

tượng nghiên cứu của tác giả Nadia M. Madkour chỉ gồm những phụ nữ đã mãn kinh, còn nghiên cứu của chúng tôi bao gồm các trường hợp đã mãn kinh và chưa mãn kinh.

V. KẾT LUẬN

Trong thực hành phụ khoa, siêu âm được xem như là cận lâm sàng thường dùng nhất để tầm soát các bệnh lý của tử cung và hai phần phụ. Chính vì vậy việc đánh giá nội mạc tử cung một cách chi tiết và kỹ lưỡng theo các định nghĩa và các bước của IETA sẽ rất cần thiết trong việc phát hiện sớm các trường hợp ung thư nội mạc tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Didkowska J, Wojciechowska U, Michalek IM, Caetano Dos Santos FL.** Cancer incidence and mortality in Poland in 2019. *Sci Rep.* 2022;12(1):10875. Published 2022 Jun 27. doi:10.1038/s41598-022-14779-6.
2. **Trần Văn Thuận, Lê Văn Quảng.** Ung thư nội mạc tử cung. Hướng dẫn và chẩn đoán một số bệnh ung thư thường gặp. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2019:327-336.
3. **Carey MS, Gawlik C, Fung-Kee-Fung M, Chambers A, Oliver T;** Cancer Care Ontario Practice Guidelines Initiative Gynecology Cancer Disease Site Group. Systematic review of systemic therapy for advanced or recurrent endometrial cancer. *Gynecol Oncol.* 2006;101(1):158-167. doi:10.1016/j.ygyno.2005.11.019.
4. **Tejerizo-García A, Jiménez-López JS, Muñoz-González JL, et al.** Overall survival and disease-free survival in endometrial cancer: prognostic factors in 276 patients. *Onco Targets Ther.* 2013;9:1305-1313. Published 2013 Sep 16. doi:10.2147/OTT.S51532.
5. **Ferrazzi E, Torri V, Trio D, Zannoni E, Filiberto S, Dordoni D.** Sonographic endometrial thickness: a useful test to predict atrophy in patients with postmenopausal bleeding. An Italian multicenter study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1996;7(5):315-321. doi:10.1046/j.1469-0705.1996.07050315.x.
6. **Leone FP, Timmerman D, Bourne T, et al.** Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of the endometrium and intrauterine lesions: a consensus opinion from the International Endometrial Tumor Analysis (IETA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol.* Jan 2010;35(1):103-12. doi:10.1002/uog.7487.
7. **Timmerman D, Valentin L, Bourne TH, Collins WP, Verrelst H, Vergote I.** International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group. Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2000; 16: 500-505.
8. **Trương Thị Mỹ Linh.** Tỷ lệ tăng sinh nội mạc tử cung ở phụ nữ xuất huyết tử cung bất thường và các yếu tố liên quan. Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch; 2020.
9. **Giannella L, Mfuta K, Setti T, Cerami LB, Bergamini E, Boselli F.** A risk-scoring model for the prediction of endometrial cancer among symptomatic postmenopausal women with endometrial thickness > 4 mm. *Biomed Res Int.* 2014;2014:130569. doi:10.1155/2014/130569
10. **Madkour NM.** An ultrasound risk-scoring model for prediction of endometrial cancer in postmenopausal women (using IETA terminology). *Middle East Fertility Society Journal.* 2017. doi: 10.1016/j.mefs.2017.01.009.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỬ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CÓ RUNG NHỈ

