

- in adults with obstructive sleep apnea: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Sleep and Breathing*. 2023;27(1):1–30.
5. **Ito E, Tsuiki S, Maeda K, et al.** Oropharyngeal Crowding Closely Relates to Aggravation of OSA. *Chest*. 2016;150(2):346–352.
 6. **Tikku T, Khanna R, Sachan K, et al.** Dimensional and volumetric analysis of the oropharyngeal region in obstructive sleep apnea patients: A cone beam computed tomography study. *Dent Res J (Isfahan)*. 2016;13(5):396–404.
 7. **Sadry S, Koca CG, Kurtulmuş H.** Cone beam computed tomography analysis results in patients with obstructive sleep apnoea syndrome. *International Journal of Clinical Practice*. 2021;75(9):e14497.
 8. **Sy DQ, Khue DTM, et al.** Étude de la prévalence du syndrome d'apnées obstructives du sommeil au Vietnam. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2018;35(1):14–24.

HIỆU QUẢ CỦA CÁC PHƯƠNG PHÁP TÁI THÔNG MẠCH MÁU Ở NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO CẤP TẠI BỆNH VIỆN E

Đỗ Quốc Phong¹, Phan Thảo Nguyên¹,
Phạm Xuân Hiếu¹, Nguyễn Minh Châu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhồi máu não cấp là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế và tử vong, trong đó tái thông mạch não sớm là biện pháp điều trị hiệu quả giúp cứu sống và cải thiện chức năng cho người bệnh. Tại Việt Nam, dữ liệu thực tế về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bằng các phương pháp tái thông tại bệnh viện tuyến trung ương còn hạn chế. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở người bệnh nhồi máu não cấp được can thiệp tái thông tại Bệnh viện E. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 81 người bệnh nhồi máu não cấp điều trị tại Bệnh viện E từ tháng 11/2020 đến tháng 3/2023. Các thông tin được thu thập từ hồ sơ bệnh án, hình ảnh CLVT sọ não, chỉ số lâm sàng và đánh giá sau 3 tháng. **Kết quả:** Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất (64,2%), tiếp theo là nhồi máu não cũ (22,2%) và đái tháo đường (14,8%). Tổn thương sớm trên CLVT phát hiện ở 40,7% bệnh nhân, có liên quan đến điểm NIHSS cao hơn ($p = 0,048$). 65,5% người bệnh được điều trị bằng tiêu sợi huyết, 8,6% bằng lấy huyết khối cơ học và 25,9% bằng phối hợp. Tỷ lệ hồi phục chức năng tốt (mRS 0–2 sau 3 tháng) không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm điều trị ($p = 0,742$). Các yếu tố liên quan đến tiên lượng hồi phục tốt gồm tuổi ≤ 60 , điểm NIHSS < 10 và thời gian đâm kim ≤ 180 phút. **Kết luận:** Các phương pháp tái thông mạch đều mang lại hiệu quả điều trị tương đương nếu được thực hiện kịp thời. Nghiên cứu nhấn mạnh vai trò của đánh giá sớm, phân tầng nguy cơ và cá thể hóa tiếp cận điều trị trong cải thiện tiên lượng chức năng ở người bệnh nhồi máu não cấp tại Việt Nam.

Từ khóa: Nhồi máu não cấp; Tái thông mạch; rtPA; Lấy huyết khối; NIHSS; mRS; CLVT sọ não.

