

thuật. Đây là các bệnh nhân cao tuổi, thể trạng yếu và có nhiều bệnh lý nền phức tạp, không thể đáp ứng được gây mê phẫu thuật cấp cứu vào thời điểm đó. Chính vì vậy chúng tôi lựa chọn giải pháp dẫn lưu túi mật ra da dưới hướng dẫn của siêu âm. Sau dẫn lưu túi mật, không có trường hợp nào thất bại phải phẫu thuật cấp cứu hay đặt lại dẫn lưu. Các bệnh nhân đều đáp ứng tốt với dẫn lưu (hết sốt, đau bụng giảm dần, bạch cầu và CRP giảm...). Sau 1 tháng bệnh nhân được tái khám, đánh giá toàn trạng, đáp ứng được gây mê hồi sức và đều được phẫu thuật nội soi cắt túi mật thuận lợi.

Nhiều nghiên cứu trong nước và trên thế giới thấy rằng, phẫu thuật nội soi là an toàn ở người cao tuổi kể cả các bệnh nhân trên 80 tuổi[9][10]. Việc lựa chọn phương pháp điều trị hợp lý giúp giảm tai biến, biến chứng ở bệnh nhân cao tuổi có nhiều bệnh lý nội khoa kết hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 18 trường hợp bệnh thể trạng già yếu, bệnh lý nền phức tạp được dẫn lưu túi mật ra da trước khi phẫu thuật cắt túi mật đều cho kết quả điều trị tốt.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị VTMC ở người cao tuổi tại bệnh viện Thanh Nhàn là phẫu thuật an toàn, tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp, phục hồi sức khỏe sau mổ tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Công Nghiêm** (2021), Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt túi mật viêm cấp do sỏi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
2. **Trần Kiên Vũ** (2016), Nghiên cứu ứng dụng

3. **Yokoe M, Hata J, Takada T, et al.** (2018). Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 25(1), 41-54.
4. **Kimura Y, Takada T, Strasberg S.M., et al.** (2013), "TG13 current terminology, etiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis", *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 20(1), pp. 8-23.
5. **Đặng Quốc Ai, Hà Văn Quyết** (2017), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật cắt túi mật nội soi một lỗ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Luận văn Tiến sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội.
6. **Phan Khánh Việt, Lê Trung Hải, Phạm Như Hiệp** (2016). Nghiên cứu thời điểm mổ và đánh giá kết quả điều trị viêm túi mật cấp do sỏi bằng phẫu thuật cắt túi mật nội soi. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 421(1), 38-42.
7. **Terho PM, Leppaniemi AK, Mentula PJ** (2016). Laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a retrospective study assessing risk factors for conversion and complications. *World J Emerg Surg.* 11, 54.
8. **Lê Văn Duy** (2017), Đánh giá kết quả phẫu thuật sỏi túi mật ở người cao tuổi tại bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ Y Học, Đại Học Y Hà Nội.
9. **Ekici U, Yilmaz S, Tatli F.** Comparative Analysis of Laparoscopic Cholecystectomy Performed in the Elderly and Younger Patients: Should We Abstain from Laparoscopic Cholecystectomy in the Elderly? *Cureus.* Published online June 27, 2018. doi:10.7759/cureus.2888
10. **Malik AM, Laghari AA, Talpur KAH, Memon A, Pathan R, Memon JM.** Laparoscopic cholecystectomy in the elderly patients. An experience at Liaquat University Hospital Jamshoro. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2017; 19(4):45-48.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO CẤP TUẦN HOÀN SAU

Nguyễn Thị Huệ¹, Đặng Trung Anh², Hoàng Bùi Hải^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị người bệnh nhồi máu não tuần hoàn sau tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, hồi cứu 66 hồ sơ người bệnh nhồi

máu não tuần hoàn sau tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình $61,95 \pm 13,8$, tỷ lệ nam/nữ là 2,3. Đa số người bệnh nhập viện muộn, thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện trung bình là $11,43 \pm 6,79$ giờ. Các triệu chứng thường gặp ở người bệnh là liệt nửa người 65,2%, nói khó 56,1%, chóng mặt 30,3%, rối loạn thị giác 19,7%, đau đầu 15,2%, nôn/buồn nôn 12,1%. Điểm pc-ASPECT từ 8-10 điểm chiếm 83,3%, tổn thương cầu não 66,7%. Điểm NIHSS vào viện từ 0-4 điểm chiếm 62,1%. Tỷ lệ tử vong 3%. **Kết luận:** Nhồi máu não tuần hoàn sau có biểu hiện đa dạng, gây thách thức cho chẩn đoán xác định. Chóng mặt, rối loạn thị giác là những triệu chứng cần phải nghĩ đến đột quỵ não tuần hoàn sau. POST-NIHSS nên được

