

1. **Klingel R, Schwarting A, et al** (2004). Safety and efficacy of single bolus anticoagulation with enoxaparin for chronic hemodialysis. Results of an open-label post-certification study. *Kidney Blood Press*, 27 (4), 211-217.
2. **Saltissi D, Morgan C, et al** (1999). Comparison of low-molecular-weight heparin (enoxaparin sodium) and standard unfractionated heparin for haemodialysis anticoagulation. *Nephrol Dial Transplant*, 14, 2698-2703.
3. **Vareesangthip K, Thitiarchakul S, et al** (2011). Efficacy and safety of enoxaparin during hemodialysis: results from the HENOX study. *J med Assoc Thai*, 94 (1), 21-26.
4. **Guillet B, Simon B, et al** (2003). Pharmacokinetics of the low molecular weight heparin enoxaparin during 48 h after bolus administration as an anticoagulant in haemodialysis. *Nephrol Dial Transplant*, 18, 2348-2353.
5. **Phạm Duệ, Nguyễn Đàm Chính** (2013). Lọc hấp phụ resin với quả lọc HA230 trong điều trị ngộ độc cấp paraquat. *Tạp chí Y học lâm sàng*, 71, 182-188.
6. **Nguyễn Công Tấn** (2013). Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp thay thế huyết tương trong cấp cứu hội chứng Guillain-Barre', Luận án tiến sĩ y khoa, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.
7. **Ngô Trung Hải** (2015). Nghiên cứu kết quả chống đông bằng enoxaparin trong lọc máu hấp phụ resin tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn bác sĩ CK 2, Trường Đại học Y Hà Nội.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ NÃO MẠCH NÃO CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP HỆ ĐỘNG MẠCH ĐỐT SỐNG THÂN NỀN TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nguyễn Thế Anh¹, Lê Thị Khánh Ly¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ não mạch não của nhồi máu não cấp hệ động mạch sống - nền 2. Nhận xét mối liên quan giữa lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của nhồi máu não cấp hệ động mạch sống - nền. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 30 người bệnh nhồi máu não cấp hệ động mạch đốt sống thân nền điều trị tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1 năm 2025 đến tháng 9 năm 2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 70.2±8.95. Tỷ lệ nam/nữ là 1/2. Cách khởi phát: đột ngột 67%, tiến triển từ từ tăng dần 33%. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là chóng mặt (50%), tiếp theo là buồn nôn và nôn (30%) và đau đầu (23.33%). Trên phim cộng hưởng từ não mạch não, tổn thương nhu mô não nhiều vị trí chiếm 30%, tổn thương đơn thuần 1 vị trí chiếm 70%. Vị trí tổn thương thường gặp nhất là cầu não chiếm 46.67%, tổn thương tiểu não chiếm 10%, đồi thị chiếm 6.67%. Điểm pc-Aspect từ 8-10 chiếm 80%, 0-7 chiếm 20%. Ở nhóm bệnh nhân pc-Aspect 8-10, tình trạng lâm sàng của bệnh nhân tiên lượng tốt, tỷ lệ tàn tật sau ra viện thấp. Ở nhóm bệnh nhân có điểm pc-Aspect 0-7 điểm thì tình trạng lâm sàng nặng hơn, tỷ lệ tàn tật sau ra viện cao hơn.

Từ khóa: Nhồi máu não, cộng hưởng từ sọ não

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL CHARACTERISTICS

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Anh

Email: bstheanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

AND CEREBRAL MAGNETIC RESONANCE IMAGING OF PATIENTS WITH ACUTE CEREBRAL INFARCTION IN THE VERTEBRATE-BASIAL ARTERY SYSTEM AT THANH NHAN HOSPITAL

Objective: 1. Describe the clinical features and cerebral magnetic resonance imaging of acute cerebral infarction of the vertebrobasilar artery system. 2. Comment on the correlation between clinical features and magnetic resonance imaging of acute cerebral infarction of the vertebrobasilar artery system. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 30 patients with acute ischemic stroke in the vertebrobasilar arterial system who were treated at Thanh Nhan Hospital from January 2025 to September 2025. **Results:** The mean age of the study group was 62.5 ± 8.95 years. The male-to-female ratio was 1:3. Regarding onset pattern, sudden onset occurred in 67% of cases, while gradual progression accounted for 33%. The most common clinical symptom was vertigo (50%), followed by nausea and vomiting (30%), and headache (23.33%). On MRI brain and vascular imaging, multiple brain parenchymal lesions were observed in 30% of patients, and single-site lesions in 70%. The most common lesion location was the pons (46.67%), followed by the cerebellum (10%) and the thalamus (6.67%). pc-ASPECTS scores ranged from 8–10 in 80% of cases and from 0–7 in 20%. In the group with pc-ASPECTS scores of 8–10, patients had better clinical prognosis and lower rates of disability upon discharge. In contrast, patients with scores of 0–7 had more severe clinical conditions and higher post-discharge disability rates.

