

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ NÃO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH

Lê Thị Hòa¹, Lê Thị Thu Hồng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân đột quỵ não. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 225 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán tai biến mạch máu não và cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa Tỉnh Nam Định từ 08/2021 đến 07/2022. **Kết quả:** Triệu chứng gặp nhiều nhất ở thời kỳ khởi phát và thời kỳ toàn phát là liệt vận động nửa người chiếm 80,4% và 98,3%. Có 2 bệnh nhân (100%) bệnh nhân nội viện được phát hiện trong cửa sổ can thiệp tiêu sợi huyết, ở nhóm bệnh nhân đến viện trong cửa sổ tiêu sợi huyết là 82 bệnh nhân (36,5%). Tại thời điểm nhập viện số bệnh nhân có điểm NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) trong nhóm đột quỵ vừa và nặng (5-20 điểm) chiếm 58,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có xét nghiệm lipid máu bình thường ở cả 2 nhóm nhồi máu não và chảy máu não đều thấp với 9,9% và 33,3%. Tỷ lệ bệnh nhân tai biến mạch máu não có bệnh đái tháo đường kèm theo chiếm 20,6%. Bệnh lý tăng huyết áp và xơ vữa mạch cảnh cao nhất ở nhóm 70-79 tuổi. Tỷ lệ nghiện rượu gặp nhiều hơn trong nhóm chảy máu não chiếm 13,9% so với nhóm nhồi máu não chiếm 2,7%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,027$.

Từ khóa: Đột quỵ, tai biến mạch máu não

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF STROKE PATIENTS AT NAM DINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objective: Describe some clinical and paraclinical characteristics and risk factors of patients with cerebral stroke. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 225 patients aged 18 years and older diagnosed with cerebrovascular accident and transient ischemic attack treated as inpatients at Nam Dinh Provincial General Hospital from August 2021 to July 2022. **Results:** The most common symptom in the onset and full-blown period was hemiplegia, accounting for 80.4% and 98.3%. There were 2 patients (100%) of inpatients detected in the thrombolytic intervention window, in the group of patients coming to the hospital in the thrombolytic window, there were 82 patients (36.5%). At the time of admission, the number of patients with NIHSS

(National Institutes of Health Stroke Scale) scores in the moderate and severe stroke group (5-20 points) accounted for 58.3%. The proportion of patients with normal blood lipid tests in both the cerebral infarction and cerebral hemorrhage groups was low at 9.9% and 33.3%. The proportion of patients with cerebrovascular accident with concomitant diabetes was 20.6%. Hypertension and carotid atherosclerosis were highest in the 70-79 age group. The rate of alcoholism was higher in the cerebral hemorrhage group at 13.9% compared to the cerebral infarction group at 2.7%. This difference was statistically significant with $p=0.027$.

Keywords: Stroke, cerebrovascular accident

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não hay tai biến mạch máu não là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ hai, là nguyên nhân tử vong và tàn tật đứng hàng thứ ba cộng lại (được biểu thị bằng số năm sống đã mất được điều chỉnh theo khuyết tật – Disability-adjusted life years) trên thế giới. Chi phí đột quỵ toàn cầu ước tính là hơn 721 tỷ USD (0,66% GDP toàn cầu) [1].

Việt Nam là một nước đang phát triển với dân số người cao tuổi ngày càng gia tăng tất nhiên cũng không nằm ngoài quy luật gia tăng gánh nặng về đột quỵ não, tính đến năm 2019 đột quỵ não đã trở thành nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở Việt Nam. Hiểu được tình hình dịch tễ học đột quỵ não và các yếu tố nguy cơ của đột quỵ não sẽ giúp các nhà y tế cộng đồng xây dựng các chương trình can thiệp để giảm tỷ lệ mắc và tử vong do đột quỵ não gây ra. Mặt khác đột quỵ não phần lớn là các trường hợp nặng cần được phát hiện sớm, chẩn đoán phù hợp và xử trí kịp thời nhằm bảo vệ bệnh nhân và hạn chế ở mức thấp nhất mọi biến chứng có thể xảy ra.

