

Nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc giảm đau kháng viêm không steroid trong điều trị một số bệnh cơ xương khớp và đánh giá tính hợp lý theo mức độ nguy cơ trên tiêu hoá - tim mạch tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, (54).

3. Ide J., Shoaibi A., Wagner K., et al. (2024), Patterns of comorbidities and prescribing and dispensing of NSAIDs among patients with osteoarthritis in the USA: real-world study, *Drugs & Aging*, 41 (4).
4. Ik Dahl E., Kerola A., Sollerud E., Semb A.G. (2024), Cardiovascular implications of non-steroidal anti-inflammatory drugs, *European Cardiology Review*, 19(27).
5. Ko K.A., Lee D.K. (2025), Nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced peptic ulcer disease,

Korean Journal of Helicobacter and Upper Gastrointestinal Research, 25 (1).

6. Koffeman A.R., Valkhoff V.E., Jong G.W., et al. (2014), Ischaemic cardiovascular risk and prescription of NSAIDs for musculoskeletal complaints, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 32 (2).
7. Liu M., Rong J., An X., et al. (2025), Global burden of musculoskeletal disorders 1990–2021, *Frontiers in Public Health*, 13.
8. Mitchell J.A., Kirkby N.S., Ahmetaj-Shala B., et al. (2021), Cyclooxygenase and the cardiovascular system, *Pharmacology & Therapeutics*, 217.
9. Shareef J., Sridhar S.B., Saeed Z.M., et al. (2025), Balancing pain relief and safety: gastrointestinal and cardiovascular risk assessment in NSAID users, *Pharmaceuticals*, 19(1).

ĐẶC ĐIỂM GÁNH NẶNG TIM MẠCH CHUYỂN HÓA VÀ MỐI LIÊN QUAN ĐẾN MỨC ĐỘ NẶNG CỦA NHỒI MÁU NÃO NGƯỜI TRẺ THEO NHÓM TUỔI

Lương Thế Vĩnh^{1,3}, Ngô Hữu Phúc¹, Trần Duy Minh¹,
Lý Ngọc Tú², Lương Thanh Điền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhồi máu não (NMN) người trẻ đang gia tăng nhanh do sự tích lũy các rối loạn tim chuyển hóa, đặc biệt là ở nhóm bệnh nhân trung niên. Đánh giá gánh nặng cộng gộp của các yếu tố này giúp định hướng chính xác tiên lượng bệnh.

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát sự phân hóa gánh nặng yếu tố nguy cơ (YTNC) theo độ tuổi và mối liên quan với mức độ khiếm khuyết thần kinh (điểm NIHSS).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 100 bệnh nhân NMN (18–45 tuổi), chia thành 2 nhóm: 18–35 và 36–45 tuổi. Gánh nặng YTNC (tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid, béo phì, hút thuốc) được chia 3 mức: thấp (0-1), trung bình (2) và cao (≥ 3).

Kết quả: Có sự phân hóa YTNC rõ rệt theo nhóm tuổi ($p=0,019$). Nhóm 18–35 tuổi chủ yếu mang gánh nặng thấp (75%), trong khi 57,9% nhóm 36–45 tuổi có gánh nặng trung bình và cao. Không có mối liên quan tuyến tính giữa số YTNC và điểm NIHSS ($p=0,918$). Tuy nhiên, nhóm nguy cơ cao có sự phân tán dữ liệu NIHSS cực đoan (trung vị:

3,5; IQR: 2–16), gợi ý sự tồn tại song hành của nhồi máu lõi khuyết và xơ vữa mạch lớn.

Kết luận: Gánh nặng tim mạch- chuyển hóa tích lũy mạnh sau 35 tuổi. Sự vắng mặt tương quan tuyến tính với điểm NIHSS cho thấy gánh nặng đa nguy cơ có thể thúc đẩy đồng thời cả bệnh lý mạch máu nhỏ và xơ vữa mạch lớn.

