

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CÁC BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NHỒI MÁU NÃO ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN/BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2020 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Đức Minh<sup>1</sup>, Nguyễn Vinh Quốc<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Như<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm lâm sàng các bệnh nhân đột quy nhồi máu não điều trị tại Khoa Y học cổ truyền/Bệnh viện Bạch Mai năm 2020 và một số yếu tố nguy cơ có thể kiểm soát liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** 60 bệnh nhân được chẩn đoán đột quy nhồi máu não, không phân biệt tuổi, giới tính, tình nguyện tham gia nghiên cứu. Đánh giá đặc điểm chung, đánh giá chức năng hoạt động bằng mức độ liệt theo Rankin, 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 64,10 ± 11,15, nam giới mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao (70%). Bệnh ảnh hưởng nhiều tới cuộc sống và sinh hoạt của người bệnh, 93,33% liệt độ III-IV theo phân độ Rankin, điểm Barthel trung bình 56,29 ± 9,07, điểm Orgogozo trung bình 53,87 ± 12,42. Các yếu tố nguy cơ cao có liên quan tới đột quy nhồi máu não là tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, nghiện rượu, nghiện thuốc lá. **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 quy nhồi máu não, yếu tố nguy cơ.

## SUMMARY

### CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE TREATED AT DEPARTMENT OF TRADITIONAL MEDICINE/BACH MAI HOSPITAL IN 2020

**Objective:** To describe the clinical characteristics of patients with ischemic stroke treated at Department of Traditional Medicine/Bach Mai Hospital in 2020 and some related controllable risk factors. **Subjects and Methods:** 60 patients being diagnosed with ischemic stroke, regardless of age, gender, volunteered to participate in the study. Generalizing the characterization of patients, assessment of functional activities by degree of paralysis according to Rankin, Barthel scale and Orgogozo scale, commented on some related controllable risk factors. **Results:** the average age of patient's was 64.10 ± 11.15 (years), the number of male suffered from the disease take high percentage (70%). The disease greatly affects the patient's life and activities with 93.33% paralysis

grade III-IV according to Rankin, the average Barthel score was 56.29 ± 9.07, the average Orgogozo score was 53.87 ± 12.42. The high risk factors associated with ischemic stroke are hypertension, dyslipidemia, diabetes, addicted to alcohol, addicted to smoking. 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 quy 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 quy 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], [3]. Tại Việt Nam, dự báo đến năm 2030 số mắc đột quy não sẽ tăng 1,85 lần so với năm 2010 [1], [3]. Các di chứng do ĐQNMN gây ra như các rối loạn tâm thần kinh, vận động, cảm giác, rối loạn về ngôn ngữ, rối loạn nuốt, đại tiểu tiện... không chỉ ảnh hưởng đến lao động, sinh hoạt của bản thân người bệnh mà còn ảnh hưởng tiêu cực tới các vấn đề về gia đình và xã hội, chi phí điều trị và chăm sóc rất tốn kém [1], [2].

Từ tháng 7 năm 2020 đến tháng 04 năm 2021, khoa Y học cổ truyền/Bệnh viện Bạch Mai 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. 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 liên quan.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 60 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán ĐQNMN đã được điều trị qua giai đoạn cấp tính, điều trị tại khoa Y học cổ truyền/Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2020 đến tháng 04 năm 2021. Tỉnh táo, đủ khả năng hợp tác với thầy thuốc (điểm Glasgow ≥ 9), tình nguyện tham gia nghiên cứu, phù hợp với chứng bản thân bất toại (trúng phong kinh lạc) theo Y học cổ truyền [4]. Không đưa vào nghiên cứu các BN có triệu chứng nặng, đe dọa tính mạng, BN đột quy xuất huyết não, u não, viêm não, chấn thương sọ não hoặc dị dạng mạch máu não.

<sup>1</sup>Bệnh viện Châm cứu Trung ương,

<sup>2</sup>Viện Y học cổ truyền Quân đội,

<sup>3</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vinh Quốc

Email: quocnguyenvinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 4.8.2022

Ngày duyệt bài: 16.8.2022

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả, phân tích, tổng hợp số liệu qua hồ sơ bệnh án điều trị nội trú tại khoa.

