

Kết quả thu được ở các bảng trên cho thấy rằng biến thiên nồng độ của mẫu thịt gà đều nằm trong phạm vi $\leq 15\%$, đạt yêu cầu. Giá trị CV% giữa các kết quả định lượng ở mỗi nồng độ đều $\leq 15\%$, đạt yêu cầu. Do đó, các mẫu thịt gà ổn định ở nhiệt độ phòng sau 6 giờ, trong autosampler sau 24 giờ, sau 3 chu kỳ đông – rã và sau bảo quản dài ngày (30 ngày).

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi đã xây dựng và thẩm định phương pháp định lượng chloramphenicol và florfenicol bằng máy sắc ký khối phổ siêu hiệu năng UPLC-MS/MS. Điều kiện của khối phổ gồm cột sắc ký: C18; $50 \times 2,1\text{mm}$; $1,7\mu\text{m}$, pha động: ACN: 0,1% acid formic/ H_2O (90:10) tốc độ dòng: 0,3mL/phút, thể tích tiêm: $2\mu\text{L}$. Phương pháp của chúng tôi đã trình bày kết quả khả quan về độ nhạy, độ chính xác và độ thu hồi của chloramphenicol và florfenicol phân tích định lượng. Phương pháp có độ đúng đạt yêu cầu (đạo động trong khoảng từ 85,29 – 114,40%), độ chính xác cao với giá trị CV% từ 6,38 – 8,61%. Tỷ lệ thu hồi cao của phương pháp đạt từ 88,25% - 96,71%. Phương pháp có độ ổn định đáp ứng các yêu cầu về phân tích theo hướng dẫn của ICH.

Số liệu của bài báo là một phần kết quả nghiên cứu của đề tài cấp Nhà nước "Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật MS-MS độ nhạy cao và Multiplex Realtime PCR thế hệ mới để phát hiện tác nhân hóa học và sinh học gây hại sức khỏe trong một số thực phẩm", mã số đề tài ĐTDL.CN-06/19

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2018), Dược thư quốc gia Việt Nam, NXB Y học.
2. Jaekyu Shin., Daniel F. Pauly., Julie A. Johnson., Reginal F. Frye (2008), "Simplified method for determination of clarithromycin in human plasma using protein precipitation in a 96 - well format and liquid chromatography - tandem mass spectrometry", Journal of Chromatography B 871, pp.130 - 134.
3. Xiumei Lu., Lingyun Chen., Dong Wang., Juan Liu., Yanjuan Wang., Famei Li (2008), "Quantification of Clarithromycin in Human Plasma by UPLC - MS - MS", Shenyang Pharmaceutical University, June 2008.
4. Syed N Alvi., Saleh Al Dgither and Muhamad M Hammami (2016), "Rapid Determination of Clarithromycin in Human Plasma by LCMS/MS Assay", Pharmaceutical Analytical Chemistry Open Access, pp 2471 - 2695.
5. Guidance for industry - Bioanalytical method validation, FDA 2018.
6. Guidance on Bioanalytical method validation, EMA 2012.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CÁC BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ NHỒI MÁU NÃO ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN CHÂM CỨU TRUNG ƯƠNG NĂM 2020

Nguyễn Vinh Quốc¹, Nguyễn Đức Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng các bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương năm 2020 và một số yếu tố nguy cơ có thể kiểm soát liên quan. Đối tượng và phương pháp: 101 bệnh nhân được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não, không phân biệt tuổi, giới tính, tình nguyện tham gia nghiên cứu. Đánh giá đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng tổn thương thần kinh, đánh giá chức năng hoạt động bằng thang điểm Barthel và thang điểm Orgogozo, nhận xét một số yếu tố nguy cơ có thể kiểm soát liên quan. **Kết quả:** tuổi mắc bệnh trung bình là $70,6 \pm 8,5$, nam giới mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao (60,4%). Tổn thương lâm sàng thần kinh chủ

yếu là liệt vận động, liệt dây VII trung ương và rối loạn ngôn ngữ. Bệnh ảnh hưởng nhiều tới cuộc sống và sinh hoạt của người bệnh với điểm Barthel trung bình $53,34 \pm 8,14$, điểm Orgogozo trung bình $51,27 \pm 11,25$. Các yếu tố nguy cơ cao có liên quan tới đột quỵ nhồi máu não là tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu. **Kết luận:** cần điều trị sớm, kết hợp nhiều phương pháp nhằm giảm thiểu tối đa tàn phế, nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Từ khóa: đột quỵ nhồi máu não, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE TREATED AT CENTRAL ACUPUNCTURE HOSPITAL IN 2020

