

viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ”, *Tạp chí Y học Việt Nam*. 551(1), tr. 41-45.

4. **Nguyễn Hữu Nghĩa và Nguyễn Thị Diễm** (2021), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân suy tim mất bù cấp bằng thang đo chất lượng cuộc sống KCCQ”, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. 93, tr. 158-164.
5. **Ngô Văn Te và các cộng sự.** (2022), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân suy tim mạn kèm đái tháo đường týp 2 tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang năm 2021–2022”, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 53, tr. 127-132.
6. **Nguyễn Thanh Xuân, Nguyễn Oanh Oanh và Đặng Đức Trịnh** (2023), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng dịch ở bệnh nhân suy tim mạn tính”, *Tạp chí Y học Việt Nam*. 525(1A), tr. 22-26.

7. **Amy Groenewegen và các cộng sự.** (2020), “Epidemiology of heart failure”, *European Journal of Heart Failure*. 22(8), tr. 1342-1356.
8. **Biyykem Bozkurt và các cộng sự.** (2021), “Universal Definition and Classification of Heart Failure: A Report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing Committee of the Universal Definition of Heart Failure”, *European Journal of Heart Failure*. 23(3), tr. 352-380.
9. **Yancy, C. W. và Jessup, M.** (2013), “2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure”, *Journal of the American College of Cardiology*. 62(16), tr. 147-239.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY NHỒI MÁU NÃO CẤP TẠI KHOA CẤP CỨU - BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG NĂM 2025

Vương Thị Thuý¹, Phạm Thị Bích Hạnh¹, Nguyễn Văn Trọng¹,
Phạm Vũ Cường¹, Đoàn Văn Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và diễn biến trong 72 giờ đầu

u ở người bệnh đột quy nhồi máu não cấp tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 85 người bệnh, thu thập số liệu tại thời điểm nhập viện, sau 24 giờ và sau 72 giờ.

Kết quả: Tuổi trung bình là 69,88 ± 12,30; nam giới chiếm 56,5%; tăng huyết áp là bệnh lý nền thường gặp nhất. Có 68,2% người bệnh nhập viện sau 4,5 giờ. Triệu chứng thường gặp là yếu/liệt nửa người, nói ngọng/nói khó, đau đầu và chóng mặt. Sau 72 giờ, triệu chứng lâm sàng và các thang điểm đánh giá có xu hướng cải thiện; 64,7% người bệnh cải thiện triệu chứng.

¹Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Vương Thị Thuý

Email: thuyddbvdckhd@gmail.com

Mã bài: **N833**

Ngày nhận bài: 17/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2026

Ngày duyệt bài: 15/6/2026

Kết luận: Người bệnh trong nghiên cứu có xu hướng tập trung ở nhóm tuổi cao, đa số nhập viện muộn sau 4,5 giờ; kết quả sau 72 giờ chỉ phản ánh diễn biến sớm của nhóm nghiên cứu.

Từ khóa: Đột quy nhồi máu não cấp, đặc điểm lâm sàng, NIHSS, Glasgow, 72 giờ đầu.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE AT THE EMERGENCY DEPARTMENT OF HA DONG GENERAL HOSPITAL IN 2025

Objective: To describe the clinical characteristics and 72-hour progression among patients with acute ischemic stroke at the Emergency Department of Ha Dong General Hospital in 2025.

Subjects and methods: A prospective descriptive study was conducted among 85 patients with acute ischemic stroke. Data were collected at admission, 24 hours after admission, and 72 hours after admission.

Results: The mean age of the patients was

69.88 ± 12.30 years, and males accounted for 56.5%. Hypertension was the most common comorbidity. Most patients were admitted more than 4.5 hours after symptom onset (68.2%). The common clinical manifestations were hemiparesis or hemiplegia, dysarthria or speech difficulty, headache, and dizziness. After 72 hours, clinical symptoms and assessment scores tended to improve, with clinical improvement observed in 64.7% of patients.

