

chúng lớn như: Tổn thương mạch lớn gây mất máu, tổn thương thần kinh, tổn thương ống tiêu hóa... do chúng tôi đã đảm bảo được các bước trong phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ tuyến tiền liệt^[7]. Chứng tỏ phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ tuyến tiền liệt đường trước phúc mạc là an toàn. Đồng thời nghiên cứu cũng không xuất hiện trường hợp nào bị hẹp niệu đạo sau mổ như báo cáo của các tác giả trong nước, có thể do số lượng nghiên cứu còn ít^[3].

Thời gian nằm viện sau mổ của nghiên cứu trung bình kéo dài tới 18 ngày (7-42 ngày). Nguyên nhân điều trị kéo dài do: Thời điểm nghiên cứu đúng thời điểm dịch Covid-19 đang diễn ra cho nên bệnh nhân sau mổ bị cách ly giữa bệnh viện với địa phương, bệnh nhân không di chuyển, không ra viện được; bệnh nhân có tình trạng rò miệng nổi gây kéo dài thời gian nằm viện...

Quá trình phẫu thuật chúng tôi đảm bảo việc bảo tồn tốt vùng cơ thắt ở thì cắt niệu đạo tuyến tiền liệt, đồng thời phối hợp hướng dẫn bệnh nhân tập cơ sàn chậu từ sớm, sau mổ. Cho nên các bệnh nhân sau mổ đều đi tiểu tốt và không có trường hợp nào bị biến chứng tiểu không tự chủ và hẹp miệng nổi sau mổ, kể cả các ca có rò nước tiểu.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc cắt toàn bộ tuyến tiền liệt do ung thư ở giai đoạn khu trú là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả.

Rò miệng nổi trong phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ tuyến tiền liệt là biến chứng có thể gặp phải. Tuy nhiên các trường hợp này có thể xử lý tốt bằng cách can thiệp nội soi; đặt catheter niệu

quản hai bên, đưa hai đầu ra ngoài sau 1 tuần phẫu thuật nếu lượng dịch rò ≥ 500 ml.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trường Thành, Trương Hoàng Minh, Trần Thanh Phong, Đỗ Anh Đức, Nguyễn Văn Trí Dũng** (2017). Đánh giá kết quả cắt toàn bộ tuyến tiền liệt triệt căn trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt khu trú. Tạp chí Y Dược học, Số đặc biệt 8/2017: 129 - 132.
2. **Trần Chí Thanh, Thiều Sỹ Sắc, Võ Văn Minh, Lê Hữu Thanh** (2021). Phẫu thuật nội soi ổ bụng ngoài phúc mạc cắt toàn bộ tuyến tiền liệt do adenocarcinoma khu trú: Kinh nghiệm ban đầu qua 5 trường hợp. Kỷ yếu Hội thảo học tiết niệu Việt Nam 2021. 142-148
3. **Vũ Lê Chuyên, Vũ Văn Ty, Nguyễn Tuấn Vinh và cộng sự** (2006). Phẫu thuật triệt để ung thư tiền liệt tuyến qua nội soi ổ bụng kinh nghiệm bước đầu qua 23 trường hợp. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, số 4, tập 10/2006.
4. **Culp, M.B., et al.** Recent Global Patterns in Prostate Cancer Incidence and Mortality Rates. Eur Urol, 2020. 77: 38.
5. **Elmor TR, Rubinstein M, Lima G, Cruz AC, Pereira CF, Rubinstein I.** Minimally invasive treatment of vesicourethral leak after laparoscopic radical prostatectomy. Rev Col Bras Cir. 2016;43(3):185-188.
6. **Karim Toujier, Fernando P. Scin, Angel M Cronin** (2009). Oncology outcome after laparoscopic radical prostatectomy: 10 years experience. Eur Urol, May, 55(5): 1014 - 1019.
7. **Kun Wang, Qianfeng Zhuang, Rengfang Xu and al.** (2018). Transperitoneal versus extraperitoneal approach in laparoscopic radical prostatectomy: a meta analysis. Medecine, 97, Vol 29: 1-7
8. **Mark William Louie Johnsun, Marcus M. Handmer, Ross John Spero Calopedis** (2016). The Australian laparoscopic non robotic radical prostatectomy experience - analysis of 2943 cases (USANZ supplement). BJU Int, 118, Supplement 3: 43 - 48.

