

vướng gặp nhiều nhất, có thể giải thích theo cơ chế bệnh sinh là do rối loạn tiết lipid, viêm mạn tính bờ mi bề mặt nhãn cầu⁵. Bệnh nhân viêm bờ mi nặng thường xuất hiện khô mắt nặng theo OSDI hơn đáng kể. Viêm bờ mi nặng, kéo dài, có tổn thương cấu trúc và chức năng tuyến meibomius cũng làm nặng hơn các triệu chứng khô mắt¹. Tắc lỗ đổ tuyến bờ mi liên quan với viêm bờ mi nặng, phản ánh tắc lỗ đổ tuyến meibomius là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây khô mắt thể bay hơi và viêm bờ mi, làm giảm ổn định màng phim nước mắt và tăng viêm bề mặt nhãn cầu⁵.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 168 mắt (của 87 bệnh nhân) ghi nhận đa số là viêm bờ mi hỗn hợp, mức độ nặng. Tình trạng khô mắt nặng. Có sự thay đổi cấu trúc và chức năng tuyến meibomius rõ rệt. Qua kết quả trên cho thấy viêm bờ mi không chỉ là bệnh lý tại chỗ bờ mi mà còn biểu hiện viêm mạn tính ảnh hưởng toàn bộ hệ thống bề mặt nhãn cầu. Sự phối hợp giữa rối loạn bài tiết tuyến, giảm ổn định màng phim nước mắt và đáp ứng viêm kéo dài đóng vai trò trung tâm, góp phần làm nặng thêm triệu chứng. Do đó, việc điều trị bệnh cần được tiếp cận toàn diện, hướng đến kiểm soát viêm, cải thiện chức năng tuyến và ổn định màng phim nước mắt lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lin A, Ahmad S, Amescua G, et al. Blepharitis Preferred Practice Pattern(R). Ophthalmology. Apr 2024;131(4):P50-P86. doi:10.1016/j.ophtha.2023.12.036
2. Lemp MA, Nichols KK. Blepharitis in the United States 2009: a survey-based perspective on

prevalence and treatment. Ocul Surf. Apr 2009;7(2 Suppl): S1-S14. doi:10.1016/s1542-0124(12)70620-1

3. Nelson JD, Shimazaki J, Benitez-del-Castillo JM, et al. The international workshop on meibomian gland dysfunction: report of the definition and classification subcommittee. Invest Ophthalmol Vis Sci. Mar 2011;52(4):1930-7. doi:10.1167/iops.10-6997b
4. Nguyễn Thị Hưng, Nguyễn Tiến Đạt, Trần Thúy Liên, Vũ Văn Trường. Research on clinical characteristics and related factors of Blepharitis at Duc Giang General Hospital in 20200.
5. Sabeti S, Kheirkhah A, Yin J, Dana R. Management of meibomian gland dysfunction: a review. Surv Ophthalmol. Mar-Apr 2020;65(2): 205-217. doi:10.1016/j.survophthal.2019.08.007
6. Doan S, Zagórski Z, Palmares J, et al. Eyelid disorders in ophthalmology practice: results from a large international epidemiological study in eleven countries. Ophthalmology and Therapy. 2020;9(3):597-608.
7. Trần Lê Phương Loan, Trần Khánh Sâm, Vũ Hoàng Việt Chi. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm bờ mi kết giác mạc tại bệnh viện Mắt Trung Ương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;532(18)
8. Wei Z, Liang J, Cao K, et al. A multi-center study evaluating the correlation between meibomian gland dysfunction and depressive symptoms. Sci Rep. Jan 10 2022;12(1):443. doi:10.1038/s41598-021-04167-x
9. Nair RVR, Jacob S, Praveena KK, Latha NV, Vishnupriya M. A study to assess meibomian gland morphology using meibography in posterior blepharitis patients and normal population: A hospital-based observational study. Kerala Journal of Ophthalmology. 2023;35(1):42-48. doi:10.4103/kjo.kjo_135_21
10. Mathers WD, Shields WJ, Sachdev MS, Petroll WM, Jester JV. Meibomian gland dysfunction in chronic blepharitis. Cornea. 1991;10(4):277-285.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO NHẸ ĐƯỢC TIÊU HUYẾT KHỐI