Conclusion: In this study, patients with acute ischemic stroke tended to be older adults, and most were admitted beyond the 4.5-hour time window. Clinical symptoms and assessment scores showed early improvement after 72 hours; however, these findings reflect only the short-term progression of the study population.

Keywords: *Acute ischemic stroke, clinical characteristics, NIHSS, Glasgow, first 72 hours.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là một trong những nguyên nhân quan trọng gây tử vong và tàn tật trên thế giới. Gánh nặng bệnh tật do đột quỵ vẫn ở mức cao, đặc biệt tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình (1). Tại Việt Nam, đột quỵ là vấn đề y tế được quan tâm, đòi hỏi hệ thống cấp cứu, điều trị và chăm sóc giai đoạn cấp ngày càng được chuẩn hóa (2).

Đột quỵ nhồi máu não cấp cần được chẩn đoán sớm dựa trên biểu hiện lâm sàng, đánh giá mức độ nặng và chẩn đoán hình ảnh để định hướng xử trí phù hợp (3). Thời gian từ khởi phát triệu chứng đến khi tiếp cận điều trị có ý nghĩa quan trọng đối với tiên lượng người bệnh (4). Trong 72 giờ đầu, tình trạng lâm sàng có thể thay đổi nhanh, vì vậy theo dõi bằng các thang điểm Glasgow, NIHSS, Barthel và mRankin có ý nghĩa trong đánh giá tình trạng ý thức, mức độ thiếu sót thần kinh, khả năng độc lập chức năng và mức độ suy giảm chức năng của người bệnh (3–5).

Một số nghiên cứu trong nước cho thấy đặc điểm lâm sàng của người bệnh đột quỵ thiếu máu não cấp khá đa dạng (6,7). Tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Đa khoa Hà Đông, số liệu mô tả có hệ thống về đặc điểm lâm sàng và diễn biến trong 72 giờ đầu ở nhóm người bệnh này còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và diễn biến trong 72 giờ đầu ở người bệnh đột quỵ nhồi máu não cấp tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não cấp, điều trị tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông từ tháng 04 đến tháng 09 năm 2025. Người bệnh được lựa chọn khi có tổn thương não do đột quỵ trên CT hoặc MRI sọ não, điều trị nội trú đủ 72 giờ tại Khoa Cấp cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ các trường hợp người bệnh/người nhà không đồng ý tham gia, tiên lượng tử vong hoặc điều trị dưới 72 giờ.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn toàn bộ người bệnh được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não cấp điều trị tại Khoa Cấp cứu, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Thực tế nghiên cứu thu thập được 85 người bệnh.

2.4. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu gồm: đặc điểm chung, tiền sử bệnh lý và yếu tố nguy cơ; đặc điểm bệnh sử, thời gian nhập viện, địa điểm khởi phát; triệu chứng lâm sàng tại thời điểm vào viện và sau 72 giờ; các thang điểm Glasgow, NIHSS, Barthel và mRankin tại T1, T2, T3.

2.5. Công cụ và quy trình thu thập số liệu

Số liệu được thu thập bằng phiếu nghiên cứu thiết kế sẵn thông qua phỏng vấn người bệnh/người nhà, thăm khám lâm sàng và khai thác hồ sơ bệnh án. Các thông tin được ghi nhận tại 3 thời điểm: T1 khi nhập viện, T2 sau 24 giờ và T3 sau 72 giờ điều trị nội trú. Tại mỗi thời điểm, nghiên cứu ghi nhận triệu chứng lâm sàng và các thang điểm đánh giá gồm Glasgow, NIHSS, Barthel và mRankin theo phiếu thu thập số liệu thống nhất.

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá

Điểm Glasgow được phân loại thành 3 mức: nhẹ 13-15 điểm, trung bình 9-12 điểm và nặng 3-8 điểm.

Điểm NIHSS được phân loại thành 4 mức: nhẹ 1-5 điểm, trung bình 6-10 điểm, trung bình đến nặng 11-20 điểm và rất nặng >20 điểm.