Keywords: Ischemic stroke, Magnetic resonance imaging of the brain

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là bệnh lý thường gặp, có tần suất khoảng 0,2% trong cộng đồng, chủ yếu ở người cao tuổi và là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu¹. Người bệnh sống sót thường chịu di chứng nặng nề, gây gánh nặng cho gia đình và xã hội. Nhồi máu não chiếm khoảng 80–85% các trường hợp đột quỵ¹. Nhồi máu hệ tuần hoàn trước thường có triệu chứng điển hình như liệt, rối loạn cảm giác, nói khó; trong khi nhồi máu tuần hoàn sau (hệ sống – nền) có biểu hiện kín đáo, dễ bị bỏ sót. Dù chỉ chiếm khoảng 25% số ca nhồi máu não, thể này có tỷ lệ tử vong và tàn tật rất cao, đặc biệt khi tắc các nhánh lớn. Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng mặc dù chụp cắt lớp vi tính sọ não giúp loại trừ chảy máu và phát hiện sớm thiếu máu nhưng độ nhạy thấp trong giai đoạn cấp và vùng hố sau. Ngược lại, cộng hưởng từ, đặc biệt chuỗi xung Diffusion, có độ nhạy cao trong phát hiện nhồi máu sớm, nhất là vùng sống – nền, góp phần định hướng điều trị và tiên lượng. Nhồi máu não cấp hệ động mạch đốt sống thân nền là bệnh lý nặng, tỷ lệ tử vong và tàn tật cao, khó chẩn đoán trên lâm sàng. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ não – mạch não của bệnh nhân nhồi máu não cấp hệ động mạch đốt sống – thân nền tại Bệnh viện Thanh Nhàn” nhằm hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ não - mạch não của bệnh nhân nhồi máu não cấp hệ động mạch đốt sống - thân nền.
2. Nhận xét mối liên quan giữa một số yếu tố lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ não –

mạch não ở nhóm bệnh nhân trên

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhồi máu não cấp hệ động mạch đốt sống thân nền điều trị tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 01/2025 đến tháng 09/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng tham gia nghiên cứu:

- Lâm sàng: Căn cứ vào định nghĩa đột quỵ não của Tổ chức Y tế Thế giới (bệnh xuất hiện đột ngột, có tổn thương khu trú của não, các triệu chứng tồn tại trên 24 giờ và không do chấn thương).

Thời gian dưới 72 giờ tính từ thời điểm khởi phát đến thời điểm bệnh nhân đến khám.

- Tiêu chuẩn hình ảnh học: Chụp CHT não, mạch não có hình ảnh NMN hệ động mạch sống – nền, khảo sát chủ yếu trên các xung Diffusion, T2* và TOF 3D, kết quả được đọc bởi bác sĩ chẩn đoán hình ảnh. Bệnh nhân được chụp bằng máy MRI 1.5 Tesla.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: - Nhồi máu não hệ động mạch sống – nền có tổn thương cũ vùng hố sau, hoặc kèm theo nhồi máu não của tuần hoàn trước (hệ cảnh) hoặc phối hợp với chảy máu não hoặc chuyển dạng chảy máu.

- Nhồi máu não do huyết khối tĩnh mạch não

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tổng số 30 bệnh nhân

2.2.3. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu: Theo chương trình SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo giới và nhóm tuổi

Tuổi, giới tính		Nam n=10 (33.33)	Nữ n=20 (66.67%)	Chung n=30 (100%)
Tuổi trung bình (khoảng tuổi)		69.3 ± 10.74 (52 – 91 tuổi)	70.65 ± 8.19 (58 – 85 tuổi)	70.2 ± 8.95 (52 – 91 tuổi)
Phân bố theo nhóm tuổi	50-59	1 (3.33%)	1 (3.33%)	2 (6.67%)
	60-69	5 (16.67%)	10 (33.33%)	15 (50%)
	70-79	3 (10%)	6 (20%)	9 (30%)
	≥80	1 (3.33%)	3 (10%)	4 (13.33%)