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Bùi Hải

Email: hoangbuihai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2024

Ngày duyệt bài: 3.10.2024

thực hiện ở những người bệnh có điểm NIHSS thấp. **Từ khóa:** Nhồi máu não, tuần hoàn sau, chóng mặt.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, PARACLINICAL FEATURES, AND TREATMENT OUTCOMES OF PATIENTS WITH ACUTE POSTERIOR CIRCULATION STROKE

Objective: To describe the clinical characteristics, paraclinical features, and treatment outcomes of patients with posterior circulation ischemic stroke at Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional, retrospective study of 66 medical records of patients with posterior circulation ischemic stroke at Hanoi Medical University Hospital from January 2022 to December 2023. **Results:** The average age of patients was 61.95 ± 13.8 years, with a male-to-female ratio of 2.3. Most patients were admitted late, with an average time from onset to hospital admission of $11,43 \pm 6,79$ hours. Common symptoms in patients included hemiplegia (65.2%), dysarthria (56.1%), dizziness (30.3%), visual disturbances (19.7%), headache (15.2%), and nausea/vomiting (12.1%). A pc-ASPECT score of 8-10 was found in 83.3% of patients, with pontine infarction observed in 66.7%. NIHSS scores at admission ranged from 0-4 in 62.1% of patients. The mortality rate was 3%. **Conclusion:** Posterior circulation ischemic stroke presented with diverse symptoms, posing challenges for definitive diagnosis. Dizziness and visual disturbances were critical symptoms that considered for posterior circulation stroke. The POST-NIHSS should be performed in patients with low NIHSS scores.

Keywords: Ischemic stroke, posterior circulation, dizziness.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não (NMN) tuần hoàn sau chiếm khoảng 20-25% tất cả các đột quỵ NMN và là nguyên nhân quan trọng gây tàn tật và tử vong cho người bệnh.¹ Đặc biệt, tỉ lệ tử vong lên đến trên 80% đối với trường hợp tắc động mạch thân nền.²

Chẩn đoán lâm sàng NMN tuần hoàn sau thường khó khăn do các triệu chứng đa dạng và không đặc hiệu. Các nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng 20-60% trường hợp đột quỵ do thiếu máu cục bộ cấp tính bị bỏ sót trong phòng cấp cứu.^{3,4} Trong số này, đột quỵ tuần hoàn sau có khả năng bị bỏ sót gần gấp ba lần so với đột quỵ tuần hoàn trước, đặc biệt là khi có biểu hiện buồn nôn/nôn và chóng mặt.⁴ Vì người bệnh thường đến phòng cấp cứu đầu tiên nên các bác sĩ cấp cứu có vai trò quan trọng trong phát hiện sớm đột quỵ cấp tính để đưa ra hướng xử trí thích hợp.

Chỉ định điều trị xâm lấn cho người bệnh NMN tuần hoàn sau vẫn là một nội dung tranh luận do thiếu dữ liệu về các thử nghiệm ngẫu

nhiên có đối chứng. Hai thử nghiệm ATTENTION và BAOCHE gần đây đã chứng minh rằng phương pháp lấy huyết khối có lợi cho đột quỵ do tắc động mạch thân nền, nhưng hiệu quả của nó đối với các vị trí tắc khác ở tuần hoàn sau vẫn chưa chắc chắn.^{5,6}