**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, bên liệt vận động.

- Đánh giá mức độ liệt theo Rankin (phân thành các mức độ: độ I - phục hồi hoàn toàn; độ II - liệt nhẹ, tự sinh hoạt được; độ III - liệt vừa, sinh hoạt cần người trợ giúp; độ IV - liệt nặng, sinh hoạt cần người phục vụ hoàn toàn; độ V - liệt rất nặng, nhiều biến chứng), đánh giá mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Barthel (phân thành các mức độ: độ I - tự lực hoạt động; độ II - cần trợ giúp ít; độ III - cần trợ giúp trung bình; độ IV - phụ thuộc hoàn toàn), đánh giá hoạt động chức năng thần kinh theo thang điểm Orgogozo (phân thành các mức độ: độ I - tốt; độ II - khá; độ III - trung bình; độ IV - kém) [1], [3].

- Một số yếu tố nguy cơ có thể kiểm soát liên quan: tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, nghiện thuốc lá, nghiện uống rượu, 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**

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

**Bảng 2. Chức năng hoạt động các bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não**

| Chỉ tiêu đánh giá   |  | Số lượng          | Tỷ lệ (%) |
|---|--|-------------------|-----------|
| Phân bố bệnh nhân theo độ liệt Rankin                           | Độ I (phục hồi hoàn toàn)                                | 0                 | 0         |
|   | Độ II (liệt nhẹ, tự sinh hoạt được)                      | 04                | 6,67      |
|   | Độ III (liệt vừa, sinh hoạt cần người trợ giúp)          | 20                | 33,33     |
|   | Độ IV (liệt nặng, sinh hoạt cần người phục vụ hoàn toàn) | 36                | 60,00     |
|   | Độ V (liệt rất nặng, nhiều biến chứng)                   | 0                 | 0         |
| Hoạt động chức năng thần kinh theo Orgogozo                     | Độ I (nhẹ): 90 - 100 điểm                                | 0                 | 0         |
|   | Độ II (trung bình): 70 - 89 điểm                         | 04                | 6,67      |
|   | Độ III (nặng): 50 - 69 điểm                              | 20                | 33,33     |
|   | Độ IV (rất nặng): < 50 điểm                              | 36                | 60,00     |
|   | Trung bình (điểm; $\bar{X} \pm SD$ )                     | 53,87 $\pm$ 12,42 |           |
| Mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hàng ngày theo Barthel | Độ I (tự lực hoạt động): 91 - 100 điểm                   | 01                | 1,67      |
|   | Độ II (trợ giúp ít): 65 - 90 điểm                        | 10                | 16,67     |
|   | Độ III (trợ giúp trung bình): 25 - 64 điểm               | 40                | 66,66     |
|   | Độ IV (phụ thuộc hoàn toàn): 0 - 24 điểm                 | 09                | 15,0      |
|   | Trung bình (điểm; $\bar{X} \pm SD$ )                     | 56,29 $\pm$ 9,07  |           |

BN điều trị tại khoa Y học cổ truyền/Bệnh viện Bạch Mai chủ yếu tập trung vào độ III-IV theo phân độ Rankin (56/60 BN, chiếm tỷ lệ 93,33%). Tỷ lệ BN độc lập trong sinh hoạt hàng ngày theo

**Bảng 1. Đặc điểm chung các bệnh nhân nghiên cứu**

| Chỉ tiêu  | Số lượng  | Tỷ lệ % |       |
|---|---|---------|-------|
| Tuổi  | 30-39   | 2       | 3,33  |
|   | 40-49   | 3       | 5,0   |
|   | 50-59   | 15      | 25,0  |
|   | 60-69   | 20      | 33,33 |
|   | $\geq 70$   | 20      | 33,33 |
|   | Tuổi trung bình (năm; $\bar{X} \pm SD$ ): 64,10 $\pm$ 11,15 |         |       |
| Giới tính   | Nam   | 42      | 70,0  |
|   | Nữ  | 18      | 30,0  |
| Thời gian nhập khoa điều trị từ khi khởi phát bệnh tới khi qua giai đoạn cấp tính | $\leq 5$ ngày   | 13      | 21,67 |
|   | 6 - 10 ngày   | 18      | 30,0  |
|   | 11-15 ngày  | 13      | 21,67 |
|   | > 15 ngày   | 16      | 26,67 |
| Bên liệt vận động   | Bên trái  | 25      | 41,67 |
|   | Bên phải  | 34      | 56,67 |
|   | Cả hai bên  | 1       | 1,67  |