SUMMARY

THE EFFECTIVENESS OF VASCULAR RECANALIZATION METHODS IN PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE AT E HOSPITAL

Background: Acute ischemic stroke is a leading cause of disability and mortality worldwide. Early vascular recanalization is an effective treatment strategy that improves survival and functional outcomes. In Vietnam, real-world data on clinical characteristics and outcomes of reperfusion therapies at central hospitals remain limited. **Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics and treatment outcomes of patients with acute ischemic stroke undergoing vascular reperfusion at E Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 81 patients treated for acute ischemic stroke at E Hospital between November 2020 and March 2023. Data were collected from medical records, brain CT imaging, clinical scoring, and follow-up at 3 months. **Results:** Hypertension was the most common risk factor (64.2%), followed by prior ischemic stroke (22.2%) and diabetes mellitus (14.8%). Early brain CT changes were observed in 40.7% of patients and were significantly associated with higher NIHSS scores ($p = 0.048$). Intravenous thrombolysis was used in 65.5% of cases, mechanical thrombectomy in 8.6%, and combination therapy in 25.9%. The rate of good functional recovery (mRS 0–2 at 3 months) did not differ significantly between treatment groups ($p = 0.742$). Favorable prognostic factors included age ≤ 60 years, NIHSS < 10 at admission, and onset-to-needle time ≤ 180 minutes. **Conclusion:** Reperfusion therapies yield comparable outcomes when performed timely. The study highlights the importance of early assessment, risk stratification, and individualized treatment strategies in improving functional outcomes among patients with acute ischemic stroke in Vietnam. **Keywords:** Acute ischemic stroke; Reperfusion therapy; rtPA; Mechanical thrombectomy; NIHSS; mRS; Brain CT scan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là nguyên nhân tử vong thứ hai toàn cầu và đứng thứ tư tại Việt Nam. Người

¹Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Quốc Phong

Email: dr.phongicu@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025

bệnh qua giai đoạn cấp vẫn đối mặt với nguy cơ tàn phế, trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội. Đột quỵ nhồi máu não chiếm khoảng 80% ca đột quỵ, chủ yếu do tắc động mạch não, gây thiếu máu cục bộ và tổn thương thần kinh tiến triển. Vùng nhu mô não thiếu máu nhưng chưa hoại tử, gọi là “vùng tranh tối tranh sáng” (penumbra), vẫn có thể phục hồi nếu được tái tưới máu sớm.¹ Nhận diện và can thiệp kịp thời để bảo tồn vùng “vùng tranh tối tranh sáng” là mục tiêu điều trị hàng đầu.

Nghiên cứu thực nghiệm cho thấy “vùng tranh tối tranh sáng” có thể hồi phục trong ba giờ đầu, nhưng giảm đáng kể sau sáu giờ do thiếu oxy vi tuần hoàn, nhấn mạnh vai trò “giờ vàng” trong điều trị.¹

Hai phương pháp tái thông phổ biến là tiêu sợi huyết tĩnh mạch (rtPA) và lấy huyết khối cơ học (MT). Tenecteplase – thuốc tiêu sợi huyết thế hệ mới – cho thấy hiệu quả tái thông cao hơn alteplase ở bệnh nhân tắc mạch lớn.² Catheter Penumbra rút ngắn thời gian tái thông, dù không cải thiện kết cục chức năng sau 90 ngày.³ Lấy huyết khối cơ học gần đây được áp dụng cả cho tắc mạch trung bình và tổn thương rộng (ASPECTS 4–5), nhưng biến chứng và tiên lượng xấu hơn nhóm ASPECTS 6–7, đòi hỏi đánh giá kỹ tổn thương và chọn lọc bệnh nhân phù hợp.⁴

Tại Việt Nam, các kỹ thuật tái thông được triển khai rộng rãi, song chưa có nhiều nghiên cứu tổng hợp đánh giá hiệu quả. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích: *“Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở người bệnh nhồi máu não cấp được can thiệp tái thông tại Bệnh viện E”.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh đột quỵ nhồi máu não cấp được điều trị tại Khoa Cấp cứu và các khoa liên quan của Bệnh viện E đảm bảo đúng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ như sau:

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Người bệnh ≥ 18 tuổi. Được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não cấp, xác định bằng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh (CLVT sọ não).

Có chỉ định và được điều trị bằng một trong các phương pháp tái thông mạch não sau:

Tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch (rtPA).

Lấy huyết khối cơ học (Mechanical Thrombectomy).