Từ khóa: Nhồi máu não người trẻ, gánh nặng yếu tố nguy cơ, tim mạch- chuyển hóa, điểm NIHSS, nhóm tuổi.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CARDIOMETABOLIC BURDEN AND ITS ASSOCIATION WITH ISCHEMIC STROKE SEVERITY IN YOUNG ADULTS BY AGE GROUP

Background: The incidence of ischemic stroke in young adults is increasing due to the accumulation of cardiometabolic disorders, particularly in the middle-aged subgroup. Evaluating the cumulative burden of these factors helps to accurately guide disease prognosis.

Objectives: To investigate the age-related differentiation of risk factor (RF) burden and its association with the severity of neurological deficits (NIHSS score).

Materials and Methods: A cross-sectional study was conducted on 100 young patients with ischemic stroke (aged 18–45 years), divided into two groups: 18–35 and 36–45 years old. The cardiometabolic RF burden (hypertension, diabetes mellitus, dyslipidemia, obesity, and smoking) was categorized into three levels: low (0-1), moderate (2), and high (≥ 3). **Results:** There was a significant differentiation in RF burden between the two age groups ($p=0.019$). The

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Sóc Trăng

³Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Lương Thế Vĩnh

Email: luongthevinhctump@gmail.com

Mã bài: N724

Ngày nhận bài: 6/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 5/5/2026

Ngày duyệt bài: 6/6/2026

18–35 age group predominantly carried a low burden (75%), whereas 57.9% of the 36–45 age group presented with a moderate to high burden. No linear correlation was found between the number of RFs and the NIHSS score ($p=0.918$). However, the high-risk group exhibited extreme data dispersion in NIHSS scores (median: 3.5; IQR: 2–16), suggesting the parallel existence of lacunar infarcts and large artery atherosclerosis. **Conclusions:** Cardiometabolic burden accumulates massively after the age of 35. The absence of a linear correlation with the NIHSS score indicates that a multi-risk burden may simultaneously promote both small vessel disease and large artery atherosclerosis.

Keywords: *Young ischemic stroke, risk factor burden, cardiometabolic, NIHSS score, age groups.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não ở người trẻ (18–45 tuổi) đang có xu hướng gia tăng đáng kể trên toàn cầu cũng như tại Việt Nam^{2,6}. Khác với nhóm người cao tuổi, căn nguyên và các yếu tố nguy cơ ở người trẻ mang tính chất đa dạng, đồng thời có sự phân hóa sinh lý bệnh rất rõ rệt theo từng nhóm tuổi. Ở nhóm rất trẻ (18–35 tuổi), nhồi máu não thường liên quan đến các cơ chế ít phổ biến như bóc tách động mạch, dị dạng mạch máu hoặc các bệnh lý di truyền. Ngược lại, nhóm từ 36–45 tuổi bắt đầu chịu áp lực mạnh mẽ từ sự tích lũy mảng xơ vữa và hội chứng chuyển hóa do lối sống⁸. Đặc biệt, các bằng chứng y văn gần đây nhấn mạnh rằng việc đánh giá từng yếu tố nguy cơ (YTNC) đơn lẻ (như chỉ số BMI hay rối loạn lipid máu) không phản ánh đầy đủ nguy cơ thực thể bằng việc phân tích gánh nặng cộng gộp của đa nguy cơ tim mạch - chuyển hóa. Sự phối hợp của nhiều rối loạn chuyển hóa cùng lúc được giả thuyết là sẽ đẩy nhanh tiến trình xơ vữa mạch máu lớn và tổn thương vi mạch sớm⁷.

Tuy nhiên, mối liên quan giữa gánh nặng đa nguy cơ này và mức độ khiếm khuyết thần kinh trên lâm sàng vẫn còn là một khoảng trống cần làm rõ. Liệu một bệnh nhân mang nhiều rối loạn chuyển hóa có nhất thiết phải đối mặt với một tình trạng đột quỵ nặng nề hơn, hay cơ chế bệnh sinh của người trẻ còn chịu sự chi phối của nhiều yếu tố tiềm ẩn khác⁹. Tại khu vực Đồng bằng sông Cửu Long, các dữ liệu phân tầng chi tiết về sự chuyển dịch gánh nặng chuyển hóa theo tuổi và tác động của chúng lên mức độ nặng của bệnh vẫn còn rất hạn chế.