Nguyễn Huy Ngọc^{1,2}, Bùi Thị Thu Hà¹, Nguyễn Đăng Tố¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng tử và phân tích một số yếu tố tiên lượng nhồi máu não ở bệnh nhân có rung nhĩ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 38 bệnh nhân được chẩn đoán Nhồi máu não có rung nhĩ điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ 1/2022 đến 9/2022. **Kết quả:** Hầu hết các bệnh nhân đều có

nguy cơ đột quỵ cao trước đợt bệnh này, với điểm CHA2S2D-VASc ≥ 2 chiếm 68.4%. Hình ảnh cộng hưởng tử sọ não: Nhồi máu não diện rộng chiếm tỷ lệ 47.4%, tổn thương trong vùng chi phối của động mạch cảnh trong và động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất (chiếm 42.1%), thường là tổn thương nhiều ổ trong một vùng lãnh thổ mạch máu. Một số yếu tố tiên lượng kết cục xấu ở bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ bao gồm: Điểm NIHSS >11 tại thời điểm vào viện, điểm Glasgow ≤ 13 tại thời điểm vào viện, hình ảnh tổn thương nhồi máu não diện rộng, biến chứng nhồi máu não chuyển dạng chảy máu và biến chứng viêm phổi.

Từ khóa: bệnh nhân, hình ảnh cộng hưởng tử, nhồi máu não có rung nhĩ.

SUMMARY

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

²Sở Y Tế tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đăng Tố

Email: bsnguyendangtohsc19@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023

Ngày duyệt bài: 4.4.2023

CLINICAL CHARACTERISTICS, MAGNETIC RESONANCE IMAGING AND ANALYSIS OF SOME PROGNOSTIC FACTORS OF CEREBRAL INFARCTION IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

Objectives: Describe clinical characteristics, magnetic resonance imaging and analyze some prognostic factors of cerebral infarction in patients with atrial fibrillation. **Subjects and methods:** Research on 38 patients diagnosed with cerebral infarction with atrial fibrillation treated at Phu Tho Provincial General Hospital from 1/2022 to 9/2022. **Results:** Most of the patients had a high risk of stroke before this episode, with a CHA2S2D-VASc score ≥ 2 accounting for 68.4%. Magnetic resonance imaging of the brain: Large-scale cerebral infarction accounts for 47.4%, lesions in the dominant area of the internal carotid artery and middle cerebral artery account for the highest rate (accounting for 42.1%), usually lesions multiple foci in a vascular territory. Some prognostic factors for poor outcome in patients with cerebral infarction with atrial fibrillation include: NIHSS score >11 at the time of admission, Glasgow score ≤ 13 at the time of admission, images of large-scale infarct lesions, complications of cerebral infarction, bleeding, and pneumonia.

Keywords: patient, magnetic resonance imaging, cerebral infarction with atrial fibrillation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ ba sau bệnh lý tim mạch và ung thư, và là nguyên nhân phổ biến nhất gây nên tàn phế vĩnh viễn [1]. Có nhiều nguyên nhân gây đột quy, trong đó huyết khối từ tim là nguyên nhân thường gặp và gây ra những hậu quả nặng nề hơn cả, đặc biệt ở người già, làm tăng gánh nặng xã hội. Rung nhĩ là rối loạn nhịp tim thường gặp nhất ở người lớn tuổi, gây ảnh hưởng kéo dài, tăng tỷ lệ tử vong, tạo ra gánh nặng đáng kể cho bệnh nhân và toàn xã hội. Rung nhĩ được xác định là một yếu tố nguy cơ quan trọng của nhồi máu não. Tỷ lệ mắc rung nhĩ tăng lên theo tuổi. Biến chứng phổ biến nhất của rung nhĩ là huyết khối động mạch mà biểu hiện rõ nhất trên lâm sàng là nhồi máu não. Rung nhĩ làm tăng nguy cơ nhồi máu não lên gấp 5 lần, điều trị bằng thuốc chống đông làm giảm nguy cơ còn 2/3. So với bệnh nhân không rung nhĩ, nhồi máu não xảy ra trên bệnh nhân rung nhĩ thường nặng hơn, tỉ lệ biến chứng, tỉ lệ tử vong và nguy cơ tàn phế nặng đều cao hơn [2]. Tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về tai biến mạch não nói chung và nhồi máu não nói riêng. Tuy nhiên, có rất ít nghiên cứu đánh giá về các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ và các yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này