Tại Việt Nam, có rất ít nghiên cứu đề cập về các vấn đề liên quan đến NMN tuần hoàn sau. Đây là chủ đề nóng trong lĩnh vực đột quỵ cần có thêm nhiều nghiên cứu để mô tả rõ hơn về sinh lý bệnh, nhận biết lâm sàng và ra quyết định điều trị ở những người bệnh này. Tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội, đơn vị đột quỵ trực thuộc khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực thường xuyên tiếp nhận chẩn đoán, điều trị cấp cứu người bệnh đột quỵ, nhưng chưa có tổng kết nào về NMN tuần hoàn sau. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị người bệnh NMN cấp tuần hoàn sau tại Bệnh viện đại học Y Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh đã được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm các tiêu chuẩn loại trừ sau đây:

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Đã được chẩn đoán xác định NMN cấp tuần hoàn sau dựa trên sự kết hợp giữa lâm sàng và hình ảnh học.

+ Lâm sàng: Thoả mãn tiêu chuẩn chẩn đoán tai biến mạch não của Tổ chức Y tế thế giới: khởi phát đột ngột với các biểu hiện lâm sàng của rối loạn chức năng thần kinh khu trú hoặc toàn thể của não kéo dài trên 24 giờ hoặc dẫn đến tử vong mà không có nguyên nhân rõ ràng nào ngoài tổn thương mạch máu não.

+ Hình ảnh học: Kết quả chụp cắt lớp vi tính và/hoặc cộng hưởng từ sọ não có tổn thương tại vùng cấp máu của hệ thống tuần hoàn sau.

+ Đến viện trước 24 giờ, tính từ khi khởi phát NMN.

Tiêu chuẩn loại trừ

- NMN khu vực tuần hoàn não sau nhưng có liên quan đến bệnh lý khác: chấn thương sọ não, u não, chảy máu não, viêm não – màng não, chảy máu dưới nhện.

- NMN khu vực tuần hoàn não sau phối hợp với NMN ở vùng cấp máu của động mạch khác.

- Những bệnh án không thu thập được đầy đủ thông tin cần nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả.

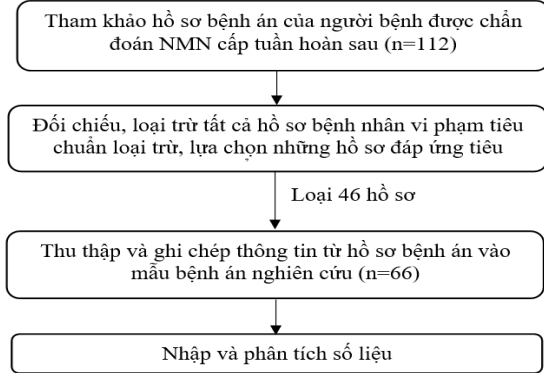
Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Hồi cứu số liệu nghiên cứu từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2023.

- Địa điểm tại Đơn vị đột quy, Khoa Cấp cứu & Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Cỡ mẫu nghiên cứu. Lấy mẫu toàn bộ, dữ liệu được thu thập theo trình tự thời gian.

Quy trình nghiên cứu



Sơ đồ 1: Quy trình nghiên cứu

Các biến nghiên cứu chính. Các biến số lâm sàng: giới tính, tuổi, tiền sử bệnh lý đã mắc, thời gian từ khi khởi phát đến khi vào viện, triệu chứng khởi phát, triệu chứng thực thể, huyết áp khi vào viện, điểm Glasgow khi vào viện, điểm NIHSS khi vào viện.

Các biến số cận lâm sàng: Vị trí tổn thương nhu mô, điểm pc-ASPECT

Các biến số liên quan kết quả điều trị: Phương pháp điều trị, tỉ lệ sống/tử vong.

Xử lý số liệu. Các số liệu thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các phép tính thống kê mô tả gồm: tần suất, tỷ lệ phần trăm (%), giá trị trung bình (\pm SD) với các biến định tính có phân bố chuẩn hoặc trung vị với các biến định tính có phân bố không chuẩn.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Đây là một nghiên cứu mô tả, hồi cứu hồ sơ bệnh án, số liệu được thu thập dựa trên bệnh án điện tử không làm ảnh hưởng đến quá trình điều trị. Toàn bộ thông tin thu thập chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, góp phần chẩn đoán và điều trị, vì lợi ích sức khỏe của bệnh nhân, hoàn toàn không phục vụ cho bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Trung bình \pm SD	Min - Max
Tuổi	61,95 \pm 13,8	18 - 89