Nguyễn Tuấn Anh^{1,5}, Mai Duy Tôn^{1,2,3}, Nguyễn Đức Long^{1,4},
Nguyễn Thị Tuyết Trinh³, Nguyễn Tiến Dũng^{1,2,3}

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y Dược ĐHQGHN

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện Bạch Mai

⁴Bệnh viện Xanh Pôn

⁵Trung tâm Y tế Hải Hà

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Dũng

Email: nguyentindungtm29@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

Điều trị tiêu huyết khối cho nhóm người bệnh nhồi máu não nhẹ vẫn còn nhiều tranh cãi. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị người bệnh nhồi máu não nhẹ được tiêu huyết khối bằng alteplase tại Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11 năm 2023 đến tháng 11 năm 2024. Nghiên cứu được thiết kế dạng nghiên cứu quan sát, hồi cứu, theo dõi dọc, thu tuyển được 36 người bệnh thỏa mãn trong số 932 người bệnh nhồi máu não nhẹ nhập viện trong 24 giờ đầu của bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy: tuổi trung bình 66,33±9,37; nam giới chiếm 66,7%; tỉ lệ nhập viện trong 3 giờ đầu chiếm 63,9%; tỉ lệ nhồi

máu não vùng hạch nền quanh não thất chiếm 61,1%; tỉ lệ suy giảm thần kinh sớm chiếm 36,1%; tỉ lệ chuyển dạng chảy máu là 2,8%; tỉ lệ tử vong ngày 90 là 2,8%; tỉ lệ đạt kết quả hồi phục chức năng thần kinh tốt mRS 0-1 ngày 90 là 80,6%; một số yếu tố liên quan tới kết quả điều trị tốt là suy giảm thần kinh sớm (OR 0,462 (95% CI 0,257-0,83), $p < 0,001$) và chỉ số LDL-C (OR 0,316 (95% CI 0,11-0,905), $p = 0,032$). Kết luận: Điều trị tiêu huyết khối ở nhóm nhồi máu não nhẹ có thể mang lại tỷ lệ phục hồi chức năng thần kinh cao, tuy nhiên cần lưu ý đến các yếu tố như suy giảm thần kinh sớm và LDL-C để tiên lượng kết quả.

Từ khoá: nhồi máu não nhẹ, tiêu huyết khối, alteplase, kết quả điều trị

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF INTRAVENOUS THROMBOLYSIS IN PATIENTS WITH MINOR ISCHEMIC STROKE

The use of intravenous thrombolysis for patients with minor ischemic stroke remains a matter of ongoing debate. This study aimed to evaluate the clinical and paraclinical characteristics, as well as treatment outcomes, of minor stroke patients receiving intravenous thrombolysis with alteplase at the Stroke Center, Bach Mai Hospital, from November 2023 to November 2024. This was a retrospective, observational, longitudinal study. A total of 36 eligible patients were enrolled out of 932 minor stroke patients admitted within the first 24 hours of symptom onset. The results showed: mean age was 66.33 ± 9.37 years; 66.7% were male; 63.9% arrived within the first 3 hours; 61.1% had infarctions located in the basal ganglia-periventricular region; early neurological deterioration occurred in 36.1% of patients; the rate of hemorrhagic transformation was 2.8%; 90-day mortality was 2.8%; and 80.6% achieved a favorable functional outcome mRS score 0-1 at 90 days. Multivariable logistic regression analysis identified two factors significantly associated with favorable outcomes: early neurological deterioration (OR 0.462, 95% CI: 0.257-0.830; $p < 0.001$) and low-density lipoprotein cholesterol level (OR 0.316, 95% CI: 0.110-0.905; $p = 0.032$). Conclusion: Intravenous thrombolysis in patients with minor ischemic stroke may lead to a high rate of favorable functional outcomes. However, early neurological deterioration and LDL-C levels should be considered important prognostic factors when selecting and monitoring patients. **Keywords:** Minor ischemic stroke; intravenous thrombolysis; alteplase; treatment outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não nhẹ được định nghĩa với thang điểm NIHSS ≤ 5 .^[1] Mặc dù biểu hiện ban đầu ít nặng, nhiều nghiên cứu cho thấy không đồng nghĩa với tiên lượng tốt. Jose G. Romano và cộng sự báo cáo 37% bệnh nhân vẫn tàn phế (mRS ≥ 2) sau 3 tháng.^[2] Nghiên cứu PRISMS ghi nhận 79,8% hồi phục tốt (mRS 0-1) sau 90 ngày, 10,2% còn di chứng thần kinh.^[3] Sau 3 năm, Caroline A. McHutchison và cộng sự phát

hiện 47% suy giảm nhận thức, 39% trầm cảm và 12% phụ thuộc.^[4]