với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ và phân tích một số yếu tố tiên lượng nhồi máu não ở bệnh nhân có rung nhĩ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu gồm 38 bệnh nhân được chẩn đoán Nhồi máu não có rung nhĩ điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ 1/2022 đến 9/2022, đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm các tiêu chuẩn loại trừ.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Tất cả các bệnh nhân vào viện được chẩn đoán là nhồi máu não, được chụp phim CHT sọ não để xác định tổn thương nhu mô não. Các bệnh nhân này hoặc đã được chẩn đoán rung nhĩ trước nhập viện hoặc mới được chẩn đoán rung nhĩ trong thời gian nằm viện, được làm điện tâm đồ và siêu âm Doppler tim trong lúc nằm viện để chẩn đoán xác định rung nhĩ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh lý sọ não khác: Huyết khối tĩnh mạch não, u não, viêm não, áp xe não, chấn thương sọ não...

- Bệnh nhân khiếm khuyết chức năng nặng trước NMN lần này (mRS ≥ 3).

- Bệnh nhân có bệnh nặng khác có thể ảnh hưởng đánh giá kết cục như ung thư giai đoạn cuối, suy thận mạn giai đoạn cuối, HIV ...

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

2.3. Nội dung nghiên cứu. Phần hỏi bệnh và khám lâm sàng được nhóm nghiên cứu thực hiện (theo mẫu bệnh án).

Các xét nghiệm cơ bản như công thức máu, tỷ lệ prothrombin, máu chảy, đông máu, urê, đường máu, creatinin, lipid máu, xét nghiệm nước tiểu, chụp X/Quang tim phổi... được thực hiện tại các Trung tâm xét nghiệm, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

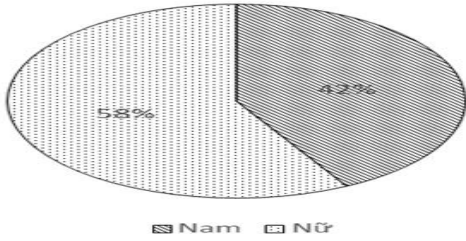
2.4. Phân tích số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 2.0.

Các biến số định lượng mô tả trung bình \pm SD, hoặc trung vị. Các biến định tính mô tả tần số và tỉ lệ%. Kiểm định giả thuyết so sánh sự khác biệt bằng kiểm định T-test, Chi-Square hoặc Fisher's exact test.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành sau khi đã thông qua Hội đồng đạo đức cấp cơ sở tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Tỷ lệ bệnh nhân nữ nhiều hơn nam, có 22 bệnh nhân nữ (57,9%) và 16 bệnh nhân nam (42,1%). Tỷ lệ nữ/nam là 1,375.

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 65	7	18,5
65- 74	14	36,8
≥ 75	17	44,7
Tổng	38	100

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu nằm trong nhóm ≥ 75 tuổi (17 bệnh nhân, 44,7%), bệnh nhân < 65 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (7 bệnh nhân, 18,5%). Có 14 bệnh nhân trong nhóm 65 - 74 tuổi (36,8%).

Bảng 3.2. Phân bố các bệnh lý kèm theo

Bệnh kèm theo	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Đái tháo đường	8	21
Tăng huyết áp	20	52,6
Rung nhĩ	16	33,1
Tiền sử đột quy não	5	13,2

Đa số các bệnh nhân có bệnh kèm theo là tăng huyết áp (52,6 %), có tiền sử rung nhĩ (33,1%), có bệnh đái tháo đường (21%) và có tiền sử nhồi máu não (13,2%).