Huyết áp tâm thu		147,68 \pm 19,97	100 - 190
Huyết áp tâm trương		83,79 \pm 11,58	59 - 111
		Tần số	Tỷ lệ %
Giới	Nam	46	69,7
	Nữ	20	30,3
Đặc điểm tiền sử và các yếu tố nguy cơ	Tăng huyết áp	36	54,5
	Đái tháo đường	21	31,8
	Rối loạn lipid máu	3	4,5
	Rung nhĩ	3	4,5
	Hút thuốc lá	9	13,6
	Lạm dụng rượu	3	4,5
	Phối hợp nhiều yếu tố	25	37,8
Không yếu tố nguy cơ		16	24,2

Tuổi trung bình: 61,95 \pm 13,8; người ít tuổi nhất là 18 và nhiều tuổi nhất là 89. Nhóm tuổi từ 60 đến 69 chiếm tỷ lệ cao nhất với 31,8%. Tỷ lệ nam/nữ: 2,3. Nam giới chiếm 69,7%.

Đa số người bệnh mang nhiều yếu tố nguy cơ chiếm 37,8%, yếu tố đơn lẻ thường gặp nhất là tăng huyết áp 54,5%, tiếp đến là đái tháo đường 31,8%. Số người bệnh không ghi nhận yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ đáng kể 24,2%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %	
Thời gian từ khi khởi phát đột quy đến khi vào viện			
\leq 4,5 giờ	12	18,2	
4,5 đến < 6 giờ	4	6,1	
6 đến \leq 24 giờ	50	75,8	
Triệu chứng khởi phát			
Đau đầu	10	15,2	
Chóng mặt	20	30,3	
Nôn/buồn nôn	8	12,1	
Nói khó	37	56,1	
Rối loạn nuốt	8	12,1	
Liệt nửa người	43	65,2	
Liệt tứ chi	2	3	
Rối loạn thị giác	Nhìn mờ	11	16,7
	Nhìn đôi	2	3
Rối loạn ý thức	4	6,1	
Điểm Glasgow	3-8 điểm	1	1,5
	9-12 điểm	1	1,5
	13-15 điểm	64	97
Điểm NIHSS	0-4 điểm	41	62,1
	5-15 điểm	23	34,8
	16-20 điểm	1	1,5
	21-42 điểm	1	1,5

Người bệnh nhập viện trong khoảng thời gian từ 6 đến 24 giờ chiếm phần lớn với 75,8%. Tỷ lệ người bệnh nhập viện trong 4,5 giờ đầu chiếm 18,2%. Thời gian từ lúc khởi phát đến khi

nhập viện trung bình là 11,43 ± 6,79 giờ. Trong các triệu chứng khởi phát, liệt nửa người chiếm tỷ lệ cao nhất (65,2%), tiếp đến là nói khó (56,1%). Chóng mặt, rối loạn thị giác chiếm tỷ lệ đáng kể lần lượt là 30,3% và 19,7%.

Điểm Glasgow chủ yếu từ 13 đến 15 điểm chiếm 97%. Điểm NIHSS vào viện chủ yếu ở nhóm 0-4 điểm (62,1%).

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm cận lâm sàng		Tần số	Tỷ lệ %
Điểm pc-ASPECTS			
0-5 điểm		6	9,1
6-7 điểm		5	7,6
8-10 điểm		55	83,3
Vị trí tổn thương			
Cầu não		44	66,7
Hành não		5	7,6
Cuống não		8	12,1
Tiểu não	Một bên	4	6
	Hai bên	1	1,5
Thùy chẩm	Một bên	10	15,2
	Hai bên	3	4,5
Thùy thái dương	Một bên	4	6
	Hai bên	2	3
Đồi thị	Một bên	4	6
	Hai bên	1	1,5

Tổn thương gặp nhiều nhất ở cầu não chiếm 66,7%. Các vùng não khác ít tổn thương hơn là thùy chẩm 19,7%, cuống não 12,1%, thùy thái dương 9%, hành não 7,6%, tiểu não 7,5%.