Điểm Barthel phân thành 3 mức: độc lập, phụ thuộc một phần, phụ thuộc hoàn toàn.

Điểm mRankin gồm các mức: bình thường, giảm khả năng không đáng kể, giảm khả năng nhẹ, giảm khả năng trung bình, giảm khả năng nặng và giảm khả năng rất nặng.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch, mã hóa và xử lý bằng phần mềm thống kê. Các biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được trình bày bằng trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất và giá trị lớn nhất.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Người bệnh hoặc người nhà người bệnh được giải thích về mục tiêu và nội dung nghiên cứu trước khi tham gia. Các thông tin thu thập được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu không can thiệp vào quá trình chẩn đoán, điều trị và chăm sóc thường quy của người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung, tiền sử bệnh lý và yếu tố nguy cơ của người bệnh (n = 85)

Đặc điểm	Phân nhóm/giá trị	n	%
Tuổi	Trung bình $\pm$ SD (min–max)		69,88 $\pm$ 12,30 (41–92)
Nhóm tuổi	≤ 65 tuổi	30	35,3
	> 65 tuổi	55	64,7
Giới	Nam	48	56,5
	Nữ	37	43,5
BMI	Trung bình $\pm$ SD (min–max)		22,10 $\pm$ 2,51 (16,65–31,22)
Phân loại BMI	Gầy	5	5,9
	Bình thường	50	58,8
	Thừa cân	22	25,9
	Béo phì	8	9,4
Tiền sử bệnh lý	Tăng huyết áp	45	52,9
	Đái tháo đường	17	20,0
	Rối loạn lipid máu	25	29,4
	Đột quỵ cũ	10	11,8
	Đột quỵ thiếu máu não thoáng qua (TIA)	20	23,5
Yếu tố nguy cơ	Uống bia/rượu	34	40,0
	Hút thuốc lá	24	28,2
	Ăn uống đồ dầu mỡ	40	47,1
	Tiền sử gia đình có người đột quỵ	4	4,7

Ghi chú: Một người bệnh có thể có nhiều tiền sử bệnh lý hoặc yếu tố nguy cơ.

Nhận xét: Tuổi trung bình của người bệnh là 69,88 $\pm$ 12,30 tuổi; nhóm trên 65 tuổi chiếm 64,7%. Nam giới chiếm 56,5%; BMI trung bình là 22,10 $\pm$ 2,51 kg/m². Tăng huyết áp là bệnh lý nền thường gặp nhất với 52,9%; yếu tố nguy cơ lối sống hay gặp là ăn uống đồ dầu mỡ 47,1% và uống bia/rượu 40,0%.

Bảng 3.2. Đặc điểm bệnh sử của người bệnh (n = 85)

Đặc điểm	Phân nhóm/giá trị	n	%
Thời gian từ khởi phát đến nhập viện	Trung bình $\pm$ SD (min-max), giờ		10,93 $\pm$ 8,15, (1-32)
	$\leq 4,5$ giờ	27	31,8
	$> 4,5$ giờ	58	68,2
	≤ 6 giờ	34	40,0
	> 6 giờ	51	60,0
Địa điểm khởi phát	Tại nhà	75	88,2
	Cơ quan	9	10,6
	Khác	1	1,2

Nhận xét: Thời gian trung bình từ khởi phát triệu chứng đến nhập viện là 10,93 $\pm$ 8,15 giờ. Chỉ có 31,8% người bệnh nhập viện trong vòng 4,5 giờ đầu, trong khi 68,2% nhập viện sau 4,5 giờ. Đa số người bệnh khởi phát triệu chứng tại nhà, chiếm 88,2%.

Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng của người bệnh lúc vào viện và sau 72 giờ

Triệu chứng lâm sàng	Lúc vào viện n (%)	Sau 72 giờ n (%)
Yếu/liệt nửa người	62 (72,9)	56 (65,9)
Đau đầu	45 (52,9)	33 (38,8)
Chóng mặt	34 (40,0)	23 (27,1)
Buồn nôn/nôn	15 (17,6)	4 (4,7)
Thất ngôn	4 (4,7)	3 (3,5)
Nói ngọng/nói khó	50 (58,8)	47 (55,3)

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất lúc vào viện là yếu/liệt nửa người 72,9%, tiếp theo là nói ngọng/nói khó 58,8%, đau đầu 52,9% và chóng mặt 40,0%. Sau 72 giờ, hầu hết các triệu chứng đều giảm; giảm rõ nhất là buồn nôn/nôn từ 17,6% xuống 4,7%.

Bảng 3.4. Diễn biến các thang điểm đánh giá và mức độ cải thiện triệu chứng sau 72 giờ

Chỉ số	Phân nhóm/giá trị	T1 n (%)	T2 n (%)	T3 n (%)
Glasgow	Nhẹ	79 (92,9)	82 (96,5)	82 (96,5)
	Trung bình	5 (5,9)	2 (2,4)	2 (2,4)
	Nặng	1 (1,2)	1 (1,2)	1 (1,2)
	Trung bình $\pm$ SD	13,85 $\pm$ 1,03	14,48 $\pm$ 1,03	14,66 $\pm$ 1,01
NIHSS	Nhẹ	62 (72,9)	60 (70,6)	66 (77,6)
	Trung bình	17 (20,0)	20 (23,5)	16 (18,8)
	Trung bình đến nặng	5 (5,9)	4 (4,7)	2 (2,4)
	Rất nặng	1 (1,2)	1 (1,2)	1 (1,2)
	Trung bình $\pm$ SD	4,72 $\pm$ 3,83	4,66 $\pm$ 3,52	3,54 $\pm$ 3,68

Barthel	Độc lập	17 (20,0)	44 (51,8)	61 (71,8)
	Phụ thuộc một phần	60 (70,6)	33 (38,8)	15 (17,6)
	Phụ thuộc hoàn toàn	8 (9,4)	8 (9,4)	9 (10,6)
mRankin	Giảm khả năng không đáng kể	4 (4,7)	13 (15,3)	31 (36,5)
	Giảm khả năng nhẹ	32 (37,6)	34 (40,0)	25 (29,4)
	Giảm khả năng trung bình	31 (36,5)	24 (28,2)	16 (18,8)
	Giảm khả năng nặng	18 (21,2)	12 (14,1)	10 (11,8)
	Giảm khả năng rất nặng	0 (0,0)	2 (2,4)	3 (3,5)
Cải thiện triệu chứng sau 72 giờ	Có cải thiện			55 (64,7)
	Ít cải thiện/không cải thiện			30 (35,3)

Nhận xét: Sau 72 giờ, điểm Glasgow trung bình tăng, điểm NIHSS trung bình giảm; tỷ lệ độc lập theo Barthel và giảm khả năng không đáng kể theo mRankin đều tăng. Có 64,7% người bệnh cải thiện triệu chứng lâm sàng sau 72 giờ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung, tiền sử bệnh lý và yếu tố nguy cơ

Nghiên cứu trên 85 người bệnh đột quỵ nhồi máu não cấp cho thấy tuổi trung bình là $69,88 \pm 12,30$ tuổi, nhóm trên 65 tuổi chiếm 64,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với đặc điểm đột quỵ thường gặp ở người cao tuổi và bối cảnh gánh nặng đột quỵ gia tăng theo tuổi (1,2). Nam giới chiếm 56,5%, tương đồng với một số nghiên cứu trong nước về đột quỵ thiếu máu não cấp (6,7).

Về tiền sử bệnh lý, tăng huyết áp là bệnh lý nền thường gặp nhất (52,9%), tiếp theo là rối loạn lipid máu (29,4%), cơn thiếu máu não thoáng qua (23,5%) và đái tháo đường (20,0%). Kết quả này phù hợp với INTERSTROKE, trong đó tăng huyết áp, hút thuốc, đái tháo đường, chế độ ăn và rượu là các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi liên quan đến đột quỵ (8). Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy bên cạnh điều trị giai đoạn cấp, việc quản lý yếu tố nguy cơ và tư vấn dự phòng tái phát sau đột quỵ rất cần được chú trọng. Tuy nhiên, một số thông tin về tiền sử và yếu tố nguy cơ được khai thác từ người bệnh/người nhà nên có thể có sai sót nhớ lại, đặc biệt ở người bệnh có rối loạn ngôn ngữ hoặc thay đổi ý thức.