Tuổi mắc bệnh trung bình các BN nghiên cứu là 64,10  $\pm$  11,15 (năm). Bệnh có xu hướng tăng dần theo tuổi trong đó nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao (66,7%). Về giới tính, nam giới chiếm 70,0%, tỷ lệ nam/nữ mắc bệnh 2,3/1. 78,33% BN ĐQNMN có thời gian tính từ khi khởi phát tới khi qua giai đoạn cấp tính chuyển điều trị kết hợp bằng Y học cổ truyền là sau 5 ngày. Tỷ lệ liệt vận động nửa người bên phải và bên trái trong nghiên cứu là tương đương, có 1 BN (1,67%) liệt cả hai bên.

thang điểm Barthel đánh giá ở mức độ cần trợ giúp từ mức độ ít tới phụ thuộc hoàn toàn chiếm 98,33% với điểm Barthel trung bình  $56,29 \pm 9,07$ . Trạng thái chức năng thần kinh theo thang điểm Orgogozo đánh giá ở mức nặng và rất nặng chiếm 93,33% với điểm Orgogozo trung bình  $53,87 \pm 12,42$ .

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

**Bảng 3. Yếu tố nguy cơ**

| Yếu tố nguy cơ     | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--------------------|----------|-----------|
| Tăng huyết áp      | 43       | 71,7      |
| Đái tháo đường     | 18       | 30,0      |
| Bệnh tim mạch khác | 16       | 26,7      |
| Rối loạn Lipid máu | 21       | 35,0      |
| Nghiện thuốc lá    | 8        | 13,3      |
| Nghiện uống rượu   | 11       | 18,3      |

Yếu tố nguy cơ có thể kiểm soát thường gặp nhất trên các BN ĐQNMN là tăng huyết áp với tỷ lệ 71,7%, tiếp sau là rối loạn lipid máu (35%), đái tháo đường (30%), mắc các bệnh tim mạch khác (26,7%), 18,3% nghiện rượu và 13,3% nghiện thuốc lá.

## 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 (66,7%), tuổi mắc bệnh trung bình là  $64,10 \pm 11,15$ . Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu đã thực hiện trước đó: 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 Vinh Quốc đánh giá 101 BN ĐQNMN điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương năm 2020 nhận thấy nhóm tuổi trên 60 mắc bệnh chiếm 70,3% với tuổi mắc bệnh trung bình  $70,6 \pm 8,5$  (năm) [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 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 hở... tà khí ở bên ngoài nhân cơ hội để xâm nhập vào kinh lạc, tạng phủ mà gây bệnh [4]. Nhiều nghiên cứu nhận thấy tuổi có liên quan chặt chẽ đến mức độ độc lập và khả năng hồi phục các chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh sau ĐQNMN, tuổi càng cao thì mức độ độc lập và khả năng hồi phục càng kém [1], [2], [3]..., đây là vấn đề cần được coi trọng khi người thầy thuốc thực hành điều trị, chăm sóc BN ĐQNMN sau giai đoạn cấp tính, việc kết hợp nhiều biện pháp nhằm rút ngắn thời gian điều trị, nâng cao tỷ lệ hồi phục, sớm mang lại sự ổn định về sức khỏe và tâm lý của người bệnh là hết sức cần thiết và có ý nghĩa.

Tỷ lệ nam giới mắc bệnh cao hơn nữ giới (42/18), tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thành Công (59/53), Nguyễn Thị Thu Hiền (60/30), Nguyễn Vinh Quốc (61/40), Trần Minh Hiếu (59/41) [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 nghiện thuốc lá, thường xuyên uống rượu bia, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu... [1], [4], [7], [8]...

