

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tầm quan trọng của việc tầm soát rung nhĩ ở những người bệnh hậu đột quỵ. Việc sử dụng thiết bị theo dõi điện tâm đồ dài ngày Octo Beat trong việc phát hiện rung nhĩ là một phương pháp hiệu quả so với Holter điện tâm đồ 24 giờ, từ đó cải thiện kết quả điều trị và giảm thiểu nguy cơ tái phát đột quỵ. Cần thực hiện thêm khảo sát ở cỡ mẫu lớn hơn và trên những nhóm đối tượng tăng nguy cơ rung nhĩ khác để chứng minh lợi ích của thiết bị Octo Beat trên thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, et al;** ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*. 2024 Sep 29;45(36):3314-3414. doi: 10.1093/eurheartj/ehae176.
2. **Joglar JA, Chung MK, Armbruster AL, et al;** Peer Review Committee Members. 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2024 Jan 2;149(1): e1-e156. doi: 10.1161/ CIR.0000000000001193.
3. **Tân, N.V. và My, L.K.** 2024. Khảo sát tỉ lệ rung nhĩ mới mắc bằng Holter điện tâm đồ 7 ngày trên bệnh nhân cao tuổi có bệnh động mạch vành. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 65, CD10 - Bệnh viện

Thống Nhất (tháng 10 2024). DOI:https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1647.

4. **Steinberg JS, Varma N, Cygankiewicz I, et al.** 2017 ISHNE-HRS expert consensus statement on ambulatory ECG and external cardiac monitoring/telemetry. *Ann Noninvasive Electrocardiol*. 2017 May;22(3): e12447. doi: 10.1111/anec.12447.
5. **Yenikomshian M, Jarvis J, Patton C, et al.** Cardiac arrhythmia detection outcomes among patients monitored with the Zio patch system: a systematic literature review. *Curr Med Res Opin*. 2019 Oct;35(10): 1659-1670. doi: 10.1080/03007995.2019.1610370.
6. **Writing Committee; Spooner MT, Messé SR, Chaturvedi S, et al.** 2024 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Practical Approaches for Arrhythmia Monitoring After Stroke: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol*. 2025 Feb 18;85(6):657-681. doi: 10.1016/j.jacc.2024.10.100.
7. **Chen LY, Chung MK, Allen LA, et al;** American Heart Association Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Quality of Care and Outcomes Research; and Stroke Council. Atrial Fibrillation Burden: Moving Beyond Atrial Fibrillation as a Binary Entity: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2018 May 15;137(20): e623-e644. doi: 10.1161/CIR.0000000000000568.
8. **Becher N, Metzner A, Toennis T, et al.** Atrial fibrillation burden: a new outcome predictor and therapeutic target. *Eur Heart J*. 2024 Aug 16;45(31): 2824-2838. doi: 10.1093/eurheartj/ehae373.

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ TIÊU SỢI HUYẾT ĐƯỜNG TĨNH MẠCH TRÊN BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ THIẾU MÁU NÃO CẤP TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRÃI

Hà Minh Châu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đột quỵ (ĐQ) là bệnh lý ngày càng phổ biến, nguy cơ tử vong và tàn phế cao. Cho đến hiện nay, thuốc tiêu sợi huyết (TSH) đường tĩnh mạch (TM) là một trong những phương pháp điều trị nền tảng và tiêu chuẩn cho ĐQ thiếu máu não (TMN) cấp trong 4,5 giờ đầu. Bệnh viện Nguyễn Trãi (BVNT) đã thành lập Đơn vị đột quỵ và triển khai điều trị thuốc TSH (TM) từ tháng 11/2020. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định thời gian cửa kim trong quy trình đột quỵ cấp và đánh giá hiệu quả điều trị TSH (TM) trên bệnh

