

THỰC TRẠNG NHẬN THỨC VÀ XỬ TRÍ BAN ĐẦU Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP

Nguyễn Quốc Đạt¹, Nguyễn Thị Hải Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng xử trí ban đầu ở bệnh nhân nhồi máu não cấp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương bao gồm nhận biết triệu chứng, hành động của bệnh nhân/người nhà sau khởi phát, phương tiện vận chuyển, tuyến tiếp cận đầu tiên và thời gian nhập viện. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 87 bệnh nhân nhồi máu não cấp. Dữ liệu thu thập qua phỏng vấn và hồ sơ bệnh án. **Kết quả:** Tuổi trung bình $69,6 \pm 12,4$; 51,7% là nữ. Có 51,7% bệnh nhân nhận biết triệu chứng đột quỵ; 75,9% không đến viện ngay. Chỉ có 6,9% sử dụng xe cấp cứu. Chỉ 21,8% bệnh nhân đến bệnh viện tỉnh trong "khung giờ vàng" $\leq 4,5$ giờ từ khi khởi phát. Nguyên nhân chính của việc đến viện muộn (>6 giờ) là do không nhận biết triệu chứng đột quỵ hoặc đánh giá thấp mức độ nguy hiểm của bệnh (chiếm 56,4%). **Kết luận:** Nhận thức cộng đồng còn hạn chế; hệ thống cấp cứu chưa được ưu tiên đúng mức.

Từ khóa: Nhồi máu não, xử trí ban đầu, đột quỵ, thời gian tiếp cận, xe cấp cứu.

SUMMARY

CURRENT STATUS OF AWARENESS AND INITIAL MANAGEMENT IN PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE

Objective: To assess the initial management of acute ischemic stroke patients at Hai Duong General Hospital focusing on symptom recognition, actions taken after onset, transportation, first healthcare contact, and hospital arrival time. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 87 acute ischemic stroke patients. Data were collected through interviews and medical records. **Results:** The mean age was 69.6 ± 12.4 ; 51.7% were female. Only 51.7% recognized stroke symptoms; 75.9% delayed seeking care. Only 6.9% used emergency ambulance services. Only 21.8% of patients reached the provincial hospital within the 4.5-hour thrombolysis window. The main reason for arrival beyond 6 hours was lack of stroke symptom awareness or underestimation of stroke severity (56.4%). **Conclusion:** Public awareness of stroke remains limited; emergency response systems are underutilized.

Keywords: Ischemic stroke, initial management, emergency response, stroke onset, ambulance

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não (bao gồm nhồi máu não) là một

trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên thế giới⁴. Theo thống kê gánh nặng bệnh tật toàn cầu năm 2019, đột quỵ tiếp tục đứng thứ hai về tỷ lệ tử vong (chiếm khoảng 11,6% tổng số ca tử vong) và thứ ba về tổng gánh nặng bệnh tật (DALYs)⁴. Tại Việt Nam, đột quỵ não cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu và để lại nhiều di chứng nặng nề nếu không được cấp cứu kịp thời. Nhồi máu não cấp (đột quỵ thiếu máu não cục bộ) xảy ra khi dòng máu não bị tắc nghẽn đột ngột do huyết khối hoặc thuyên tắc, làm tổn thương não không hồi phục nếu không nhanh chóng tái lập tưới máu¹. Mặc dù hiện nay điều trị đột quỵ đã có nhiều bước tiến khả quan, tuy nhiên hai trở ngại lớn khiến bệnh nhân không được can thiệp kịp thời vẫn tồn tại đó là nhận thức của cộng đồng và năng lực y tế³. Nhiều nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới cho thấy phần lớn bệnh nhân nhập viện muộn, vượt quá thời gian vàng để sử dụng thuốc tiêu sợi huyết hoặc can thiệp tái thông mạch². Nguyên nhân dẫn đến tình trạng này có thể do bệnh nhân và người nhà chưa nhận biết được dấu hiệu đột quỵ, chủ quan chậm trễ trong việc tìm kiếm trợ giúp y tế, phương tiện vận chuyển cấp cứu chưa kịp thời, cũng như sự hạn chế về khả năng tiếp cận dịch vụ đột quỵ của các tuyến y tế cơ sở². Chính vì vậy, việc khảo sát thực trạng xử trí ban đầu của bệnh nhân nhồi máu não – từ lúc khởi phát đến khi nhập viện – là hết sức cần thiết. Kết quả nghiên cứu sẽ giúp xác định những điểm yếu trong chuỗi cấp cứu đột quỵ, từ nhận thức cộng đồng, sơ cứu ban đầu cho đến vận chuyển và chuyển tuyến, qua đó đề xuất giải pháp nhằm rút ngắn thời gian tiếp cận điều trị hiệu quả cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não cấp tính điều trị tại Khoa Đột quỵ, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: chẩn đoán xác định nhồi máu não dựa trên lâm sàng và hình ảnh học (CT/MRI) phù hợp, thời gian khởi phát trong vòng 7 ngày trước nhập viện.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân đột quỵ xuất huyết, bệnh nhân nhồi máu não đã nhập viện nhưng từ chối tham gia nghiên cứu hoặc dữ liệu không đầy đủ.

