

6. Frazee Erin N, Kuper Philip J, et al. (2012), "Effect of continuous venovenous hemofiltration dose on achievement of adequate vancomycin trough concentrations", 56(12), pp. 6181-6185.
7. Rybak M. J., Le J., et al. (2020), "Therapeutic monitoring of vancomycin for serious methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections: A revised consensus guideline and review by the American Society of Health-System Pharmacists, the Infectious Diseases Society of America, the Pediatric Infectious Diseases Society, and the Society of Infectious Diseases Pharmacists", *Am J Health Syst Pharm*, 77(11), pp. 835-864.
8. Tandukar Srijan, Palevsky Paul M (2019), "Continuous renal replacement therapy: who, when, why, and how", 155(3), pp. 626-638.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NHỒI MÁU NÃO CÓ TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH CẢNH TRONG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 110

Nguyễn Quang Ân¹, Nguyễn Huy Ngọc^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đột quy nhồi máu não có tổn thương tổn thương động mạch cảnh trong (ĐMCT). **Phương pháp nghiên cứu:** Tiền cứu, mô tả cắt ngang có phân tích. Đối tượng nghiên cứu: gồm 124 bệnh nhân được chẩn đoán là Nhồi máu não (NMN) được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) 64 dãy điều trị tại Bệnh viện Quân y 110 từ 02/2018 đến 05/2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân đột quy hệ tuần hoàn não trước là $66,84 \pm 12,30$ tuổi, nam giới chiếm 69,4%. Tiền sử đột quy não cũ ở nhóm có tổn thương ĐMCT là 23,3% cao hơn so với tỉ lệ 6,2% trong nhóm không có tổn thương ĐMCT. Nhóm có tổn thương ĐMCT có mức độ liệt nặng hơn nhóm không có tổn thương với 51,2% bệnh nhân có sức cơ lúc vào viện là 1/5. Điểm Glasgow trung bình của nhóm có tổn thương ĐMCT là $12,98 \pm 1,67$ điểm thấp hơn $14,36 \pm 1,15$ điểm của nhóm không có tổn thương. Thang điểm NIHSS có điểm trung bình cao hơn ở nhóm có tổn thương ĐMCT với $12,91 \pm 5,95$ điểm so với $6,64 \pm 3,30$ điểm của nhóm không có tổn thương. Nhóm tổn thương ĐMCT có điểm số ASPECT trung bình là $7,16 \pm 1,70$ điểm thấp hơn so với $8,69 \pm 1,19$ điểm trong nhóm không có tổn thương. **Kết luận:** Đột quy nhồi máu hệ tuần hoàn não trước thường gặp ở độ tuổi trên 60 tuổi, và thường gặp ở nam giới. Nhóm bệnh nhân đột quy não có tổn thương ĐMCT có mức độ liệt nặng hơn, rối loạn ý thức nặng hơn so với nhóm không có tổn thương. Về các thang điểm, nhóm có tổn thương ĐMCT có điểm NIHSS trung bình cao hơn và điểm ASPECT trung bình thấp hơn nhóm không có tổn thương. **Từ khóa:** Đột quy nhồi máu não, tổn thương ĐMCT

SUMMARY

¹Trường Cao đẳng Y tế Phú Thọ

²Sở Y tế Phú Thọ

³Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Ngọc

Email: huyngocnguyen8888@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2025

Ngày duyệt bài: 22.5.2025

STUDY ON CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF ISCHEMIC STROKE PATIENTS WITH INTERNAL CAROTID ARTERY LESIONS AT MILITARY HOSPITAL 110