Nhằm góp phần cá thể hóa chiến lược điều trị và dự phòng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu: 1) Khảo sát đặc điểm phân hóa gánh nặng YTNC tim mạch - chuyển hóa giữa hai nhóm tuổi 18–35 và 36–45. 2) Đánh giá mối liên quan giữa gánh nặng YTNC với mức độ khiếm khuyết thần kinh qua điểm NIHSS ở bệnh nhân NMN trẻ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán xác định nhồi máu não cấp, có độ tuổi từ 18 đến 45 tuổi, điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 09/2024 đến tháng 02/2026.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân từ 18–45 tuổi nhập viện được chẩn đoán lâm sàng đột quỵ não: Các thiếu sót thần kinh xảy ra đột ngột với các triệu chứng khu trú hơn là lan tỏa, các triệu chứng tồn tại qua 24 giờ hoặc từ vong trong 24 giờ (loại trừ chấn thương sọ não). Có hình ảnh tổn thương nhồi máu não cấp trên CT scan và/ hoặc cộng hưởng từ sọ não.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đột quỵ xuất huyết não, xuất huyết dưới nhện. Cơ thiếu máu não thoáng qua (TIA). Nhồi máu não thứ phát sau chấn thương sọ não, u não, hoặc nhồi máu tĩnh mạch não.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

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

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện 100 bệnh nhân nhồi máu não người trẻ thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh trong thời gian nghiên cứu. Bệnh nhân được chia thành hai nhóm: Nhóm I (18–35 tuổi) và Nhóm II (36–45 tuổi).

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 09/2024 đến tháng 02/2026 tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

Nội dung nghiên cứu:

- Các yếu tố nguy cơ tim mạch - chuyển hóa: Ghi nhận 05 YTNC chính gồm: (1) tăng huyết áp, (2) đái tháo đường, (3) rối loạn lipid máu, (4) thừa cân/béo phì, (5) hút thuốc lá⁶.

- Gánh nặng YTNC: Được tính bằng tổng số YTNC hiện hữu trên mỗi bệnh nhân, phân thành 03 mức độ: Gánh nặng thấp (0–1 YTNC), gánh nặng trung bình (2 YTNC), gánh nặng cao (từ 3 YTNC trở lên)⁶.

- Mức độ khiếm khuyết thần kinh: Đánh giá bằng thang điểm NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) tại thời điểm nhập viện³.

Phương tiện nghiên cứu và phương pháp xử lý số liệu: Khám lâm sàng, sử dụng thông tin và kết quả cận lâm sàng từ hồ sơ bệnh án theo mẫu thu thập số liệu. Xử lý số liệu dựa trên phần mềm SPSS 27.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức y sinh học (IRB) và đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, số 24.329.HV/PCT-HĐĐĐ, ngày 28/06/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 100 bệnh nhân nhồi máu não cấp từ 18–45 tuổi, trong đó Nhóm I (18–35 tuổi) có 24 bệnh nhân (chiếm 24,0%) và Nhóm II (36–45 tuổi) có 76 bệnh nhân (chiếm 76,0%). Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $38,6 \pm 5,5$ tuổi. Nam giới chiếm đa số ở cả hai nhóm tuổi

(62,5% ở Nhóm I và 60,5% ở Nhóm II).

Về đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ nền, điểm NIHSS trung vị lúc nhập viện là 5 điểm (dao động từ 0 đến 22 điểm), tăng huyết áp là yếu tố xuất hiện phổ biến nhất ở người trẻ chiếm tỷ lệ 54,0%.