Nhận xét: Tuổi trung bình chung của nhóm người bệnh nghiên cứu là 70.2 ± 8.95, tuổi nhỏ nhất là 52 và lớn nhất là 91. Lứa tuổi gặp nhiều nhất là 69 - 69 tuổi, chiếm tỷ lệ 50%. Tỷ lệ nam/nữ là 1/2.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm khởi phát bệnh

Khởi phát	Số lượng	Tỷ lệ %
Đột ngột	20	66.67
Không đột ngột	10	33.33

Nhận xét: Cách khởi phát bệnh đột ngột chiếm 66.67%. Tỷ lệ bệnh nhân khởi phát không đột ngột chiếm 33%. Các bệnh nhân khởi phát

không đột ngột là tiến triển từ từ tăng dần hoặc tiến triển dao động.

Bảng 3. Các triệu chứng khởi phát (Cơ năng)

Triệu chứng cơ năng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau đầu	7	23.33
Chóng mặt	15	50
Buồn nôn, nôn	9	30
Nhìn mờ	1	3.33
U tai	3	10
Tê nửa người	9	30
Yếu nửa người	11	36.67

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng khi vào viện của người bệnh đa dạng, chóng mặt là triệu chứng thường gặp nhất, chiếm 50%, tiếp theo là yếu nửa người 36.67%, tê nửa người, buồn nôn và nôn 27.30%. Triệu chứng nhìn mờ chỉ gặp ở 3.33% số người bệnh.

Bảng 4. Vị trí tổn thương trên phim chụp MRI sọ não

STT	Vị trí tổn thương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1	Đồi thị	2	6.67
2	Tiểu não	3	10
3	Cuống não	1	3.33
4	Cầu não	14	46.67
5	Hành não	1	3.33
6	Tổn thương phối hợp nhiều vị trí	9	30

Nhận xét: Trên phim cộng hưởng từ, tổn thương đơn độc cầu não chiếm tỷ lệ cao nhất 46.67 %, tiểu não, đồi thị, cuống não, hành não ít gặp, chiếm lần lượt 10%, 6.67%, 3.33%. Tổn thương nhiều vị trí chiếm tỷ lệ cao 30 %.

Bảng 5. Động mạch tổn thương

STT	Động mạch tổn thương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ % (n=30)
1	Động mạch đốt sống	2	6.67
2	Các động mạch cầu não	19	63.33
3	Động mạch tiểu não	9	30
4	Động mạch não sau	8	26.67

Nhận xét: Nhồi máu các động mạch cầu não chiếm tỷ lệ cao nhất 63.33%, động mạch não sau chiếm 26,67%, động mạch tiểu não chiếm 30%, động mạch đốt sống chiếm 6.67%.

Bảng 6. Điểm pc-Aspect

Điểm pc-Aspect	Số lượng	Tỷ lệ % (n=30)
8-10	24	80
0-7	6	20

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm pc-Aspect trung bình là 7,86 điểm, cao nhất 9 điểm, thấp nhất 5 điểm. Số bệnh nhân có điểm pc-Aspect 8-10 chiếm tỷ lệ cao 80%. Số bệnh nhân có điểm pc-Aspect 0-7 chiếm tỷ lệ

thấp hơn (20%).

3.3. Mối liên quan giữa lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 7. Mối liên quan giữa điểm pc-Aspect và điểm NIHSS

Điểm pc-Aspect	Điểm NIHSS				p
	0 điểm	1-5 điểm	6-15 điểm	>15 điểm	
0-7	1	0	5	0	0.016
8-10	4	17	3	0	

Nhận xét: Có sự liên quan giữa điểm pc-Aspect và điểm NIHSS. Điểm pc-Aspect càng thấp thì điểm NIHSS càng cao.