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of ischemic stroke patients with and without internal carotid artery lesions. **Research method:** A prospective, cross-sectional and comparative study. Study subjects: 124 patients diagnosed with ischemic stroke who underwent 64-slice CT scanning and were treated at Military Hospital 110 from February 2018 to May 2019. **Results:** The average age of patients with anterior circulation stroke was 66.84 ± 12.30 years, with males accounting for 69.4%. A history of previous stroke was observed in 23.3% of patients with internal carotid artery lesions, higher than the 6.2% in the group without lesions. The group with internal carotid artery lesions had more severe paralysis, with 51.2% of patients having a muscle strength score of 1/5 upon admission. The average Glasgow score in the group with internal carotid artery lesions was 12.98 ± 1.67 , lower than the 14.36 ± 1.15 in the group without lesions. The NIHSS score was higher in the group with internal carotid artery lesions, averaging 12.91 ± 5.95 compared to 6.64 ± 3.30 in the group without lesions. The ASPECT score was lower in the group with internal carotid artery lesions, with an average of 7.16 ± 1.70 compared to 8.69 ± 1.19 in the group without lesions. **Conclusion:** Anterior circulation ischemic stroke is more common in individuals over 60 years old and predominantly affects males. Patients with internal carotid artery lesions experience more severe paralysis and greater consciousness impairment than those without lesions. Regarding assessment scales, the NIHSS score is higher, and the ASPECT score is lower in the group with internal carotid artery lesions compared to the group without lesions. **Keywords:** Ischemic stroke, internal carotid artery lesion

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là bệnh lý phổ biến trên thế giới và Việt Nam. Hàng năm ở Hoa Kỳ có 800.000 người bị đột quy trong đó đột quy nhồi máu não (NMN) chiếm 87% trong tổng số đột quy não

[1]. Ở Hoa Kỳ người da đen và gốc Tây Ban Nha, người châu Á vừa xơ động mạch nội sọ cao hơn [2], [3], [4]. Ngược lại, người da trắng có bệnh vừa xơ động mạch cảnh đoạn ngoài sọ cao hơn [5]. Ở Việt Nam chưa có số liệu cụ thể. Triệu chứng lâm sàng của NMN rất đa dạng và phong phú, tùy từng vị trí tổn thương mạch máu của từng bệnh nhân sẽ có biểu hiện lâm sàng khác nhau. Đột quỵ não là bệnh có nhiều nguyên nhân gây bệnh khác nhau, được chia thành năm loại dựa vào nguyên nhân [6], trong đó vừa xơ động mạch lớn là nguyên nhân chính của NMN. Việc nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não có tổn thương hệ động mạch cảnh có vai trò quan trọng trong phân loại bước đầu các nguyên nhân gây đột quỵ não, định hướng cho các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh phù hợp và có phương pháp điều trị hiệu quả cho từng nguyên nhân gây bệnh để cải thiện chức năng, chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân và dự phòng tốt đột quỵ não tái phát. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não có tổn thương và không có tổn thương ĐMCT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 124 bệnh nhân được chẩn đoán là NMN được chụp CLVT 64 dãy điều trị tại Bệnh viện Quân y 110 từ

tháng 02/2018 đến tháng 5/2019.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Tiêu chuẩn lâm sàng: Đột quỵ não được chẩn đoán theo theo định nghĩa (Tổ chức y tế Thế giới 1990) [7]. Tiêu chuẩn cận lâm sàng: tất cả bệnh nhân đều được chụp CLVT 64 dãy.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- NMN thuộc động mạch đốt sống thân nền. NMN có kèm chảy máu trong não hoặc chảy máu khoang dưới nhện. NMN xảy ra trên bệnh nhân có bệnh lý van tim mắc phải như hẹp, hở van hai lá. Bệnh nhân không hợp tác trong suốt quá trình nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp, tiến cứu, mô tả cắt ngang có phân tích. BN vào viện được hỏi và khám theo các bước: khai thác diễn biến các triệu chứng, tiền sử, bệnh lý kèm theo, triệu chứng kèm theo, khám thực thể về dấu hiệu não chung, dấu hiệu thần kinh khu trú, đánh giá thang điểm NIHSS, thang điểm Glasgow, xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu cơ bản, siêu âm động mạch cảnh, chụp cắt lớp vi tính sọ não/mạch não 64 dãy có tính điểm ASPESCT. Bệnh nhân này được chia làm 2 nhóm, nhóm đột quỵ NMN có tổn thương hệ ĐMCT và nhóm đột quỵ NMN không tổn thương hệ ĐMCT.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu sau thu thập được nhập liệu bằng phần mềm Excel 2016, xử lý phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nhồi máu hệ tuần hoàn não trước