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt
Email: nqdat1509@gmail.com
Ngày nhận bài: 26.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025
Ngày duyệt bài: 28.11.2025

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ 01/11/2022 đến 31/12/2022. Địa điểm nghiên cứu là Khoa Đột quỵ, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Mỗi bệnh nhân (hoặc thân nhân nếu bệnh nhân giảm ý thức/ngôn ngữ) được phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi soạn sẵn. Các thông tin thu thập gồm: đặc điểm nhân khẩu, hoàn cảnh xảy ra đột quỵ (đang làm gì lúc khởi phát, đột quỵ khi thức hay trong lúc ngủ), triệu chứng đầu tiên bệnh nhân nhận thấy, nhận thức của bệnh nhân/người nhà về các triệu chứng đó (có nghĩ đến đột quỵ hay không), cách xử trí đầu tiên sau khởi phát, thời gian từ khởi phát vào viện, phương tiện vận chuyển bệnh nhân đến cơ sở y tế (xe cấp cứu, xe cá nhân, hay thuê xe), cơ sở y tế đầu tiên tiếp nhận bệnh nhân, thời gian từ tuyến đầu đến bệnh viện tuyến tỉnh, thời gian tổng từ khởi phát đến bệnh viện tuyến tỉnh, và lý do đến muộn (nếu thời gian > 6 giờ). Các mốc thời gian quan trọng được xác định qua hỏi bệnh sử và kiểm tra hồ sơ bệnh án (giờ khởi phát hoặc giờ phát hiện triệu chứng đầu tiên, giờ đến cơ sở y tế đầu tiên, giờ đến Bệnh viện tỉnh).

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0. Sử dụng thống kê mô tả để tính tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức, mọi bệnh nhân tham gia đều ký cam kết đồng ý và thông tin cá nhân được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu gồm 87 bệnh nhân nhồi máu não cấp, trong đó 48,3% là nam và 51,7% là nữ. Tuổi của bệnh nhân trải rộng từ 35 đến 93, trung bình $69,6 \pm 12,4$ tuổi. Nhóm tuổi ≥ 60 chiếm đa số (81,5%). Về nghề nghiệp, gần một nửa bệnh nhân là nông dân (46%), tiếp đó là nhóm lao động tự do, buôn bán nhỏ (21,8%). Đa số bệnh nhân sinh sống ở khu vực nông thôn (70,1%), còn lại 29,9% ở thành thị. Trình độ học vấn thường không cao: trình độ phổ thông cơ sở chiếm tỷ lệ lớn nhất (43,7%), tiếp theo là tiểu học (31%); có 21,8% học hết trung học phổ thông; một số ít (3,4%) không biết chữ.

3.2. Nhận biết và xử trí ban đầu sau khởi phát đột quỵ

Hoàn cảnh và triệu chứng khởi phát:

Hơn một nửa số bệnh nhân phát hiện đột quỵ khi đang sinh hoạt bình thường (54%). Có 18,4% khởi phát trong lúc đang làm việc gắng sức, 14,9% khởi phát khi đang nghỉ ngơi tĩnh tại (ngồi, nằm nhưng tỉnh táo). Đáng chú ý, 27,6% bệnh nhân được phát hiện đột quỵ sau khi ngủ dậy (đột quỵ xảy ra trong giấc ngủ, gọi là “đột quỵ thức giấc”) và do đó không xác định chính xác được thời gian khởi phát. Triệu chứng đầu tiên mà bệnh nhân nhận biết thường là yếu liệt tay chân hoặc tê bì nửa người (59,8%). Bên cạnh đó, 16,1% bệnh nhân khởi đầu bằng triệu chứng đau đầu dữ dội, 9,2% có biểu hiện méo miệng, và 9,2% có rối loạn ngôn ngữ (nói ngọng bất chợt hoặc không nói được). Đa số bệnh nhân cho biết triệu chứng đột quỵ diễn tiến nặng dần lên (79,3%), chỉ một số ít triệu chứng đột ngột ở mức tối đa ngay từ đầu.