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ TUẦN HOÀN BÀNG HỆ THEO GIỚI Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP

Đặng Phúc Đức*

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1) Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng theo giới ở bệnh nhân nhồi máu não (NMN) cấp. 2) Đánh giá mức độ tuần hoàn bàng hệ trên CTA 3 pha theo giới. **Đối tượng và phương pháp:** Tiến hành ở

**Bệnh viện Quân y 103*

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Phúc Đức

Email: dangphucduc103@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.3.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023

118 bệnh nhân NMN (67 nam và 51 nữ) được chụp CTA 3 pha trong 7 ngày đầu từ khi khởi phát triệu chứng, điều trị nội trú tại Khoa Đột quy, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 11 năm 2021 đến tháng 7 năm 2022. Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng vào viện và ra viện; đánh giá mức độ THBH trên phim chụp CTA 3 pha, 64 dãy theo thang điểm Calgary; xác định mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và mức độ THBH với giới tính. **Kết quả:** tỷ lệ nam/nữ=1,31; nữ giới có tuổi bị bệnh cao hơn nam giới ($p>0,05$), hay gặp rung nhĩ ($p<0,05$), ĐTDĐ ($p>0,05$), rối loạn lipid máu ($p>0,05$), ít gặp THA ($p>0,05$) và hút thuốc lá ($p<0,05$); rối loạn ý thức hay gặp hơn ở nữ; điểm

NIHSS trung bình vào viện ở nữ cao hơn nam 2,97 điểm ($p < 0,05$), tỷ lệ THBH tốt ở nữ thấp hơn ($p < 0,05$) và mức độ tàn phế nặng khi ra viện (mRS 5-6) cao hơn ($p > 0,05$). **Kết luận:** Nhóm nữ giới có tỷ lệ rung nhĩ, THBH kém cao hơn nam giới. NMN ở nữ giới hay gặp triệu chứng rối loạn ý thức hơn và điểm NIHSS trung bình vào viện cao hơn ở nam giới.

Từ khóa: Nhồi máu não cấp, giới tính, tuần hoàn bàng hệ, cắt lớp vi tính mạch máu não 3 pha.

SUMMARY

EVALUATION OF CLINICAL CHARACTERISTICS AND COLLATERAL CIRCULATION ACCORDING TO GENDER IN PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE

Objectives: 1) Evaluation of some clinical characteristics by gender in patients with acute ischemic stroke. 2) Assess the degree of collateral circulation on 3-phase CTA by gender. **Subjects and methods:** 118 patients (67 male and 51 female) who underwent 3-phase CTA in the first 7 days from symptom onset, inpatient treatment at the Stroke Department, Military Hospital 103 from November 2021 to July 2022. To evaluate some clinical characteristics at admission and discharge; assess the degree of CS on 3-phase, 64-sequence CTA film according to the Calgary; determine the relationship between clinical characteristics and the degree of CS with gender. **Results:** male/female ratio=1.31; women group were older ($p > 0,05$), had the high rate of atrial fibrillation ($p < 0,05$), diabetes ($p > 0,05$), dyslipidemia ($p > 0,05$), low rate of hypertension ($p > 0,05$) and smoking ($p < 0,05$); disorder of consciousness were more common in women; the average NIHSS score at admission was 2.97 points higher in women than in men ($p < 0,05$), the rate of good CS in women was lower ($p < 0,05$) and the degree of severe disability at discharge (mRS 5-6) was higher ($p > 0,05$). **Conclusion:** Female group had a higher rate of atrial fibrillation and poor CS than male group. AIS in women had disorder of consciousness and the mean NIHSS score at admission were higher in men. **Keywords:** Acute ischemic stroke, gender, collateral status, 3-phase computed tomography angiography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm gần đây, sự khác biệt về giới tính trong dịch tễ học của đột quỵ đang được quan tâm nhiều. Các báo cáo chỉ ra rằng, tỷ lệ đột quỵ nhìn chung cao hơn ở nam giới, ở cả 2 thể là nhồi máu não (NMN) và chảy máu não với tỷ lệ mới mắc (incidence rate) cao hơn khoảng 33% và tỷ lệ hiện mắc (prevalence rate) cao hơn tới 41% so với nữ giới. Tuy nhiên đột quỵ có xu hướng nặng hơn ở phụ nữ, với tỷ lệ tử vong trong 1 tháng đầu là 24,7%; so với 19,7% ở nam giới [1]. Vậy nguyên nhân của sự khác biệt này là vấn đề cần được làm rõ.