Kết quả cho thấy 78,33% BN có thời gian mắc bệnh tính từ khi khởi phát tới khi qua giai đoạn cấp tính chuyển điều trị kết hợp bằng Y học cổ truyền là sau 5 ngày, tỷ lệ này trong nghiên cứu của Nguyễn Vinh Quốc và cộng sự là 62,4% [7]. 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], [3], [6], [7], [8]. 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], [3]. 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], [3], [7], [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]...

Liệt nửa người là triệu chứng khiếm khuyết vận động thường gặp nhất trong đột quỵ não nói chung và ĐQNMN nói riêng [1], [3]. 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 được tiếp tục chuyển điều trị tại Khoa Y học cổ truyền/Bệnh viện Mạch Mai sau khi đã qua giai đoạn cấp tính. Tình trạng liệt vận động bên phải và bên trái trong nghiên cứu này là tương đương (56,67% bên phải và 41,67% bên trái, chỉ có 1 BN liệt cả hai bên tương đương 1,67%), 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], Nguyễn Vinh Quốc nghiên cứu trên 101 BN ĐQNMN nhận thấy tỷ lệ người bệnh liệt nửa người bên phải chiếm 47,5%, bên trái 52,5% [7], 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].

**4.2. 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], [3]. Đánh giá mức độ giảm khả năng vận động sau khi mắc ĐQNMN theo Rankin, đánh giá khả năng hoạt động độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh (đôi khi còn được gọi là chỉ số khuyết tật Maryland) theo thang điểm Barthel, đánh giá trạng thái chức năng thần kinh theo thang điểm Orgogozo là các chỉ tiêu đánh giá và theo dõi thường được các nghiên cứu sử dụng [1], [2], [3], [6], [7]. Kết quả cho thấy các BN ĐQNMN điều trị tại khoa Y học cổ truyền/Bệnh viện Bạch Mai chủ yếu tập trung vào độ III-IV theo phân độ Rankin (93,33%), tương đương kết quả của Trần Minh Hiếu (2017) với 92% BN ĐQNMN liệt độ III-IV [8]. Tỷ lệ BN độc lập trong sinh hoạt hàng ngày đánh giá ở mức độ cần trợ giúp theo thang điểm Barthel chiếm 98,33% với điểm trung bình  $56,29 \pm 9,07$ ; trạng thái chức năng thần kinh theo thang điểm Orgogozo đánh giá ở mức nặng và rất nặng chiếm 93,33% với điểm trung bình  $53,87 \pm 12,42$ . Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hiền (2020), Nguyễn Vinh Quốc (2022) nhưng thấp hơn của Trần Minh Hiếu (2017) [6], [7], [8]. Có thể do đặc điểm các đối tượng lựa chọn tham gia nghiên cứu, cỡ mẫu, thời điểm đánh giá hoặc địa điểm thực hiện... của từng nghiên cứu 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]. Kết quả từ nghiên cứu cũng cho thấy các chỉ tiêu đánh giá chức năng hoạt động các BN ĐQNMN phù hợp với đặc điểm về độ tuổi mắc bệnh. 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 đột quỵ nhồi máu não.** Khi phân tích một số yếu tố nguy cơ có thể kiểm soát liên quan tới các BN ĐQNMN tại khoa Y học cổ truyền/Bệnh viện Bạch Mai năm 2020, chúng tôi nhận thấy tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hay gặp và chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu (71,7%). Một số nghiên cứu khác cũng nhận định tương tự: Nguyễn Vinh Quốc đánh giá 101 BN ĐQNMN điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương năm 2020 nhận thấy 48,5% có bệnh lý tăng huyết áp kèm theo và kết quả này trong nghiên cứu của Nguyễn Thành Công (2019) là 31,3% [5], [7]. 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 kiểm soát tốt chỉ số huyết áp có liên quan mật thiết tới giảm tỷ lệ mắc mới của đột quỵ não [1], [4], [5], [7]...

Rối loạn lipid máu cũng là yếu tố nguy cơ quan trọng và chiếm tỷ lệ 35% trong nghiên cứu mà chúng tôi thực hiện, cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Vinh Quốc (17,8%) [7]. 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], [5], [7]...