Kết hợp tiêu sợi huyết và lấy huyết khối.

Đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc được người nhà đồng thuận thay mặt nếu mất năng lực hành vi.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Đột quỵ xuất huyết hoặc chẩn đoán không rõ ràng về nguyên nhân đột quỵ.

Không có dữ liệu đầy đủ phục vụ phân tích (thiếu thông tin lâm sàng, hình ảnh học, hoặc kết quả theo dõi).

Người bệnh tử vong trước khi hoàn thành điều trị tái thông mạch hoặc rút lui khỏi điều trị.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Bệnh viện E – Hà Nội.

Thời gian: Từ tháng 11 năm 2020 đến tháng 3 năm 2023.

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Hồi cứu trên hồ sơ bệnh án kết hợp với theo dõi tiến triển lâm sàng sau 3 tháng.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: 81 người bệnh đột quỵ nhồi máu não cấp được ghi nhận trong thời gian nghiên cứu, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

Phương pháp chọn mẫu: Lấy toàn bộ mẫu thuận tiện từ hồ sơ bệnh án có đầy đủ dữ liệu.

2.5. Biến số và chỉ tiêu nghiên cứu. Thu thập các biến số về: nhân khẩu học, tiền sử bệnh lý, lâm sàng ban đầu, cận lâm sàng, phương pháp điều trị, kết quả điều trị và yếu tố tiên lượng.

2.6. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu. Thu thập dữ liệu từ:

Hồ sơ bệnh án.

Kết quả chẩn đoán hình ảnh (CLVT).

Bảng điểm NIHSS, mRS và ASPECTS.

Thông tin theo dõi sau can thiệp (trực tiếp hoặc qua điện thoại).

Dữ liệu được kiểm tra tính nhất quán, nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội phê duyệt.

Tôn trọng nguyên tắc bảo mật thông tin và quyền lợi của người bệnh.

Các dữ liệu sử dụng chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học, không ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ trên người bệnh (N=81)

Loại hình	n	%
Tăng huyết áp	52	64,2
Nhồi máu não cũ	18	22,2
Đái tháo đường	12	14,8
Hút thuốc lá	8	9,9
Rung nhĩ hoặc cuồng nhĩ	7	8,6

Bệnh mạch vành/nhồi máu cơ tim	7	8,6
Suy tim xung huyết	2	2,5
Tăng mỡ máu	2	2,5
Chưa phát hiện bệnh mạn tính	7	8,6

Nhận xét: Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất (64,2%), tiếp theo là nhồi máu não cũ và đái tháo đường. Khoảng 8,6% không có bệnh nền rõ.

Bảng 2. Tổn thương thường gặp theo thời gian từ khởi phát đến chụp CLVT

Loại tổn thương	<3 giờ	3–4.5 giờ	>4.5 giờ	p
Vùng giảm tỷ trọng (n=29)	72,4%	20,7%	6,9%	0,539
Xóa ranh giới chất trắng-xám (n=11)	63,6%	27,3%	9,1%	0,425
Tổn thương sớm (n=33)	75,7%	18,2%	6,1%	0,744

Nhận xét: Tổn thương sớm trên CLVT chủ yếu xuất hiện trong 3 giờ đầu, nhưng không khác biệt có ý nghĩa theo thời gian chụp.

Bảng 3. Tương quan giữa tổn thương CLVT và điểm NIHSS

Biến số đánh giá	Không tổn thương (n=48)	Có tổn thương (n=33)	p
Điểm NIHSS lúc vào viện	10,3 ± 4,8	12,7 ± 5,8	0,048

Nhận xét: Người bệnh có tổn thương sớm trên CLVT có điểm NIHSS trung bình cao hơn đáng kể so Người bệnh có tổn thương CLVT sớm có điểm NIHSS cao hơn rõ rệt (p = 0,048), cho thấy mối liên quan với mức độ nặng lâm sàng.