Objective: To describe the clinical characteristics of patients with ischemic stroke treated at the Central Acupuncture Hospital in 2020 and some related controllable risk factors. **Subjects and Methods:** 101 patients being diagnosed with ischemic stroke, regardless of age, gender, volunteered to participate in the study. Generalizing the characterization of patients, clinical features of nerve damage,

¹Viện Y học cổ truyền Quân đội,

²Bệnh viện Châm cứu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vinh Quốc

Email: quocnguyenvinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 20.01.2022

Ngày duyệt bài: 10.2.2022

assessment of functional activities by Barthel scale and Orgogozo scale, commented on some related controllable risk factors. **Results:** the average age of patient's was 70.6 ± 8.5 (years), the number of male suffered from the disease take high percentage (60.4%). The clinical nerve damage is mainly motor paralysis, central 7th nerve palsy and speech disorders. The disease greatly affects the patient's life and activities with average Barthel score was 53.34 ± 8.14, average Orgogozo score was 51.27 ± 11.25. The high risk factors associated with ischemic stroke are hypertension, diabetes, smoking, dyslipidemia. **Conclusion:** it is necessary to receive early treatment and combine some of methods to minimize disability and improve the patient's quality of life.

Keywords: ischemic stroke, risk factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật ở các quốc gia trên thế giới trong đó đột quỵ nhồi máu não (ĐQNMN) chiếm đa số với tỷ lệ 80% đến 85%, bệnh có xu hướng gia tăng ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [1], [2]. Tại Việt Nam, dự báo đến năm 2030 số mắc đột quỵ não sẽ tăng 1,85 lần so với năm 2010 [1]. Các di chứng do ĐQNMN là nguyên nhân gây tàn phế hàng đầu, tạo ra gánh nặng cho người bệnh, gia đình và xã hội khi đánh giá bằng số năm sống với chi số tàn tật Daly, chi phí điều trị và chăm sóc rất tốn kém [1], [2].

Từ tháng 03/2020 đến 11/2020, Bệnh viện Châm cứu Trung ương đã tiếp nhận điều trị nhiều bệnh nhân ĐQNMN. Để có cơ sở xây dựng phác đồ điều trị phù hợp, hiệu quả nhằm giảm thiểu tàn phế, nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh, góp phần đưa người bệnh trở lại cộng đồng. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu nhận xét các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân ĐQNMN và một số yếu tố nguy cơ có thể kiểm soát liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 101 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán ĐQNMN đã được điều trị qua giai đoạn cấp cứu, điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương/Bộ Y tế từ tháng 3 năm 2020 đến tháng 11 năm 2020. Tỉnh táo, đủ khả năng hợp tác với thầy thuốc (điểm Glasgow ≥ 9), tình nguyện tham gia nghiên cứu, phù hợp với chứng bán thân bất toại (trúng phong kinh lạc) theo Y học cổ truyền [3]. Không đưa vào nghiên cứu các BN có triệu chứng nặng, đe dọa tính mạng, BN đột quỵ xuất huyết não, u não, viêm não, chấn thương sọ não hoặc dị tật mạch máu não.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả, phân tích, tổng hợp số liệu qua hồ sơ

bệnh án các BN điều trị nội trú tại Bệnh viện.

2.3. Chỉ tiêu theo dõi và đánh giá

- Đặc điểm chung các BN nghiên cứu: tuổi, giới tính, thời gian từ khi khởi phát bệnh tới khi qua giai đoạn cấp tính.

- Đặc điểm lâm sàng tổn thương thần kinh: bên liệt vận động, tình trạng liệt dây VII trung ương, rối loạn ngôn ngữ.

- Đánh giá chức năng hoạt động: mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Barthel, chức năng thần kinh theo thang điểm Orgogozo.