Theo khuyến cáo của Hội Đột quỵ Hoa Kỳ (AHA/ASA),^[1] tiêu huyết khối tĩnh mạch bằng alteplase (rt-PA) là điều trị chuẩn trong 4,5 giờ đầu cho bệnh nhân có triệu chứng gây tàn phế, kể cả NIHSS ≤ 5 ; không khuyến cáo ở trường hợp nhẹ không gây tàn phế do lợi ích chưa rõ và nguy cơ xuất huyết nội sọ.^[2] Tuy nhiên, hiệu quả và an toàn của rt-PA trong nhóm này còn tranh cãi. Thử nghiệm PRISMS cho thấy không khác biệt đáng kể giữa alteplase và aspirin ở bệnh nhân không tàn phế, trong khi Ning Li và cộng sự báo cáo 89,1% bệnh nhân dùng rt-PA đạt mRS 0-1 sau 3 tháng.^[10]

Tại Việt Nam, dữ liệu về điều trị nhồi máu não nhẹ bằng rt-PA còn hạn chế. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở người bệnh nhồi máu não nhẹ được tiêu huyết khối", nhằm mô tả đặc điểm bệnh nhân, đánh giá hiệu quả rt-PA và xác định các yếu tố liên quan đến hồi phục chức năng sau 90 ngày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não cấp theo tiêu chuẩn của Hội Đột quỵ Hoa Kỳ.^[1]
- Điểm NIHSS khi nhập viện: từ 0-5 điểm.
- Bệnh nhân được điều trị thuốc tiêu huyết khối.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có điểm mRS trước đó từ 2 trở lên.
- Hồ sơ bệnh án không có đủ dữ liệu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu quan sát, hồi cứu, theo dõi dọc.

Chọn mẫu và cỡ mẫu: Dữ liệu bệnh nhân trong nghiên cứu này được trích xuất một phần từ bộ dữ liệu gốc của đề tài nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Bạch Mai và Trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt.

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Đột quỵ - Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội, Việt Nam.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 11 năm 2023 đến tháng 11 năm 2024

Biến số nghiên cứu:

Kết cục chính: Tiêu chí kết quả điều trị hồi phục chức năng thần kinh tốt được định nghĩa là điểm mRS từ 0-1 ngày thứ 90 của bệnh.

Kết cục phụ:

- Tỷ lệ biến chứng chảy máu chuyển dạng theo phân loại ECASS III.^[5]
- Tỷ lệ suy giảm thần kinh sớm là tình trạng bệnh nhân có điểm NIHSS tăng ≥ 2 điểm so với khi nhập viện trong vòng 72 giờ đầu kể từ khi

khởi phát bệnh.

- Một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng liên quan đến kết quả điều trị

2.3. Phương pháp thu thập và phân tích dữ liệu

Chỉ số nghiên cứu:

Các biến đầu vào: dùng để đánh giá tiên lượng bao gồm: Đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, huyết áp, điểm NIHSS, khoảng thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện. Yếu tố nguy cơ: tăng huyết áp, rung nhĩ/cuồng nhĩ, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, hút thuốc lá, béo phì, tiền sử nhồi máu não hoặc TIA. Phân loại TOAST.^[6] Đặc điểm cận lâm sàng: LDL-C và đường huyết lúc nhập viện. Hình ảnh não mạch máu não: vị trí nhu mô nhồi máu não, hẹp/tắc động mạch nội sọ tương ứng, hẹp/tắc động mạch cảnh ngoài sọ tương ứng, chuyển dạng chảy máu. Chiến lược điều trị: liều thuốc tiêu huyết khối alteplase (0,6 mg/kg và 0,9 mg/kg).

Biến số kết cục: Kết quả lâm sàng cuối cùng được đánh giá bằng thang điểm mRS tại thời điểm 90 ngày.