nhân ĐQ TMN cấp tại BVNT. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Đối tượng nghiên cứu là tất cả người bệnh được chẩn đoán ĐQ TMN cấp và được điều trị rtPA (TM) tại BVNT từ tháng 11/2020 đến hết tháng 4/2022. **Kết quả nghiên cứu:** Từ tháng 11/2020 đến hết tháng 04/2022, có 52 ca ĐQ TMN cấp được điều trị TSH (TM) tại BVNT. Giới nam chiếm tỉ lệ 65,4%. Tuổi trung bình là 66,2 tuổi. Điểm NIHSS lúc nhập viện trung bình là 10,7 điểm. 21,2% trường hợp có tắc mạch máu lớn. Thời gian cửa kim trung bình là 64,4 phút, trung vị 60 phút. Tỉ lệ bệnh nhân phục hồi chức năng thần kinh tốt, đạt điểm mRS 0-1 sau 3 tháng là 61,5%. Các yếu tố tiên lượng độc lập khả năng phục hồi chức năng thần kinh sau 3 tháng là: điểm NIHSS lúc nhập viện (OR = 0,819; KTC 95%: 0,688-0,975; p = 0,024) và NIHSS sau 24 giờ giảm ≥ 4 điểm (OR = 14,204; KTC 95%: 1,958-103,054; p = 0,009). Tỉ lệ xuất huyết não có triệu chứng là 5,8%. Tỉ lệ tử vong

¹Bệnh viện Nguyễn Trãi

Chịu trách nhiệm chính: Hà Minh Châu

Email: bshaminhchau@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 21.11.2025

9,6%. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điều trị TSH (TM) là có hiệu quả và an toàn trên bệnh nhân ĐQ TMN cấp trong cửa sổ 4,5 giờ. Thời gian cửa kim của bệnh viện còn khá dài, do đó kiến nghị các biện pháp để tối ưu hóa quy trình đột quỵ cấp.

Từ khóa: Đột quỵ thiếu máu não cấp, tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch, rtPA

SUMMARY

INITIAL ASSESMENT OF THE EFFECTIVENESS OF INTRAVENOUS rtPA TREATMENT IN PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE AT NGUYEN TRAI HOSPITAL

Background: Stroke is an increasingly common disease with widespread mortality and disability. So far, intravenous thrombolytic therapy remains one of the mainstay and standard treatment methods for acute ischemic stroke (AIS) in the first 4.5 hours. Nguyen Trai Hospital (NTH) has established a Stroke Unit and implemented recombinant human tissue plasminogen activator (rtPA) since November 2020.

Objectives: Determining the door-to-needle time in the acute stroke procedure and evaluating the effectiveness of rtPA (IV) treatment in patients with acute ischemic stroke at Nguyen Trai Hospital.

Materials and method: Descriptive cross-sectional study. The study subjects were all patients diagnosed with acute ischemic stroke and prescribed rtPA (IV) at the hospital from November 2020 to the end of April 2022. **Results:** From November 2020 to the end of April 2022, there were 52 cases of acute stroke treated with rtPA (IV) at the hospital. Men accounted for 65.4%. The mean age was 66.2 years old. The mean NIHSS at admission was 10.7 points. 21.2% of cases had large vessel occlusion. The mean door-to-needle time was 64.4 minutes, median 60 minutes. The percentage of patients with good neurological rehabilitation, achieving mRS 0-1 after 3 months was 61.5%. The independent prognostic factors for neurologic recovery after 3 months were: initial NIHSS (OR = 0.819; 95% CI: 0.688-0.975; p = 0.024) and NIHSS reduction after 24 hours ≥ 4 score (OR = 14.204; 95% CI: 1.958-103.054; p = 0.009). The rate of symptomatic cerebral hemorrhage was 5.8%. Mortality rate accounted for 9.6% of the total.

Conclusion: Our study showed that rtPA (IV) treatment was effective and safe in patients with acute ischemic stroke in the first 4.5-hour window. The door-to-needle time was still quite long, therefore strategies to optimize the acute stroke procedure are needed to be developed. **Keywords:** acute ischemic stroke, intravenous thrombolysis, rtPA

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ (ĐQ) là bệnh lý ngày càng phổ biến, nguy cơ tử vong và tàn phế cao. Đột quỵ thiếu máu não (ĐQ TMN) là tình trạng tổn thương nhu mô não, gây ra bởi sự tắc nghẽn động mạch não cấp tính, dẫn đến suy giảm tức thời dòng máu nuôi tại vùng nhu mô não thuộc chi phối của động mạch bị thuyên tắc. Đây là thể bệnh thường gặp nhất của ĐQ, và đặc biệt là có thể