Bảng 3.3. Tỷ lệ các dấu hiệu lâm sàng chính

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Rối loạn ý thức	23	60,5
Đau đầu	25	65,8
Chóng mặt	12	31,6
Rối loạn nuốt	10	26,3
Rối loạn cơ tròn	13	34,2
Liệt nửa người	28	73,7
Rối loạn cảm giác	22	60,5
Liệt mắt	29	76,3
Nói khó	26	68,4
Thất ngôn	24	63,2

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là liệt nửa người và liệt mắt, lần lượt chiếm tỷ lệ 73,7% và 76,3%. Triệu chứng lâm sàng ít gặp nhất là chóng mặt (12 bệnh nhân, 31,6%). Có biểu hiện nói khó (68,4%), rối loạn ý thức (60,5%), đau đầu (65,8%) và rối loạn cảm giác (60,5%).

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo thang điểm CHA2S2D-VASc

Điểm CHA2S2D-VASc	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
≤2	12	31,6
>2	26	68,4
Tổng	38	100

Bệnh nhân trước vào viện chủ yếu có điểm CHA2S2D-VASc > 2 (26 bệnh nhân, 68,4%), 12 bệnh nhân (31,6%) có điểm CHA2S2D-VASc ≤ 2.

3.2. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ

Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo điểm ASPECTS

Điểm Aspects	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
< 7	18	47,4
7-10	20	52,6
Tổng	38	100

Điểm ASPECTS < 7 chiếm tỷ lệ 47,4% và điểm ASPECTS 7-10 chiếm tỷ lệ 52,6%.

Bảng 3.6. Phân bố tổn thương theo chi phối động mạch

Động mạch chi phối	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Động mạch cảnh trong	11	28,9
Động mạch não giữa	5	13,2
Động mạch đốt sống thân nền	7	18,4

Tổn thương trong vùng chi phối của động mạch cảnh trong chiếm tỷ lệ cao nhất (28,9%), có tổn thương nằm trong vùng chi phối của động mạch đốt sống thân nền (18,4%), có tổn thương nằm trong vùng chi phối của động mạch não giữa (13,2%).

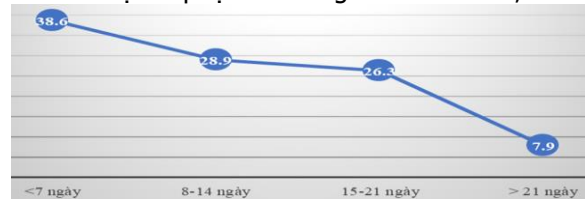
3.3. Kết quả điều trị và tiên lượng

Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân theo điểm mRS tại thời điểm ra viện

Điểm mRS	Hồi phục tốt			Hồi phục kém			
	0	1	2	3	4	5	6
Tại thời điểm xuất viện							
Số bệnh nhân		1	12	6	11	4	4
Tỷ lệ %		2,6	31,6	15,8	28,9	10,5	10,5
Tổng số	13 (34,2%)	25 (65,8%)					

*Hồi phục tốt khi điểm mRS<3, xấu khi điểm mRS ≥ 3

Tại thời điểm xuất viện: Số bệnh nhân có độ hồi phục lâm sàng tốt chiếm 34,2%, số bệnh nhân có độ hồi phục lâm sàng kém chiếm 65,8%.



Biểu đồ 3.2. Thời gian điều trị

Đa số bệnh nhân có thời gian nằm viện < 1 tuần, chiếm tỷ lệ 38,6%. Bệnh nhân có thời gian điều trị ít hơn 1-2 tuần, chiếm tỷ lệ 28,9%, bệnh nhân có thời gian điều trị 2-3 tuần chiếm tỷ lệ 26,3%, bệnh nhân có thời gian điều trị > 3 tuần chiếm tỷ lệ 7,9%.