Nhận thức về dấu hiệu đột quỵ: Tỷ lệ bệnh nhân (hoặc thân nhân) nhận biết hoặc nghi ngờ các triệu chứng đầu tiên là do đột quỵ chỉ đạt 51,7%, nghĩa là còn 48,3% không nghĩ đến khả năng bị đột quỵ. Nói cách khác, gần một nửa số trường hợp ban đầu đã không nhận ra tình huống là cấp cứu đột quỵ, có thể nhầm lẫn với một mối thông thường hoặc bệnh lý khác. Những bệnh nhân/ người nhà không nhận biết được đột quỵ thường có xu hướng chậm trễ hoặc không tìm kiếm trợ giúp y tế kịp thời.

Xử trí ban đầu sau khởi phát tại nhà:

Hầu hết bệnh nhân đều có hành động xử trí nào đó sau khi xuất hiện triệu chứng, chỉ có 13,8% chọn cách theo dõi chờ diễn biến, không làm gì. Chỉ 24,1% bệnh nhân được đưa thẳng đến cơ sở y tế ngay lập tức mà không tự xử trí tại nhà, chiếm tỷ lệ khá thấp. Đa phần (75,9%) bệnh nhân tự xử trí ban đầu trước khi đến viện bằng một hoặc nhiều biện pháp khác nhau. Cụ thể, phương thức xử trí phổ biến nhất là để bệnh nhân nằm yên tại chỗ, nghỉ ngơi (29,9%) – thường do nghĩ rằng nghỉ ngơi có thể giúp triệu chứng thuyên giảm. 10,3% bệnh nhân hoặc người nhà đã tự cho uống thuốc hạ huyết áp khi thấy dấu hiệu nghi ngờ tăng huyết áp hoặc với suy nghĩ hạ huyết áp có thể giúp cải thiện tình trạng. Một tỷ lệ tương đương (8%) chọn sử dụng các chế phẩm y học cổ truyền sẵn có, phổ biến như An cung ngưu hoàng hoàn, hoạt huyết dưỡng não, Nhất nhất... với hy vọng “hoạt huyết thông mạch”. 8% khác tiêm hoặc uống những thuốc tây y khác (như thuốc trợ tim mạch, thuốc an thần, truyền dịch v.v.) theo kinh nghiệm dân gian hoặc lời khuyên quen biết, 5,7% có cách xử trí khác (như cạo gió, xoa bóp, châm cứu sơ bộ...).

Thời gian từ khởi phát đến khi quyết định đi viện: Do nhiều bệnh nhân không nhận ra đột quỵ ngay hoặc kỳ vọng triệu chứng tự hết, nên thời gian trì hoãn trước khi đến cơ sở y tế khá đáng kể. Chỉ có 5 bệnh nhân (5,7%) đến được cơ sở y tế (bao gồm bất kỳ tuyến nào) trong vòng 1 giờ đầu sau khởi phát. Tổng cộng 25,3% bệnh nhân đến trong vòng 3 giờ đầu, còn lại 47,1% đến muộn sau hơn 3 giờ (chưa kể 27,6% trường hợp không rõ thời gian). Như vậy, chưa đến 1/3 bệnh nhân kịp tiếp cận y tế trong khoảng 3 giờ đầu – mốc thời gian có ý nghĩa quan trọng đối với can thiệp tái thông.

3.3. Vận chuyển và tiếp cận cơ sở y tế

Phương tiện vận chuyển bệnh nhân: Kết quả khảo sát cho thấy việc sử dụng dịch vụ cấp cứu 115 (xe cứu thương) còn rất hạn chế ở địa phương nghiên cứu. Chỉ 6 bệnh nhân (6,9%) được đưa đến cơ sở y tế bằng xe cấp cứu chuyên dụng, trong khi 93,1% còn lại phải đi bằng phương tiện không chuyên. Cụ thể, phổ biến nhất là phương tiện cá nhân của gia đình (49,4%) – như xe máy, ô tô riêng – và tiếp theo là phương tiện thuê ngoài (43,7%) như taxi, xe ôm, xe dịch vụ. Việc ít sử dụng xe cứu thương có thể do nhiều nguyên nhân: dịch vụ cấp cứu ngoại viện chưa phủ rộng, người dân chưa quen gọi 115, hoặc lo ngại tốn kém chi phí, v.v.