3.2. Đặc điểm phân hóa gánh nặng yếu tố nguy cơ tim mạch - chuyển hóa giữa hai nhóm tuổi

Bảng 1. Phân bố mức độ gánh nặng yếu tố nguy cơ theo nhóm tuổi

Mức độ gánh nặng yếu tố nguy cơ	Nhóm I (n=24)	Nhóm II (n=76)	Tổng và tỷ lệ (n=100)	p-value
Thấp (0 - 1 YTNC)	18 (75,0%)	32 (42,1%)	50 (50,0%)	0,019*
Trung bình (2 YTNC)	3 (12,5%)	25 (32,9%)	28 (28,0%)	
Cao (≥ 3 YTNC)	3 (12,5%)	19 (25,0%)	22 (22,0%)	
* Kiểm định Chi-square				

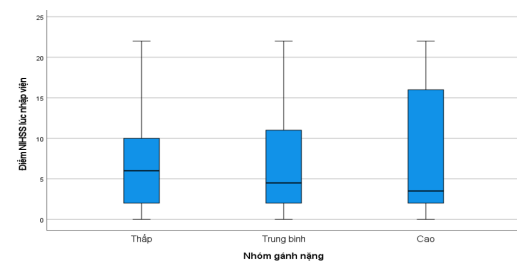
Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố mức độ gánh nặng yếu tố nguy cơ giữa hai nhóm tuổi ($p = 0,019$). Cụ thể, nhóm 18–35 tuổi tập trung chủ yếu ở mức gánh nặng thấp (75,0%). Ngược lại, nhóm 36–45 tuổi ghi nhận sự gia tăng rõ rệt của các mức gánh nặng lớn hơn, với tổng cộng 57,9% bệnh nhân mang gánh nặng từ trung bình đến cao (trong đó mức trung bình chiếm 32,9% và mức cao chiếm 25,0%).

3.3. Mối liên quan giữa gánh nặng yếu tố nguy cơ với mức độ khiếm khuyết thần kinh

Bảng 2. Phân bố điểm NIHSS theo mức độ gánh nặng yếu tố nguy cơ

Mức độ gánh nặng yếu tố nguy cơ	Số lượng (n=100)	Trung bình ± ĐLC	Trung vị NIHSS	Khoảng tứ phân vị (IQR 25th - 75th)	Min-Max	p-value
Thấp (0 - 1 YTNC)	50	7,06 ± 5,60	6	2 – 10	0 – 22	0,918*
Trung bình (2 YTNC)	28	7,11 ± 6,66	4,5	2 – 11	0 – 22	
Cao (≥ 3 YTNC)	22	7,82 ± 7,47	3,5	2 – 16	0 – 22	
* Kiểm định Kruskal-Wallis						

Nhận xét: Phân tích cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm NIHSS lúc nhập viện giữa ba nhóm gánh nặng yếu tố nguy cơ ($p = 0,918$). Khi mức độ gánh nặng tăng từ thấp lên cao, điểm trung bình NIHSS có xu hướng tăng nhẹ (từ 7,06 lên 7,82 điểm), trong khi giá trị trung vị lại có chiều hướng giảm dần (từ 6,0 xuống 3,5 điểm). Cả ba nhóm đều ghi nhận sự dao động điểm số rất rộng từ mức độ nhẹ (0 điểm) đến rất nặng (22 điểm).



Biểu đồ 1. Sự phân tán điểm NIHSS theo mức độ gánh nặng yếu tố nguy cơ

Nhận xét: Biểu đồ hộp cho thấy sự phân tán điểm NIHSS giãn rộng tương ứng với sự gia tăng gánh nặng yếu tố nguy cơ. Nhóm gánh nặng thấp có dữ liệu phân bố tương đối tập trung (IQR: 2–10 điểm). Ngược lại, nhóm gánh nặng cao thể hiện mức độ phân tán dữ liệu mạnh nhất với khoảng tứ phân vị rộng nhất (IQR: 2–16 điểm) và xuất hiện các giá trị ngoại lai có điểm khiếm khuyết thần kinh rất nặng lên đến 22 điểm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Khảo sát trên 100 bệnh nhân nhồi máu não người trẻ, chúng tôi ghi nhận nhóm tuổi 36–45 chiếm ưu thế (76,0%), với độ tuổi trung bình là $38,6 \pm 5,5$. Nam giới chiếm tỷ lệ 61,0%, cao gấp 1,5 lần nữ giới. Tỷ lệ này hoàn toàn phù hợp với các báo cáo trong nước hiện nay, điển hình là nghiên cứu tác giả Nguyễn Văn Tuyến ghi nhận nam giới chiếm tỷ lệ áp đảo (trên 60%) trong nhóm đột quỵ thanh niên¹. Sự chênh lệch này có thể xuất phát từ việc nam giới thường xuyên tiếp xúc sớm với các thói quen sinh hoạt có hại.