điều trị phục hồi hoàn toàn được, nếu người bệnh đến bệnh viện sớm và được áp dụng các biện pháp điều trị tái tưới máu trong thời gian vàng. Cho đến hiện nay, thuốc tiêu sợi huyết (TSH) đường tĩnh mạch (TM), Alteplase, vẫn là một trong những kỹ thuật điều trị nền tảng và tiêu chuẩn đối với người bệnh nhồi máu não cấp trong cửa sổ 4,5 giờ đầu. Bệnh viện Nguyễn Trãi (BVNT) đã thành lập Đơn vị Đột quỵ và triển khai điều trị thuốc TSH (TM) cho người bệnh ĐQ TMN cấp trong cửa sổ 4,5 giờ từ tháng 11/2020. Đây là kỹ thuật mới được triển khai tại bệnh viện, do đó chúng tôi thực hiện đề tài này với các mục tiêu sau:

1. Xác định thời gian cửa kim trong quy trình điều trị TSH (TM) trên bệnh nhân ĐQ TMN cấp tại BVNT.

2. Đánh giá hiệu quả điều trị TSH (TM) trên bệnh nhân ĐQ TMN cấp tại BVNT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả người bệnh được chẩn đoán ĐQ TMN cấp và được điều trị TSH (TM) tại BVNT từ tháng 11/2020 đến hết tháng 4/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong vòng 18 tháng sau khi thành lập Đơn vị Đột quỵ, đã có 52 trường hợp được điều trị TSH (TM) tại BVNT.

Trong số 52 bệnh nhân của chúng tôi, giới nam chiếm tỉ lệ 65,4%. Tuổi trung bình là $66,2 \pm 10,6$ tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất là 60-70 tuổi, chiếm tỉ lệ 38,5%. Chúng tôi có 7 trường hợp >80 tuổi, chiếm tỉ lệ 13,5%. Điểm NIHSS trung bình lúc nhập viện là $10,7 \pm 6,0$ điểm. Nhóm điểm NIHSS từ 5-9 chiếm tỉ lệ cao nhất (22 trường hợp, tỉ lệ 42,3%). Có 4 trường hợp điểm NIHSS ≤ 4 điểm, và 1 trường hợp NIHSS ≥ 25 điểm. Thời gian trung bình người bệnh nhập viện là 102,5 phút sau khởi phát triệu chứng. Cửa sổ điều trị trung bình là 159,9 phút.

Thời gian cửa kim trung bình là 64,4 phút, trung vị 60 phút, trong đó 52,2% các trường hợp có đạt mục tiêu ≤ 60 phút.

Về hiệu quả điều trị:

- Tỉ lệ người bệnh phục hồi chức năng thần kinh tốt, tương đương điểm mRS đạt 0-1, tại thời điểm 3 tháng sau TSH là 61,5%.

- Chúng tôi ghi nhận được 6 yếu tố có khả năng liên quan đến kết cục phục hồi chức năng thần kinh tốt sau 3 tháng, gồm: tuổi thấp (<70 tuổi), điểm NIHSS lúc nhập viện thấp (<10 điểm), xét nghiệm troponin T hs bình thường,

nguyên nhân mạch máu nhỏ theo phân loại TOAST, tình trạng không tắc mạch máu lớn nội sọ và NIHSS sau 24 giờ giảm ≥ 4 điểm. Cả 6 yếu tố này được đưa vào mô hình phân tích hồi quy đa biến để loại bỏ các yếu tố gây nhiễu. Sau cùng chúng tôi nhận thấy, chỉ còn 2 yếu tố là có giá trị tiên lượng độc lập khả năng phục hồi chức năng thần kinh tốt sau 3 tháng, đó là: điểm NIHSS lúc nhập viện ($OR = 0,819$; KTC 95%: 0,688-0,975; $p = 0,024 < 0,05$) và NIHSS sau 24 giờ giảm ≥ 4 điểm ($OR = 14,204$; KTC 95%: 1,958-103,054; $p = 0,009 < 0,05$), với khả năng dự đoán đúng của mô hình là 76,2%.

Về độ an toàn: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 3 trường hợp xuất huyết não (XHN) có triệu chứng, chiếm tỉ lệ 5,8%. Có 5 trường hợp tử vong trong thời gian nằm viện, chiếm tỉ lệ 9,6%. Trong đó, tử vong do XHN lớn sau TSH là 2 trường hợp (3,8%), và 3 trường hợp còn lại (5,8%) tử vong do các vấn đề phát sinh trong quá trình nằm viện như viêm phổi, suy hô hấp, OAP.