- Một số yếu tố nguy cơ có thể kiểm soát liên quan ĐQNMN: tăng huyết áp, rối loạn Lipid máu, đái tháo đường, hút thuốc lá, bệnh lý tim khác.

2.4. Xử lý số liệu. Số liệu thu thập được xử lý bằng chương trình Microsoft Exel 2010. Sử dụng các thuật toán tính tỷ lệ phần trăm, tính số trung bình, độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung các bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung các bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ tiêu	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tuổi	≤50	08	7,9
	51-60	22	21,8
	61-70	29	28,7
	>70	42	41,6
	Tuổi trung bình (năm; $\bar{x} \pm SD$): 70,6 ± 8,5		
Giới tính	Nam	61	60,4
	Nữ	40	39,6
Thời gian từ khi khởi phát bệnh tới khi qua giai đoạn cấp tính	< 4 ngày	12	11,9
	4 - 7 ngày	63	62,4
	> 7 ngày	36	35,6

Tuổi mắc bệnh thấp nhất là 39, cao nhất là 86, tuổi trung bình các BN nghiên cứu là 70,6 ± 8,5 (năm). Bệnh có xu hướng tăng dần theo tuổi trong đó nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao (70,3%). Về giới tính, nam giới chiếm 60,4%. Tỷ lệ BN ĐQNMN có thời gian từ khi khởi phát bệnh tới khi qua giai đoạn cấp tính là 4 - 7 ngày chiếm 62,4%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng tổn thương thần kinh

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng các bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Bên liệt vận động	Phải	48	47,5
	Trái	53	52,5

Liệt dây VII trung ương	Có	63	62,4
	Không	38	37,6
Rối loạn ngôn ngữ	Có	68	67,3
	Không	33	32,7

Các biểu hiện lâm sàng tổn thương thần kinh khu trú chủ yếu gặp trên các BN ĐQNMN trong nghiên cứu là liệt dây thần kinh VII trung ương (62,4%), rối loạn ngôn ngữ (67,3%). Tỷ lệ liệt vận động nửa người bên phải và bên trái trong nghiên cứu là tương đương.

3.3. Đánh giá chức năng hoạt động các bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3. Chức năng hoạt động các bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não

Chỉ tiêu đánh giá		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thang điểm Barthel	0 – 25 (phụ thuộc hoàn toàn)	9	8,9
	26 – 75 (cần trợ giúp)	79	78,2
	76 – 100 (độc lập hoàn toàn)	13	12,9
	Trung bình (điểm; $\bar{x} \pm SD$)	53,34 \pm 8,14	
Thang điểm Orgogozo	0 – < 50 (kém)	14	13,9
	50 – 69 (trung bình)	72	71,2
	70 – 100 (khá, tốt)	15	14,9
	Trung bình (điểm; $\bar{x} \pm SD$)	51,27 \pm 11,25	

Tỷ lệ BN độc lập trong sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Barthel đánh giá ở mức độ cần trợ giúp chiếm 78,2% với điểm Barthel trung bình 53,34 \pm 8,14. Trạng thái chức năng thần kinh theo thang điểm Orgogozo đánh giá ở mức trung bình chiếm 71,2%, mức độ kém chiếm 14,9% với điểm Orgogozo trung bình 51,27 \pm 11,25.

3.4. Một số yếu tố nguy cơ có thể kiểm soát liên quan

Bảng 4. Một số yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	49	48,5
Đái tháo đường	22	21,8
Hút thuốc lá	19	18,8
Rối loạn Lipid máu	18	17,8
Bệnh lý tim khác	11	10,9

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ gặp với tỷ lệ cao nhất (48,5%), tiếp đến là đái tháo đường (21,8%), hút thuốc lá (18,8%), rối loạn lipid máu (17,8%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm chung các đối tượng nghiên cứu. Kết quả cho thấy ĐQNMN gặp ở nhiều độ tuổi khác nhau và tỷ lệ mắc bệnh có xu