Tại Nam Định, Đơn nguyên Đột quỵ mới được thành lập từ năm 2014, điều kiện cơ sở hạ tầng còn thiếu thốn, kiến thức của người dân và nhân viên y tế về phát hiện, chẩn đoán và xử trí đột quỵ chưa đầy đủ và hiện chưa có tác giả nào đánh giá về tình hình tai biến mạch máu não. Để có những đánh giá khách quan về đặc điểm bệnh nhân, các yếu tố nguy cơ giúp góp phần cải thiện chất lượng hoạt động, chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời bệnh nhân đột quỵ não, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân đột quỵ não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.*

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

²Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hòa

Email: lehoa150388@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 23.5.2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian. Tất cả bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán tai biến mạch máu não theo định nghĩa của Tổ chức Y tế thế giới năm 1990 và được chẩn đoán cơn thiếu máu não thoáng qua điều trị tại bệnh viện Đa khoa Tỉnh Nam Định từ 08/2021 - 07/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện với tất cả các đối tượng nghiên cứu thỏa mãn yêu cầu của nghiên cứu.

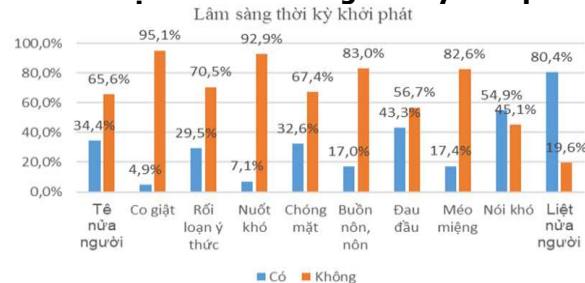
2.2.3. Một số biến số và chỉ số chính

- Triệu chứng lâm sàng thời kỳ khởi phát và thời kỳ toàn phát
- Thời gian nhập viện
- Điểm NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) thời điểm nhập viện.
- Đặc điểm xét nghiệm lipid máu
- Bệnh đái tháo đường kèm theo
- Bệnh lý tim mạch kèm theo: Tăng huyết áp, xơ vữa mạch cảnh, bệnh lý tim, van tim, rung nhĩ.
- Yếu tố nguy cơ khác: Nghiện rượu, hút thuốc lá

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý và phân tích số liệu trên SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

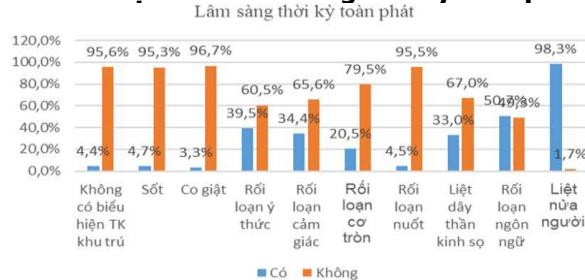
3.1. Đặc điểm lâm sàng thời kỳ khởi phát



Biểu đồ 1: Đặc điểm lâm sàng thời kỳ khởi phát

Triệu chứng gặp nhiều nhất là liệt vận động nửa người chiếm 80,4%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng thời kỳ toàn phát



Biểu đồ 2: Đặc điểm lâm sàng thời kỳ toàn phát

Triệu chứng toàn phát gặp nhiều nhất là liệt vận động chi chiếm 98,3%, rối loạn ngôn ngữ chiếm 50,7%.

3.3. Thời gian nhập viện

Bảng 1: Thời gian nhập viện

Thời gian tới viện từ khi khởi phát (Thời gian phát hiện với đột quỵ nội viện)	0h-4.5h	>4.5h-12h	>12h	Tổng
Đột quỵ nội viện	Số BN: 2	0	0	2
	Tỷ lệ: 100%	0%	0%	100%
Đột quỵ tự đến	Số BN: 80	57	86	223
	Tỷ lệ: 35,9%	25,6%	38,5%	100%
Tổng	Số BN: 82	57	86	225
	Tỷ lệ: 36,5%	25,3%	38,2%	100%
Thời gian trung bình	32,78 ± 51,99 giờ			

Nhóm bệnh nhân nội viện có 2 người và 100% được phát hiện trong cửa sổ can thiệp tiêu sợi huyết. Nhóm bệnh nhân đến viện có 82 bệnh nhân trong cửa sổ tiêu sợi huyết chiếm 36,5%.