Thể NMN chiếm hơn 3/4 tổng số bệnh nhân mắc đột quỵ hiện mắc. Kết cục lâm sàng của

bệnh nhân NMN phụ thuộc vào nhiều yếu tố đã được biết đến từ lâu như: các yếu tố nguy cơ không thay đổi được (tuổi, giới, chủng tộc) và có thay đổi được (tăng huyết áp – THA, đái tháo đường – ĐTĐ, rung nhĩ, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá...), vị trí tắc mạch, mức độ tổn thương nhu mô não, có được điều trị tái thông mạch hay không... THBH gần đây được chỉ ra là 1 yếu tố quan trọng để tiên lượng kết cục NMN, ở cả nhóm có và không điều trị tái thông mạch. THBH là hệ thống các mạch máu lân cận làm nhiệm vụ cấp máu bù để đảm bảo sự sống sót của nhu mô não trong trường hợp động mạch (ĐM) chính bị hẹp hoặc tắc [2]. Trong các phương pháp chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn thì CTA 3 pha là phương pháp tương đối đơn giản, hiệu quả và chính xác để đánh THBH [3]. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Đánh giá đặc điểm lâm sàng và tuần hoàn bàng hệ theo giới ở bệnh nhân nhồi máu não cấp", với hai mục tiêu: 1. *Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng theo giới ở bệnh nhân NMN cấp.* 2. *Đánh giá mức độ tuần hoàn bàng hệ trên CTA 3 pha theo giới.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. 118 bệnh nhân NMN cấp (67 nam và 51 nữ) được chụp CTA 3 pha trong vòng 7 ngày từ khi khởi phát từ tháng 11/2021 đến tháng 7/2022, được điều trị theo phác đồ thường quy tại Bệnh viện Quân y 103.

Tiêu chuẩn chọn: các bệnh nhân được chẩn đoán xác định NMN, dựa trên định nghĩa đột quỵ não của tổ chức y tế thế giới và được chụp CTA 3 pha trong 7 ngày đầu tính từ khi khởi phát bệnh. Bệnh nhân (hoặc thân nhân) tự nguyện tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: tiền sử ĐQN, chấn thương sọ não hoặc các bệnh lý não khác; bệnh nhân có chống chỉ định dùng thuốc cản quang chứa iod đường tĩnh mạch.

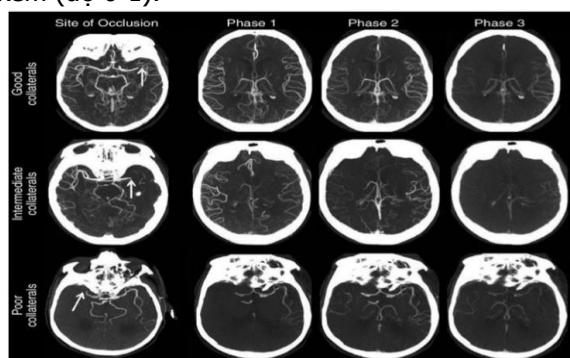
2.2. Phương pháp

2.2.1. Nội dung và chỉ tiêu nghiên cứu

*Về lâm sàng: Đánh giá tuổi (chia 2 nhóm: <60 tuổi và ≥ 60 tuổi), giới tính, một số yếu tố nguy cơ hay gặp, bao gồm: tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ), rối loạn lipid máu, rung nhĩ, hút thuốc lá, uống rượu, tiền sử đột quỵ não cũ. Chẩn đoán THA theo hội Tim mạch Mỹ (AHA) khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg, chẩn đoán ĐTĐ theo hướng dẫn 2017 của Hiệp Hội Đái tháo đường Mỹ (ADA), rối loạn chuyển hóa lipid: được xác định dựa vào Triglycerid $\geq 2,2$ mmol/l và/ hoặc Cholesterol $\geq 5,2$ mmol/l [4], rung nhĩ được xác định trong tiền sử hoặc được ghi nhận bởi kiểm