Cơ sở y tế đầu tiên tiếp cận: Hơn một nửa bệnh nhân (48 người, 55,2%) được đưa thẳng đến Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương – là bệnh viện tuyến cuối của tỉnh có đơn vị đột quỵ chuyên sâu. Số còn lại 44,8% ban đầu đến các cơ sở y tế tuyến dưới hoặc khác: cụ thể, 33,3% (29 BN) đến Trung tâm y tế tuyến huyện; 5,7% (5 BN) đến Trạm y tế xã gần nhà; 4,6% (4 BN) vào bệnh viện khác (ví dụ bệnh viện ngành, bệnh viện tỉnh lân cận); và 1 trường hợp (1,1%) vào cơ sở y tế tư nhân ban đầu.

3.4. Thời gian nhập viện và lý do chậm trễ. Thời gian từ khởi phát đến cơ sở y tế đầu tiên: chỉ 25,3% đến được cơ sở y tế trong vòng 3 giờ đầu. Cụ thể hơn: 5,7% đến trong <1 giờ, thêm 12,6% trong 1–2 giờ, 6,9% trong 2–3 giờ, và 47,1% sau hơn 3 giờ. Có 27,6% bệnh nhân không rõ thời gian khởi phát, đa phần là đột quỵ trong lúc ngủ. Như vậy, khả năng tiếp cận y tế sớm (trước 3 giờ) còn rất hạn chế.

Thời gian từ khởi phát đến Bệnh viện Đa khoa tỉnh: Tại bệnh viện tuyến tỉnh – nơi có khả năng điều trị tái thông – chúng tôi đặc biệt quan tâm mốc thời gian 4,5 giờ (giới hạn cho tiêu sợi huyết tĩnh mạch) và 6 giờ (giới hạn cho một số can thiệp lấy huyết khối truyền thống). Kết quả cho thấy chỉ 19 bệnh nhân (21,8%) đến được

bệnh viện tỉnh trong $\leq 4,5$ giờ từ khi khởi phát. Nếu kể cả khoảng >4,5 đến 6 giờ, có thêm 5 bệnh nhân (5,7%), nâng tổng số đến trong ≤ 6 giờ lên 27,5%. Ngược lại, 44,8% bệnh nhân chắc chắn đến sau >6 giờ, và 27,6% không biết thời gian nên không đánh giá được (thường được coi là đến muộn). Như vậy, có thể ước tính khoảng trên 70% bệnh nhân trong nghiên cứu này đã không kịp thời gian vàng để xem xét tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch, thậm chí nhiều trường hợp bỏ lỡ cả cơ hội can thiệp khác.

Lý do bệnh nhân đến bệnh viện tỉnh muộn (>6 giờ): Phân tích các trường hợp đến viện muộn (loại trừ nhóm không rõ thời gian), chúng tôi thu thập từ phỏng vấn người bệnh/nhà các nguyên nhân chủ quan và khách quan. Kết quả tổng hợp cho thấy nguyên nhân hàng đầu là do bệnh nhân hoặc người nhà không nhận biết được các dấu hiệu đột quỵ hoặc không hiểu mức độ nguy hiểm nên không gọi cấp cứu sớm, chiếm 56,4% trường hợp đến muộn. Điều này phù hợp với tỷ lệ gần một nửa không nhận ra đột quỵ như đã nêu trên. Nguyên nhân phổ biến thứ hai là do thời gian nằm ở tuyến y tế ban đầu quá lâu (chuyển viện trễ) chiếm 30,8% – tức những bệnh nhân này thực ra đã đến cơ sở y tế sớm nhưng lại mất >6 giờ mới được chuyển lên tuyến tỉnh. Các lý do khác ít gặp hơn gồm: không có người giúp đỡ kịp thời hoặc không thể gọi ai chờ đi (7,7%), nhà xa, trở ngại khoảng cách địa lý (2,6%), và một số lý do khác (2,6%) như ban đầu bệnh nhân muốn đến cơ sở tư nhân, gia đình chần chừ vì vấn đề tài chính, v.v. Như vậy, rõ ràng nhất vẫn là yếu tố hiểu biết của người dân về đột quỵ còn hạn chế – trên 50% trường hợp muộn do chủ quan hoặc thiếu kiến thức. Bên cạnh đó, hệ thống chuyển tuyến cũng cần được tối ưu hóa hơn để tránh mất thời gian ở tuyến dưới.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã mô tả thực trạng xử trí ban đầu trên bệnh nhân nhồi máu não tại tỉnh Hải Dương, qua đó chỉ ra nhiều vấn đề cần quan tâm. Kết quả của chúng tôi nhìn chung phù hợp với xu hướng chung tại Việt Nam, đồng thời có những điểm tương đồng và khác biệt so với các nghiên cứu trước đây.