Bảng 3.8. Liên quan giữa thang điểm NIHSS và mức độ hồi phục

Điểm NIHSS	Mức độ hồi phục	
	Vào	Ra
<4	9	13
5-8	9	9
9-15	11	9
15-22	9	6
>22	0	1

Trong nhóm bệnh nhân có điểm NIHSS 9-15, có 2 bệnh nhân có mức độ hồi phục tốt, có 1 bệnh nhân diễn biến xấu đi với NIHSS >22 điểm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Tuổi. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu nằm trong nhóm ≥ 75 tuổi (17 bệnh nhân, chiếm 44,7%, bệnh nhân < 65 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (7 bệnh nhân, chiếm 18,5%). Có 14 bệnh nhân trong nhóm 65 - 74 tuổi, chiếm 36,8%. Theo Võ Hoàng Khôi (2022), những bệnh nhân nhồi máu não có bệnh lý tim mạch chủ yếu có độ tuổi trên 50 tuổi, trong đó tỉ lệ hay gặp chủ yếu rơi vào nhóm 50-70 tuổi [3]. Một nghiên cứu khác tại Mỹ của Hannon và cộng sự cho kết quả độ tuổi hay gặp đột quỵ kèm rung nhĩ là từ 65 tuổi ở lên [4]. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong các nghiên cứu gần tương đương nhau. Như vậy có thể thấy bệnh lý nhồi máu não có rung nhĩ hay gặp ở nhóm bệnh nhân cao tuổi. Kết quả này là hoàn toàn phù hợp bởi nhồi máu não là bệnh lý thường gặp ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, nhiều yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, bệnh lý tim mạch, đái tháo đường, rối loạn lipid máu... Mặt khác, tần suất và tính phổ biến của rung nhĩ cũng tăng dần theo tuổi, do vậy, độ tuổi trung bình của bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ thường cao hơn ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não không có rung nhĩ. Mặt khác, trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân nữ chiếm ưu thế, độ tuổi gặp rung nhĩ của giới nữ nói chung thường cao hơn nam [2], do đó, độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác.

4.1.2. Giới tính

Tỷ lệ bệnh nhân nữ nhiều hơn nam, có 22

bệnh nhân nữ, chiếm 57,9% và 16 bệnh nhân nam, chiếm 42,1%. Khác với nghiên cứu của Lê Thị Thúy Hồng về đặc điểm lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính và các yếu tố tiên lượng của bệnh nhân nhồi máu não có bệnh lý tim mạch, kết quả nam gặp nhiều hơn nữ với tỉ lệ nam/nữ là 1,6/1 [3], đồng thời khác với tỷ lệ chung của rung nhĩ trên thế giới thường gặp ở nam nhiều hơn nữ [2]. Sự khác biệt có thể do nghiên cứu của chúng tôi đa số các bệnh nhân nằm trong nhóm trên 75 tuổi, ở độ tuổi này tỷ lệ nữ thường lớn hơn nam, đặc biệt là trong nhóm bệnh nhân rung nhĩ, tuổi càng cao, tỷ lệ nữ càng tăng.

4.2. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ

Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm ASPECTS < 7, chiếm tỷ lệ 47,4%, có 20 bệnh nhân có điểm ASPECTS 7-10, chiếm tỷ lệ 52,6%. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Duy Trinh (2021) số bệnh nhân có điểm ASPECT < 7 là 36,4% [8]. Sự khác biệt này do đối tượng nghiên cứu trong các nghiên cứu là khác nhau, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân nhồi máu não kèm rung nhĩ, liệu rung nhĩ có liên quan gì đến hệ động mạch bị tổn thương không khi đa phần các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là bị nhồi máu não nặng liên quan đến hệ động mạch cảnh. Vấn đề này cần các nghiên cứu tiếp theo, trên một cỡ mẫu lớn hơn để có câu trả lời.

4.2.1. Bệnh kèm theo và các yếu tố nguy cơ. Đa số các bệnh nhân có bệnh kèm theo là tăng huyết áp, có 20 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 52,6%. Có 16 bệnh nhân có tiền sử rung nhĩ chiếm tỷ lệ 33,1%. Có 8 bệnh nhân có bệnh đái tháo đường, chiếm tỷ lệ 21%. Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, có 5 bệnh nhân có tiền sử nhồi máu não, chiếm tỷ lệ 13,2%. Theo nghiên cứu của William G Akanksha và cộng sự, tăng huyết áp chiếm 31,4%, suy tim chiếm 18,7%, đái tháo đường chiếm 16,1% và tăng lipid máu chiếm 8,53%[5]. Tăng huyết áp là bệnh thường gặp ở người trưởng thành, tăng dần về số lượng theo tuổi, thường có xu hướng đi cùng các yếu tố nguy cơ tim mạch khác, kể cả rung nhĩ. Vì vậy, đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có bệnh kèm theo là tăng huyết áp, phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước.