4.2. Thời gian nhập viện và đặc điểm khởi phát bệnh

Thời gian trung bình từ khởi phát đến nhập viện

là $10,93 \pm 8,15$ giờ; 68,2% người bệnh nhập viện sau 4,5 giờ. Theo hướng dẫn của Bộ Y tế và AHA/ASA, thời gian tiếp cận điều trị có ý nghĩa quan trọng đối với khả năng tái tưới máu và tiên lượng hồi phục (3,4). Tỷ lệ nhập viện muộn trong nghiên cứu hiện tại cho thấy vẫn còn khoảng trống trong nhận biết dấu hiệu đột quỵ, quyết định đưa người bệnh đến viện và tiếp cận hệ thống cấp cứu.

Đa số người bệnh khởi phát tại nhà, chiếm 88,2%, tương tự nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn (6). Kết quả này càng nhấn mạnh vai trò của người thân trong phát hiện sớm dấu hiệu đột quỵ và đưa người bệnh đến cơ sở y tế kịp thời. Tuy nhiên, do nghiên cứu thực hiện tại một khoa cấp cứu với cỡ mẫu hạn chế, kết quả chỉ phản ánh thực trạng tại địa điểm nghiên cứu.

4.3. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng và diễn biến sau 72 giờ

Triệu chứng thường gặp nhất lúc vào viện là yếu/liệt nửa người, tiếp theo là nói ngọng/nói khó, đau đầu và chóng mặt. Đây là các biểu hiện phù hợp với đặc điểm lâm sàng của nhồi máu não cấp, trong đó yếu/liệt nửa người và rối loạn lời nói là các dấu hiệu thần kinh khu trú điển hình. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn và Bệnh viện Thanh Nhàn (6,7).

Sau 72 giờ điều trị, hầu hết các triệu chứng lâm sàng đều có xu hướng giảm. Triệu chứng buồn nôn/nôn giảm rõ nhất, từ 17,6% xuống 4,7%;

đầu đầu giảm từ 52,9% xuống 38,8%; chóng mặt giảm từ 40,0% xuống 27,1%. Tuy nhiên, yếu/liệt nửa người và nói ngọng/nói khó vẫn còn chiếm tỷ lệ tương đối cao, gợi ý các thiếu sót thần kinh khu trú cần thời gian hồi phục dài hơn. Do nghiên cứu chỉ theo dõi trong 72 giờ đầu, kết quả này chỉ phản ánh diễn biến sớm, chưa đại diện cho hồi phục dài hạn.

4.4. Diễn biến các thang điểm Glasgow, NIHSS, Barthel và mRankin trong 72 giờ đầu

Phần lớn người bệnh có điểm Glasgow mức nhẹ tại thời điểm nhập viện, chiếm 92,9%; điểm Glasgow trung bình là $13,85 \pm 1,03$. Sau 72 giờ, tỷ lệ Glasgow mức nhẹ tăng lên 96,5% và điểm Glasgow trung bình tăng lên $14,66 \pm 1,01$. Kết quả này cho thấy tình trạng ý thức của người bệnh nhìn chung ổn định và có xu hướng cải thiện trong 72 giờ đầu. So với nghiên cứu tại Bệnh viện Thanh Nhàn, điểm Glasgow trung bình lúc nhập viện trong nghiên cứu này cao hơn, gợi ý nhóm người bệnh có mức độ rối loạn ý thức ban đầu nhẹ hơn (7). Tuy nhiên, do đa số người bệnh đã có điểm Glasgow cao ngay từ đầu nên mức cải thiện tuyệt đối sau 72 giờ không lớn.