Tuổi, giới	Tổn thương ĐMCT (n=43)	Không tổn thương ĐMCT (n=81)	Tổng (n=124)	P
Tuổi, Mean $\pm$ SD	67,91 $\pm$ 10,63	66,27 $\pm$ 13,13	66,84 $\pm$ 12,30	> 0,05
Nam, n (%)	32 (74,4)	54 (66,7)	86 (69,4)	> 0,05
Nữ, n (%)	11 (25,6)	27 (33,3)	38 (30,6)	

Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não có tổn thương ĐMCT cao hơn nhóm không có tổn thương, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Giới tính nam ở cả 2 nhóm tổn thương ĐMCT và không tổn thương ĐMCT đều chiếm ưu thế, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Đặc điểm tiền sử của bệnh nhân nhồi máu hệ tuần hoàn não trước

Tiền sử	Tổn thương ĐMCT (n=43)	Không tổn thương ĐMCT (n=81)	Tổng (n=124)	P
Tăng huyết áp, n (%)	30 (69,8)	49 (60,5)	79 (63,7)	> 0,05
Đái tháo đường, n (%)	6 (14,0)	6 (7,4)	12 (9,7)	> 0,05
Thiếu máu não thoáng qua, n (%)	1 (2,3)	4 (4,9)	5 (4,0)	> 0,05
Đột quỵ não, n (%)	10 (23,3)	5 (6,2)	15 (12,1)	< 0,05
Nghiện thuốc lá, n (%)	17 (39,5)	26 (32,1)	43 (34,7)	> 0,05
Béo phì, n (%)	0	2 (2,5)	2 (1,6)	> 0,05
Nghiện rượu, n (%)	6 (14,0)	8 (9,9)	14 (11,3)	> 0,05

Tất cả các tiền sử đều có sự khác nhau giữa 2 nhóm có tổn thương ĐMCT và không tổn thương

ĐMCT, nhưng chỉ có tiền sử đột quỵ não khác nhau giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với nhóm có tổn thương ĐMCT chiếm ưu thế với 10 trường hợp trong tổng số 15 đối tượng nghiên cứu có tiền sử đột quỵ não.

Bảng 3.3. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu hệ tuần hoàn não trước

Triệu chứng	Tổn thương ĐMCT (n=43)	Không tổn thương ĐMCT (n=81)	Tổng (n=124)	p
Rối loạn ngôn ngữ, n (%)	26 (60,5)	46 (56,8)	72 (58,1)	> 0,05
Liệt, n (%)	43 (100)	80 (98,8)	123 (99,2)	> 0,05
Độ liệt, n (%)	Sức cơ 1/5	4 (4,9)	26 (21,0)	< 0,001
	Sức cơ 2/5	10 (12,3)	17 (13,7)	
	Sức cơ 3/5	18 (22,2)	26 (21,0)	
	Sức cơ 4/5	48 (59,3)	54 (43,5)	
	Sức cơ 5/5	1 (1,2)	1 (0,8)	
Glasgow, Mean ± SD	12,98 ± 1,67	14,36 ± 1,15	13,88 ± 1,50	< 0,001
NIHSS, Mean ± SD	12,91 ± 5,95	6,64 ± 3,30	8,81 ± 5,30	< 0,001

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ liệt giữa 2 nhóm nghiên cứu và nhóm chứng, trong đó nhóm có tổn thương động mạch cảnh trong có mức độ liệt nặng hơn. Nhóm có tổn thương ĐMCT có điểm trung bình Glasgow và