Bảng 4. Một số yếu tố cơ bản liên quan đến ba phương pháp tái thông mạch

Yếu tố	rtPA (n=53)	MT (n=7)	rtPA+MT (n=21)	p
Vùng giảm tỷ trọng (n=29)	72,4%	20,7%	6,9%	0,539
Xóa ranh giới chất trắng-xám (n=11)	63,6%	27,3%	9,1%	0,425
Tổn thương sớm (n=33)	75,7%	18,2%	6,1%	0,744

Nhận xét: Nhóm can thiệp cơ học có tỷ lệ rung nhĩ và điểm NIHSS cao hơn. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Kết quả và hiệu quả điều trị theo ba phương pháp tái thông

Biến chứng/Kết quả	rtPA	MT	rtPA+MT	p
Tử vong (%)	1,9	14,3	9,5	0,193
Thở máy (%)	0	40,0	60,0	0,003
Biến chứng sau đột quỵ (%)	45,2	16,1	38,3	0,008

mRS sau 3 tháng 0–2 (%)	67,8	58,6	66,6	0,742
-------------------------	------	------	------	-------

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng cao hơn ở nhóm can thiệp cơ học. Tỷ lệ hồi phục tốt tương đương giữa ba nhóm điều trị (p = 0,742).

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến tiên lượng hồi phục tốt sau 3 tháng

Yếu tố	mRS ≤2 (%)	mRS >2 (%)	OR	p
Tuổi ≤ 60	96,4	3,6	17,719	0,001
Thời gian Onset–Groin ≤180p	54,5	22,9	4,050	0,028
Điểm NIHSS <10	85,3	36,2	3,287	0,032

Nhận xét: Tuổi trẻ, NIHSS thấp và can thiệp sớm là yếu tố liên quan đến hồi phục tốt sau 3 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này đã cung cấp thêm bằng chứng thực tiễn về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị của ba phương pháp tái thông mạch máu ở bệnh nhân nhồi máu não cấp tại Việt Nam. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất (64,2%), tương đồng với xu hướng trong khu vực châu Á, nơi gánh nặng bệnh tim mạch cao và kiểm soát huyết áp còn hạn chế.² Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử rung nhĩ không cao (8,6%), nhưng đóng vai trò quyết định trong chỉ định lấy huyết khối cơ học – phản ánh qua tỷ lệ lên tới 42,9% rung nhĩ trong nhóm can thiệp MT, giống với dữ liệu của Musmar và cộng sự (2025) và Berkhemer và cộng sự (2015).^{4,5}

Hình ảnh CLVT sọ não phát hiện tổn thương sớm chủ yếu trong vòng 3 giờ đầu sau khởi phát, nhưng không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa theo thời gian. Điều này phù hợp với các quan sát trước đó về giới hạn của CLVT trong phát hiện vùng penumbra sớm – một vấn đề được Shen et al. (2024) làm rõ khi chứng minh mối liên hệ giữa vi tuần hoàn vỏ não và sự tiến triển nhanh chóng của vùng tranh tối tranh sáng trong đột quỵ cấp. Do vậy, việc tiếp cận kỹ thuật cao hơn như CT perfusion hoặc MRI diffusion-perfusion mismatch vẫn là thách thức cần được quan tâm ở các trung tâm đột quỵ tại Việt Nam.

Điểm NIHSS lúc vào viện là yếu tố phản ánh mức độ nặng ban đầu và có mối tương quan với cả tổn thương sớm trên CLVT và phương pháp can thiệp. Các bệnh nhân có điểm NIHSS ≥15 và rung nhĩ thường được chỉ định can thiệp cơ học hoặc phối hợp, tương tự như kết quả từ Ma và cộng sự (2025) trong nghiên cứu về đột quỵ tuần hoàn sau, nơi lấy huyết khối được ưu tiên ở nhóm tổn thương nặng, nguy cơ cao.³