3.4. Điểm NIHSS thời điểm nhập viện

Bảng 2: Điểm NIHSS thời điểm nhập viện

NIHSS	Chảy máu não	Nhồi máu não	Nhồi máu chuyển dạng	Tổng	p
1-4	Số BN: 11	76	0	87	0,216
	Tỷ lệ %: 30,6%	41,1%	0%	39%	
5-20	Số BN: 24	104	2	130	
	Tỷ lệ %: 66,7%	56,2%	100%	58,3%	
>20	Số BN: 1	5	0	6	
	Tỷ lệ %: 2,8%	2,7%	0%	2,7%	
Tổng	36	185	2	223	
NIHSS trung bình	8,61 ± 5,93	6,91 ± 5,1	12 ± 1,4		

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tại thời điểm nhập viện đa số bệnh nhân có điểm NIHSS trong nhóm đột quỵ vừa và nặng (5-20 điểm) chiếm 58,3%.

3.5. Xét nghiệm lipid máu

Bảng 3: Đặc điểm xét nghiệm lipid máu

Lipid máu (mmol/l)	Chảy máu não Bệnh nhân (%)	Nhồi máu não Bệnh nhân (%)	Tổng Bệnh nhân (%)
	15/36 (41,7%)	121/185 (65,4%)	136/221 (61,5%)
Rối loạn lipid máu	10 (66,7%)	109 (90,1%)	119 (87,5%)
Lipid máu bình thường	5 (33,3%)	12 (9,9%)	17 (12,5%)

Trong số 136 bệnh nhân được làm xét nghiệm lipid máu, có 119 bệnh nhân bị rối loạn lipid máu chiếm 87,5%.

3.6. Xét nghiệm đường máu

Bảng 4: Đái tháo đường theo thể bệnh

Bệnh đái tháo đường		Chảy máu não	Nhồi máu não	Tổng
Có	Số bệnh nhân	3	43	46
	Tỷ lệ %	1,3%	19,3%	20,6%
Không	Số bệnh nhân	33	144	177
	Tỷ lệ %	14,8%	64,6%	79,4%

Bệnh nhân tai biến mạch máu não có bệnh đái tháo đường kèm theo chiếm 20,6%.

3.7. Bệnh lý tim mạch kèm theo

Bảng 7: Bệnh lý tim mạch theo các nhóm tuổi

		Tuổi			
		<60	60-69	70-79	≥80
Tăng huyết áp	Số BN	27	45	75	56
	Tỷ lệ*	12%	20%	33,3%	24,9%
Xơ vữa mạch cảnh	Số BN	5	15	23	16
	Tỷ lệ*	3,76%	11,28%	17,29%	12,03%
Bệnh lý tim, van tim	Số BN	1	0	1	1
	Tỷ lệ*	0,75%	0%	0,75%	0,75%
Rung nhĩ	Số BN	2	0	7	10
	Tỷ lệ*	0,89%	0%	3,11%	4,44%

*Tỷ lệ tính theo số bệnh nhân mắc trên tổng số bệnh nhân được tầm soát bệnh

Bệnh lý tăng huyết áp và xơ vữa mạch cảnh cao nhất ở nhóm 70-79 tuổi, đặc biệt thấy 90,2% bệnh nhân tai biến mạch máu não có kèm theo bệnh tăng huyết áp.