tra sức khỏe trước đó [5], hút thuốc lá được xác định khi có hút ít nhất 1 gói năm và có hút bất kỳ điều thuốc nào trong tháng qua tính đến thời điểm nhập viện [6]. Đánh giá thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện, các triệu chứng lâm sàng khi vào viện (liệt nửa người, liệt mặt, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn ý thức...), điểm NIHSS (<15 điểm - mức độ nhẹ, ≥15 điểm - mức độ nặng) và mức độ tàn tật theo thang điểm mRS khi ra viện (0-2 điểm là hồi phục tốt và 3-6 điểm là hồi phục kém).

* Trên hình ảnh CTA 3 pha: Đánh giá THBH dựa trên phân độ của trường Calgary [7]. Có 6 mức độ THBH được xác định bằng cách so sánh số lượng và kích thước các mạch máu trong vùng nhồi máu ở bán cầu bên tổn thương so với bên đối diện: Độ 0: không thấy bất kì mạch máu nào trong vùng nhồi máu ở tất cả các pha. Độ 1: chỉ thấy rất ít mạch máu trong vùng mạch nhồi máu trên pha nào đó. Độ 2: mạch máu ngoại vi vùng tắc xuất hiện chậm, giảm số lượng và kích thước trên 2 pha hoặc xuất hiện chậm trên 1 pha và vài vùng không có mạch. Độ 3: mạch máu vùng ngoại vi vùng tắc xuất hiện chậm trên 2 pha nhưng số lượng và kích thước mạch bình thường hoặc xuất hiện chậm trên 1 pha và giảm kích thước và số lượng mạch trong vùng nhồi máu. Độ 4: mạch máu vùng ngoại vi vùng tắc xuất hiện chậm trên 1 pha nhưng số lượng và kích thước mạch bình thường. Độ 5: mạch máu không xuất hiện chậm, số lượng và kích thước mạch tăng hoặc bình thường. THBH được chia các mức độ: tốt (độ 4-5), trung bình (độ 2-3) và kém (độ 0-1).



Hình 1. Đánh giá THBH trên CTA đa pha
Nguồn Menon B.K [7]

Quy trình chụp CTA 3 pha tại khoa X-quang chẩn đoán Bệnh viện Quân y 103, chụp 3 thời điểm sau khi tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch [7]: Pha 1 (thì động mạch): chụp từ quai động mạch chủ đến vòm sọ; chụp sau pha tiêm thuốc cản quang khoảng 25 giây. Pha 2 (thì tĩnh

mạch): chụp từ nền sọ đến vòm sọ; chụp sau pha 1 khoảng 10 giây. Pha 3 (thì tĩnh mạch muộn): chụp từ nền sọ đến vòm sọ; chụp sau pha 1 khoảng 10 giây. Sử dụng Omnipaque 300mg/1ml, liều 1,5 ml/kg cân nặng, tốc độ bơm 3,5 ml/giây, máy chụp CTA 64 dãy của hãng Philips Medical Systems, Hà Lan.



Hình 2. Quy trình chụp CTA 3 pha [7]

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu và xử lý số liệu

Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu, mô tả. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0: Tính tần số và tỷ lệ phần trăm với các biến định tính, tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn với các biến định lượng. So sánh tỷ lệ của 2 nhóm bằng Test Chi bình phương. So sánh 2 giá trị trung bình bằng Test T-student. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng theo giới ở bệnh nhân NMN cấp