Bảng 8. Mối liên quan giữa điểm pc-Aspect và điểm Rankin lúc ra viện

Điểm pc-Aspect	Điểm Rankin		p
	I (0,1,2,3)	II (4,5,6)	
0-7 điểm	1	5	0.0007
8-10 điểm	20	4	

Nhận xét: Có sự liên quan chặt chẽ giữa điểm pc-Aspect và điểm Rankin. Ở nhóm bệnh nhân có điểm pc-Aspect cao thì điểm Rankin thấp, tỷ lệ bệnh nhân nặng và tàn tật sau ra viện thấp.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não do tắc hệ động mạch đốt sống – thân nền. Kết quả của chúng tôi cho thấy nhóm tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 70.2 ± 8.95 tuổi (dao động từ 52 - 91 tuổi). Tỷ lệ mắc nữ nhìn chung cao hơn ở nam với tỷ lệ nam/nữ là 1/2. Kết quả này tương đương với một số nghiên cứu trong và ngoài nước^{2,5}. Tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não gặp nhiều nhất ở những bệnh nhân lớn tuổi, và thường đi kèm nhiều yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid,... Đặc điểm lâm sàng và triệu chứng khởi phát của bệnh rất đa dạng, về các triệu chứng cơ năng, chóng mặt là triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất 50%, cao hơn so với kết quả của tác giả Lê Thị Mỹ (49,5 %) ¹, do trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương tiểu não chiếm tỷ lệ cao chỉ đứng sau cầu não. Do vậy đứng trước một bệnh nhân chóng mặt tới khám, điều phân biệt đây là chóng mặt ngoại vi hay trung ương. Triệu chứng đau đầu chiếm 23.33% thấp hơn nghiên cứu của Trương Tuấn Anh (51.3%)², Lê Thị Mỹ 45,1%¹, Lê Văn Bình (74,2%)⁵. Triệu chứng đau đầu không phải là triệu chứng đặc hiệu của nhồi máu não, do vậy nó thường bị bỏ quên. Triệu chứng nôn, buồn nôn cũng chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu của chúng tôi (30%) cao hơn so với nghiên cứu của Lê Văn Bình

(20,9%)⁵, thấp hơn so với tác giả Lê Thị Mỹ (35,2%)¹. Các triệu chứng nhìn mờ, ù tai ít gặp trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm lần lượt 3,33% và 10%. Tương đồng với kết quả của Lê Thị Mỹ lần lượt 13,2% và 8,8%¹. Trong số 30 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, khởi phát đột ngột các triệu chứng chiếm 67%, khởi phát không đột ngột (các triệu chứng dao động hoặc tiến triển nặng dần) chiếm 33%, tương đương so với số liệu của Lê Văn Bình, khởi phát đột ngột chiếm 72,6%, từ từ tăng dần chiếm 27,4%⁵. Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt với Lê Thị Mỹ tỷ lệ khởi phát đột ngột chiếm 33%, không đột ngột chiếm 67%¹. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương nhu mô não nhiều vị trí chiếm 30%, tổn thương đơn thuần 1 vị trí chiếm 70%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng: vị trí thường gặp tổn thương nhất là cầu não chiếm 46,67%, thấp hơn nghiên cứu của Lê Thị Mỹ: nhồi máu cầu não chiếm 68,1%¹ và kết quả của Lê Văn Bình là 70%⁵. Nhồi máu tiểu não chiếm 10%, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Mỹ là 72,6%¹. Nhồi máu hành não chiếm 3,33%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn của Lê Thị Mỹ là 33,3%¹ và Lê Văn Bình tổn thương hành não chiếm 8,7%⁵. Các tổn thương thủy chẩm (0%), đồi thị (6,67%) thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Mỹ tổn thương thủy chẩm chiếm 25,3%, đồi thị chiếm 13,2%¹. Số bệnh nhân tổn thương các động mạch ở cầu não chiếm tỷ lệ cao nhất 63,33%, cao hơn so với kết quả của Lê Thị Mỹ nghiên cứu 91 bệnh nhân có 19 bệnh nhân tổn thương các động mạch cầu não¹. Động mạch đốt sống chiếm tỷ lệ 6,67%, thấp hơn kết quả của Lê Thị Mỹ là 10%¹. Tổn thương các động mạch tiểu não chiếm 30%. Động mạch não sau chiếm tỷ lệ 26,67%. Kết quả một số đề tài khác như Devuyt nghiên cứu 88 bệnh nhân hẹp tắc động mạch thân nền, trong đó vị trí tổn thương đoạn gần có 23 trường hợp, đoạn giữa có 12 trường hợp, đoạn đỉnh có 9 trường hợp, kết hợp 2 vị trí tổn thương có 10 trường hợp và tổn thương toàn bộ động mạch thân nền có 34 trường hợp³. Kết quả nghiên cứu của Caplan và cộng sự, phân tích 10 bệnh nhân tắc động mạch sống - nền, có 6 bệnh nhân tắc động mạch thân nền (trong đó có 4 bệnh nhân tắc đoạn giữa, 2 bệnh nhân tắc đoạn gần) và 4 bệnh nhân tắc động mạch đốt sống một bên⁴. Theo nghiên cứu của chúng tôi có mối liên quan giữa điểm pc-Aspect với điểm NIHSS có ý nghĩa thống kê. Bệnh nhân có NIHSS ≥ 6 điểm trong số bệnh nhân có điểm pc-ASPECT 0-7 điểm chiếm tỷ lệ cao (83,3%), cao hơn rất nhiều so với nhóm bệnh nhân có điểm