điểm trung bình thang điểm NIHSS thấp hơn nhóm không có tổn thương ĐMCT và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.4. Đặc điểm xét nghiệm cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu hệ tuần hoàn não trước

Xét nghiệm	Tổn thương ĐMCT (n=43)	Không tổn thương ĐMCT (n=81)	Tổng (n=124)	p
Cholesterol, Mean ± SD	5,09 ± 1,09	5,19 ± 1,42	5,15 ± 1,31	>0,05
Triglycerid, Mean ± SD	2,42 ± 1,35	2,43 ± 2,21	2,43 ± 1,96	>0,05
HDL-C, Mean ± SD	1,21 ± 0,41	1,26 ± 0,41	1,24 ± 0,41	>0,05
LDL-C, Mean ± SD	3,29 ± 1,00	3,37 ± 1,07	3,36 ± 1,05	>0,05
Glucose, Mean ± SD	6,98 ± 1,92	7,08 ± 2,35	7,04 ± 1,20	>0,05
ASPECT, Mean ± SD	7,16 ± 1,70	8,69 ± 1,19	8,16 ± 1,56	< 0,001

Các chỉ số xét nghiệm máu cơ bản có sự khác biệt giữa 2 nhóm nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Thang điểm ASPECT có điểm trung bình thấp hơn ở nhóm có tổn thương ĐMCT và sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

4.1.1. Tuổi và giới. Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 66,84 ± 12,30 tuổi. Kết quả này cũng giống như các nghiên cứu trong và ngoài nước như Schellinger [8], Mai Duy Tôn [9], các tác giả đều thấy rằng tuổi trung bình của bệnh nhân > 60 tuổi. Tuổi càng cao nguy cơ nhồi máu não càng cao, có thể do nhiều bệnh lý nguy cơ phối hợp như cao huyết áp, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, xơ vữa mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não có tổn thương ĐMCT cao hơn nhóm không có tổn thương, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi là 69,4%. Kết quả này tương đồng với các

báo cáo trước đó. Theo một số tác giả cả trong và ngoài nước cũng thấy rằng bệnh gặp ở nam giới nhiều hơn như tác giả Mai Duy Tôn [9]. Theo Kang [10], tỷ lệ nam chiếm 66,3%. Giải thích tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới, có thể do nam giới là đối tượng mang nhiều yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, uống rượu, tăng huyết áp hơn nữ giới.

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng. Tăng huyết áp, đột quỵ não cũ, nghiện thuốc lá, nghiện rượu là các tiền sử bệnh lý hay gặp nhất ở cả 2 nhóm đột quỵ nhồi máu não hệ tuần hoàn não trước có tổn thương ĐMCT và không có tổn thương ĐMCT. Trong đó, tiền sử đột quỵ não cũ xuất hiện với tỉ lệ khác nhau giữa 2 nhóm, đối với nhóm đột quỵ nhồi máu não hệ tuần hoàn não trước có tổn thương ĐMCT thì tỉ lệ tiền sử đột quỵ não cũ chiếm 23,3%, tỉ lệ này cao hơn nhiều so với tỉ lệ 6,2% trong nhóm bệnh nhân đột quỵ não hệ tuần hoàn não trước không có tổn thương ĐMCT và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Hay nói cách khác, tỉ lệ tái phát đột quỵ não cao hơn ở nhóm đột quỵ nhồi máu não có tổn thương ĐMCT. Để giải thích cho sự khác biệt

về tiền sử đột quỵ não giữa 2 nhóm này chúng tôi căn cứ vào cơ chế và nguyên nhân gây bệnh, đối với nhóm bệnh nhân có tổn thương ĐMCT, cụ thể là vỡ xơ động mạch. Động mạch não trong là một động mạch não lớn, tách ra nhiều nhánh nhỏ phụ trách nuôi một bán cầu đại não, bên cạnh đó cơ chế thường gặp gây nên đột quỵ nhồi máu não trong tổn thương ĐMCT là do sự bong tróc các mảnh vỡ xơ gây tắc hệ thống các mạch phía sau nhỏ hơn, vì vậy bất kì một nhánh mạch nuôi não đều có thể bị tắc do tổn thương ĐMCT ở các thời điểm khác nhau phụ thuộc vào mức độ và sự bong tróc của mảng vỡ xơ, đây chính là lí do vì sao nhóm có tổn thương ĐMCT thường có tiền sử đột quỵ não cũ trước đó.