Phương pháp phân tích: Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị (IQR) nếu là biến thứ hạng, hoặc trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD) nếu là biến liên tục. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh, phương pháp điều trị và căn nguyên nhồi máu não được so sánh giữa hai nhóm theo kết cục hồi phục chức năng tốt (mRS 0–1 ngày 90) và không tốt (mRS 2–6 ngày 90) bằng kiểm định T cho biến định lượng, kiểm định

Mann–Whitney U cho biến không phân bố chuẩn, và kiểm định Fisher's exact khi tần suất biến cố nhỏ. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến được thực hiện để xác định mối liên quan giữa các yếu tố tiên lượng và kết cục hồi phục chức năng thần kinh (theo điểm Rankin sửa đổi ngày 90). Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê, với khoảng tin cậy 95% (CI). Dữ liệu được xử lý bằng SPSS (IBM, Chicago, Hoa Kỳ).

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi đã được thực hiện bằng cách trích xuất một phần dữ liệu từ đề tài nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Bạch Mai phê duyệt theo Quyết định số 4837/BM-HDDD ngày 24 tháng 11 năm 2023 và Trường Đại học Y Hà Nội theo giấy chứng nhận công nhận giấy chứng nhận chấp thuận khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu y sinh học số NCS2024/GCN-HMUIRB ngày 15 tháng 5 năm 2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu nhận 932 bệnh nhân nhồi máu não cấp mức độ nhẹ nhập viện trong vòng 24 giờ, trong đó 36 trường hợp thỏa mãn đầy đủ tiêu chuẩn chọn mẫu. Trong nhóm nghiên cứu 18 bệnh nhân (50,0%) được tiêu huyết khối bằng alteplase liều 0,6 mg/kg, với 83,3% (15/18) đạt hồi phục chức năng thần kinh tốt (mRS 0–1 ngày 90). Nhóm tiêu huyết khối liều 0,9 mg/kg chiếm 50,0% (18/36), trong đó 77,8% (14/18) đạt kết quả hồi phục tốt. Thời gian nằm viện trung bình của toàn bộ quần thể nghiên cứu là $3,0 \pm 1,31$ ngày.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Biến số lâm sàng	Tổng N=36 100%	mRS 0-1 N=29 80,6%	mRS 2-6 N=7 19,4%	p	Ghi chú
Tuổi (IQR)	66,33 $\pm$ 9,37	66,17 $\pm$ 8,25	67,0 $\pm$ 13,92	0,873	Φ
Nam giới n (%)	24 (66,7)	19 (65,5)	5 (71,4)	0,571	ϵ
HATT lúc nhập viện, mmHg, mean $\pm$ sd	152,50 $\pm$ 18,84	153,79 $\pm$ 20,56	147,14 $\pm$ 7,56	0,328	Φ
HATT _r lúc nhập viện, mmHg, mean $\pm$ sd	88,58 $\pm$ 11,48	88,59 $\pm$ 11,84	88,57 $\pm$ 10,69	0,723	Φ
NIHSS lúc nhập viện, IQR	4,00 $\pm$ 0,99	4,00 $\pm$ 1,069	4,00 $\pm$ 0,577	0,735	Φ
Bán cầu ưu thế n (%)	16 (44,4)	14 (48,3)	1 (14,3)	0,104	ϵ
Suy giảm thần kinh sớm n (%)	13 (36,1)	6 (20,7)	7 (100)	<0,001	ϵ
Cửa sổ nhập viện trước 3 giờ n (%)	23 (63,9)	18 (62,1)	5 (71,4)	0,501	ϵ
Yếu tố nguy cơ					
Tăng huyết áp n (%)	26 (72,2)	21 (72,4)	5 (71,4)	0,645	ϵ
Đái tháo đường n (%)	8 (22,2)	6 (20,7)	2 (28,6)	0,639	ϵ
Tăng cholesterol máu n (%)	3 (8,3)	2 (6,9)	1 (14,3)	0,488	ϵ
Hút thuốc lá, thuốc lào n (%)	11 (30,6)	10 (4,5)	1 (14,3)	0,4	ϵ
Béo phì n (%)	5 (13,9)	4 (13,8)	1 (14,3)	0,685	ϵ
Nhồi máu não/TIA trước đây n (%)	3 (8,3)	3 (10,30)	0	0,512	ϵ
Phân loại TOAST					
Xơ vữa mạch lớn n (%)	8 (22,3)	6 (20,7)	2 (28,6)	0,573	ϵ
Huyết khối tim n (%)	0	0	0	NA	