Tỷ lệ thở máy và biến chứng sau can thiệp

cao hơn ở nhóm MT và kết hợp rtPA+MT, chủ yếu do mức độ nặng ban đầu, chứ không phải do phương pháp can thiệp. Dù vậy, kết cục chức năng tốt sau 3 tháng ($mRS \leq 2$) không khác biệt đáng kể giữa các nhóm – điều này củng cố quan điểm rằng hiệu quả điều trị phụ thuộc chủ yếu vào thời gian và chỉ định đúng, phù hợp với kết quả của MR CLEAN.^{5,6}

Phân tích hồi cứu cho thấy ba yếu tố tiên lượng tốt sau can thiệp gồm: tuổi ≤ 60 , NIHSS < 10 và thời gian onset-to-groin ≤ 180 phút. Những yếu tố này trùng khớp với bằng chứng từ các nghiên cứu đa trung tâm, bao gồm Musmar và cộng sự (2025) ở bệnh nhân ASPECTS thấp, và hỗ trợ mạnh mẽ cho việc triển khai các quy trình “đánh giá nhanh – can thiệp sớm” trong thực hành.⁴ Ngoài ra, các hướng dẫn gần đây cũng khuyến nghị cá thể hóa điều trị dựa trên phân tầng nguy cơ lâm sàng và hình ảnh học.^{7,8}

Tổng thể, nghiên cứu cho thấy dù điều kiện thực hành tại Việt Nam còn nhiều hạn chế về hình ảnh học và nhân lực, kết quả phục hồi chức năng hoàn toàn có thể đạt được nếu bệnh nhân được tiếp cận điều trị kịp thời. Kết luận này góp phần làm rõ hiệu quả thực tiễn của các phương pháp tái thông mạch, đồng thời củng cố nhu cầu thiết lập các “hệ thống phản ứng nhanh đột quỵ” nhằm giảm thiểu thời gian mất đi từ khởi phát đến can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã mô tả được đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở 81 bệnh nhân nhồi máu não cấp được can thiệp tái thông tại Bệnh viện E. Tăng huyết áp, nhồi máu não cũ và đái tháo đường là các yếu tố nguy cơ thường gặp nhất. Tổn thương sớm trên CLVT xuất hiện chủ yếu trong 3 giờ đầu sau khởi phát, có liên quan đến điểm NIHSS cao hơn. Nhóm bệnh nhân được can thiệp cơ học hoặc phối hợp thường có tình trạng nặng hơn lúc vào viện, nhưng kết quả hồi phục sau 3 tháng không khác biệt có ý nghĩa so với nhóm rtPA đơn thuần.

Các yếu tố tiên lượng tốt gồm: tuổi ≤ 60 , NIHSS < 10 , thời gian từ khởi phát đến can thiệp ≤ 180 phút. Kết quả này nhấn mạnh vai trò của đánh giá sớm và điều trị đúng thời điểm trong cải thiện tiên lượng bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp.

VI. KIẾN NGHỊ

Tăng cường tầm soát, kiểm soát yếu tố nguy cơ tim mạch (đặc biệt là tăng huyết áp, rung nhĩ).

Ưu tiên đánh giá sớm tổn thương thần kinh bằng NIHSS và CLVT sọ não để phân tầng nguy cơ.

Rút ngắn thời gian từ khởi phát đến can thiệp qua quy trình tiếp nhận – chẩn đoán – vận chuyển nhanh.

Phát triển kỹ thuật can thiệp mạch não tại các tuyến trung ương và tỉnh.

Đẩy mạnh nghiên cứu về chỉ số hình ảnh và sinh học tiên lượng trong điều trị tái thông.