Về triệu chứng lâm sàng chủ yếu là liệt và rối loạn ngôn ngữ có sự khác biệt về tần suất xuất hiện của các triệu chứng ở cả 2 nhóm bệnh có tổn thương ĐMCT và không có tổn thương, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, khi đánh giá về mức độ liệt của bệnh nhân giữa 2 nhóm thì ghi nhận nhóm bệnh nhân có tổn thương ĐMCT có số lượng bệnh nhân bị liệt mức độ nặng nhiều hơn so với nhóm không có tổn thương ĐMCT. Cụ thể, nhóm có tổn thương ĐMCT có tới 51,2% bệnh nhân có sức cơ lúc vào viện là 1/5, trong khi đó nhóm không có tổn thương ĐMCT thì tỉ lệ này chỉ 4,9% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Để giải thích cho sự khác biệt này chúng tôi dựa vào cơ chế gây bệnh của từng nhóm bệnh. Đối với nhóm bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não có tổn thương vỡ xơ ĐMCT, là động mạch não lớn nhất, chi phối toàn bộ một bán cầu đại não, vì vậy khi đột quỵ nhồi máu do tổn thương ĐMCT thì toàn bộ vùng vỏ não xuất chiều mặt trong và mặt ngoài bán cầu đều rơi vào tình trạng thiếu máu não, bên cạnh đó cả các vùng đường dẫn truyền vận động như cánh tay trước, cánh tay sau và gối bao trong đều bị ảnh hưởng thiếu máu não, vì vậy mức độ liệt của bệnh nhân rất nặng và đồng đều tay với chân. Đối với nhóm không có tổn thương ĐMCT, thì thường cơ chế gây bệnh nhồi máu não là do huyết khối hoặc thuyên tắc các mạch máu nhỏ, các mạch xiên hoặc là nhồi máu ổ khuyết, đối với các trường hợp này có thể không tổn thương trung khu vận động, hoặc có tổn thương nhưng không hoàn toàn toàn bộ diện vận động ở vỏ não vì vậy mức độ liệt của bệnh nhân nhóm này không nặng và không đồng đều như nhóm có tổn thương ĐMCT.

Đánh giá mức độ ý thức thông qua thang điểm Glasgow, nghiên cứu của chúng tôi cho ra kết quả, điểm Glasgow trung bình của nhóm đột quỵ nhồi máu não có tổn thương ĐMCT là 12,98

$\pm 1,67$ điểm thấp hơn $14,36 \pm 1,15$ của nhóm không có tổn thương ĐMCT và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Hay nói cách khác, nhóm có tổn thương ĐMCT có triệu chứng rối loạn ý thức nặng hơn so với nhóm không có tổn thương ĐMCT. Để giải thích cho sự khác biệt này, đầu tiên chúng tôi dựa vào giải phẫu và sinh lý của ý thức. Để gây nên biểu hiện rối loạn ý thức trên lâm sàng thì tổn thương não phải lớn và lan tỏa cả bán cầu đại não gây ảnh hưởng đến toàn bộ vỏ não hoặc là tổn thương vùng thể lưới ở thân não. Trong khi đó, do ĐMCT là động mạch não lớn nhất, nuôi một bên bán cầu đại não, vì vậy khi đột quỵ do tổn thương ĐMCT thì tổn thương não thường lớn, gần một bán cầu đại não, hiện tượng phù não lớn gây ảnh hưởng vỏ não nhiều và gây rối loạn ý thức trên lâm sàng, vì vậy giải thích cho vì sao bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não do tổn thương ĐMCT có mức độ rối loạn ý thức nặng hơn so với nhóm không có tổn thương ĐMCT.