Tắc mạch nhỏ n (%)	17 (47,2)	13 (44,8)	4 (57,1)	0,684	ε
Căn nguyên khác n (%)	1 (2,8)	1 (3,4)	0	0,806	ε
Căn nguyên chưa xác định n (%)	10 (27,8)	9 (31,0)	1 (14,3)	0,645	ε

Φ – Kiểm định Mann-Whitney U; ε - Kiểm định Fisher's;
HATT-huyết áp tâm thu; HATTr-huyết áp tâm trương

Trong các đặc điểm lâm sàng của quần thể nghiên cứu, chúng tôi thấy tỉ lệ người bệnh có suy giảm thần kinh sớm là 13/36 (36,1%), nhóm có kết quả hồi phục chức năng thần kinh xấu có 100% bị suy giảm thần kinh sớm, trong khi nhóm có kết quả hồi phục chức năng thần kinh

tốt chỉ có 20,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Ngoài ra các đặc điểm lâm sàng khác, các yếu tố nguy cơ và phân bố tỉ lệ phân loại TOAST giữa hai nhóm có kết quả hồi phục chức năng thần kinh tốt và xấu không khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng

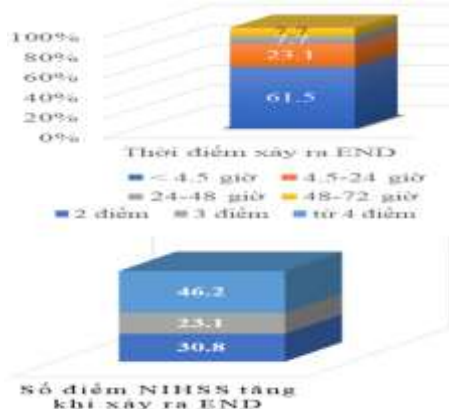
Biến số cận lâm sàng	Tổng N=36 100%	mRS 0-1 N=29 80,6%	mRS 2-6 N=7 19,4%	P	Ghi chú
Xét nghiệm máu					
LDL-C, mmol/l, mean ± sd	2,66±0,96	2,479±0,897	3,42±0,88	0,016	Φ
Đường máu lúc nhập viện, mmol/l, mean±sd	7,57±3,11	7,53±2,95	7,70±3,97	0,81	Φ
Hình ảnh học					
Động mạch cảnh đoạn ngoại sọ tương ứng					
Hẹp 50-99% n (%)	1 (2,8)	1 (3,4)	0	0,806	ε
Tắc n (%)	0	0	0	NA	
Động mạch nội sọ tương ứng					
Hẹp 50-99% n (%)	2 (5,6)	1 (3,4)	1 (14,3)	0,356	ε
Tắc n (%)	6 (16,7)	5 (17,2)	1 (14,3)	0,671	ε
Vị trí nhồi máu não					
Bao trong n (%)	7 (19,4)	4 (13,8)	3 (42,9)	0,116	ε
Vành tia n (%)	8 (22,2)	7 (24,1)	1 (14,3)	0,503	ε
Vùng hạch nền quanh não thất n (%)	22 (61,1)	17 (58,6)	5 (71,4)	0,681	ε
Chuyển dạng chảy máu n (%)	1 (2,8)	0	1 (14,3)	0,194	ε

Φ – Kiểm định Mann-Whitney U; ε - Kiểm định Fisher's

Trong quần thể nghiên cứu của chúng tôi, vị trí tổn thương hay gặp nhất là vùng hạch nền quanh não thất (bao gồm các vị trí bao trong, vành tia, nhân bèo, nhân đuôi) chiếm 22/36 (61,1%). Trong các đặc điểm cận lâm sàng (bao gồm xét nghiệm máu và hình ảnh học não mạch não) nhóm có kết quả hồi phục chức năng thần kinh tốt có nồng độ chỉ số LDL_C thấp hơn (2,479±0,897) nhóm kết quả hồi phục chức năng thần kinh xấu (3,42±0,88) với $p=0,016$.