hướng tăng dần theo tuổi. Nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao (70,3%), tuổi mắc bệnh trung bình là 70,6 \pm 8,5. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu đã thực hiện trước đó: Nguyễn Thị Bảo Liên nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của 42 BN ĐQNMN tại khoa Hồi sức cấp cứu/Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn năm 2011 nhận thấy tuổi mắc bệnh trung bình 63,7 \pm 13,7 và nhóm tuổi từ 50 – 75 là chủ yếu với 64,3% [4], Nguyễn Thành Công đánh giá 112 BN ĐQNMN tại Khoa Nội Tim mạch và Khoa Hồi sức tích cực/Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 9/2015 đến tháng 12/2017 nhận thấy tuổi mắc bệnh trung bình 67,5 \pm 7,8 [5], Nguyễn Thị Thu Hiền và cộng sự đánh giá 112 BN ĐQNMN tại khoa Thần kinh và khoa Nội Cán bộ Lão khoa - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019 nhận thấy tuổi mắc bệnh trung bình 72,0 \pm 10,5, trong đó nhóm tuổi trên 60 chiếm 88,4% [6], Nguyễn Đức Minh đánh giá 60 BN ĐQNMN sau giai đoạn cấp điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương năm 2017 nhận thấy nhóm tuổi trên 60 mắc bệnh chiếm 75% [7].... Theo Tổ chức Y tế thế giới, tuổi cao là một trong những yếu tố nguy cơ không thể kiểm soát của ĐQNMN, tuổi càng cao thì tích tụ càng nhiều yếu tố nguy cơ và các yếu tố nguy cơ này cũng làm tăng tỉ lệ mắc bệnh. Mặt khác, do điều kiện sống được cải thiện, sự quan tâm của chính phủ về chăm sóc y tế, ý thức của người dân được nâng cao... trong xã hội hiện tại, tuổi thọ trung bình của người dân tăng nên cũng cũng làm tăng tuổi mắc bệnh trung bình [1], [2]. Theo lý luận Y học cổ truyền, tuổi càng cao nguyên khí càng kém, công năng tạng phủ, khí huyết hư suy, dinh vệ, tấu lý sơ hờ... tà khí ở bên ngoài nhân cơ hội để xâm nhập vào kinh lạc, tạng phủ mà gây bệnh [3].

Tỷ lệ nam giới mắc bệnh cao hơn nữ giới (61/40), tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bảo Liên (25/17), Nguyễn Thành Công (59/53), Nguyễn Thị Thu Hiền (60/30), Nguyễn Đức Minh (33/27), Trần Minh Hiếu ((59/41) [4], [5], [6], [7], [8]. Tỷ lệ nam giới bị ĐQNMN nhiều hơn nữ có lẽ liên quan tới đặc điểm tâm sinh lý, thói quen sinh hoạt và một số yếu tố nguy cơ khác thường gặp ở nam giới như hút thuốc lá, uống rượu bia, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu... [1], [3], [4], [7], [8].

Kết quả cho thấy 62,4% BN có thời gian từ khi khởi phát bệnh tới khi qua giai đoạn cấp tính là 4 - 7 ngày. Trong điều trị ĐQNMN, vận động hồi phục sớm đóng vai trò rất quan trọng và là vấn đề hết sức có ý nghĩa về mặt xã hội cũng như kinh tế đối với người bệnh [1], [6], [7]. Hiệu

quả của vận động hồi phục phụ thuộc vào thời gian “cửa sổ điều trị”, được tính từ khi BN qua được giai đoạn cấp tính [1]. Cơ chế phục hồi trong điều trị ĐQNMN là sự tái cấu trúc chức năng và cấu tạo của khu vực vận động và các khu vực liên quan dựa trên tính mềm dẻo của não bộ [1], [8]. Nhiều nghiên cứu đã nhận định, việc người bệnh ĐQNMN sớm được điều trị hồi phục ngay sau khi chức năng sống ổn định sẽ góp phần cải thiện tình trạng tổn thương lâm sàng thần kinh, tăng tần suất sử dụng các chi liệt, hạn chế được các biến chứng do nằm lâu cũng như giảm chi phí điều trị [1], [6], [7], [8]...