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay, TSH (TM) vẫn được xem là một phương pháp điều trị chuẩn mực đối với ĐQ TMN cấp và được khuyến cáo ở mức cao nhất trong các tài liệu hướng dẫn điều trị ở Hoa Kỳ, ở Châu Âu cũng như ở Việt Nam.^{1,2} Tại BVNT, từ tháng 11/2020, Đơn vị Đột quỵ chính thức được thành lập và triển khai kỹ thuật điều trị TSH (TM) cho người bệnh ĐQ TMN cấp trong cửa sổ 4,5 giờ.

Đối với điều trị tái thông trong ĐQ TMN cấp, thời gian là một yếu tố rất quan trọng ảnh hưởng nhiều đến kết quả điều trị. Điều trị càng sớm, tức là cửa sổ điều trị càng ngắn, thì khả năng phục hồi của người bệnh càng cao, nguy cơ biến chứng càng thấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cửa sổ điều trị trung bình là 159,9 phút. Một trong những yếu tố ảnh hưởng đến thời gian cửa sổ điều trị đó là cửa sổ nhập viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung bình người bệnh nhập viện là 102,5 phút sau khởi phát triệu chứng. So sánh với các nghiên cứu ở Việt Nam, kết quả này của chúng tôi ngắn hơn so với của tác giả Ngô Tiến Quyền (thực hiện tại bệnh viện Quân Y 110, tỉnh Bắc Ninh) (122,1 phút)³, nhưng dài hơn so với kết quả của các tác giả Nguyễn Huy Thắng (BVND 115) (75,4 phút)⁴ và Võ Văn Tân (BVND Gia Định) (75 phút)⁵. Điều này có thể là do sự hiểu biết về ĐQ của người dân khác nhau giữa các khu vực. Để rút ngắn được thời gian này, cần thiết đẩy mạnh việc giáo dục cộng đồng về ĐQ, nhằm nâng cao kiến thức và thái độ của người dân về thời gian vàng trong điều trị ĐQ.

Một biện pháp quan trọng khác để rút ngắn cửa sổ điều trị là rút ngắn thời gian cửa kim, đây cũng là mục tiêu hàng đầu và là thách thức cho tất cả các trung tâm và đơn vị đột quỵ. Hướng dẫn điều trị của AHA/ASA đã đưa ra khuyến cáo cho các đơn vị đột quỵ là trên 50% số bệnh nhân được điều trị TSH phải đạt được mục tiêu thời gian cửa kim ≤ 60 phút.⁶ Hiện nay nhiều trung tâm đột quỵ trên thế giới cũng như ở Việt Nam đang tiếp tục rút ngắn thời gian cửa kim xuống dưới 45 phút hoặc ngắn hơn nữa với mong muốn cải thiện kết cục chức năng cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian cửa kim trung bình 64,4 phút, và tỉ lệ đạt mục tiêu ≤ 60 phút là 52,2%. Do đó cần có những biện pháp nhằm tối ưu hóa quy trình ĐQ cấp để rút ngắn hơn các mốc thời gian này.

Một trong những hạn chế của điều trị TSH (TM) là có thể không đủ hiệu quả trong các trường hợp có tắc mạch máu lớn. Đây là những trường hợp có chỉ định can thiệp nội mạch lấy huyết khối cơ học nếu bệnh nhân còn trong cửa sổ 6 giờ kể từ khi khởi phát. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 21,2% các trường hợp có chỉ định can thiệp nội mạch lấy huyết khối cơ học, và do hiện tại BVNT chưa triển khai kỹ thuật này nên các trường hợp trên đã được xử trí chuyển viện nhanh chóng sau khi TSH (TM). Và cũng giống như điều trị TSH, hiệu quả của lấy huyết khối cơ học cũng phụ thuộc vào thời gian. Điều trị càng sớm hiệu quả càng cao. Tuy nhiên quy trình chuyển viện có thể sẽ làm mất đi khá nhiều thời gian vàng của người bệnh. Do đó, bệnh viện nên phát triển thêm can thiệp mạch não để xử trí tại chỗ những trường hợp có tắc mạch lớn, tiết kiệm thời gian vàng cho người bệnh.