END-early neurological deterioration-suy giảm thần kinh sớm

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời điểm thường xảy ra suy giảm thần kinh sớm là trong 4,5 giờ từ khi vào viện, chiếm 61,5%. Khi xảy ra suy giảm thần kinh sớm, số điểm NIHSS tăng từ 4 điểm trở lên chiếm phần lớn nhất với 46,2%.



Hình 1: Đặc điểm suy giảm thần kinh sớm



Hình 2: Kết quả hồi phục chức năng thần kinh ngày 90 theo Rankin sửa đổi

Kết quả hồi phục chức năng thần kinh tốt (mRS 0-1) ngày 90 chiếm 80,6%, và tỉ lệ tử vong chiếm 2,8%.

Bảng 3: Một số yếu tố liên quan kết quả hồi phục chức năng thần kinh tốt mRS 0-1

ngày 90

Yếu tố liên quan	aOR (95% CI), p*
Suy giảm thần kinh sớm	0,462 (0,257-0,83), <0,001
LDL_C	0,316 (0,11-0,905), 0,032

*: phân tích hồi quy logistic đa biến với đầu ra lâm sàng tốt mRS 0-1 ngày 90

Áp dụng phân tích hồi quy logistic đa biến, chúng tôi xác định yếu tố suy giảm thần kinh sớm và chỉ số LDL_C là hai yếu tố tiên lượng kết quả hồi phục chức năng thần kinh ngày 90 trong nghiên cứu với ý nghĩa làm giảm khả năng đạt kết quả hồi phục thần kinh tốt.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy 80,6% bệnh nhân nhồi máu não nhẹ được tiêu huyết khối đạt hồi phục chức năng thần kinh tốt sau 90 ngày. Phân tích hồi quy logistic đa biến xác định hai yếu tố tiên lượng độc lập là suy giảm thần kinh sớm (END) và nồng độ LDL-C. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của theo dõi sát diễn biến thần kinh giai đoạn cấp và kiểm soát rối loạn lipid máu trong chiến lược điều trị. Nghiên cứu đồng thời bổ sung bằng chứng thực nghiệm tại Việt Nam, nơi dữ liệu về nhóm bệnh nhân này còn hạn chế.

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $66,33 \pm 9,37$, tương đồng với nhiều nghiên cứu khác, phản ánh tuổi thọ trung bình thấp hơn và xuất hiện sớm các yếu tố nguy cơ tim mạch ở Việt Nam. Nam giới chiếm 66,7%, phù hợp với các thói quen nguy cơ cao như hút thuốc, uống rượu bia và căng thẳng lao động.

Điểm NIHSS trung vị là 4, tương tự các công trình khác. Suy giảm thần kinh sớm (END) là yếu tố tiên lượng kết cục xấu sau 90 ngày, với tỷ lệ 36,1%, trong đó 16,7% tăng ≥ 4 điểm NIHSS. Tỷ lệ này cao hơn Mai Duy Tôn (8,5%) do khác biệt tiêu chí chọn mẫu.^[8] Ở nhóm nhồi máu nhẹ có tắc mạch lớn, P. Seners ghi nhận END chiếm 29,7%, chủ yếu do tắc mạch lớn (76%) và rối loạn huyết động (20%).^{[7],[8]} Trong nghiên cứu hiện tại, END làm giảm khả năng hồi phục tốt (aOR 0,462; 95%CI 0,257–0,83; $p < 0,001$), nhấn mạnh cần theo dõi thần kinh chặt chẽ trong 24–48 giờ đầu, ngay cả ở bệnh nhân NIHSS thấp.

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất (72,2%), tương tự Mai Duy Tôn (68,3%).^[8] Trong các yếu tố nguy cơ tim mạch, LDL-C cao liên quan rõ rệt đến kết cục xấu và được xác nhận là yếu tố tiên lượng độc lập. Theo Yuesong Pan, LDL-C $\geq 2,6$ mmol/L làm tăng nguy cơ tái phát ngắn hạn; điều trị hạ lipid máu giúp cải thiện tiên lượng.^[9] Do đó, kết quả của chúng tôi củng cố vai trò quản lý toàn diện yếu tố nguy cơ

sau đột quỵ.