4.2. Về đặc điểm tổn thương lâm sàng thần kinh. Liệt nửa người là triệu chứng khiếm khuyết vận động thường gặp nhất trong đột quỵ não nói chung và ĐQNMN nói riêng. Tất cả các BN nghiên cứu đều có biểu hiện liệt vận động ở các mức độ khác nhau, tình trạng này ảnh hưởng rất nhiều tới khả năng hoạt động độc lập của người bệnh và đây là lý do cơ bản để người bệnh phải nhập viện điều trị. Tình trạng liệt vận động bên phải và bên trái trong nghiên cứu này là tương đương (47,5% bên phải và 52,5% bên trái), tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hiền (2019), tỷ lệ người bệnh liệt nửa người bên phải chiếm 43,2%, bên trái 54,1% [6], Trần Minh Hiếu (2017) nghiên cứu 100 BN ĐQNMN nhận thấy tỷ lệ người bệnh liệt nửa người bên phải chiếm 47%, bên trái 53% [8].

62,4% BN trong nghiên cứu có biểu hiện liệt dây VII trung ương, phù hợp với tam chứng thường gặp của bệnh nhân đột quỵ não nói chung và ĐQNMN nói riêng đã được Tổ chức Đột quỵ Thế giới nêu ra để nhận diện sớm đột quỵ não (liệt nửa người, liệt dây VII, rối loạn ngôn ngữ) [1], [3]. Tùy thuộc vào vị trí ổ nhồi máu (khu vực bao trong, bao ngoài, đồi thị hay nhân bèo...) hoặc tổn thương vị trí tế bào thần kinh trung ương (neuron 1) của dây thần kinh số VII mà có thể xuất hiện tình trạng liệt mặt kèm theo [1]. Tình trạng liệt dây thần kinh VII có thể gây khó khăn trong sinh hoạt đồng thời gây tâm lý ngại tiếp xúc cho người bệnh, do vậy đây là điều người thầy thuốc cần lưu ý khi thực hiện công tác chăm sóc và điều trị.

Tỷ lệ người bệnh rối loạn ngôn ngữ trong nghiên cứu chiếm 67,3%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Bảo Liên (35,7%), Trần Minh Hiếu (43%) [4], [8]... Rối loạn ngôn ngữ sau ĐQNMN có thể gây ảnh hưởng nặng nề đến cuộc sống của người bệnh, khiến người bệnh khó khăn trong giao tiếp với người khác, từ đó dẫn đến khó khăn trong các sinh hoạt hàng ngày.

Dần dần sẽ làm người bệnh sống khép kín, tự ti, trầm cảm, sức khỏe bị suy giảm [1], [4], [8]. Do vậy cần chú ý quan tâm tới phục hồi chức năng ngôn ngữ cho người bệnh ĐQNMN, giúp khắc phục và đẩy lùi di chứng rối loạn ngôn ngữ để người bệnh tìm được khả năng giao tiếp và tái hòa nhập cộng đồng.

4.3. Về chức năng hoạt động các bệnh nhân nghiên cứu. Việc đánh giá đúng khả năng hoạt động của BN ĐQNMN sẽ giúp người thầy thuốc hiểu rõ khả năng tự chăm sóc của người bệnh và mức độ phụ thuộc, từ đó xây dựng kế hoạch điều trị và chăm sóc phù hợp nhằm hỗ trợ người bệnh sớm hòa nhập cộng đồng và tự tin hơn trong cuộc sống [1]. Thang điểm Barthel, đôi khi còn được gọi là chỉ số khuyết tật Maryland là công cụ đánh giá khả năng hoạt động độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh; thang điểm Orgogozo là công cụ đánh giá trạng thái chức năng thần kinh là hai bộ thang điểm thường được các nghiên cứu sử dụng [1], [6], [7]. Kết quả cho thấy tỷ lệ BN độc lập trong sinh hoạt hàng ngày đánh giá ở mức độ cần trợ giúp theo thang điểm Barthel chiếm 78,2% với điểm trung bình $53,34 \pm 8,14$; trạng thái chức năng thần kinh theo thang điểm Orgogozo đánh giá ở mức trung bình chiếm 71,2%, mức độ kém chiếm 14,9% với điểm trung bình $51,27 \pm 11,25$. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hiền (2020), Nguyễn Đức Minh (2021) nhưng thấp hơn của Trần Minh Hiếu (2017) [6], [7], [8]. Có thể do đặc điểm các đối tượng tham gia nghiên cứu, cỡ mẫu đánh giá, thời điểm đánh giá hoặc địa điểm thực hiện nghiên cứu... của từng tác giả là khác nhau nên kết quả chưa thực sự thống nhất, tuy nhiên điều không thể phủ nhận là ĐQNMN gây ảnh hưởng rất nhiều tới cuộc sống và sinh hoạt của người bệnh [2], [6], [7], [8]. Do vậy theo chúng tôi việc điều trị sớm, tích cực đồng thời tăng cường kết hợp các phương pháp điều trị (y học hiện đại, y học cổ truyền, phục hồi chức năng...) đối với BN đột quỵ não là vấn đề hết sức cần thiết và có ý nghĩa không chỉ về mặt y học mà còn cả ý nghĩa về mặt xã hội.