Chủ yếu người bệnh có điểm pc-ASPECT từ 8-10 điểm chiếm 83,3%; nhóm pc-ASPECT < 8 điểm chiếm 16,7%.

3.4. Kết quả điều trị

Bảng 4: Kết quả điều trị

	Tần số	Tỷ lệ
Phương pháp điều trị		
Nội khoa	58	87,9
Tiêu sợi huyết	3	4,5
Lấy huyết khối	4	6,1
Kết hợp tiêu sợi huyết và lấy huyết khối	1	1,5
Kết quả điều trị		
Sống	64	97
Tử vong	2	3

Điều trị nội khoa đơn thuần chiếm phần lớn với tỷ lệ 87,9%. Ba trường hợp tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch chiếm 4,5%. Lấy huyết khối đường động mạch áp dụng cho 4 trường hợp chiếm 6,1%. Một trường hợp được kết hợp tiêu sợi huyết với lấy huyết khối cơ học chiếm 1,5%. Tỷ lệ tử vong là 3%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 66 người bệnh nhồi máu não cấp tuần hoàn sau tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy:

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 61,95 ± 13,8. Nhóm tuổi từ 60-90 chiếm tỷ lệ cao nhất với 31,8%; tỷ lệ nam/nữ là 2,3. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Lâm Văn Tài (2018) có độ tuổi trung bình 64,5 ± 12,16; nhóm tuổi từ 60-90 chiếm 33,6%, tỷ lệ nam/nữ là 2,25.⁷ Về các yếu tố nguy cơ, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra 3 yếu tố nguy cơ cao nhất là: tăng huyết áp 54,5%, đái tháo đường 31,8%, hút thuốc lá 13,6%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Yuan Zhao và CS (2022) gồm 3 yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất là: tiền sử tăng huyết áp 75%, tiền sử đái tháo đường 52% và hút thuốc lá 58%.⁸ Số người bệnh không ghi nhận yếu tố nguy cơ trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ đáng kể 24,2%.

Người bệnh nhập viện trong khoảng thời gian từ 6 đến 24 giờ chiếm tỷ lệ cao 75,8%. Đây là một thách thức lớn cho việc điều trị hiệu quả do phần lớn người bệnh nhập viện muộn. Lý do chính cho tình trạng nhập viện muộn này có thể do biểu hiện ít điển hình của bệnh dẫn đến sự chủ quan của người bệnh và giảm sự cảnh giác của người nhà.

Các triệu chứng khởi phát NMN tuần hoàn sau trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là: liệt nửa người 65,2%, nói khó 56,1%, chóng mặt 30,3%, rối loạn thị giác 19,7%, đau đầu 15,2%, nôn/buồn nôn 12,1%. Đỗ Đức Thuận và CS (2022) cũng xác định triệu chứng khởi phát của NMN tuần hoàn sau là: liệt nửa người 50,43%, nôn/buồn nôn 34,78%, chóng mặt 31,3%, nhìn mờ 11,2%.⁹ Liệt nửa người chiếm tỷ lệ cao nhất, đây cũng là dấu hiệu thường gặp trong NMN hệ tuần hoàn trước. Điều này khiến cho vấn đề chẩn đoán chính xác vị trí tổn thương não trở nên khó khăn nếu chỉ dựa vào khám lâm sàng. Chóng mặt, rối loạn thị giác là các triệu chứng chiếm tỷ lệ đáng kể, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ này lần lượt là 30,3% và 19,7%, theo Đỗ Đức Thuận là 31,3% và 11,2%.⁹ Kết quả này cũng phù hợp với 2 nghiên cứu của D.Eric Searls (2012) và Yuan Zhao với tỷ lệ triệu chứng chóng mặt tương ứng là 47% và 52%.^{8,10} Các kết quả trên cho thấy chóng mặt, rối loạn thị giác là những triệu chứng cần phải nghĩ đến đột quỵ não tuần hoàn sau mặc dù đây là những triệu chứng không giống với một bệnh cảnh đột quỵ kinh điển.