Về hiệu quả điều trị, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ phục hồi chức năng thần kinh tốt, tương đương điểm mRS đạt 0-1 tại thời điểm 3 tháng sau TSH là 61,5%. Điều đó có nghĩa là những bệnh nhân này có thể trở về với cuộc sống hoàn toàn độc lập và bình thường, hoặc chỉ với các khiếm khuyết chức năng ở mức tối thiểu, không ảnh hưởng đến các hoạt động sống hàng ngày. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu lớn, kinh điển về điều trị TSH (TM) trong và ngoài nước trước đây như nghiên cứu NINDS (39%)⁷, hay nghiên cứu của Nguyễn Huy Thắng (44,7%)⁴. Tuy nhiên kết quả của chúng tôi gần tương tự với các nghiên cứu khác trong những năm gần đây, khi phần lớn các tác giả đều ghi nhận tỉ lệ phục hồi chức năng thần kinh tốt sau 3 tháng trong khoảng 55-65%, như Satumanatpan N (Thái Lan, 2022) (65,2%)⁸, Ngô Tiến Quyền (Bệnh viện Quân Y 110, 2021) (54,6%)³. Do

theo thời gian, ngày càng có nhiều đơn vị đột quỵ được thành lập ở nhiều nơi, hệ thống y tế nói chung và chăm sóc bệnh nhân ĐQ nói riêng ngày càng phát triển và hoàn thiện hơn, mặt khác kiến thức của người dân về thời gian vàng trong ĐQ cấp ngày càng được nâng cao, do đó nhiều người bệnh có thể tiếp cận được với các phương pháp điều trị cấp cứu trong khoảng thời gian rất sớm, từ đó giúp cho tỉ lệ thành công của các phương pháp điều trị ngày càng cao hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 2 yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập khả năng phục hồi chức năng thần kinh tại thời điểm 3 tháng sau TSH, đó là: điểm NIHSS lúc nhập viện ($OR = 0,819$; KTC 95%: 0,688-0,975; $p = 0,024 < 0,05$) và NIHSS sau 24 giờ giảm ≥ 4 điểm ($OR = 14,204$; KTC 95%: 1,958-103,054; $p = 0,009 < 0,05$). Số liệu từ nghiên cứu NINDS cho thấy những bệnh nhân ĐQ mức độ nặng (điểm NIHSS cao) nếu được điều trị Alteplase thì vẫn sẽ có kết quả tốt hơn so với điều trị giả dược. Mặc dù vậy, kết quả chung ở những bệnh nhân với điểm NIHSS cao thường kém hơn so với nhóm bệnh nhân có điểm NIHSS thấp⁷. Và hầu hết các nghiên cứu về rtPA trong thời gian gần đây cũng đều ghi nhận điểm NIHSS lúc nhập viện là một yếu tố tiên lượng độc lập đối với kết cục sau 3 tháng, điểm NIHSS ban đầu càng thấp thì tiên lượng phục hồi càng tốt.^{8,9} Nghiên cứu của tác giả Tork MA cũng ghi nhận các bệnh nhân có điểm NIHSS giảm ≥ 4 điểm trong 24 giờ đầu sau TSH thường có kết cục lâm sàng sau 3 tháng tốt hơn đáng kể so với những bệnh nhân không giảm điểm NIHSS hoặc giảm ít¹⁰. Điểm NIHSS giảm ≥ 4 điểm cho thấy lâm sàng cải thiện có ý nghĩa. Đây là chỉ dấu cho thấy bệnh nhân có đáp ứng tốt với điều trị. Những trường hợp này thường có tái thông một phần hoặc hoàn toàn.

XHN có triệu chứng là biến chứng đáng lo ngại nhất sau điều trị tiêu huyết khối vì có liên quan đến tỉ lệ tử vong và tàn phế cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ XHN có triệu chứng là 5,8%. Tỉ lệ này cũng tương tự với các nghiên cứu khác như: NINDS (1995) (6,4%)⁷, Nguyễn Huy Thắng (BVND 115, 2012) (4,6%)⁴, Tork MA (Ai Cập, 2020) (2,7%)¹⁰, Ngô Tiến Quyền (BV Quân Y 110, 2021) (2,3%)³.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ tử vong 9,6% (3,8% tử vong do XHN lớn sau TSH, 5,8% tử vong do các vấn đề phát sinh trong quá trình nằm viện). Như vậy, chúng tôi đề nghị xem xét lại quy trình chăm sóc người bệnh ĐQ sau giai đoạn cấp, mục tiêu là giảm tỉ lệ các biến chứng trong giai đoạn nằm viện. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với các tác giả khác,