4.2.2. Đặc điểm lâm sàng thần kinh

Các triệu chứng lâm sàng chính: triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là liệt nửa người và liệt mặt, lần lượt chiếm 73,7% và 76,3%. Triệu chứng lâm ít gặp nhất là chóng mặt, chỉ có 31,6% bệnh nhân biểu hiện dấu hiệu này. Có 26 bệnh nhân có biểu hiện nói khó, chiếm 68,4%,

có 23 bệnh nhân có triệu chứng rối loạn ý thức, chiếm 60,5%, có 25 bệnh nhân có triệu chứng đau đầu, chiếm 65,8%, có 22 bệnh nhân có triệu chứng rối loạn cảm giác, chiếm 60,5%. Triệu chứng lâm sàng của nhồi máu não phụ thuộc vào khu vực và động mạch tổn thương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân tổn thương não đa ổ, thuộc vùng cấp máu của động mạch não giữa, gây tổn thương vùng vận động và ngôn ngữ nên số bệnh nhân có triệu chứng liệt nửa người và rối loạn ngôn ngữ chiếm tỷ lệ cao.

4.2.3. Đặc điểm tim mạch. Bệnh nhân trước vào viện chủ yếu có điểm CHA2S2D-VASc ≥ 2 (26 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 68,4%). Có 12 bệnh nhân có điểm CHA2S2D-VASc ≤ 2 , chiếm 31,6%. Tanaka và cộng sự khi nghiên cứu trên những bệnh nhân bị nhồi máu não có rung nhĩ cũng cho kết quả đa số bệnh nhân có điểm CHA2S2D-VASc là 4 [6]. Đây cũng là kết quả của Giralt và cộng sự khi nghiên cứu trên 439 bệnh nhân tại Tây Ban Nha [7]. Qua đó có thể thấy hầu hết các bệnh nhân nhồi máu não kèm rung nhĩ đều là đối tượng nguy cơ cao trước khi nhập viện. Nguyên nhân là do hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có tuổi cao, kèm theo các yếu tố nguy cơ khác như tăng huyết áp, đái tháo đường, xơ vữa động mạch... Mặt khác, giới nữ chiếm ưu thế hơn nam, nên số bệnh nhân có điểm CHA2S2D-VASc ≥ 2 chiếm ưu thế.

4.3. Kết quả điều trị và một số yếu tố tiên lượng

4.3.1. Kết quả điều trị theo thang điểm mRS. Kết quả hồi phục lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ: Tại thời điểm xuất viện: Số bệnh nhân có độ hồi phục lâm sàng tốt là 13 bệnh nhân chiếm 34,2%, số bệnh nhân có độ hồi phục lâm sàng kém là 25 chiếm 65,8%, phù hợp với nghiên cứu của Hannon và cộng sự cho kết quả điểm mRS trung bình của bệnh nhân nhồi máu não kèm rung nhĩ là $3,8 \pm 1,4$ và sau 1 tháng điều trị là 3,4, khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhóm nhồi máu não không kèm rung nhĩ [4]. Như vậy, nhồi máu não ở bệnh nhân có rung nhĩ thường có kết cục xấu, mức độ hồi phục lâm sàng kém, để lại di chứng nặng nề. Nghiên cứu của chúng tôi góp phần khẳng định thêm cho kết luận những bệnh nhân nhồi máu não kèm rung nhĩ có tỷ lệ hồi phục rất kém sau điều trị.