Theo thang điểm NIHSS, đa số người bệnh ở mức nhẹ khi nhập viện, chiếm 72,9%; điểm NIHSS trung bình là $4,72 \pm 3,83$. Sau 72 giờ, tỷ lệ NIHSS mức nhẹ tăng lên 77,6%, nhóm trung bình đến nặng giảm từ 5,9% xuống 2,4%, điểm NIHSS trung bình giảm còn $3,54 \pm 3,68$. Kết quả này phản ánh xu hướng cải thiện mức độ thiếu sót thần kinh trong 72 giờ đầu. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Nguyệt và cộng sự, điểm NIHSS trung bình lúc nhập viện trong nghiên cứu này thấp hơn, cho thấy nhóm người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông có mức độ thiếu sót thần kinh ban đầu nhẹ hơn (7). Việc theo dõi lặp lại NIHSS trong giai đoạn cấp có ý nghĩa trong phát hiện sớm diễn biến xấu hoặc xu hướng hồi phục, từ đó hỗ trợ điều chỉnh kế hoạch điều trị và chăm sóc (3,4).

Khả năng độc lập chức năng cũng có xu hướng cải thiện sau 72 giờ. Tỷ lệ người bệnh độc lập theo thang điểm Barthel tăng từ 20,0% lúc nhập viện lên 71,8% sau 72 giờ; tỷ lệ phụ thuộc một phần giảm từ 70,6% xuống 17,6%. Theo thang điểm mRankin, tỷ lệ người bệnh giảm khả năng không đáng kể tăng từ 4,7% lên 36,5%; nhóm giảm khả năng trung bình và nặng đều giảm sau

72 giờ. Barthel và mRankin là các thang điểm thường được sử dụng trong nghiên cứu đột quỵ để đánh giá mức độ độc lập chức năng và tình trạng tàn tật/phụ thuộc của người bệnh (5). Kết quả nghiên cứu này cho thấy xu hướng cải thiện chức năng sớm trong 72 giờ đầu, đặc biệt ở nhóm người bệnh có mức độ phụ thuộc một phần yếu tố ban đầu.

Barthel và mRankin thường có giá trị trong đánh giá tình trạng chức năng và tàn tật ở người bệnh đột quỵ, nhưng quá trình hồi phục thường kéo dài hơn 72 giờ. Do đó, sự cải thiện Barthel và mRankin trong nghiên cứu này chỉ phản ánh diễn biến chức năng ban đầu, chưa thể đại diện cho kết cục dài hạn. Sau 72 giờ, vẫn còn 35,3% người bệnh ít cải thiện hoặc chưa cải thiện triệu chứng lâm sàng, cho thấy cần tiếp tục theo dõi sát, kiểm soát yếu tố nguy cơ, chăm sóc toàn diện và phục hồi chức năng sau giai đoạn cấp.

Tóm lại, sau 72 giờ, tình trạng ý thức, mức độ thiếu sót thần kinh và khả năng độc lập chức năng có xu hướng cải thiện; tuy nhiên, kết quả nghiên cứu này chỉ phản ánh diễn biến sớm trong giai đoạn cấp và cần được tiếp tục đánh giá ở các thời điểm dài hạn hơn.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh đột quỵ nhồi máu não cấp có xu hướng tập trung ở nhóm tuổi cao, nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới; tăng huyết áp là bệnh lý nền được ghi nhận thường gặp và phần lớn người bệnh nhập viện sau 4,5 giờ kể từ khi khởi phát. Sau 72 giờ điều trị, triệu chứng lâm sàng và các thang điểm Glasgow, NIHSS, Barthel, mRankin có xu hướng cải thiện; tuy nhiên, do cỡ mẫu còn hạn chế và thời gian theo dõi ngắn, kết quả chỉ phản ánh diễn biến sớm của nhóm người bệnh nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Feigin VL, Abate MD, Abate YH, ElHafeez SA, Abd-Allah F, Abdelalim A, và c.s. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet Neurology. 1 Tháng Mười 2024;23(10):973–1003. doi:10.1016/S1474-4422(24)00369-7 PubMed PMID: 39304265.