như NINDS (1995) (17,0%)⁷, Nguyễn Huy Thắng (BVND 115, 2012) (11,8%)⁴, Võ Văn Tân (BVND Gia Định, 2016) (9,8%)⁵. Tuy nhiên các kết quả gần đây cho thấy tỉ lệ tử vong giảm đi đáng kể, như nghiên cứu của Mehta A (Ấn Độ, 2017) (2,1%)¹¹, Ngô Tiến Quyền (BV Quân Y 110, 2021) (1,1%)³. Tỉ lệ tử vong của chúng tôi tương đối cao hơn so với các nghiên cứu trong thời gian gần đây. Lý giải điều này, có thể do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành lấy mẫu từ tháng 11/2020 đến hết tháng 04/2022, đây là giai đoạn xảy ra các đỉnh dịch COVID-19 tại TPHCM, làm ảnh hưởng khá nhiều đến kết cục của bệnh nhân. Bản thân người bệnh ĐQ đã là đối tượng nguy cơ cao khi mắc COVID, tuổi cao, bệnh lý nền nặng, đa số không thể tự chăm sóc bản thân. Cộng thêm vào đó là các yếu tố khách quan như tình hình quá tải của các bệnh viện nói chung và sự phức tạp trong quy trình tiếp cận bệnh nhân trong tình hình dịch bệnh bùng nổ.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Từ tháng 11/2020 đến hết tháng 04/2022, đã có 52 ca ĐQ TMN cấp được điều trị TSH (TM) tại BVNT. Giới nam chiếm tỉ lệ 65,4%. Tuổi trung bình là 66,2 tuổi. Điểm NIHSS lúc nhập viện trung bình là 10,7 điểm. Cửa sổ nhập viện trung bình là 102,5 phút. Thời gian cửa kim trung bình là 64,4 phút, tỉ lệ đạt được mục tiêu thời gian cửa kim ≤ 60 phút là 52,2%. 21,2% các trường hợp có chỉ định can thiệp lấy huyết khối cơ học, được chuyển viện sau khi điều trị TSH (TM). Tỉ lệ bệnh nhân phục hồi chức năng thần kinh tốt, đạt điểm mRS 0-1 sau 3 tháng điều trị là 61,5%. Các yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập khả năng phục hồi chức năng thần kinh sau 3 tháng là: điểm NIHSS lúc nhập viện ($OR = 0,819$; KTC 95%: 0,688-0,975; $p = 0,024 < 0,05$) và NIHSS sau 24 giờ giảm ≥ 4 điểm ($OR = 14,204$; KTC 95%: 1,958-103,054; $p = 0,009 < 0,05$). Tỉ lệ XHN có triệu chứng là 5,8%. Tỉ lệ tử vong 9,6%.

Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điều trị TSH (TM) là có hiệu quả và an toàn trên bệnh nhân ĐQ TMN cấp trong cửa sổ 4,5 giờ. Thời gian cửa kim của bệnh viện còn khá dài, do đó kiến nghị các biện pháp để tối ưu hóa quy trình ĐQ cấp như sau: Tăng cường vấn đề truyền thông, giáo dục cộng đồng, rút ngắn thời gian bệnh nhân đến bệnh viện: nhân viên y tế trực tiếp giáo dục bệnh nhân, người nhà bệnh nhân về ĐQ trong quá trình khám và chăm sóc bệnh nhân tại bệnh viện, phát các tờ rơi về các dấu hiệu FAST, xây dựng bảng truyền thông tại khoa cập nhật các kiến thức và tin tức về ĐQ; Có chương trình tập huấn thường xuyên cho nhân