Về thang điểm NIHSS đánh giá mức độ nặng của đột quỵ, nghiên cứu của chúng tôi cho ra kết quả thang điểm NIHSS có điểm trung bình cao hơn ở nhóm có tổn thương ĐMCT với $12,91 \pm 5,95$ điểm so với $6,64 \pm 3,30$ điểm của nhóm không có tổn thương ĐMCT và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Chúng tôi giải thích cho sự khác biệt này như sau, thang điểm NIHSS bao gồm nhiều tiêu chí, đánh giá đa dạng và toàn diện về các triệu chứng não chung và các dấu hiệu thần kinh khu trú từ ý thức, tổn thương dây thần kinh sọ, chức năng vận động, cảm giác, phối hợp vận động, tập trung chú ý của bệnh nhân. Vì vậy ở nhóm đột quỵ có tổn thương ĐMCT thì gần như toàn bộ các chức năng thần kinh khu trú và triệu chứng não chung xuất hiện ở nhóm bệnh này, nên nhóm bệnh nhân này có điểm NIHSS cao hơn, thể hiện mức độ bệnh nặng hơn so với nhóm không có tổn thương ĐMCT.

4.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng. Về đánh giá các triệu chứng cận lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chỉ có sự khác biệt về điểm số ASPECT trung bình giữa 2 nhóm có tổn thương và không có tổn thương ĐMCT là có ý nghĩa thống kê, cụ thể nhóm bệnh nhân đột quỵ có tổn thương ĐMCT có điểm số ASPECT trung bình là $7,16 \pm 1,70$ điểm, thấp hơn so với $8,69 \pm 1,19$ điểm trong nhóm không có tổn thương ĐMCT. Để giải thích cho sự khác biệt này chúng tôi dựa vào cách tính điểm thang điểm ASPECT và mức độ tổn thương não của từng nhóm bệnh. Thang điểm ASPECT được đánh giá dựa vào số vùng tổn thương não của bệnh nhân, càng nhiều vùng não tổn thương thì thang điểm ASPECT có điểm càng thấp. Trong khi đó, tổn thương như

mô não do tổn thương ĐMCT lớn hơn và rộng hơn so với nhóm không có tổn thương ĐMCT, vì vậy nhóm bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não có tổn thương ĐMCT có điểm ASPECT thấp hơn so với nhóm không có tổn thương ĐMCT.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân đột quỵ hệ tuần hoàn não trước là $66,84 \pm 12,30$, nam giới chiếm 69,4%. Nhóm có tổn thương ĐMCT có tỉ lệ tiền sử đột quỵ não cũ cao hơn, mức độ liệt nặng hơn, điểm Glasgow thấp hơn, điểm NIHSS cao hơn, điểm ASPECT thấp hơn so với nhóm không có tổn thương ĐMCT.