pc-Aspect từ 8 đến 10 điểm là 12,5%. Ngược lại, bệnh nhân có NIHSS thấp dưới 6 điểm trong nhóm có điểm pc-ASPECT 0-7 điểm chỉ chiếm 16,67%, thấp hơn so với trong nhóm bệnh nhân có điểm pc-Aspect từ 8 đến 10 điểm là 87,5%. Như vậy, điểm pc-Aspect càng thấp, tổn thương não càng nhiều, tình trạng lâm sàng cũng càng nặng. Theo nghiên cứu của chúng tôi điểm pc-Aspect có mối liên quan chặt chẽ đến điểm Rankin lúc ra viện. Tỷ lệ bệnh nhân có điểm rankin nhóm II(4,5,6) trong nhóm bệnh nhân có điểm pc-Aspect 0-7 điểm chiếm 83,33%, cao hơn rất nhiều so với trong nhóm có điểm pc-Aspect từ 8 đến 10 điểm là 16,67%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Mỹ, tỷ lệ nặng lần lượt là 67,4% và 14,6%¹.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Trong thời gian từ tháng 1 năm 2025 đến tháng 9 năm 2025, chúng tôi đã nghiên cứu 30 bệnh nhân nhồi máu não cấp hệ động mạch sống - nền tại Bệnh viện Thanh Nhàn chúng tôi rút ra một số kết luận như sau: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 62.5 ± 8.95 , giới nam/nữ = 0,5. Khởi phát đột ngột chiếm 67%. Về các triệu chứng cơ năng, chóng mặt, buồn nôn và nôn là hai triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt 50% và 30%. Tổn thương trên nhu mô não phối hợp nhiều vị trí chiếm 30%, tổn thương đơn độc ở cầu não chiếm 46,67%. Điểm pc-Aspect từ 8 đến 10 chiếm 80%, cao hơn nhóm từ 0 đến 7 chiếm 20%. Phân bố vị trí tổn thương mạch gặp nhiều nhất là tổn thương các động mạch cầu não chiếm 63,33%. Ở nhóm bệnh nhân pc-Aspect 8-10, tình trạng lâm sàng của bệnh nhân tiên lượng tốt, tỷ lệ tàn tật sau ra viện thấp. Ở nhóm bệnh nhân có điểm pc-Aspect 0-7 điểm thì tình trạng lâm sàng nặng hơn, tỷ lệ tàn tật sau ra viện cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Mỹ** (2015). Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng và Hình Ảnh Học Nhồi Máu Não Thuộc Hệ Động Mạch Sống Nền. Luận Văn Thạc Sĩ Y Học, Đại Học Y Hà Nội.
2. **Trương Tuấn Anh** (2003). Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng và Cận Lâm Sàng Của Tai Biến Mạch Máu Não Vùng Hồ Sau. Luận Văn Thạc Sĩ Y Học. Đại Học Y Hà Nội.
3. **Devuyt G, Bogousslavsky J, Meuli R, Moncayo J, de Freitas G, van Melle G**. Stroke or transient ischemic attacks with basilar artery stenosis or occlusion: clinical patterns and outcome. Arch Neurol. 2002;59(4):567-573. doi:10.1001/archneur.59.4.567.
4. **Chaves CJ, Caplan LR, Chung CS, et al.**

Cerebellar infarcts in the New England Medical Center Posterior Circulation Stroke Registry. *Neurology*. 1994; 44(8):1385-1390. doi:10.1212/wnl.44.8.1385.

5. **Lê Văn Bình** (2012). Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, Hình Ảnh Chụp Cắt Lớp vi Tĩnh và Cộng

Hưởng Từ Của Nhồi Máu Thân Não, Luận Văn Thạc Sĩ Y Học, Đại Học Y Hà Nội.