Về nhận biết và xử trí ban đầu, có thể thấy nhận thức của người dân về đột quỵ còn hạn chế. Gần một nửa không nhận ra dấu hiệu đột quỵ, dẫn đến không tìm kiếm sự giúp đỡ y tế ngay. Thực tế này đã được đề cập trong nhiều nghiên cứu: tỷ lệ người dân biết các dấu hiệu cảnh báo đột quỵ ở Việt Nam còn thấp. Nguyên

Đức Phúc (2022) ghi nhận khoảng 33% bệnh nhân thiếu kiến thức về đột quỵ, và có đến hơn 40% bệnh nhân không tìm kiếm sự giúp đỡ khi đột quỵ xảy ra đó là nguyên nhân hàng đầu khiến bệnh nhân nhập viện muộn (OR ~8 lần)². Ngay cả tại các quốc gia phát triển, vấn đề chậm trễ do không nhận biết đột quỵ cũng được ghi nhận. Nghiên cứu của Lori Mandelzweig (2006) ở Israel cho thấy khoảng một nửa bệnh nhân không ý thức tình trạng của mình là khẩn cấp, dẫn đến thời gian đến viện trung bình lên tới 15 giờ⁵. Do đó, giải pháp căn cơ là tăng cường giáo dục sức khỏe cộng đồng: giúp người dân nhận biết sớm các dấu hiệu đột quỵ (như liệt, nói khó, méo miệng, nhìn mờ...) và hiểu rằng đột quỵ là cấp cứu, cần gọi cấp cứu hoặc đến bệnh viện ngay lập tức.

Hành vi xử trí tại nhà của bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi cho thấy nhiều người còn chủ quan hoặc xử trí chưa đúng. Tỷ lệ đưa thẳng đi viện chỉ 24,1% là khá thấp so với mong đợi và so với nghiên cứu ở một số quốc gia (Lori Mandelzweig: 51% đưa đi viện ngay⁵). Ngược lại, nhiều người nằm nghỉ chờ đỡ (29,9%), hoặc tự ý dùng thuốc (tây y hoặc đông y). Việc uống thuốc hạ huyết áp khi chưa biết huyết áp có tăng hay không là không phù hợp, có thể dẫn đến tụt huyết áp làm giảm tưới máu não thêm. Thuốc đông y như An cung ngưu hoàng hoàn được sử dụng với hy vọng chữa đột quỵ, nhưng chưa có bằng chứng khoa học cho thấy hiệu quả trong nhồi máu não cấp; ngược lại việc cố cho bệnh nhân uống thuốc khi đang rối loạn ý thức có thể gây sặc. Những can thiệp dân gian khác (cạo gió, bấm huyệt...) cũng không có tác dụng mở thông mạch máu bị tắc. Do đó, khuyến cáo tất cả các trường hợp nghi ngờ đột quỵ cần gọi 115 hoặc đưa đến cơ sở y tế gần nhất càng sớm càng tốt, không trì hoãn ở nhà. Mặt tích cực trong nghiên cứu này là tỷ lệ hoàn toàn không làm gì chỉ 13,8%, thấp hơn đáng kể so với 32% trong nghiên cứu của Mandelzweig – cho thấy người dân địa phương ít nhất cũng cố gắng làm một điều gì đó. Tuy nhiên, làm sai cách đôi khi còn tệ hơn không làm gì, vì có thể gây hại hoặc mất thời gian. Thời gian chính là yếu tố quyết định: mọi sự chậm trễ đều phải trả giá bằng mô não bị hoại tử thêm, cơ hội hồi phục giảm đi⁷.