Bảng 1. Các yếu tố nguy cơ theo giới

Đặc điểm	Nam (n=67)	Nữ (n=51)	p
<40 tuổi	3 (4,5%)	1 (2,0%)	0,720
40-60 tuổi	17 (25,4%)	12 (23,5%)	
≥ 60 tuổi	47 (70,1%)	38 (74,5%)	
Tuổi trung bình	63,91±12,81	68,08±11,56	0,071
THA (67)	39 (58,2%)	28 (54,9%)	0,719
ĐTĐ (18)	10 (14,9%)	8 (15,7%)	0,909
Rối loạn lipid (41)	19 (28,4%)	22 (43,1%)	0,095
Rung nhĩ (23)	5 (7,5%)	18 (35,3%)	<0,001
Hút thuốc lá (29)	29 (100%0)	0 (0%)	<0,001

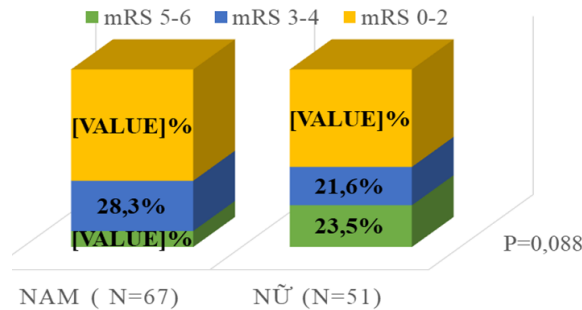
Số bệnh nhân nam gặp nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ=1,31. Ở cả 2 giới, nhóm tuổi ≥ 60 là chủ yếu. So sánh 2 nhóm nam và nữ: số bệnh nhân trẻ (<40 tuổi) ở nam chiếm tỷ lệ cao hơn, số bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) ở nữ cao hơn; với $p>0,05$. THA và hút thuốc lá là những yếu tố

nguy cơ hay gặp ở nam giới; ĐTĐ, rối loạn lipid máu, rung nhĩ lại chiếm ưu thế ở nữ; khác biệt có ý nghĩa giữa giới tính với rung nhĩ và hút thuốc lá.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng theo giới

Đặc điểm	Nam (n=67)	Nữ (n=51)	p	
Thời gian khởi phát – vào viện	14,88±22,43	13,77±22,32	0,790	
Liệt chi (101)	55(82,1%)	46 (90,2%)	0,214	
Liệt mặt (87)	47 (70,1%)	40 (78,4%)	0,311	
Rối loạn ngôn ngữ (66)	36 (53,7%)	30 (58,8%)	0,518	
Rối loạn ý thức (40)	17 (25,4%)	23 (45,1%)	0,025	
NIHSS vào viện	< 15 điểm	57 (85,1%)	37 (72,5%)	0,094
	≥ 15 điểm	10 (14,9%)	14 (27,5%)	
NIHSS trung bình vào viện	7,91±6,47	10,88±7,68	0,025	

Bệnh nhân nam có xu hướng vào viện muộn hơn nữ 1,11 giờ (p=0,79). Tam chứng đột quỵ gồm liệt chi, liệt mặt và rối loạn ngôn ngữ đều có tỷ lệ cao hơn ở nữ giới. Rối loạn ý thức hay gặp hơn có ý nghĩa ở nữ với 45,1% so với 25,1% ở nam, p<0,05. Điểm NIHSS trung bình mức độ nặng (≥ 15 điểm) tại thời điểm vào viện của nhóm nữ cao hơn gấp gần 2 lần nhóm nam, 27,5% so với 14,9%; p>0,05.



Biểu đồ 1: Mức độ tàn tật khi ra viện theo giới

Ở cả 2 nhóm, phần lớn bệnh nhân hồi phục tốt khi ra viện (mRS 0-2). Nhóm nam giới có tỷ lệ hồi phục tốt khi ra viện cao hơn nhóm nữ (62,7% so với 54,9%), trong khi nhóm nữ có tỷ lệ tàn phế nặng (mRS 5-6) cao hơn 2,6 lần nhóm nam (23,5% so với 9%; p>0,05).