VII. LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin trân trọng cảm ơn Trường Đại học Y Dược – ĐHQGHN, Bệnh viện E và các thầy cô trong Hội đồng Khoa học – Đạo đức đã hỗ trợ, tư vấn thực hiện đề tài. Xin cảm ơn các bác sĩ, điều dưỡng tại Khoa Đột quỵ và các bệnh nhân đã tham gia và đóng góp dữ liệu quý báu cho nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shen Z, Lu Y, Ren Y, et al.** The relationship between ischemic penumbra progression and the oxygen content of cortex microcirculation in acute ischemic stroke. *Neurotherapeutics*. 2024;21(5):e00387. doi:10.1016/j.neurot.2024.e00387
2. **Kim H, Kim JT, Kim BJ, et al.** Tenecteplase in Acute Ischemic Stroke: A Scientific Statement From the Korean Stroke Society. *Journal of Clinical Neurology*. 2025;21. doi:10.3988/jcn.2025.0210
3. **Ma L, Cheng Z, Rajah GB, Yun HJ, Geng X, Ding Y.** Efficacy and procedural efficiency of mechanical thrombectomy devices in posterior circulation stroke. *Front Neurol*. 2025;16. doi:10.3389/fneur.2025.1620092
4. **Musmar B, Salim HA, Adeeb N, et al.** Outcomes of mechanical thrombectomy for medium vessel occlusion in acute ischemic stroke patients with ASPECTS 4-5 vs. 6-7: a retrospective, multicenter, and multinational study. *Neuroradiology*. 2025;67(1):201-211. doi:10.1007/s00234-024-03500-1
5. **Berkhemer OA, Fransen PSS, Beumer D, et al.** A Randomized Trial of Intraarterial Treatment for Acute Ischemic Stroke. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(1):11-20. doi:10.1056/NEJMoa1411587
6. **Albers GW, Marks MP, Kemp S, et al.** Thrombectomy for Stroke at 6 to 16 Hours with Selection by Perfusion Imaging. *New England Journal of Medicine*. 2018;378(8):708-718. doi:10.1056/NEJMoa1713973
7. **Goyal M, Menon BK, van Zwam WH, et al.** Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. *Lancet*. 2016;387(10029):1723-1731. doi:10.1016/S0140-6736(16)00163-X
8. **Saver JL, Goyal M, Bonafe A, et al.** SolitaireTM with the Intention for Thrombectomy as Primary Endovascular Treatment for Acute Ischemic Stroke (SWIFT PRIME) trial: protocol for a randomized, controlled, multicenter study comparing the Solitaire revascularization device with IV tPA with IV tPA alone in acute ischemic stroke. *Int J Stroke*. 2015;10(3):439-448. doi:10.1111/ijss.12459

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ LÂM SÀNG CỦA PHÁC ĐỒ ĐÔNG DƯỢC, ĐIỆN CHÂM, TẬP VẬN ĐỘNG TRÊN NGƯỜI BỆNH SAU ĐỘT QUY DO NHỒI MÁU NÃO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH ĐỒNG THÁP NĂM 2024-2025

Lê Minh Hoàng¹, Huỳnh Thanh Vũ², Đặng Tiến Đăng Khoa¹,
Hoàng Phi Phụng¹, Nguyễn Vy Thu⁴, Nguyễn Minh Thiện⁴, Huỳnh Anh Kiệt^{1,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đột quỵ não là một trong những bệnh lý phổ biến do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra. Bệnh có thể gây tử vong nhanh chóng hoặc nếu người bệnh sống sót sẽ để lại nhiều di chứng nặng nề và chi phí điều trị càng ngày càng tăng, đã có nhiều công trình nghiên cứu về bệnh đột quỵ não, nhưng tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp số bệnh nhân bị đột quỵ não nhập viện điều trị trung bình khoảng 300 bệnh nhân trong một tháng và hiện chưa thấy nghiên cứu nào về bệnh đột quỵ não kết hợp điều trị đa phương thức. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá hiệu quả lâm sàng bằng thuốc đông y, điện châm, tập vận động trên người bệnh sau đột quỵ do nhồi máu não. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng trên 75 bệnh nhân sau nhồi máu não thể khí suy huyết ứ, còn tồn tại các thiếu sót về vận động đến điều trị nội trú tại khoa Y học cổ truyền Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp từ tháng 7 năm 2024 đến tháng 05 năm 2025. Sử dụng theo phác đồ nghiên cứu và đánh giá kết quả dựa vào thang điểm Barthel và Rankin sau 10 ngày điều trị. **Kết quả:** Trước điều trị 100% bệnh nhân có điểm Barthel xếp loại yếu kém. Sau điều trị tất cả bệnh nhân cải thiện triệu chứng, 30.67% xếp loại tốt, 38.67% xếp loại khá, 24.0% xếp loại trung bình. Trung bình Barthel trước điều trị là 26.6 +10.72, sau điều trị là 70.73+18.15, tăng lên 44.13±7.43 ($p<0.001$). Trước điều trị 100% bệnh nhân có mức độ 4,5 theo Rankin và sau điều trị tỷ lệ từ mức độ 3 trở xuống đạt 93.34% ($p<0.001$). **Kết luận:** Phác đồ nghiên cứu có hiệu quả tốt trong cải thiện chức năng vận động và khả năng sinh hoạt hằng ngày của bệnh nhân sau đột quỵ nhồi máu não.