6. **Goldszmidt A.J, Caplan L.R** (2010), Cẩm nang xử trí tại biến mạch não (PGS.TS Nguyễn Đạt Anh dịch). Nhà xuất bản Y học.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHUYỂN DẠNG CHẢY MÁU Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO DO TẮC ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Vũ Hồng Thái¹, Lê Thị Khánh Ly¹, Lê Hương Quỳnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá một số yếu tố liên quan đến chuyển dạng chảy máu ở bệnh nhân nhồi máu não do tắc động mạch não giữa có chuyển dạng chảy máu tại bệnh viện Thanh Nhàn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt bệnh cắt ngang được thực hiện trên 28 người bệnh nhồi máu não do tắc động mạch não giữa điều trị tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 3 năm 2025 đến tháng 9 năm 2025. Kết quả: Tuổi trung bình của các bệnh nhân nhồi máu động mạch não giữa có chuyển dạng chảy máu là $69,07 \pm 10,84$. Tỷ lệ nhóm bệnh nhân nam là 42,9%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là liệt nửa người (78,6%). Điểm NIHSS trung bình lúc nhập viện và tại thời điểm xuất hiện chuyển dạng chảy máu lần lượt là $10,64 \pm 8,25$ và $11,93 \pm 8,27$. Huyết áp tâm thu trung bình là $153,57 \pm 26,49$ mmHg. Trên chẩn đoán hình ảnh, số lượng bệnh nhân nhồi máu não diện rộng có kích thước ổ nhồi máu >30mm chiếm tỷ lệ 64,3%. Số lượng bệnh nhân thuộc nhóm Tự máu nhu mô chiếm 64,3%. Các yếu tố góp phần dự đoán chuyển dạng chảy máu trên các bệnh nhân nhồi máu động mạch não giữa, bao gồm: Huyết áp tâm thu (OR = 6,250, 95% CI: 1,213 đến 32,214), kích thước ổ nhồi máu >30mm (OR = 6,600, 95% CI: 1,229 đến 35,438).

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES AND FACTORS ASSOCIATED WITH HEMORRHAGIC TRANSFORMATION IN PATIENTS WITH MIDDLE CEREBRAL ARTERY INFARCTION AT THANH NHAN HOSPITAL

Objective: To characterize the clinical and paraclinical features and to assess factors associated with hemorrhagic transformation in patients with middle cerebral artery infarction complicated by

hemorrhagic conversion at Thanh Nhan Hospital.

Subjects and methods: A cross-sectional case series was conducted on 28 patients with middle cerebral artery infarction treated at Thanh Nhan Hospital from March 2025 to September 2025.

Results: Mean age of patients with hemorrhagic transformation was 69.07 ± 10.84 years, males accounting is 42.9%. The most frequent clinical presentation was hemiparesis (78.6%). The mean NIHSS score at admission and at the time of hemorrhagic transformation was 10.64 ± 8.25 and 11.93 ± 8.27 . The mean systolic blood pressure was 153.57 ± 26.49 mmHg. On neuroimaging, large-territory infarctions with lesion size > 30 mm accounted for 64.3%, and parenchymal hematoma was observed in 64.3% of cases. Factors contributing to the prediction of hemorrhagic transformation included systolic blood pressure (OR = 6.250, 95% CI: 1.213–32.214) and infarct size > 30 mm (OR = 6.600, 95% CI: 1.229–35.438).

Keywords: hemorrhagic transformation, middle cerebral artery infarction, risk factor

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chuyển dạng chảy máu (CDCM) là một biến chứng thường gặp của nhồi máu não cấp tính. Cơ chế bệnh sinh hết sức phức tạp, liên quan đến sự phá vỡ tính ổn định của hàng rào máu não. Nhiều yếu tố khác cũng tham gia vào sự hình thành hiện tượng này bao gồm tổn thương do tái tưới máu, thiếu oxy, hoạt hoá mạch máu và sự ly giải protein ngoại bào¹. Mặc dù xuất hiện với tần số cao nhất trên những đối tượng được điều trị bằng tiêu huyết khối tĩnh mạch hoặc lấy huyết khối cơ học, CDCM vẫn có thể diễn ra một cách bột phát trên những bệnh nhân được chăm sóc thông thường². Trên những bệnh nhân nhồi máu não cấp tính, CDCM thường đi kèm với việc suy giảm tình trạng lâm sàng và được thể hiện cụ thể qua thang điểm NIHSS. Tuy nhiên, chúng cũng có thể không có triệu chứng và chỉ được chẩn đoán chính xác qua hình ảnh học. Vì vậy, việc xác định được các yếu tố

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hồng Thái

Email: vuhongthai91@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025