Về phương tiện vận chuyển, kết quả nêu bật sự thiếu thốn hoặc chưa phổ biến của hệ thống cấp cứu ngoại viện. Chỉ 6,9% gọi được xe cứu thương, trong khi đáng lẽ đây nên là lựa chọn ưu tiên. Tại Đà Nẵng, nghiên cứu cho thấy gần 47% bệnh nhân đã dùng xe cấp cứu², cao gấp nhiều lần Hải Dương, có thể do thành phố Đà Nẵng có

hệ thống 115 tốt hơn. Không sử dụng xe cấp cứu dẫn tới tự di chuyển bằng xe máy, ô tô riêng hoặc taxi, thường chậm hơn và không an toàn bằng. Hơn nữa, lái xe không quen có thể không chọn lộ trình tối ưu, không có quyền ưu tiên giao thông, và bệnh nhân không được chăm sóc y tế trong quá trình di chuyển. Phân tích đa biến của Nguyễn Đức Phúc (2022) cho thấy bệnh nhân đi taxi/grab có nguy cơ nhập viện muộn cao gấp ~2 lần so với đi xe cứu thương². Vì vậy, phát triển hệ thống cấp cứu 115 cả về số lượng xe, đào tạo nhân viên, cũng như truyền thông rộng rãi số điện thoại cấp cứu cho người dân là rất quan trọng.

Liên quan đến chuyển tuyến và thời gian nhập viện, nghiên cứu chúng tôi cho thấy một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân (44,8%) đến Bệnh viện tuyến tỉnh sau hơn 6 giờ, tức quá trễ cho hầu hết các phương án tái thông. Do đó, trọng tâm vẫn phải là rút ngắn thời gian trước nhập viện: từ lúc khởi phát đến khi vào viện. Thời gian này bao gồm: thời gian bệnh nhân nhận biết triệu chứng + thời gian quyết định gọi cứu trợ + thời gian chờ xe + thời gian di chuyển + thời gian tại tuyến dưới (nếu có). Kết quả của chúng tôi chỉ ra những vấn đề chính nằm ở khâu nhận biết triệu chứng (bệnh nhân chậm trễ) và khâu vận chuyển/chuyển tuyến. Cụ thể, 56,4% người đến muộn >6h là do không nhận ra bệnh nghiêm trọng nên đã không đi viện sớm. Ngoài ra, 30,8% đến muộn do nằm ở tuyến dưới lâu – có thể do cơ sở ban đầu chưa chuyển viện ngay. Để khắc phục, ngoài tuyên truyền như đã bàn, cần đào tạo nhân viên y tế tuyến cơ sở về xử trí đột quỵ: nhanh chóng nhận định đột quỵ và chuyển tuyến thay vì giữ bệnh nhân lại quá lâu. Việc xây dựng mạng lưới đột quỵ liên thông giữa các tuyến (telemedicine, hội chẩn từ xa, đường dây nóng chuyển viện...) sẽ giúp bệnh nhân được đến đúng nơi điều trị trong thời gian ngắn nhất. Bệnh viện tuyến tỉnh cũng nên phối hợp cùng trung tâm cấp cứu 115 và các bệnh viện huyện để thống nhất phác đồ xử trí nhanh.

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi rút ra một số kết luận chính như sau: Nhận thức cộng đồng còn hạn chế; hệ thống cấp cứu chưa được ưu tiên đúng mức. Vì vậy, việc xử trí ban đầu cho bệnh nhân nhồi máu não tại cộng đồng còn nhiều bất cập, dẫn tới đa phần bệnh nhân nhập viện vượt quá “giờ vàng” điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020). Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí

- đột quy não. Quyết định số 5331/QĐ-BYT ngày 23/12/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Hà Nội.
2. **Nguyễn Đức Phúc, Võ Văn Thắng, Nguyễn Thị Hoài Thu** (2022). "Tỷ lệ nhập viện muộn và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhồi máu não cấp tại Bệnh viện Đà Nẵng." *Tạp chí Y học Việt Nam*, 515(số 2, 6/2022), 187-191.
 3. **Chugh, C.** (2019). "Acute Ischemic Stroke: Management Approach." *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 23(Suppl 2), 140-146.
 4. **Feigin, V. L., Stark, B. A., Johnson, C. O. et al.** (2021). "Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019." *Lancet Neurology*, 20(10), 795-820.
 5. **Mandelzweig, L., Goldbourt, U., Boyko, V. et al.** (2006). "Perceptual, social, and behavioral factors associated with delays in seeking medical care in patients with symptoms of acute stroke." *Stroke*, 37(5), 1248-1253.
 6. **Musuka, T. D., Wilton, S. B., Traboulsi, M., Hill, M. D.** (2015). "Diagnosis and management of acute ischemic stroke: speed is critical." *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 187(12), 887-893.
 7. **Saver, J. L.** (2006). "Time is brain – quantified." *Stroke*, 37(1), 263-266.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT MẠNH GHÉP NGOÀI PHÚC MẠC TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC NAM CẦN THƠ

Tổng Hải Dương^{1,2}, La Văn Phú^{1,3*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) trong điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Đại học Nam Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 34 bệnh nhân với 43 thoát vị bẹn được điều trị bằng kỹ thuật TEP. Các chỉ số khảo sát bao gồm đặc điểm lâm sàng, phân loại thể thoát vị, thời gian mổ, tai biến trong mổ, biến chứng sớm sau mổ, mức độ đau và kết quả theo dõi sớm sau mổ. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 59,8 ± 15,7, nam giới chiếm 97,1%. Thoát vị một bên chiếm 73,5%, hai bên 26,5%; bên phải thường gặp nhất (44,1%). Thoát vị trực tiếp chiếm 48,8%, gián tiếp 27,9% và hỗn hợp 23,3%. Thời gian mổ trung bình là 79,0 ± 21,5 phút. Rách phúc mạc gặp ở 18,6%, không có trường hợp nào phải chuyển mổ. Cố định lưới được thực hiện ở 30,2% trường hợp. Điểm đau VAS trung bình sau 48 giờ là 1,56 ± 0,5; thời gian nằm viện sau mổ trung bình 1,58 ± 0,5 ngày. Biến chứng sớm ghi nhận ở 16,3%, chủ yếu là tụ dịch (11,6%). Sau 1 tháng theo dõi, 90,7% không ghi nhận biến chứng, không có trường hợp nào nhiễm trùng lưới hay tái phát, tỷ lệ bệnh nhân hài lòng đạt 97%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi TEP là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả cho thoát vị bẹn với tỷ lệ biến chứng thấp, mức độ đau nhẹ và thời gian nằm viện ngắn trong giai đoạn theo dõi sớm.

Từ khóa: thoát vị bẹn, phẫu thuật nội soi, TEP, mảnh ghép, ngoài phúc mạc.

SUMMARY

INITIAL OUTCOMES OF TOTALLY EXTRAPERITONEAL MESH REPAIR (TEP) FOR INGUINAL HERNIA AT NAM CAN THO UNIVERSITY MEDICAL CENTER

Objective: To evaluate the early outcomes of totally extraperitoneal laparoscopic repair (TEP) for inguinal hernia at Nam Can Tho University Medical Center. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 34 patients with 43 inguinal hernias treated using the TEP technique. Assessed variables included clinical characteristics, hernia classification, operative time, intraoperative events, early postoperative complications, postoperative pain and short-term follow-up outcomes. **Results:** The mean age was 59.8 ± 15.7 years, with males accounting for 97.1%. Unilateral hernias accounted for 73.5%, bilateral hernias for 26.5%, with the right side being the most common (44.1%). Direct hernias comprised 48.8%, indirect hernias 27.9%, and mixed hernias 23.3%. The mean operative time was 79.0 ± 21.5 minutes. Peritoneal tears occurred in 18.6% of cases, with no conversions to open surgery. Mesh fixation was performed in 30.2%. The mean VAS pain score at 48 hours was 1.56 ± 0.5, and the mean postoperative hospital stay was 1.58 ± 0.5 days. Early postoperative complications were observed in 16.3%, mainly seroma (11.6%). At 1-month follow-up, 90.7% of patients had no complications, with no mesh infections or hernia recurrences, and the overall patient satisfaction rate was 97%. **Conclusion:** Totally extraperitoneal laparoscopic repair is a safe and effective treatment for inguinal hernia, providing low complication rates, mild postoperative pain, and short hospital stay in the early postoperative period.

¹Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

²Bệnh viện Đại học Nam Cần Thơ

³Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: La Văn Phú

Email: lvphu67@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025