3.8. Các yếu tố nguy cơ khác

Bảng 8: Liên quan nghiện rượu, hút thuốc lá với tai biến mạch máu não

	Chảy máu não n(%)	Nhồi máu não n(%)	Tổng n(%)	p
Nghiện rượu	5(13,9%)	5(2,7%)	10(4,4%)	0,027
Hút thuốc lá	3(8,3%)	11(5,9%)	14(6,2%)	0,773

Những người nghiện rượu gặp nhiều hơn trong nhóm chảy máu não chiếm 13,9% so với nhóm nhồi máu não chiếm 2,7%. Hút thuốc lá cũng gặp nhiều hơn trong nhóm chảy máu não với 8,3% so với 5,9% trong nhóm nhồi máu não.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Triệu chứng lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng khởi phát gặp nhiều nhất là liệt vận động chiếm 84,4%, tiếp theo là nói khó chiếm 54,9%, đau đầu 43,3%, chóng mặt 32,6% và tê nửa người 34,4%. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thế Anh: triệu chứng khởi phát ở nhóm bệnh nhân đột quỵ kèm theo đái tháo đường gặp nhiều nhất liệt nửa người chiếm tỷ lệ 77,68%, tê bì nửa người 40,17%, nhức đầu 50,89%, nói khó 39,43%, chóng mặt 34,82% [2].

Ở thời kỳ toàn phát thì trong nghiên cứu của chúng tôi liệt vận động vẫn chiếm tỷ lệ lớn nhất với 98,3%, tiếp đến là rối loạn ngôn ngữ chiếm 50,7%, các triệu chứng rối loạn ý thức, rối loạn cảm giác, liệt thần kinh sọ chiếm tỷ lệ lần lượt là 39,5%, 34,4%, 33%, ít gặp cơn động kinh. Kết quả này cũng giống với nghiên cứu của Chu Văn Vinh: liệt vận động chiếm 83,3%, liệt mặt (59,5%), rối loạn ngôn ngữ (59,5%), rối loạn ý thức (52,4%) [3]. Rối loạn ý thức và liệt dây thần kinh sọ có tỷ lệ thấp hơn điều này có thể lý giải rằng những bệnh nhân nặng hoặc tổn thương vùng thân não có tiên lượng xấu thường có nguy cơ lên tuyến trung ương điều trị.

4.2. Thời gian từ khi khởi phát đến khi bệnh nhân nhập viện. Thời gian từ khi bệnh khởi phát đến khi bệnh nhân vào viện chủ yếu là trên 12 giờ chiếm 38,2%, thời gian trong cửa sổ có thể tiêu sợi huyết từ 0-4,5 giờ chiếm 38,2%, từ 4,5-12 giờ chiếm 25,3%. Theo nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hà thì có 73,48% bệnh nhân được nhập viện dưới 12 giờ. [4]. Theo Đinh Văn Thắng, phần lớn bệnh nhân được đưa tới viện trước 6 giờ (74,9%), bệnh nhân đến viện trước 3 giờ chiếm 46,8% [5]. Như vậy nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đến viện muộn hơn so với các nghiên cứu khác. Điều này có thể giải thích là vị trí của Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định không nằm ở trung tâm địa hình của tỉnh mà nằm lệch về một phía và ngay gần Thủ đô Hà Nội nên đã kéo dài thời gian di chuyển của bệnh nhân, đồng thời có nhiều bệnh nhân lựa chọn điều trị ở tuyến trung ương.

4.3. Điểm NIHSS lúc nhập viện. Tại thời điểm nhập viện đa số bệnh nhân của chúng tôi có điểm NIHSS 5-20 điểm chiếm 58,3%. Điểm NIHSS trung bình trong nhóm chảy máu não là $8,61 \pm 5,93$, trong nhóm nhồi máu não là $6,91 \pm 5,1$, trong nhóm nhồi máu chuyển dạng chảy máu là $12 \pm 1,4$. Nghiên cứu của Ngô Thanh Sơn thấy điểm NIHSS trung bình của nhóm bệnh nhân nhồi máu não có đái tháo đường là $8,27 \pm 4,47$, ở nhóm nhồi máu não không có đái tháo đường là $8,06 \pm 4,83$ [6]. Như vậy điểm NIHSS trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Ngô Thanh Sơn. Có lẽ do tỷ lệ bệnh nhân tại bệnh viện chúng tôi chuyển tuyến trung ương điều trị rơi nhiều vào nhóm bệnh nhân nặng.