4.3.2. Thời gian điều trị. Đa số bệnh nhân có thời gian nằm viện < 1 tuần, chiếm tỷ lệ 38,6%. Bệnh nhân có thời gian điều trị ít hơn 1 - 2 tuần chiếm tỷ lệ 28,9%, Bệnh nhân có thời gian điều trị 2-3 tuần chiếm tỷ lệ 26,3%. Bệnh

nhân có thời gian điều trị > 3 tuần chiếm tỷ lệ 7,9%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Lê Thị Thúy Hồng và Lê Văn Thịnh về đặc điểm lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính và các yếu tố tiên lượng của bệnh nhân nhồi máu não có bệnh lý tim mạch, thời gian điều trị của nhóm bệnh nhân nhồi máu não có bệnh lý tim mạch chủ yếu là 2 tuần [3]. Một nghiên cứu của Alkoulhi (2018) trong 11 năm tại Mỹ trên hơn 900.000 bệnh nhân nhồi máu não cho kết quả thời gian nằm viện trung bình của nhóm bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ là $6,35 \pm 6,34$ ngày [9]. Sự khác biệt có thể là do các nghiên cứu trên thế giới là những nghiên cứu lớn, cỡ mẫu nhiều hoặc do mức độ nặng của bệnh nhân tại từng vùng miền là khác nhau. Tuy nhiên nhiều kết quả nghiên cứu trên thế giới cho thấy thời gian nằm viện của bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ đều dài hơn đáng kể, chi phí chăm sóc cao hơn 20% ở bệnh nhân không có rung nhĩ [9].

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ sọ não ở bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ: Đa số các bệnh nhân có bệnh kèm theo là tăng huyết áp (chiếm 52,6%). Hầu hết các bệnh nhân đều có nguy cơ đột quỵ cao trước đợt bệnh này, với điểm CHA2S2D-VASc ≥ 2 chiếm 68,4%. Hình ảnh cộng hưởng từ sọ não: Nhồi máu não diện rộng chiếm tỷ lệ 47,4%. Tổn thương trong vùng chi phối của động mạch cảnh trong và động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất (chiếm 42,1%), thường là tổn thương nhiều ổ trong một vùng lãnh thổ mạch máu.

Một số yếu tố tiên lượng kết cục xấu ở bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ bao gồm: Điểm NIHSS > 11 tại thời điểm vào viện, điểm Glasgow ≤ 13 tại thời điểm vào viện, hình ảnh tổn thương nhồi máu não diện rộng, biến chứng nhồi máu não chuyển dạng chảy máu và biến chứng viêm phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Johnson CO, Nguyen M, Roth GA, Nichols E, Alam T, Abate D, et al. Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet **Neurology**. 2019;18(5):439-58.
2. Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax J, Blomstrom-Lundqvist C. 2020 ESC guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2021;42:373-498.
3. Võ Hoàng Khôi, Lê Thị Thúy Hồng. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi

- tính số não của bệnh nhân nhồi máu não có bệnh lý tim mạch. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;512(2).
- Hannon N, Sheehan O, Kelly L, Marnane M, Merwick A, Moore A, et al. Stroke associated with atrial fibrillation—incidence and early outcomes in the north Dublin population stroke study. *Cerebrovascular Diseases*. 2010;29(1):43-9.
 - Akanksha WG, Paramdeep K, Gagandeep S, Rajinder B, Birinder SP, Monika S, et al. Clinical features, risk factors, and short-term outcome of ischemic stroke, in patients with atrial fibrillation: Data from a population-based study. *Annals of Indian Academy of Neurology*. 2017;20(3):289.
 - Tanaka K, Yamada T, Torii T, Furuta K, Matsumoto S, Yoshimura T, et al. Pre-admission CHADS₂, CHA₂DS₂-VASc, and R2CHADS₂ scores on severity and functional outcome in acute ischemic stroke with atrial fibrillation. *Journal of Stroke Cerebrovascular Diseases*. 2015;24(7):1629-35.
 - Giralt-Steinhauer E, Cuadrado-Godia E, Ois A, Jiménez-Conde J, Rodríguez-Campello A, Planellas L, et al. CHA₂DS₂-VASc score and prognosis in ischemic strokes with atrial fibrillation. *Journal of neurology*. 2012;259:745-51.
 - Nguyễn Duy Trinh. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ 1, 5 Tesla trong chẩn đoán và tiên lượng nhồi máu não giai đoạn cấp tính 2021.
 - Alkhouli M, Alqahtani F, Aljohani S, Alvi M, Holmes DR. Burden of atrial fibrillation—associated ischemic stroke in the United States. *JACC: Clinical Electrophysiology*. 2018;4(5):618-25.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT PHẦN XA DẠ DÀY, VẾT HẠCH D2 ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY

Trương Vĩnh Quý¹, Đặng Quốc Ái^{2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày điều trị ung thư biểu mô dạ dày là một phẫu thuật khó. Được triển khai tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị trong những năm gần đây. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả nhóm bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày, vết hạch D2 điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại đây. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là một nghiên cứu tiến cứu. Gồm có 33 bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày được phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày, vết hạch D2 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị từ 11/2019 đến 9/2022. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 68,06 ± 11,98 tuổi. BMI trung bình là 18,05 ± 3,44 kg/m². Kích thước u trung bình: 3,9 ± 1,6 cm. Giai đoạn AJCC I chiếm 3%, giai đoạn II chiếm 39,4%, giai đoạn III chiếm 57,6%. Lượng máu mất trong phẫu thuật 81,8 ± 33,8 ml. Thời gian phẫu thuật 182 ± 28 phút. Tổng số hạch vét được: 591 hạch, trung bình: 18 ± 9,7 hạch/ BN. Tổng số hạch di căn: 125 hạch. Trung bình di căn 3,7 ± 5 hạch/ BN. Tỷ lệ có tai biến trong khi phẫu thuật là 12,1%. Nằm viện sau phẫu thuật trung bình 12,8 ± 5,3 ngày. Tỷ lệ biến chứng hậu phẫu 31,1%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị cho kết quả tốt.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày, ung thư biểu mô dạ dày.

SUMMARY

EVALUATION OF RESULTS OF LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY, D2 LYMPHADENECTOMY FOR GASTRIC CARCINOMA

Background: Laparoscopic gastrectomy for gastric carcinoma is a difficult surgery. Implemented in Quang Tri Provincial General Hospital in recent years. Therefore, we conducted a study to evaluate the results of a group of patients undergoing laparoscopic distal gastrectomy and D2 lymphadenectomy for gastric carcinoma. **Subjects and Methods:** This is a prospective study. Including 33 gastric carcinoma patients who underwent laparoscopic distal gastrectomy, D2 lymph node dissection at Quang Tri Provincial General Hospital from 11/2019 to 9/2022. **Results:** Mean age was 68.06 ± 11.98 years. Mean BMI was 18.05 ± 3.44 kg/m². The stage base on AJCC: Stage III 57.6%; Stage II 39.4%; Stage I 3%. Blood lost intraoperative 81.8 ± 33.8 ml. The mean operative time was: 182 ± 28 minutes. 591 lymph nodes were removed, mean 18 ± 9.7 hạch/ pt. 125 Lymph node metastasis, mean 18 ± 9.7 nodes/pt. Intraoperative complications was 12.1%. The average length of hospital stay were 12.8 ± 5.3 days. Postoperative complications were 31.1%. **Conclusion:** Laparoscopic distal gastrectomy for gastric carcinoma treatment at Quang Tri Provincial General Hospital is safe and effective.

Keywords: laparoscopic distal gastrectomy, gastric carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là ung thư phổ biến hàng thứ 5 trong các loại ung thư và là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ 3 do ung thư với ước

¹Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Quảng Trị

²Trường Đại Học Y Hà Nội

³Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023