Đánh giá về mức độ khiếm khuyết thần kinh lúc khởi phát, trung vị điểm NIHSS của toàn bộ mẫu nghiên cứu ghi nhận ở mức 5 điểm. Kết quả này có sự tương đồng với các y văn trên thế giới. Theo nghiên cứu của Bigi S và cộng sự (2011) trên nhóm bệnh nhân nhồi máu não từ 16 - 45 tuổi, trung vị điểm NIHSS cũng được ghi nhận là 6 điểm³. Nhìn chung, bệnh nhân trẻ tuổi thường có biểu hiện lâm sàng ban đầu ở mức độ từ nhẹ đến trung bình do khả năng bù trừ của hệ tuần hoàn bàng hệ vẫn còn tốt. Dù vậy, khoảng dao động rộng đến 22 điểm vẫn cảnh báo sự tồn tại của những ca đột quỵ vô cùng nghiêm trọng.

Về đặc điểm bệnh nền, tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất, chiếm 54,0%. Tỷ lệ này cao tương đương với báo cáo của tác giả Nguyễn Văn Tuyến thực hiện ở bệnh viện Bạch Mai (47,8%) và tác giả Kissela thực hiện tại Hoa Kỳ (44%)^{4,8}. Tỷ lệ này là một hồi chuông báo động về tình trạng trẻ hóa của bệnh lý tim mạch - chuyển hóa, cũng như thực trạng kiểm soát huyết áp chưa triệt để ở nhóm người lao động trẻ đặc biệt tại các nước đang phát triển.

4.2. Đặc điểm phân hóa gánh nặng yếu tố nguy cơ tim mạch - chuyển hóa giữa hai nhóm tuổi

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự dịch chuyển rủi ro rõ rệt qua mốc 35 tuổi ($p = 0,019$). Nhóm 18–35 tuổi chủ yếu mang gánh nặng thấp, chỉ có 25% mang đa gánh nặng yếu tố nguy cơ tim mạch- chuyển hóa, trong khi 57,9% bệnh nhân nhóm 36–45 tuổi lại mang đa nguy cơ (từ 2 yếu tố trở lên). Điều này đồng thuận với các báo cáo của Tang M (2022) và George MG (2020), khẳng định nửa sau tuổi thanh niên là giai đoạn tăng nhanh việc tích lũy các rối loạn chuyển hóa do thói quen sinh hoạt bất lợi và thiếu hụt dự phòng tiên phát^{4,8}.

Mặt khác, việc 75% bệnh nhân dưới 35 tuổi vắng bóng gánh nặng chuyển hóa gợi ý cơ chế nhồi máu não ít phụ thuộc vào xơ vữa động mạch kinh điển. Quan điểm này tương đồng với các nghiên cứu dịch tễ trong nước điển hình như nghiên cứu của Giáp

Ánh Tuyết (2024) cũng như các báo cáo quốc tế của George MG (2020) và Ponomareva (2025), khi tỷ lệ yếu tố nguy cơ truyền thống ở nhóm tuổi rất trẻ thường thấp hơn rõ rệt so với nhóm trung niên^{2,4,7}. Chính sự vắng bóng của các yếu tố nguy cơ kinh điển này là cơ sở để các bác sĩ lâm sàng cần chủ động mở rộng tầm soát các nguyên nhân đặc thù như bóc tách động mạch, bệnh lý đông máu, hoặc còn lỗ bầu dục (PFO), nhằm xây dựng chiến lược chẩn đoán cá thể hóa và chuyên sâu hơn⁸.