4.4. Một số yếu tố nguy cơ thường gặp của tai biến mạch máu não (TBMMN)

4.4.1. Tăng huyết áp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân TBMMN đều có tiền sử mắc bệnh lý tăng huyết áp (chiếm 88,9%). Bệnh lý tăng huyết áp cao nhất ở nhóm

70-79 tuổi chiếm tỷ lệ 33,3% và có tới 90,2% bệnh nhân TBMMN có kèm bệnh lý tăng huyết áp. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác như Phạm Thị Thu Hà gặp 57,45% bệnh nhân TBMMN có tiền sử tăng huyết áp [4], Phan Thị Hường gặp 64,4% [7]. Điều này có thể giải thích trình độ hiểu biết về bệnh tăng huyết áp trong cộng đồng ngày một nâng cao, người dân quan tâm và theo dõi huyết áp của mình.

4.4.2. Rối loạn lipid máu. Trong số những bệnh nhân được định lượng lipid máu có 87,5% bệnh nhân có rối loạn lipid máu. Tỷ lệ bệnh nhân TBMMN có rối loạn lipid trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Đinh Văn Thắng: 43,6% bệnh nhân TBMMN có rối loạn lipid máu [5]. Điều này có thể do đời sống vật chất của người dân ngày một nâng cao, liên quan đến thói quen ăn uống đặc biệt là ăn mỡ động vật khiến cho tỷ lệ rối loạn lipid máu tăng lên.

4.4.3. Đái tháo đường. Đường máu cao sẽ có tác động lên các mạch máu làm thúc đẩy nhanh quá trình xơ vữa mạch nói chung và mạch máu não nói riêng. Theo nghiên cứu của Framingham cho thấy khi đường máu cao làm tăng nguy cơ xơ vữa mạch lên 2-3 lần. Và người lớn mắc bệnh tiểu đường có nguy cơ đột quỵ cao hơn 1,5 lần so với người không mắc bệnh tiểu đường [8]. Theo bảng 4 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân TBMMN mắc bệnh đái tháo đường là 20,6%. Kết quả này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hà: tỷ lệ đái tháo đường ở bệnh nhân TBMMN là 4,62% [4], của Phan Thị Hường là 6,2% [7]. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Đinh Văn Thắng: tỷ lệ bệnh nhân TBMMN có đái tháo đường chiếm 21,9% [5]. Có thể, trong những năm gần đây, đời sống người dân được cải thiện nhiều, mức sống nâng cao, dễ dẫn đến mất cân đối trong khẩu phần ăn, đây là yếu tố nguy cơ cao gây mắc bệnh đái tháo đường.

4.4.4. Bệnh lý tim mạch. Các bệnh lý tim mạch gây TBMMN chủ yếu do cơ chế lấp mạch, đặc biệt hay gặp trong rung nhĩ khi đó sẽ tạo ra các cục máu đông đi từ tim lên não. Các bệnh thiếu máu cơ tim cục bộ, nhồi máu cơ tim, suy tim xung huyết, đau thắt ngực, dày thất trái kết hợp với yếu tố tuổi tác, tăng huyết áp góp phần làm tăng nguy cơ TBMMN. Đối với bệnh lý tim - mạch máu trong nghiên cứu của chúng tôi thì xơ vữa mạch cảnh chiếm tỷ lệ cao nhất (26,22%). Các bệnh lý về van tim, suy tim, nhồi máu cơ tim chiếm tỷ lệ rất nhỏ (1,33%), rung nhĩ chiếm 8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với kết quả của các tác giả khác. Theo Chu Văn

Vinh xơ vữa động mạch chiếm 61,9%, bệnh lý tim, van tim chiếm 21,4%, rung nhĩ chiếm 28,6% [3]. Theo Phan Thị Hường tỷ lệ xơ vữa động mạch cảnh ở bệnh nhân nhồi máu não cao tuổi là 53,9% [7]. Hiện nay Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định chưa có can thiệp tim mạch, những bệnh nhân đột quỵ có bệnh lý tim mạch kèm theo thường diễn biến nặng hơn nên chuyển tuyến Trung ương điều trị. Đây có thể là lý do khiến tỷ lệ bệnh lý tim mạch trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong các nghiên cứu khác.