Về hình ảnh học và phân loại TOAST, đa số thuộc nhóm tắc mạch nhỏ (47,2%), phù hợp với điểm NIHSS thấp và tổn thương khu trú hạch nền. So với Ning Li (2023), tỷ lệ này ở Việt Nam cao hơn, không ghi nhận huyết khối tim.^[10] Về hiệu quả điều trị, 80,6% bệnh nhân hồi phục tốt (mRS 0–1) sau 90 ngày, thấp hơn Ning Li (89,1%) có thể do bệnh nhân lớn tuổi hơn, tỷ lệ tăng huyết áp – đái tháo đường cao hơn, điều trị sớm <3 giờ chỉ đạt 63,9%, và tỷ lệ END cao (36,1%). Tỷ lệ chảy máu chuyển dạng thấp (2,8%) và chỉ có 1 trường hợp tử vong (2,8%), tương đồng với Ning Li khi dùng rt-PA liều 0,6 mg/kg, khẳng định tính an toàn của can thiệp.

Tổng hợp các kết quả cho thấy nhồi máu não nhẹ không đồng nghĩa với tiên lượng tốt. Hai yếu tố tiên lượng độc lập là suy giảm thần kinh sớm và LDL-C cao. Vì vậy, điều trị cần kết hợp tiêu huyết khối kịp thời, kiểm soát chuyển hóa và theo dõi thần kinh tích cực trong giai đoạn sớm.

Hạn chế của nghiên cứu: Cỡ mẫu nhỏ (36 bệnh nhân), đơn trung tâm và thiết kế hồi cứu mô tả nên chưa loại trừ hoàn toàn yếu tố nhiễu. Dữ liệu phụ thuộc hồ sơ bệnh án, có thể thiếu thông tin về thói quen sinh hoạt, tuân thủ điều trị hoặc đặc điểm hình ảnh học nâng cao (CT/MRI tưới máu). Nghiên cứu cũng chưa phân tích ảnh hưởng liều rt-PA (0,6 mg/kg so với 0,9 mg/kg) và thời gian theo dõi chỉ 90 ngày, chưa đánh giá tiến triển dài hạn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu hồi cứu, đơn trung tâm tại Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện Bạch Mai, trên nhóm người bệnh nhồi máu não cấp nhẹ được tiêu huyết khối thấy rằng tỉ lệ đạt kết quả tốt mRS 0-1 ngày 90 chiếm 80,6%. Trong đó, tỉ lệ người bệnh nhập viện trong cửa sổ 3 giờ đầu chỉ chiếm 61,9%; tỉ lệ tiêu huyết khối alteplase liều 0,6mg/kg chiếm 50%. Suy giảm thần kinh sớm và chỉ số LDL_C là hai yếu tố liên quan đến kết quả hồi phục chức năng thần kinh ngày 90.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Guideline for the prevention of stroke in patient s with stroke and transientischemic attack** (2021). A guideline from the AHA/ASA. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000375>.
2. **Jose G. Romano MD, Hannah Gardener, Iszet Campo-Bustillo MD, et al.** Predictors of Outcomes in Patients With Mild Ischemic Stroke Symptoms: MaRISS. *Stroke*. 2021 Jun;52(6): 1995-2004. doi: 10.1161/STROKEAHA.120.032809. Epub 2021 May 5.
3. **Pooja Khatri, MD, MSc; Dawn O. Kleindorfer,**

- MD: Thomas Devlin, MD et al.** Effect of Alteplase vs Aspirin on Functional Outcome for Patients With Acute Ischemic Stroke and Minor Nondisabling Neurologic Deficits The PRISMS Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2018 Jul 10;320(2): 156-166. doi: 10.1001/jama.2018.8496.
4. **Caroline A McHutchison, Vera Cvorovic, Stephen Makin, Francesca M Chappell, Kirsten Shuler, Joanna M Wardlaw.** Functional, cognitive and physical outcomes 3 years after minor lacunar or cortical ischaemic stroke. *Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2018 Dec 15; 90(4): 436-443. doi: 10.1136/jnnp-2018-319134.
 5. **Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, et al.** Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *N Engl J Med*. 2008; 359(13): 1317-29. doi:10.1056/NEJMoa0804656
 6. **Adams HP, Bendixen BH, Kappelle LJ, Biller J, Love BB, Gordon DL, Marsh EE.** 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*. 1993;24:35-41
 7. **Boulenoir N, Turc G, Henon H, Seners P, et al.** Early neurological deterioration following thrombolysis for minor stroke with isolated internal carotid artery occlusion. *European Journal of Neurology*. 2021;28(2):479-490
 8. **Mai Duy Ton, Dao Viet Phuong, Vũ Thị Thom, Nguyen Tien Dung, Pham Quang Tho, Thanh N Nguyen.** Factors related to unfavorable outcome in minor ischemic stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2023;32(8): 107203.
 9. **Yuesong Pan, Runqi Wangqin, Hao Li (2022).** LDL-C levels, lipid-lowering treatment and recurrent stroke in minor ischaemic stroke or TIA. 7(4): 276-284. doi:10.1136/svn-2021-001317. Epub 2022 Mar 7.
 10. **Ning Li, Jia Zhang, Si-Jia Li, Yang Du, Qi Zhou, Hong-Qiu Gu, Xing-Quan Zhao.** Multidimensional Outcomes of IV Thrombolysis in Minor Ischemic Stroke: Motor, Psychocognitive, and Dependence. *Neuropsychiatric Disease and Treatment Volume*

