology of ischemic stroke in patients with diabetes: the greater Cincinnati/Northern Kentucky Stroke Study. *Diabetes Care.* 2005; 28(2):355-359. doi:10.2337/diacare.28.2.355
6. **Arboix A, Rivas A, García-Eroles L, de Marcos L, Massons J, Oliveres M.** Cerebral infarction in diabetes: Clinical pattern, stroke subtypes, and predictors of in-hospital mortality. *BMC Neurol.* 2005;5(1):9. doi:10.1186/1471-2377-5-9
7. **Li A le, Zhu S, Hu Z hao, Peng Q, Fang X, Zhang Y ying.** The distribution and epidemic characteristics of cerebrovascular disease in followed-up hypertension patients. *Sci Rep.* 2021;11:9366. doi:10.1038/s41598-021-88127-5
8. **Adams HP, Bendixen BH, Kappelle LJ, et al.** Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke.* 1993;24(1):35-41. doi:10.1161/01.str.24.1.35
9. **Sari Aslani P, Rezaeian S, Safari E.** 3-Month Outcome of Ischemic Stroke Patients Underwent Thrombolytic Therapy; a Cohort Study. *Arch Acad Emerg Med.* 2020;8(1):e6.
10. **Magalhães R, Abreu P, Correia M, Whiteley W, Silva MC, Sandercock P.** Functional status three months after the first ischemic stroke is associated with long-term outcome: data from a community-based cohort. *Cerebrovasc Dis Basel Switz.* 2014;38(1):46-54. doi:10.1159/000364938

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MỨC ĐỘ ẢNH HƯỞNG VẬN ĐỘNG KHỚP KHUYU TAY TRÊN NGƯỜI BỆNH HỘI CHỨNG TENNIS ELBOW BẰNG LASER CHÂM

Nguyễn Lê Việt Hùng¹, Nguyễn Thái Linh¹, Dương Thị Thuý Duy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị mức độ ảnh hưởng vận động khớp khuỷu tay trên người bệnh hội chứng tennis elbow bằng LASER châm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng thăm dò, so sánh hiệu quả trước - sau điều trị trên 1 nhóm đối tượng với cỡ mẫu 30 người bệnh hội chứng tennis elbow. Nghiên cứu này đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị mức độ ảnh hưởng vận động khớp khuỷu tay trên người bệnh hội chứng tennis elbow bằng LASER châm. Người bệnh được chẩn đoán hội chứng tennis elbow tại khoa VLTL - PHCN, bệnh viện Lê Văn Thịnh đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu sử dụng phương pháp điều trị LASER châm, người bệnh được ghi nhận các đặc điểm lâm sàng và tầm vận động khuỷu tay tiêu chuẩn trong 4 tuần. **Kết quả:** 30 người bệnh được chẩn đoán hội chứng tennis elbow, sau 4 tuần can thiệp điều trị LASER châm, đặc điểm lâm sàng chủ yếu tuổi trung bình của người bệnh 60,2 ± 11, người bệnh trẻ nhất là 39 tuổi, người bệnh lớn

nhất 77 tuổi, nữ giới mắc bệnh nhiều hơn nam giới với tỉ lệ (nữ/nam = 1,14/1), về nghề nghiệp nhóm lao động chân tay có tỷ lệ mắc bệnh có xu hướng cao hơn nhóm lao động trí óc với tỷ lệ lao động chân tay là 80% trong đó tỉ lệ này ở nữ giới là 58,33% và 41,671% ở nam giới, tay tổn thương thường gặp bên tay thuận chiếm 76,67%. Mức độ ảnh hưởng vận động khớp khuỷu tay có xu hướng giảm từ độ 2 với tỉ lệ 70% (T0) còn độ 0 với tỉ lệ 93,33% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001 sau 4 tuần. Đồng thời 100% người bệnh chưa ghi nhận các tác dụng không mong muốn trong suốt quá trình nghiên cứu. **Kết luận:** Hội chứng tennis elbow thường gặp ở người bệnh thuộc nhóm lao động chân tay và tổn thương bên tay thuận. Ngoài ra, LASER châm có hiệu quả cải thiện mức độ ảnh hưởng vận động khớp khuỷu tay trên người bệnh hội chứng tennis elbow sau 4 tuần, không gặp các tác dụng phụ nghiêm trọng và tác dụng không mong muốn. Cung cấp phương pháp điều trị đầy hứa hẹn cho hội chứng tennis elbow với tác dụng phụ tối thiểu. **Từ khóa:** LASER châm; Tennis elbow; vận động khuỷu tay

SUMMARY

EVALUATION OF CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF ELBOW JOINT MOBILITY IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH TENNIS ELBOW SYNDROME USING LASER ACUPUNCTURE

*Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Việt Hùng

Email: viethung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2024

Ngày duyệt bài: 16.9.2024