4.4.5. Rượu và thuốc lá. Các tác giả đều thống nhất rằng mối liên quan giữa uống rượu và TBMMN đều có những điểm bất lợi và có lợi nhưng chỉ sử dụng nhiều rượu mới có nguy cơ cao với TBMMN. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân TBMMN có tiền sử nghiện rượu là 4,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn so với các tác giả khác. Theo Đinh Văn Thắng tỷ lệ này là 20,8% [5], theo Phan Thị Hường là 13,2% [7]. Tỷ lệ bệnh nhân TBMMN có tiền sử nghiện rượu gặp nhiều hơn trong nhóm chảy máu não so với nhồi máu não, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,027$.

Thuốc lá làm giảm yếu tố bảo vệ HDL-cholesterol, làm tăng fibrinogen, tăng tính đông máu, tăng dính tiểu cầu. Nicotin trong thuốc lá làm thay đổi chức năng hàng rào máu não và tế bào nội mô. Nicotin còn làm giải phóng ra catecholamin làm tăng nhịp tim, tăng huyết áp, lưu lượng tim và công năng tim tăng lên. Thuốc lá còn thúc đẩy mạnh quá trình xơ vữa mạch. Tỷ lệ nghiện thuốc lá trong nghiên cứu của chúng tôi là 6,2%, thấp hơn trong các nghiên cứu của Đinh Văn Thắng là 17,9% [5], của Phan Thị Hường là 16 % [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nghiện thuốc lá gặp trong chảy máu não nhiều hơn trong nhồi máu não nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 225 bệnh nhân đột quỵ não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định từ tháng 8/ 2021 đến tháng 7/ 2022, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Triệu chứng lâm sàng thường gặp là liệt vận động chi chiếm tỷ lệ lớn nhất với 98,3%, tiếp đến là rối loạn ngôn ngữ chiếm 50,7%, Điểm NIHSS trung bình lúc nhập viện trong nhóm chảy máu não là $8,61 \pm 5,93$, trong nhóm nhồi máu não là $6,91 \pm 5,1$, trong nhóm nhồi máu chuyển dạng chảy máu là $12 \pm 1,4$. Các yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường với tỷ lệ lần lượt là 90,2%, 87,5%, 20,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *Int J Stroke Off J Int Stroke Soc.* 2022; 17(1): 18-29. Doi:1177/ 17474930211065917
2. Nguyễn Thế Anh. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhồi máu não ở người cao tuổi có bệnh đái tháo đường. Viện nghiên cứu Khoa học Y Dược Lâm sàng 108, 2018.
3. Chu Văn Vinh. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thực tế áp dụng tiêu chuẩn chất lượng về xử trí đột quỵ não ở Việt Nam trên bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não tại bệnh viện Việt Đức. *Hội Thần Kinh Học Việt Nam*. Published June 28, 2022. Accessed September 7, 2022.
4. Phạm Thị Thu Hà. Nhận xét một số đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng của tai biến mạch máu não tại Bệnh viện E (2000-2001). Đại học Y Hà Nội; 2002.
5. Đinh Văn Thắng. Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân tai biến mạch máu não tại khoa thần kinh bệnh viện Thanh Nhân. *Bác sỹ chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội*, 2007.
6. Ngô Thanh Sơn. Nghiên cứu lâm sàng và hình ảnh siêu âm Doppler động mạch cảnh ngoài sọ ở bệnh nhân nhồi máu não trên lều giai đoạn cấp có đái tháo đường. *Luận án Tiến sỹ. Học viện quân y*; 2016.
7. Phan Thị Hường. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhồi máu não ở người cao tuổi tại khoa Thần kinh bệnh viện Bạch Mai. *Luận văn bác sỹ chuyên khoa II. Đại học Y Hà Nội*; 2004.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN SUY TIM MẤT BÙ CẤP