4.3. Mối liên quan giữa gánh nặng yếu tố nguy cơ với mức độ khiếm khuyết thần kinh

Kết quả phân tích cho thấy một hiện tượng lâm sàng vô cùng thú vị và mang tính phân cực cao. Nhìn tổng thể, kiểm định thống kê không cho thấy sự tương quan tuyến tính thuận chiều về điểm NIHSS giữa các nhóm ($p = 0,918$). Tuy nhiên, khi gánh nặng yếu tố nguy cơ tăng từ thấp lên cao, dữ liệu lại xuất hiện một sự thay đổi nghịch lý: điểm trung bình có xu hướng tăng (từ 7,06 lên 7,82), nhưng điểm trung vị lại giảm sâu (từ 6,0 xuống 3,5). Đồng thời, nhóm nguy cơ cao lại là nhóm có độ giãn rộng của khoảng tứ phân vị lớn nhất (IQR: 2 – 16) và xuất hiện các điểm ngoại lai với mức độ khiếm khuyết thần kinh lên tới 22 điểm.

Hiện tượng phân cực này hoàn toàn phù hợp với cơ chế tổn thương kép của hội chứng chuyển hóa đã được y văn ghi nhận. Một mặt, môi trường viêm hệ thống do đa yếu tố tim mạch - chuyển hóa thúc đẩy tổn thương tiểu động mạch xuyên, dẫn đến nhồi máu lỗ khuyết với điểm NIHSS thấp. Cơ chế này đã được chứng minh trong nghiên cứu lớn của Ponomareva và cộng sự (2025) khi đã nêu lên hội chứng chuyển hóa làm tăng nguy cơ bệnh lý vi mạch não ở thanh niên⁷.

Mặt khác, chính sự cộng dồn các yếu tố này lại là chất xúc tác mạnh mẽ đẩy nhanh quá trình xơ vữa động mạch lớn. Theo báo cáo của George MG (2020) và Tang M (2022), sự gia tăng đồng thời của huyết áp tâm thu, rối loạn lipid máu và kháng insulin có mối liên hệ mật thiết với hình thành mảng xơ vữa ở mạch máu lớn, tạo ra các ca nhồi máu diện rộng với điểm NIHSS cao đột biến^{4,8}.

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 100 trường hợp nhồi máu não ở người trẻ, nghiên cứu ghi nhận mốc 35 tuổi là một điểm chuyển giao dịch tễ quan trọng. Cụ thể, nhóm bệnh nhân 18–35 tuổi chủ yếu mang gánh nặng nguy cơ thấp với căn nguyên không xác định chiếm ưu thế, trong khi nhóm 36–45 tuổi lại thể hiện sự tích lũy bùng nổ của các yếu tố nguy cơ tim mạch