2. **Mai DT, Dao XC, Luong NK, Nguyen TK, Nguyen HT, Nguyen TN.** Current State of Stroke Care in Vietnam. *Stroke Vasc Interv Neurol.* 8 Tháng Ba 2022;2(2):e000331. doi:10.1161/SVIN.121.000331 PubMed PMID: 41586263; PubMed Central PMCID: PMC12778760.
3. **Bộ Y Tế.** Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 05/11/2024 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đột quỵ não". 2024.
4. **Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, và c.s.** Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* Tháng Mười Hai 2019;50(12):e344–418. doi:10.1161/STR.0000000000000211
5. **Sulter G, Steen C, Jacques De Keyser.** Use of the Barthel Index and Modified Rankin Scale in Acute Stroke Trials. *Stroke.* Tháng Tám 1999;30(8):1538–41. doi:10.1161/01.STR.30.8.1538
6. **Nga ĐTQ, Trọng ND.** Kết quả chăm sóc người bệnh đột quỵ não trong vòng 12 giờ tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2020. *Viet Nam Journal of Traditional Medicine and Pharmacy.* 11 Tháng Năm 2021;36(3):73–8. doi:10.60117/vjmap.v36i3.155
7. **Nguyệt NT, Ngọc PTB, Trinh NT, Uyên ĐT, Ngọc PTB, Nguyễn NT, và c.s.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh đột quỵ thiếu máu não cấp tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2024. *VMJ.* 18 Tháng Bảy 2025;552(1). doi:10.51298/vmj.v552i1.14895
8. **O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, và c.s.** Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *The Lancet.* 20 Tháng Tám 2016;388(10046):761–75. doi:10.1016/S0140-6736(16)30506-2 PubMed PMID: 27431356.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM GÓC ĐÓNG MẠN TÍNH BẰNG LASER TẠO HÌNH CHÂN MỔNG MẮT PHỐI HỢP LASER CẮT MỔNG MẮT CHU BIÊN

Hoàng Thị Minh Thùy¹, Phạm Thị Thu Thủy², Nguyễn Thanh Hà³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị glôcôm góc đóng mạn tính bằng laser tạo hình chân mống mắt phối hợp laser cắt mống mắt chu biên.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, tiền cứu, không nhóm chứng, thực hiện trên 12 bệnh nhân với 20 mắt được chẩn đoán là glôcôm góc đóng mạn tính tại Bệnh viện Mắt

Trung ương từ tháng 7/2025 đến tháng 5/2026. Tất cả bệnh nhân được điều trị bằng laser tạo hình chân mống mắt phối hợp cắt mống mắt chu biên, theo dõi khám lại sau 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng. Các chỉ tiêu đánh giá bao gồm nhãn áp, số thuốc hạ nhãn áp sử dụng, độ mở góc tiền phòng và tỷ lệ thành công điều trị.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 64,6 ± 8,4 tuổi. Nhãn áp trung bình giảm từ 32,80 ± 10,77 mmHg trước điều trị xuống 19,70 ± 5,51 mmHg sau 1 tuần, 16,50 ± 3,80 mmHg sau 1 tháng và 16,45 ± 3,46 mmHg sau 3 tháng. Mức giảm nhãn áp sau 3 tháng đạt 46,67%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại tất cả các thời điểm khám lại ($p < 0,001$). Kết quả đánh giá cho thấy, thành công hoàn toàn chiếm 30% mắt, thành công không hoàn toàn 60% và thất bại 10%.

Kết luận: Laser tạo hình chân mống mắt phối hợp laser cắt mống mắt chu biên là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả đối với bệnh glôcôm góc đóng mạn

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung Ương

³Bệnh viện Hữu Nghị

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Minh Thùy

Email: Dr.hoangminhthuy@gmail.com

Mã bài: D21701

Ngày nhận bài: 25/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 21/4/2026

Ngày duyệt bài: 15/6/2026