4.4. Một số yếu tố nguy cơ có thể kiểm soát liên quan tới nhồi máu não. Khi phân tích một số yếu tố nguy cơ có thể kiểm soát liên quan tới ĐQNMN, chúng tôi nhận thấy tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hay gặp và chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu (48,5%). Một số nghiên cứu khác cũng có cùng nhận định: Nguyễn Thị Bảo Liên nhận thấy 64,3% BN ĐQNMN có bệnh lý tăng huyết áp kèm theo và

kết quả này trong nghiên cứu của Nguyễn Thành Công (2019) là 31,2% [4], [5]... Tăng huyết áp được coi là yếu tố nguy cơ hàng đầu trong cơ chế bệnh sinh của đột quỵ não, các nghiên cứu lâm sàng đều cho thấy chỉ số huyết áp càng tăng thì nguy cơ đột quỵ càng gia tăng và liệu pháp điều trị hạ huyết áp có liên quan mật thiết tới giảm tỷ lệ mắc mới của đột quỵ não [1], [3], [4], [5], [8]...

Đái tháo đường cũng là yếu tố nguy cơ được đề cập nhiều khi đánh giá về mối liên quan tới bệnh lý ĐQNMN, chúng tôi thấy tỷ lệ BN mắc bệnh đái tháo đường kèm theo trong nghiên cứu chiếm 21,8%, phù hợp với kết quả của Nguyễn Thị Bảo Liên khi nghiên cứu đặc điểm lâm sàng trên 42 BN ĐQNMN tại khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn với 21,42% có bệnh lý đái tháo đường kèm theo và tỷ lệ này trong nghiên cứu của Trần Minh Hiếu là 18% [4], [8]. Các nghiên cứu đều cho rằng đái tháo đường là yếu tố nguy cơ gây ĐQNMN, làm tăng ba lần nguy cơ xơ vữa động mạch, làm tăng tỷ lệ mắc đột quỵ từ 2 – 6,5 lần, tăng tỷ lệ tử vong lên 2 lần do tình trạng tăng đường huyết ở người đái tháo đường gây tổn thương mạch máu và đẩy nhanh quá trình xơ vữa động mạch, tăng tích tụ các mảng xơ vữa trong lòng mạch, gây tắc nghẽn [1], [4], [5], [8]...

Nghiên cứu gần đây cho thấy, những người đang hút thuốc lá nguy cơ đột quỵ tăng lên 2 - 4 lần so với những người không hút thuốc lá hoặc bỏ thuốc lá hơn 10 năm do hút thuốc lá làm tăng huyết áp tạm thời phối hợp với xơ vữa động mạch [1], [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ hút thuốc lá ở các BN ĐQNMN là 18,8%, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Bảo Liên (47,6%) nhưng cao hơn kết quả của Nguyễn Thành Công (2,1%) [4], [5].

Rối loạn lipid máu cũng là yếu tố nguy cơ quan trọng và chiếm tỷ lệ 17,8% trong nghiên cứu mà chúng tôi thực hiện, thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Bảo Liên (42,85%) [4]. Điều này cho thấy trong xã hội hiện đại, đời sống vật chất của người dân được nâng cao nhưng đây cũng có thể lại là nguyên nhân dẫn tới tăng tình trạng rối loạn lipid máu. Rối loạn lipid máu không được kiểm soát sẽ tạo lập các mảng xơ vữa bám dọc theo lòng mạch máu, gây hẹp lòng mạch máu, làm giảm lượng máu đến nuôi các cơ quan và dẫn tới nguy cơ đột quỵ não [1], [4], [5]...