TÓM TẮT

Mở đầu: Suy tim mất bù cấp (STMBC) là một tình trạng lâm sàng phổ biến, đòi hỏi nhập viện và điều trị tích cực. Việc mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thực hành điều trị giúp hiểu rõ hơn về thực trạng quản lý bệnh nhân STMBC tại Việt Nam. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị của bệnh nhân nhập viện vì STMBC nhập viện. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu kết hợp hồi cứu trên 223 bệnh nhân STMBC nhập viện từ 1/2022 đến 9/2024. Dữ liệu được thu thập và phân tích phần mềm SPSS 25.0. **Kết quả:** Tuổi trung vị của bệnh nhân là 67 tuổi, 57,4% từ 65 tuổi trở lên. Các bệnh đồng mắc phổ biến bao gồm rối loạn lipid máu (72,2%), tăng huyết áp (68,6%) và rung nhĩ (42,2%). Các yếu tố thúc đẩy thường gặp là rối loạn nhịp tim (26,3%), nhiễm trùng (25,4%) và không tuân thủ điều trị (25,0%). Triệu chứng chủ yếu khi nhập viện gồm khó thở (84,3%), phù ngoại biên (50,7%) và rales phổi (53,4%), với 51,6% bệnh nhân ở phân độ NYHA III. Cận lâm sàng ghi nhận 46,6% bệnh nhân thiếu máu, 49,7% có eGFR <60 mL/phút/1.73 m² và 57,4% suy tim với phân suất tống máu thất trái (PSTMTT) giảm. Việc điều trị suy tim theo khuyến cáo được áp dụng rộng rãi khi xuất viện với tỉ lệ sử dụng

Hoàng Huy Trường^{1,2}, Nguyễn Hoàng Hải³,
Nguyễn Thị Thu Quyên¹, Hà Hoài Nam⁴

thuốc ức chế hệ RAAS (79,8%), chẹn beta (81,2%), SGLT2i (77,6%) và MRA (76,2%). Trong nhóm suy tim PSTMTT giảm, 68% bệnh nhân được kê đơn đầy đủ cả 4 nhóm thuốc nền tảng. **Kết luận:** Bệnh nhân STMBC nhập viện có tỉ lệ bệnh đồng mắc cao, triệu chứng nặng và được điều trị theo khuyến cáo. Việc tối ưu hóa điều trị nội khoa có thể góp phần cải thiện hiệu quả quản lý bệnh nhân STMBC.

Từ khóa: Suy tim mất bù cấp, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT IN PATIENTS WITH ACUTE DECOMPENSATED HEART FAILURE

Background: Acute decompensated heart failure (ADHF) is a common clinical condition requiring hospitalization and intensive treatment. Understanding its clinical, paraclinical characteristics, and treatment practices is essential for improving patient management in Vietnam. **Objective:** To describe the clinical, paraclinical characteristics, and treatment of hospitalized ADHF patients. **Methods:** A prospective and retrospective cohort study was conducted on 223 ADHF patients admitted from January 2022 to September 2024. Data were collected and analyzed using SPSS 25.0. **Results:** The median patient age was 67 years, with 57.4% aged ≥65 years. Common comorbidities included dyslipidemia (72.2%), hypertension (68.6%), and atrial fibrillation (42.2%). The leading precipitating factors were arrhythmias (26.3%), infections (25.4%), and non-adherence to treatment (25.0%). The most frequent symptoms were dyspnea (84.3%), peripheral edema (50.7%), and pulmonary rales (53.4%), with 51.6% of patients classified as NYHA III at admission. Paraclinical

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Tim Tâm Đức, Thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Nhân dân Gia Định, TP. Hồ Chí Minh

⁴Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Hoài Nam

Email: hahoaainam29@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2025

Ngày duyệt bài: 20.5.2025