3.2. Mức độ tuần hoàn bàng hệ trên CTA 3 pha theo giới

Mức độ THBH	Nam (n=67)	Nữ (n=51)	p
Tốt	60 (89,6%)	34 (66,7%)	0,008
Trung bình	6 (9,0%)	16 (31,4%)	
Kém	1 (1,5%)	1 (2,0%)	

Ở cả 2 nhóm, tỷ lệ THBH tốt đều cao nhất. Nhóm bệnh nhân nữ có tỷ lệ THBH tốt thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm nam (66,7% so với 89,6%; p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng theo giới ở bệnh nhân NMN cấp.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ NMN ở nam giới cao hơn khá nhiều, gấp 1,31 lần nữ giới. Tuy nhiên mức độ bệnh ở nữ giới có xu hướng nặng hơn ở nam giới với triệu chứng rối loạn ý thức hay gặp hơn (p<0,05), các triệu chứng liệt mặt, liệt chi, rối loạn ngôn ngữ đều cao hơn (p>0,05), điểm NIHSS trung bình vào viện cao hơn 2,97 điểm (p<0,05) và mức độ tàn phế nặng khi ra viện cao hơn (p>0,05). Lý giải cho sự khác biệt này chúng tôi thấy nữ giới liên quan đến các yếu tố nguy cơ quan trọng của NMN đó là tuổi cao (p>0,05), rung nhĩ (p<0,05), ĐTĐ (p>0,05) và rối loạn lipid máu (p>0,05). Rung nhĩ là rối loạn nhịp rất thường gặp ở bệnh nhân NMN, quá trình bệnh lý này hình thành huyết khối trong buồng tim, cục huyết khối bong ra và di chuyển nên não gây tắc mạch não. NMN ở bệnh nhân rung nhĩ diễn ra nhanh chóng, THBH kém nên thường gặp nhồi máu diện rộng và biến chứng chảy máu não. Rối loạn lipid máu lâu ngày gây vữa xơ ĐM, đặc biệt là ĐM não, đây là nguyên nhân chính hình thành huyết khối ĐM não. Cả tăng cholesterol, triglycerid, LDL đều làm tăng nguy cơ NMN. Tăng 1 mmol/l cholesterol toàn phần có liên quan với tăng nguy cơ NMN lên 25% [8]. ĐTĐ làm tăng nguy cơ đột quỵ não gấp 2 lần so với người bình thường [9]. ĐTĐ làm tăng nguy cơ vữa xơ ĐM, bao gồm làm dày lớp trung mạc mạch máu và hình thành mảng vữa xơ bề mặt mỏng. Các chất trung gian tiềm ẩn khác có thể gây rối loạn nội mô, các bất thường về fibrinogen, rối loạn quá trình đông máu ở bệnh nhân ĐTĐ và làm giảm THBH. Tuổi khởi phát đột quỵ cao hơn ở nhóm nữ cũng là 1 yếu tố quan trọng. Tuổi càng cao, độ đàn hồi của thành mạch càng giảm, THBH càng kém và khả năng chịu đựng với tình trạng thiếu oxy và độc tố kích thích của nhu mô não càng giảm, nhu mô não càng dễ tổn thương.

4.2. Mức độ tuần hoàn bàng hệ trên CTA 3 pha theo giới.

THBH mặc dù là yếu tố sẵn có của bản thân bệnh nhân nhưng rất quan trọng, nó giúp kéo dài thời gian sống sót của vùng penumbra, có thể chỉ vài giờ, nhưng cũng có khi tới vài ngày. THBH càng tốt, vùng nhu mô não bị tổn thương càng được tưới máu bù nhiều,

làm giảm thể tích vùng nhồi máu, giảm nhẹ triệu chứng, giảm biến chứng, giảm tỷ lệ tử vong, tăng tỷ lệ hồi phục ngắn và dài hạn [10], [2]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ THBH tốt ở nữ giới thấp hơn có ý nghĩa so với nam giới ($p < 0,05$), đây là 1 yếu tố ảnh hưởng rất lớn tới kết cục lâm sàng kém của nhóm nữ. Ở nhóm bệnh nhân không có chỉ định tái thông mạch, THBH giúp kéo dài thời gian sống còn của nhu mô não với tình trạng thiếu máu. Với những bệnh nhân được điều trị tái thông, THBH tốt làm vận chuyển nhanh thuốc tiêu huyết khối tới vị trí cục tắc. Với bệnh nhân tắc ĐM não lớn, THBH tốt giúp nhanh chóng khôi phục dòng chảy sau can thiệp. Gần đây, các nghiên cứu lớn về mở rộng cửa sổ lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học như DAWN và DEFUSE III đang đưa THBH tốt là 1 trong các yếu tố quan trọng để lựa chọn bệnh nhân [11].