Điểm Glasgow chủ yếu từ 13 đến 15 điểm

chiếm 97%, kết quả này tương đồng với kết quả của Lâm Văn Tài là 91,2%.⁷

Điểm NIHSS vào viện ở nhóm 0-4 điểm chiếm phần lớn (62,1%). Mặc dù Thang đo Đột quy của Viện Y tế Quốc gia (NIHSS) là thang điểm phổ biến nhất được sử dụng để đánh giá các khiếm khuyết về thần kinh ở những người bệnh bị đột quy cấp tính, nhưng nó lại đánh giá thấp mức độ nghiêm trọng lâm sàng trong NMN tuần hoàn sau. Các đặc điểm lâm sàng của đột quy tuần hoàn sau như thất điều, liệt vận nhãn, rung giật nhãn cầu và các dấu hiệu hành não không được đo lường, do đó điểm NIHSS thường thấp hơn so với đột quy tuần hoàn trước. Những người bệnh có NIHSS thấp có thể không đủ điều kiện để điều trị tái tưới máu. POST-NIHSS được phát triển để cải thiện độ chính xác tiên lượng đối với NMN tuần hoàn sau ở những người bệnh có các triệu chứng nhẹ đến trung bình. Các điểm được thêm vào NIHSS bao gồm chứng khó nuốt (4 điểm), ho bất thường (5 điểm) và thất điều dáng đi/ rối loạn vận động thân mình (3 điểm). POST-NIHSS đã được chứng minh là có độ chính xác tiên lượng cao hơn NIHSS đối với NMN tuần hoàn sau. Việc sử dụng POST-NIHSS không yêu cầu phân biệt giữa đột quy tuần hoàn trước và sau. Do đó, NIHSS nên được thực hiện ở tất cả người bệnh bị đột quy và POST-NIHSS nên được thực hiện ở những người bệnh có điểm NIHSS thấp.

Điểm pc-ASPECT trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi là 8 và có 83,3% người bệnh có điểm pc-ASPECT \geq 8. Tuy nhiên, thang điểm này không đánh giá chính xác độ nặng của đột quy do chỉ thể hiện số lượng vùng não bị tổn thương. Có các trường hợp pc-ASPECT 8 điểm (nhồi máu toàn bộ cầu não hoặc cuống não), pc-ASPECT 10 điểm (nhồi máu toàn bộ hành não) thì lâm sàng vẫn rất nặng.

Vùng tổn thương gặp nhiều nhất là cầu não chiếm 66,7% gần tương đương nghiên cứu của Lâm Văn Tài 66,4%.⁷ Nhồi máu cầu não chiếm tỷ lệ cao vì cầu não là nơi có rất nhiều động mạch nhỏ nhánh xuyên nuôi dưỡng, khi tắc một trong các mạch nhỏ đó có thể gây nên nhồi máu cầu não.

Về các phương pháp điều trị, điều trị nội khoa đơn thuần chiếm phần lớn với tỷ lệ 87,9%. Ba trường hợp tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch chiếm 4,5%. Lấy huyết khối đường động mạch áp dụng cho 4 trường hợp chiếm 6,1%. Một trường hợp được kết hợp tiêu sợi huyết với lấy huyết khối cơ học chiếm 1,5%. Tử vong 2 trường hợp chiếm 3%. Theo Lâm Văn Tài, tỷ lệ tử vong là 11,5%.⁷ Kết quả nghiên cứu của Lee JH (2006) và của Akhtar N (2009) tỷ lệ tử vong

lần lượt là 4,1% và 10%. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu trên. Trong nghiên cứu của chúng tôi có tổng cộng 8 ca tắc động mạch thân nền, 2 trường hợp tử vong đều nằm trong số này (1 trường hợp điều trị nội khoa và 1 trường hợp được lấy huyết khối đường động mạch). NMN tuần hoàn sau, đặc biệt là những người bệnh tắc động mạch thân nền có tỷ lệ tử vong cao. Đã có nhiều thử nghiệm được tiến hành nhằm cải thiện kết quả ở những người bệnh này. Gần đây, 2 thử nghiệm ATTENTION và BAOCHE đã chứng minh rằng phương pháp lấy huyết khối có lợi cho đột quy do tắc động mạch thân nền.^{5,6} Thử nghiệm ATTENTION-IA cũng đang được diễn ra sẽ cung cấp góc nhìn mới về điều trị đột quy tuần hoàn sau, kết quả của nghiên cứu này sẽ cung cấp bằng chứng về việc liệu việc sử dụng thêm tenecteplase đường động mạch sau khi tái tưới máu thành công bằng phương pháp lấy huyết khối có liên quan đến kết quả tốt hơn cho người bệnh tắc động mạch thân nền cấp tính hay không.