SƠ SÁNH CHỈ SỐ TRIGLYCERID-GLUCOSE (TYG) VÀ HbA1C Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Nguyễn Thị Phương Thảo¹, Nguyễn Thị Phương Mai¹,
Đỗ Ngọc Hải², Dương Thị Minh Thoa¹, Ngô Thanh Hương¹

TÓM TẮT

Đái tháo đường type 2 đang dần trở thành mối đe dọa sức khỏe toàn cầu với số ca mắc mới và số ca biến chứng ngày càng gia tăng. Kiểm soát đường huyết có ý nghĩa quan trọng trong việc hạn chế biến chứng ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. Trong những năm gần đây, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng chỉ số triglycerid-glucose (TyG) là 1 chỉ số đơn giản, chi phí thấp có thể sử dụng để theo dõi việc kiểm soát đường máu và tình trạng kháng insulin ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. Mục tiêu: Khảo sát giá trị chỉ số TyG ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp; Mô tả mối liên quan giữa chỉ số TyG và HbA1C ở các bệnh nhân này. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 144 bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị tại khoa Nội 3 bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp, được chia thành 2 nhóm dựa vào chỉ số HbA1C (<7 và ≥7%). Phương pháp: mô tả cắt ngang. Kết quả: TyG ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $9,56 \pm 0,87$; TyG ở nhóm bệnh nhân kiểm soát đường huyết chưa tốt cao hơn so với nhóm kiểm soát đường huyết tốt. TyG liên quan với HbA1C ($r = 0,359$; $p < 0,001$), cholesterol toàn phần ($r = 0,369$; $p < 0,001$), triglycerid ($r = 0,718$; $p < 0,001$) và chỉ số

TG/HDL-C ($r = 0,643$; $p < 0,001$). Kết luận: TyG là chỉ số đơn giản, rẻ tiền để theo dõi tình trạng kiểm soát đường huyết ở các bệnh nhân đái tháo đường type 2.

Từ khóa: TyG, HbA1c, đái tháo đường type 2, kháng insulin

SUMMARY

COMPARISON OF TRIGLYCERIDE-GLUCOSE INDEX (TYG) AND HbA1C IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS TREATED AT VIET TIET FRIENDSHIP HOSPITAL

Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is becoming a global health threat, with the number of new cases and complications increasing. Glycemic control is crucial to diabetes management, as it reduces the risk of complications. In recent years, numerous studies have demonstrated that the Triglyceride-Glucose Index (TyG) is a simple and cost-effective measure that can monitor blood sugar control and insulin resistance in patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM). This study aimed to investigate the value of the TyG index in patients with T2DM treated at Viet Tiet Friendship Hospital – Haiphong, and to assess the association of the TyG index and HbA1C in these patients. Subjects and methods of study: 144 patients with type 2 diabetes treated at the Department of Internal Medicine 3, Viet Tiet Friendship Hospital, were divided into 2 types based on their HbA1C index (<7 and ≥7%). Method: cross-sectional description. Results: TyG index was 9.56 ± 0.87 ; TyG in patients with poor blood sugar control was higher than in the group with good blood sugar control. TyG was associated with HbA1c ($r = 0.359$; $p < 0.001$),

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Phương Thảo

Email: ntpthao@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025