viên y tế, đặc biệt là các bác sĩ trực cấp cứu, về chẩn đoán ĐQ để giảm bớt tỉ lệ bỏ sót bệnh; Xây dựng quy trình riêng cho ĐQ nội viện; Xem xét lại quy trình chăm sóc người bệnh ĐQ sau giai đoạn cấp, mục tiêu là giảm tỉ lệ các biến chứng trong giai đoạn nằm viện; Phát triển can thiệp mạch não lấy huyết khối cơ học tại bệnh viện, điều trị tại chỗ những trường hợp có tắc mạch máu lớn, tiết kiệm được thời gian vàng của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al.** Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 Update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2019; 50(12): e344-e418. doi:10.1161/str.0000000000000211
2. **Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não"**. 2020.
3. **Ngô Tiến Quyền, Nguyễn Đức Thuận.** Kết quả điều trị nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch tại bệnh viện Quân Y 110. *Tạp chí Y Dược học Quân sự*. 2021;(2):47-54.
4. **Nguyễn Huy Thắng.** Điều trị thuốc tiêu sợi huyết rtPA đường tĩnh mạch trên bệnh nhân nhồi máu não cấp trong 3 giờ đầu. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Dược TPHCM; 2012.
5. **Võ Văn Tân.** Nghiên cứu kết quả điều trị thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch liều chuẩn và liều thấp trên bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 2016;20(6):29-35.
6. **Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al.** 2018 Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2018;49(3): e46-e110. doi:10.1161/str.0000000000000158
7. **The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rtPA Stroke Study Group.** Tissue Plasminogen Activator for Acute Ischemic Stroke. *N Engl J Med*. 1995;333(24): 1581- 1588. doi:10.1056/NEJM1995121433324012022/04/16
8. **Satumanatpan N, Tonpho W, Thiraratananukulchai N, Chaichanamongkol P, Lekcharoen P, Thiankhaw K.** Factors Associated with Unfavorable Functional Outcomes After Intravenous Thrombolysis in Patients with Acute Ischemic Stroke. *Int J Gen Med*. 2022;15:3363-3373. doi:10.2147/ijgm.S362116
9. **Sinsoongsud P, Winitprichagul S.** Factors Affecting Outcome in Acute Ischemic Stroke Patients with Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rtPA) Treatment at the Faculty of Medicine Vajira Hospital. *Thai Journal of Neurology*. 2021;37(2):1-9.
10. **Tork MA, Aref HM, El-Khawwas HM, Khalil MF, ElSadek A.** Outcome predictors of intravenous thrombolytic therapy in acute ischemic stroke patients: an Egyptian center experiences. *Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg*. 2020;56(1):103. doi:10.1186/s41983-020-00229-5

PROCALCITONIN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN KẾT QUẢ CẮY MÁU

Trần Hữu Dũng¹, Nguyễn Thị Nga¹, Biện Thị Hồng Cẩm¹,
Phạm Thị Kim Thùy¹, Trần Thị Bích Liễu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn huyết là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong tại bệnh viện. Việc lựa chọn kháng sinh ban đầu phù hợp với từng trường hợp NKH là một thách thức. Nghiên cứu này nhằm giúp cho các bác sĩ thực hành tiếp nhận bệnh nhân tại phòng cấp cứu có thêm dữ kiện để đưa ra quyết định lựa chọn kháng sinh kịp thời, phù hợp với tác nhân gây bệnh. **Mục tiêu:** (1) Xác định mối liên quan giữa PCT và một số yếu tố khác với kết quả cấy máu; (2) xác định mối liên quan giữa PCT và loại vi khuẩn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu hồ sơ bệnh án các trường hợp nhập khoa Cấp cứu tổng hợp trong năm 2023 được xét nghiệm PCT và cấy máu. **Kết**

quả: Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 71,25 ($\pm 14,71$), nam chiếm 118 (45,2%) trường hợp, tỉ lệ cấy máu dương tính là 17,6% trường hợp, trong đó có 36 (78,3%) trường hợp gram âm và 10 (21,7%) trường hợp gram dương. qSOFA là yếu tố lâm sàng liên quan đến kết quả cấy máu. Nhóm có qSOFA ≥ 2 cho kết quả cấy máu với tỉ lệ dương tính là 21,6% cao gần gấp đôi nhóm còn lại (12%). Có 2 yếu tố liên quan đến loại vi khuẩn phân lập được là thân nhiệt và nồng độ PCT trong huyết tương: trong số các trường hợp có thân nhiệt $\leq 38^\circ\text{C}$ và nồng độ PCT $< 0,671$ ng/ml phân lập được vi khuẩn, gram âm chiếm 25% và gram dương chiếm 75% trường hợp; trong số các trường hợp có thân nhiệt $> 38^\circ\text{C}$ và/hoặc nồng độ PCT $\geq 0,671$ ng/ml phân lập được vi khuẩn, gram âm chiếm 97,1% và gram dương chiếm 2,9% trường hợp. **Kết luận:** qSOFA là yếu tố lâm sàng liên quan đến kết quả cấy máu. Thân nhiệt và PCT là 2 yếu tố có liên quan đến loại vi khuẩn phân lập được ở bệnh nhân NKH mới nhập viện.

Từ khóa: Procalcitonin, cấy máu, vi khuẩn, nhiễm khuẩn huyết

¹Bệnh viện Nguyễn Trãi

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Dũng

Email: pmbdsung@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 19.11.2025