Từ khóa: nhồi máu não, thuốc đông y, điện châm, tập vận động.

SUMMARY

EVALUATION OF CLINICAL EFFECT OF ORIENTAL MEDICINE ELECTROACUPUNCTURE, AND EXERCISE ON PATIENTS AFTER STROKE DUE TO CEREBRAL INFARCTION AT DONG THAP PROVINCIAL

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

³Trường Cao đẳng Y tế Đồng Tháp

⁴Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Anh Kiệt

Email: hakiet@cdytdt.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025

GENERAL HOSPITAL IN 2024-2025

Background: Stroke is one of the common diseases caused by many different reasons. The disease can cause rapid death or if the patient survives, there will be many serious sequelae and the cost of treatment is increasing day by day. In Dong Thap provincial General Hospital, about 300 stroke patients admitted for treatment per month and there has been no research on stroke combined with multimodal treatment. **Objectives:** Evaluate the clinical effectiveness of oriental medicine, electroacupuncture, and exercise on patients after stroke due to cerebral infarction. **Materials and methods:** Non-controlled clinical intervention study design on 75 patients with post-infarction cerebral infarction with gas and blood stasis, still having motor deficits, who were hospitalized at the Department of Traditional Medicine, Dong Thap General Hospital from July 2024 to March 2025. Using the research protocol and evaluating the results based on the Barthel and Rankin scales after 10 days of treatment. **Results:** Before treatment, 100% of patients had a poor Barthel score. After treatment, all patients had improved symptoms, 30.67% were classified as good, 38.67% were classified as fair, and 24.0% were classified as average. The average Barthel score before treatment was 26.6+10.72, after treatment was 70.73+18.15, increasing to 44.13±7.43 ($p<0.001$). Before treatment, 100% of patients had levels 4 and 5 according to Rankin, after treatment, the rate of levels 3 or lower reached 93.34% ($p<0.001$). **Conclusions:** The study protocol helps improve the patients' motor function and daily living ability. **Keywords:** cerebral infarction, oriental medicine, electroacupuncture, exercise

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật trên toàn thế giới và là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ hai, tuổi mắc bệnh ngày càng trẻ [6]. Từ năm 1990 đến năm 2019, tỷ lệ mắc đột quỵ tăng 70%, tỷ lệ tử vong do đột quỵ tăng 43%, tỷ lệ đột quỵ tăng 102% và số năm sống do khuyết tật tăng 143% [8]. Ở Việt Nam tỷ lệ mắc đột quỵ là 415 trên 100.000 dân [7]. Y học cổ truyền (YHCT) đóng vai trò quan trọng trong chăm sóc sức khỏe hàng ngàn năm nay đặc biệt là chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, mắc các bệnh mãn tính trong đó có đột quỵ não [3]. Nhiều nghiên cứu chứng minh YHCT đã có những đóng góp tích cực trong phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhân sau đột quỵ [2].