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng theo giới ở bệnh nhân NMN cấp. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ NMN ở nam giới cao hơn khá nhiều, gấp 1,31 lần nữ giới. Tuy nhiên mức độ bệnh ở nữ giới có xu hướng nặng hơn ở nam giới với triệu chứng rối loạn ý thức hay gặp hơn ($p < 0,05$), điểm NIHSS trung bình vào viện cao hơn 2,97 điểm ($p < 0,05$).

5.2. Mức độ tuần hoàn bàng hệ trên CTA 3 pha theo giới. Nhóm bệnh nhân nữ có tỷ lệ THBH tốt thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm nam (66,7% so với 89,6%; $p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Appelros, P., B. Stegmayr, and A. Terént, Sex

- differences in stroke epidemiology: a systematic review. *Stroke*, 2009. 40(4): p. 1082-1090.
2. Liebeskind, D.S., Collateral circulation. *Stroke*, 2003. 34(9): p. 2279-2284.
3. Liu, L., et al., Guidelines for evaluation and management of cerebral collateral circulation in ischaemic stroke 2017. *Stroke and vascular neurology*, 2018. 3(3).
4. Lorenzo, C., et al., The National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III, International Diabetes Federation, and World Health Organization definitions of the metabolic syndrome as predictors of incident cardiovascular disease and diabetes. *Diabetes care*, 2007. 30(1): p. 8-13.
5. Mahmood, S.S., et al., The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. *The lancet*, 2014. 383(9921): p. 999-1008.
6. West, R., Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & health*, 2017. 32(8): p. 1018-1036.
7. Menon, B.K., et al., Multiphase CT angiography: a new tool for the imaging triage of patients with acute ischemic stroke. *Radiology*, 2015. 275(2): p. 510-520.
8. Collaboration, A.P.C.S., Cholesterol, coronary heart disease, and stroke in the Asia Pacific region. *International journal of epidemiology*, 2003. 32(4): p. 563-572.
9. Tuttolomondo, A., et al., Relationship between diabetes and ischemic stroke: analysis of diabetes-related risk factors for stroke and of specific patterns of stroke associated with diabetes mellitus. *J Diabetes Metab*, 2015. 6(05): p. 544-551.
10. Fanou, E., et al., Effect of collaterals on clinical presentation, baseline imaging, complications, and outcome in acute stroke. *American Journal of Neuroradiology*, 2015. 36(12): p. 2285-2291.
11. Nogueira, R.G., et al., Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. *New England Journal of Medicine*, 2018. 378(1): p. 11-21.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÁC ĐỒ R-GEMOX TRONG U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO B TÁI PHÁT/KHÁNG TRỊ KHÔNG CÓ CHỈ ĐỊNH HÓA CHẤT LIỀU CAO TẠI BỆNH VIỆN K GIAI ĐOẠN 2019-2022

Đỗ Huyền Nga¹, Nguyễn Tiến Quang¹, Nguyễn Thanh Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và một số tác dụng không mong muốn của hóa trị phác đồ R-GEMOX trong điều trị u lympho không Hodgkin tế bào B tái

phát/kháng trị không có chỉ định hóa chất liều cao tại bệnh viện K từ năm 2019 đến 2022; **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 40 bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào B tái phát/kháng trị điều trị tại khoa Nội Hệ tạo Huyết Bệnh viện K từ 05/2019-11/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 61,7; tỉ lệ nam/nữ=1; Hầu hết các bệnh nhân được sử dụng 1 phác đồ hóa trị trước đó chiếm 90%. Thời gian từ phác đồ gần nhất tới điều trị R-GEMOX trung vị là 10 tháng. Giai đoạn bệnh tại thời điểm tái phát (relapsed stage) chủ yếu là giai đoạn 4 chiếm tỉ lệ cao nhất

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Huyền Nga

Email: ncs29dhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.3.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023