Cam kết: Các tác giả không có xung đột lợi ích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. B. Ovbiagele, M. N. Nguyen-Huynh (2011). Stroke epidemiology: advancing our understanding of disease mechanism and therapy. *Neurotherapeutics*, 8(3): 319-29.
2. Lee S. J., Cho S. J., Moon H. S., et al. (2003). Combined extracranial and intracranial atherosclerosis in Korean patients. *Arch Neurol*, 60(11): 1561-4.
3. Ralph L. Sacco, D. E. Kargman, Qiong Gu, et al. (1995). Race-Ethnicity and Determinants of Intracranial Atherosclerotic Cerebral Infarction. *Stroke*, 26(1): 14-20.
4. Ka Sing Wong, Huan Li, Yu Leung Chan, et al. (2000). Use of Transcranial Doppler Ultrasound to Predict Outcome in Patients With Intracranial Large-Artery Occlusive Disease. *Stroke*, 31(11): 2641-2647.
5. Caplan L, Gorelick PB, Hier D B (1986). Race, sex and occlusive cerebrovascular disease: a review. *Stroke*, 17(4): 648-655.
6. Adams H. P., B. H. Bendixen, L. J. Kappelle, et al. (1993). 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*, 24(1): 35-41.
7. Hoàng Văn Thuận (2013), Tai biến mạch máu não, in Bệnh học thần kinh, Giáo trình sau đại học Nhà xuất bản Y học, Hà nội, 15- 30.
8. Schellinger P. D., Thomalla G., Fiehler J., et al. (2007). MRI-based and CT-based thrombolytic therapy in acute stroke within and beyond established time windows: an analysis of 1210 patients. *Stroke*, 38(10): 2640-5.
9. Mai Duy Tôn (2012), Đánh giá hiệu quả điều trị đột quỵ nhồi máu não cấp trong vòng 3 giờ đầu bằng thuốc điều trị tiêu huyết khối đường tĩnh mạch Alteplase liều thấp, Trường Đại Học Y Hà Nội.
10. Kang D. W., Sohn S. I., Hong K. S., et al. (2022). Reperfusion therapy in unclear-onset stroke based on MRI evaluation (RESTORE): a prospective multicenter study. *Stroke*, 43(12): 3278-83.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN HẠNG III XƯƠNG VỚI KHÍ CỤ FACEMASK KẾT HỢP VỚI ỐC NONG NHANH

Bùi Huỳnh Anh¹, Bùi Đăng Quốc Thái², Lê Trung Chánh², Ngô Thị Quỳnh Lan¹, Lê Huy Thục Mỹ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thay đổi răng, xương hàm và mô mềm trên phim sọ nghiêng ở bệnh nhân hạng III xương được điều trị bằng khí cụ facemask kết hợp ốc nong nhanh (RME). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 15 bệnh nhân (11 nam và 4 nữ) tuổi từ 7-11 tuổi được chẩn đoán hạng III xương do hàm trên kém phát triển đến điều trị tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương thành phố Hồ Chí Minh (RHM TW TPHCM). **Kết quả:** Xương hàm trên di chuyển ra trước 1 mm, và xương hàm dưới xoay xuống dưới và ra sau 3 độ, làm tăng chỉ số Wits và ANB lần lượt là 3,98 mm và 4 độ ($p < 0,05$). Điểm B

di chuyển xuống dưới 4 mm và ra sau 4,83 mm ($p < 0,05$). Phân tích thay đổi răng cho thấy răng cửa hàm trên trôi 1,5 mm và di chuyển ra trước 1,29 mm ($p < 0,05$) nhưng trục răng so với nền sọ thay đổi không có ý nghĩa thống kê. Độ cắn chìa tăng 6,51 mm, và thẩm mỹ mặt cải thiện với sự tăng góc mặt N-A-Pog lên 8 độ, tăng độ nhô môi trên 1,6 mm và giảm độ nhô môi dưới 0,64 mm ($p < 0,05$). **Kết luận:** Điều trị hạng III xương với khí cụ facemask kết hợp với ốc nong nhanh cải thiện được tương quan xương và thẩm mỹ mặt mà ít làm nghiêng răng cửa hàm trên ra ngoài. **Từ khóa:** khí cụ facemask, ốc nong nhanh, sai khớp cắn hạng III

SUMMARY

OUTCOMES OF TREATMENT CLASS III SKELETAL MALOCCLUSION USING FACEMASK THERAPY WITH RAPID MAXILLARY EXPANSION

Objectives: Evaluate the changes in teeth, skeletal and soft tissues on lateral cephalometric radiographs in Class III skeletal patients treated with

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Huy Thục Mỹ

Email: lehuythucmy@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2025

Ngày duyệt bài: 20.5.2025