V. KẾT LUẬN

Nhồi máu não tuần hoàn sau có biểu hiện đa dạng là một thách thức cho chẩn đoán xác định. Chóng mặt, rối loạn thị giác là những triệu chứng cần phải nghĩ đến đột quy não tuần hoàn sau. POST-NIHSS nên được thực hiện ở những người bệnh có điểm NIHSS thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al.** Heart Disease and Stroke Statistics—2016 Update. *Circulation*. 2016;133(4):e38-e360. doi:10.1161/CIR.0000000000000350
2. **Hacke W, Zeumer H, Ferbert A, Brückmann H, del Zoppo GJ.** Intra-arterial thrombolytic therapy improves outcome in patients with acute vertebralbasilar occlusive disease. *Stroke*. 1988;19(10): 1216-1222. doi:10.1161/01.STR.19.10.1216
3. **Tarnutzer AA, Lee SH, Robinson KA, Wang Z, Edlow JA, Newman-Toker DE.** ED misdiagnosis of cerebrovascular events in the era of modern neuroimaging. *Neurology*. 2017; 88(15): 1468-1477. doi:10.1212/WNL.0000000000003814
4. **Missed Ischemic Stroke Diagnosis in the Emergency Department by Emergency Medicine and Neurology Services.** doi:10.1161/STROKEAHA.115.010613
5. **Jovin TG, Li C, Wu L, et al.** Trial of Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke Due to Basilar-Artery Occlusion. *New England Journal of Medicine*. 2022;387(15):1373-1384. doi:10.1056/NEJMoa2207576
6. **Tao C, Nogueira RG, Zhu Y, et al.** Trial of Endovascular Treatment of Acute Basilar-Artery Occlusion. *New England Journal of Medicine*. 2022; 387(15): 1361-1372. doi: 10.1056/

- NEJMoa2206317
7. **Lâm Văn Tài, Nguyễn Anh Tuấn, Vũ Đăng Lưu, Đào Việt Phương.** Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học ở bệnh nhân nhồi máu não cấp hệ tuần hoàn sau tại bệnh viện Bạch Mai. VMJ. 2018;470(2):147-151.
8. **Zhao Y, Han Y, Sun W, Zhang Y.** Clinical Symptoms, Etiology and Prognosis of Acute Bilateral Posterior Circulation Cerebral Infarction. Int J Gen Med. 2022;15:2787-2793. doi:10.2147/IJGM.S351560
9. **Đỗ Đức Thuận, Phạm Ngọc Thảo, Đặng Đức Phúc.** Nghiên cứu đặc điểm triệu chứng lâm sàng khởi phát nhồi máu hệ tuần hoàn não sau. VMJ. 2023;525(2). doi:10.51298/vmj.v525i2.5208
10. **Searls DE, Pazdera L, Korbel E, Vysata O, Caplan LR.** Symptoms and Signs of Posterior Circulation Ischemia in the New England Medical Center Posterior Circulation Registry. Archives of Neurology. 2012;69(3): 346-351. doi:10.1001/archneurol.2011.2083

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ ĐIỀU TRỊ DỊ VẬT XÂM NHẬP QUA ĐƯỜNG TIÊU HÓA, DƯỚI CƠ HOÀNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Thái Bình^{1,2}, Đinh Văn Thu¹