– chuyển hóa (57,9% mang đa nguy cơ), dẫn đến sự chuyển dịch căn nguyên sang bệnh lý mạch máu nhỏ và xơ vữa động mạch lớn. Bên cạnh đó, gánh nặng yếu tố nguy cơ cộng gộp không làm tăng điểm khiếm khuyết thần kinh (NIHSS) theo quy luật tuyến tính mà tạo ra hiện tượng phân cực lâm sàng rõ rệt, đẩy bệnh nhân đa nguy cơ vào hai thái cực đối lập: hoặc khiếm khuyết nhẹ do nhồi máu lỗ khuyết, hoặc tàn phế nghiêm trọng do nứt vỡ mảng xơ vữa từ mạch lớn. Từ bức tranh lâm sàng này, chúng tôi khuyến nghị một chiến lược tiếp cận cá thể hóa: cần chủ động mở rộng tầm soát các nguyên nhân đặc thù (như bóc tách mạch, bệnh lý đông máu, PFO) ở thanh niên dưới 35 tuổi, đồng thời kiểm soát quyết liệt các yếu tố nguy cơ truyền thống ở nhóm tuổi trung niên nhằm ngăn chặn chuỗi bệnh lý mạch máu cộng dồn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Tuyền, Đinh Thị Hải Hà, Nguyễn Hải Linh. Stroke in young adults. Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy. 2023.18(7), <https://doi.org/10.52389/ydls.v18ita.2129>.
2. Giáp Ánh Tuyết, Nguyễn Văn Hường, Nguyễn Thị Trang. Căn nguyên nhồi máu não ở người trẻ tuổi có gì khác biệt: Một nghiên cứu trên 59 trường hợp tại Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024.543(10), 458-66.
3. Bigi S, Fischer U, Wehrli E, Mattle HP, Boltshauser E, Bürki S, et al. Acute ischemic stroke in children versus young adults. Annals of neurology. 2011.70(2), 245-54, <https://doi.org/10.1002/ana.22427>.
4. George MG. Risk Factors for Ischemic Stroke in Younger Adults: A Focused Update. Stroke. 2020.51(3), 729-35, <https://doi.org/10.1161/strokeaha.119.024156>.
5. Kissela BM, Khoury JC, Alwell K, Moomaw CJ, Woo D, Adeoye O, et al. Age at stroke: temporal trends in stroke incidence in a large, biracial population. Neurology. 2012.79(17), 1781-7, <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e318270401d>.
6. O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. Lancet (London, England). 2016.388(10046), 761-75, [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)30506-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30506-2).
7. Ponomareva MS, Shchepankevich LA, Rerikh KV, Zatyanko AV, Antonova KV, Tanashyan MM. Metabolic predictors of ischemic stroke in young adults. Annals Of Clinical And Experimental Neurology. 2025.19(1), 21-9, <https://doi.org/10.17816/ACEN.1274>.
8. Tang M, Han G, Yao M, Peng B, Zhu Y, Zhou L, et al. Risk Factors of Ischemic Stroke in Young Adults: A Chinese Single-Center Study. Frontiers in neurology. 2022.13(874770), <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.874770>.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐẶT STENT CHUYỂN HƯỚNG DÒNG CHẢY ĐIỀU TRỊ TÚI PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO CỔ RỘNG CHƯA VỠ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA

Đoàn Thị Bích¹, Lê Hồng Ninh¹, Lương Hữu Dương¹, Mai Văn Hà¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết quả bước đầu của đặt stent chuyển hướng dòng chảy trong điều trị túi phình động mạch não cổ rộng chưa vỡ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa.

Đối tượng và phương pháp: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết quả bước đầu của đặt stent chuyển hướng dòng chảy trong điều trị túi phình động mạch não cổ rộng chưa vỡ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh

Thanh Hóa.

Kết quả: Tuổi trung bình 65,1 tuổi, nữ chiếm 88,9%. Triệu chứng chủ yếu là đau đầu (88,9%). Tổng cộng 10 túi phình, tất cả đều dạng túi và nằm tại động mạch cảnh trong. Kích thước < 7 mm chiếm 77,8%. Tổng số 11 stent được sử dụng, trung bình 1,1 stent/túi phình. Tỷ lệ thành công kỹ thuật đạt 100%. Không ghi nhận biến chứng trong và sau can thiệp trong thời gian nằm viện. Thời gian nằm viện trung bình 11,3 ngày.

Kết luận: Đặt stent chuyển hướng dòng chảy là phương pháp điều trị khả thi, an toàn và hiệu quả bước đầu đối với túi phình động mạch não cổ rộng chưa vỡ tại tuyến tỉnh.

Từ khóa: túi phình động mạch não chưa vỡ, stent chuyển hướng dòng chảy, động mạch cảnh trong, can thiệp nội mạch.

¹Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Thanh Hóa
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Bích
Email: drlinhbich@gmail.com
Mã bài: N726
Ngày nhận bài: 11/4/2026
Ngày phản biện khoa học: 9/4/2026
Ngày duyệt bài: 11/5/2026