Với một số bệnh lý tim khác (suy tim, rung nhĩ, bệnh lý van tim...), do cục máu đông được hình thành trong quá trình bệnh lý di chuyển từ

tim hoặc từ vị trí mạch lớn khác lên não gây bít tắc toàn bộ hoặc một phần làm tổn thương vùng não nuôi dưỡng bởi động mạch bị tắc có thể dẫn tới ĐQNMN [1], [5], [8]. Mặc dù nghiên cứu của chúng tôi chưa thực hiện phân tích từng loại bệnh lý tim mạch kèm theo trên các BN ĐQNMN, tuy nhiên kết quả cho thấy có 10,9% BN có bệnh lý này kèm theo, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Bảo Liên (74,17%) [4] nhưng cao hơn nghiên cứu của Trần Minh Hiếu (4%) [8].

Từ những kết quả thu được khi đánh giá một số yếu tố nguy cơ có thể kiểm soát trên các BN ĐQNMN khi thực hiện nghiên cứu này, có thể thấy trên cùng một người bệnh có thể phối hợp nhiều yếu tố nguy cơ, chính điều này làm gia tăng tỷ lệ đột quỵ não nói chung trong đó có ĐQNMN, nhiều tác giả khác cũng có chung nhận định này [1], [4], [5]... Việc kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ kể trên rất có ý nghĩa đối với việc hạn chế tái phát hoặc phòng ngừa tổn thương thứ phát trong đột quỵ não.

V. KẾT LUẬN

Tuổi mắc đột quỵ nhồi máu não trung bình là $70,6 \pm 8,5$ trong đó 70,3% có độ tuổi trên 60, nam giới mắc bệnh cao hơn nữ giới với tỷ lệ 60,4%. Ngoài liệt vận động, 62,4% bệnh nhân liệt dây VII trung ương và 67,3% có rối loạn ngôn ngữ kèm theo. Bệnh gây ảnh hưởng nhiều tới khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh với điểm Barthel trung bình $53,34 \pm 8,14$, điểm đánh giá trạng thái chức năng thần kinh Orgogozo trung bình $51,27 \pm 11,25$.

Một số yếu tố nguy cơ có thể kiểm soát liên quan nhiều tới đột quỵ nhồi máu não là tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu.

Cần chủ động điều trị sớm, tích cực, kết hợp hai nền y học để nhằm giảm thiểu tàn phế, nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh, góp phần đưa người bệnh đột quỵ nhồi máu não trở lại đời sống cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Khánh, Nguyễn Đình Toàn (2015). Tai biến mạch máu não. Giáo trình Nội Thần Kinh, NXB Đại học Huế, 115-133.
2. Yamanashi H, Mai Quang Ngọc, Tran Van Huy và cộng sự (2016). Population - Based incidence rates of first ever stroke in central Viet Nam. Plos one, 11 (8), 1-13.
3. Bộ Y tế (2020). Bản thân bất toại. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo Y học cổ truyền, kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại, NXB Y học, Hà Nội, 83-90.
4. Nguyễn Thị Bảo Liên (2013). Nhận xét các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy

cơ của bệnh nhồi máu não. Tạp chí Y học thực hành, 5 (870), 62-65.

5. **Nguyễn Thành Công (2019)**. Nghiên cứu nồng độ copeptin huyết thanh trong tiên lượng bệnh nhân tai biến mạch máu não giai đoạn cấp, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y - Dược Huế.
6. **Nguyễn Thị Thu Hiền, Cao Thị Dung và cộng sự (2020)**. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và xác định tỷ lệ hoạt động độc lập trong sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Barthel của người bệnh tai biến mạch máu não tại khoa Thần kinh và khoa Nội Cán bộ Lão khoa - Bệnh viện Đa khoa tỉnh

Thái Bình năm 2019. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 3 (4), 77-84.