TÓM TẮT

Dị vật ống tiêu hóa là bệnh lý rất thường gặp trên thực hành lâm sàng, dị vật ống tiêu hóa dưới cơ hoành ít gặp hơn nhưng cũng rất nguy hiểm có thể dẫn những biến chứng nặng nề thậm chí tử vong nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Dị vật thường xâm nhập qua đường miệng. Việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào cắt lớp vi tính (CLVT), nó giúp cung cấp một cái nhìn chính xác các đặc điểm về hình dáng, kích thước, vị trí cũng như biến chứng của dị vật. Hiện nay các phương pháp lấy dị vật thường được sử dụng là nội soi, phẫu thuật và can thiệp lấy dị vật qua da, mỗi phương pháp có những chỉ định cũng như ưu nhược điểm khác nhau, việc lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc rất nhiều vào đặc điểm hình ảnh của dị vật cũng như biến chứng đi kèm. Nghiên cứu (NC) này nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh dị vật ống tiêu hóa, dưới cơ hoành, đặc điểm dị vật liên quan đến lựa chọn phương pháp điều trị. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh dị vật ống tiêu hóa dưới cơ hoành, đặc điểm dị vật liên quan đến lựa chọn phương pháp điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang, chọn mẫu không xác suất với 49 bệnh nhân (BN) có dị vật xâm nhập qua đường tiêu hóa nằm dưới cơ hoành tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2021 đến 5/2024. **Kết quả:** Trong NC của chúng tôi phần lớn dị vật dưới cơ hoành cần can thiệp xử lý là những dị vật dài nhọn (93,9%), trong đó phần lớn là xương cá và tằm (chiếm 78,5% dị vật được xác định). Có 45/49 BN (91,8%) có 1 dị vật, 4 BN (8,2%) có > 1 dị vật. Biến chứng dị vật dưới cơ hoành cần can thiệp xử lý nhiều nhất là thủng 73,5%. Vị trí dị vật dưới cơ hoành cần can thiệp điều trị hay gặp nhất là ở ruột non (34,7%). Phần lớn dị vật được lấy bằng nội soi nằm ở dạ dày và đại trực tràng. Phẫu thuật nội soi chiếm tỉ lệ cao nhất trong điều trị lấy dị vật 32,7%, Can thiệp lấy dị vật qua da

chiếm tỉ lệ 14/49 ca (28,6%), chủ yếu được lựa chọn trong những trường hợp dị vật nằm ngoài ống tiêu hóa. Tỉ lệ lấy dị vật thành công chung đạt 77,6%. **Kết luận:** Chẩn đoán dị vật ống tiêu hóa dưới cơ hoành chủ yếu dựa vào CLVT, vì độ chính xác cao, mô tả chính xác các đặc điểm về hình dáng, kích thước, vị trí cũng như biến chứng của dị vật qua đó giúp lựa chọn phương pháp điều trị cho phù hợp. Nội soi tiêu hoá là lựa chọn điều trị đầu tay nếu vị trí thuận lợi có thể tiếp cận được dị vật trong lòng ruột, phẫu thuật được đặt ra khi dị vật nằm ngoài ống tiêu hoá hoặc nội soi tiêu hoá thất bại. Can thiệp lấy dị vật ống tiêu hóa qua da là kĩ thuật mới bước đầu cho thấy những kết quả rất khả quan. **Từ khóa:** dị vật, dị vật đường tiêu hóa, can thiệp, thủng, tằm, xương cá

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS AND TREATMENT OF FOREIGN BODIES INVADING THROUGH THE GASTROINTESTINAL TRACT UNDER THE DIAPHRAGM AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Gastrointestinal foreign bodies are very common condition in clinical practice. Gastrointestinal foreign bodies below the diaphragm are less common but are also very dangerous and can lead to serious complications and even death if not detected and treated timely. Foreign bodies typically enter through the mouth. Diagnosis is mainly based on computed tomography, which helps provide an accurate view of the characteristics of shape, size, location as well as complications of foreign bodies. Currently, the commonly used foreign body removal methods are endoscopy, surgery and percutaneous intervention. Each method has different indications as well as advantages and disadvantages, and the choice of secondary treatment methods. Depends a lot on the visual characteristics of the foreign body as well as accompanying complications. This study aims to describe the imaging characteristics of foreign bodies in the gastrointestinal tract below the diaphragm, and foreign body characteristics related to treatment choice. **Objectives:** Describe the imaging characteristics of foreign bodies in the gastrointestinal tract below the diaphragm and the imaging

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthainh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2024

Ngày duyệt bài: 4.10.2024