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 30%, phù hợp với kết quả của Nguyễn Vinh Quốc khi nghiên cứu đặc điểm lâm sàng 101 BN ĐQNMN điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương năm 2020 với 21,8% có bệnh lý đái tháo đường kèm theo và tỷ lệ này trong nghiên cứu của Trần Minh Hiếu là 18% [7], [8]. Các

nguyên cứu đều cho rằng đái tháo đường là yếu tố nguy cơ gây ĐQNMN, có thể làm tăng gấp ba lần nguy cơ gây xơ vữa động mạch, làm tăng tỷ lệ mắc đột quy 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], [5], [7], [8]...

Nghiên cứu gần đây cho thấy, những người đang hút thuốc lá nguy cơ đột quy 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 nghiện thuốc lá ở các BN ĐQNMN là 13,3%, tương đương nghiên cứu của Nguyễn Vinh Quốc (18,8%) và cao hơn kết quả của Nguyễn Thành Công (2,1%) [5], [7].

Lạm dụng rượu làm tăng áp lực máu, tăng triglyceride, dễ dẫn tới cơn rung nhĩ kịch phát, bệnh cơ tim và liên quan đến sự gia tăng nguy cơ đột quy não. Các nghiên cứu tiền cứu và kiểm chứng đã xác định nguy cơ đột quy não ở những người nghiện rượu so với những người cai rượu [1], [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đối tượng người bệnh nghiện uống rượu chiếm tỷ lệ 18,3%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thành Công (6,8%) [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 máu 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], [3], [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 26,7%BN có bệnh lý này kèm theo, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Vinh Quốc (10,9%) và Trần Minh Hiếu (4%) [7], [8].

Từ những kết quả thu được khi đánh giá một số yếu tố nguy cơ có thể kiểm soát trên các BN ĐQNMN trong 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 quy não nói chung trong đó có ĐQNMN, nhiều tác giả khác cũng có chung nhận định này [1], [3], [5], [6], [7]... Việc phát hiện sớm, điều trị tích cực và kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ cũng như việc tư vấn nhằm nâng cao nhận thức của người bệnh, giúp họ điều chỉnh lối sống phù hợp, từ bỏ các thói quen có hại như ăn quá

nhều đồ béo ngọt, uống nhiều rượu và hút thuốc lá rất có ý nghĩa đối với việc hạn chế tái phát hoặc phòng ngừa tổn thương thứ phát trong đột quy não.

## V. KẾT LUẬN

Tuổi mắc đột quy nhồi máu não trung bình là  $64,10 \pm 11,15$  trong đó 66,7% bệnh nhân có độ tuổi trên 60, nam giới mắc bệnh cao hơn nữ giới với tỷ lệ 70%. Bệnh gây ảnh hưởng nhiều tới chức năng hoạt động của người bệnh với 93,33% liệt độ III-IV theo phân độ Rankin, điểm đánh giá mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hàng Barthel trung bình  $56,29 \pm 9,07$ , điểm đánh giá hoạt động chức năng thần kinh Orgogozo trung bình  $53,87 \pm 12,42$ . Một số yếu tố nguy cơ có thể kiểm soát liên quan nhiều tới đột quy nhồi máu não cần chú ý khi điều trị cho người bệnh là tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, nghiện rượu, nghiện thuốc lá.

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 quy nhồi máu não trở lại đời sống cộng đồng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hoàng Khánh, Nguyễn Đình Toàn (2015).** Tai biến mạch máu não. Giáo trình Nội Thần Kinh, NXB Đại học Huế, 115-133.
- Yamanashi H, Mai Quang Ngoc, Tran Van Huy (2016).** Population - Based incidence rates of first ever stroke in central Viet Nam. Plos one, 11 (8), 1-13.
- Nguyễn Minh Hiện (2013).** Đột quy não, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 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.
- Nguyễn Thành Công (2019).** Nghiên cứu nồng độ copeptin huyết thanh trong tiền lượng bệnh nhân tai biến mạch máu não giai đoạn cấp, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y - Dược Huế.
- 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.
- Nguyễn Vinh Quốc, Nguyễn Đức Minh (2022).** Nhận xét đặc điểm lâm sàng các bệnh nhân đột quy nhồi máu não điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương năm 2020. Tạp chí Y học Việt Nam, 511 (2), 181-185.
- 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.