7. **Nguyễn Đức Minh, Nguyễn Vinh Quốc (2021)**. Đánh giá hiệu quả điều trị phục hồi chức năng vận động của bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não bằng điện châm kết hợp phương pháp tập Bobath. Tạp chí Y học Việt Nam, 499 (1&2), 5-10.
8. **Trần Minh Hiếu (2017)**. Nghiên cứu độc tính và tác dụng phục hồi chức năng vận động nhồi máu não trên lều sau giai đoạn cấp bằng viên nang Hoạt huyết an não, Luận án Tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU SINH THIẾT CƠ TIM CHẨN ĐOÁN THẢI GHÉP SAU GHÉP TIM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Kim Dân¹, Nguyễn Hữu Ước^{1,2}, Phạm Tiến Quân^{1,2}, Nguyễn Tùng Sơn^{1,2}, Dương Ngọc Thắng¹, Nguyễn Sỹ Lánh^{1,2}, Phùng Duy Hồng Sơn^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thông báo và nhận xét kết quả bước đầu sử dụng phương pháp sinh thiết cơ tim trong theo dõi và chẩn đoán thải ghép trên bệnh nhân sau ghép tim đồng loài tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, hồi cứu bệnh nhân đã được tiến hành sinh thiết cơ tim trong tổng số 39 trường hợp ghép tim tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** 03 bệnh nhân gồm 2 nam, 1 nữ, tuổi trung bình 43 tuổi. Chỉ định sinh thiết cơ tim trong cả 03 trường hợp là người bệnh sau ghép tim có biểu hiện lâm sàng của thải ghép. Giải phẫu bệnh sau sinh thiết của 3 bệnh nhân cho thấy có thải ghép ở các mức độ khác nhau trên nhuộm soi tiêu bản và hoá mô miễn dịch. Các bệnh nhân đáp ứng tốt với điều trị Steroid liều cao theo phác đồ điều trị thải ghép dựa trên phân độ thải ghép của tổ chức ghép tim phổi thế giới – ISHLT 2004: cải thiện triệu chứng lâm sàng, cải thiện huyết động, ngừng các thuốc trợ tim, lợi tiểu tĩnh mạch và xuất viện sau 4 tuần điều trị. Không có biến chứng nghiêm trọng ghi nhận sau sinh thiết, 1 bệnh nhân phát hiện rò mạch vành sau sinh thiết 6 tháng khi chụp mạch vành kiểm tra định kỳ nhưng không có biểu hiện lâm sàng và không cần can thiệp. **Kết luận:** Bước đầu ứng dụng sinh thiết cơ tim trong chẩn đoán thải ghép tim tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giúp chẩn đoán xác định mức độ thải ghép, định hướng điều trị cho các ca thải ghép sau phẫu thuật ghép tim.

Từ khóa: Sinh thiết cơ tim, thải ghép tim, ghép tim.

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Duy Hồng Sơn

Email: hongsony81@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.12.2021

Ngày phản biên khoa học: 19.01.2022

Ngày duyệt bài: 8.2.2022

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF ENDOMYOCARDIAL BIOPSY FOR DIAGNOSIS OF REJECTION AFTER HEART TRANSPLANT AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Purpose: Report and evaluate the initial results of endomyocardial biopsy - EMB for diagnosis of heart transplant rejection at Viet Duc university hospital. **Patients and method:** This is retrospective, descriptive study of patients, who underwent endomyocardial biopsy in total of 39 heart transplant cases at Cardiovascular and Thoracic center, Viet Duc university hospital. **Results:** There were three patients, two of them were male. Average age was 43 years. Endomyocardial biopsy was indicated for patients, who had signs and symptoms of cardiac rejection. Pathological results of biopsy showed manifestations of rejection at different levels in all cases. The patients were responded to high-dose Steroid therapy according to the rejection regimen based on the rejection classification of the International Society for Heart and Lung Transplantation - ISHLT 2004: clinical symptom improvement, hemodynamic improvement, discontinuation inotropic medications, intravenous diuretics and discharge after 4 weeks of treatment. There were no serious complications after the biopsy, 1 patient was discovered a coronary fistula 6 months after the biopsy during routine check-up coronary angiography but no obvious clinical manifestations and intervention. **Conclusion:** The usage of endomyocardial biopsy in the diagnosis of cardiac rejection at Viet Duc University Hospital was helped to confirm the diagnosis and contributing to the effective treatment of post-transplant rejection.

Key words: Endomyocardial biopsy, heart transplant rejection, heart transplantation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với các tiến bộ về gây mê hồi sức, phẫu