

tính hoặc kết hợp định tính và định lượng để làm rõ hơn các yếu tố liên quan, ảnh hưởng tới mức độ lo lắng về cái chết của sinh viên điều dưỡng, điều dưỡng viên.

V. KẾT LUẬN

Mức độ lo lắng về cái chết của học viên điều dưỡng vừa học vừa làm trường Đại học Y Dược Thái Nguyên ở mức trung bình với 7,39 ($\pm 3,78$)/15 điểm. Tỷ lệ không lo lắng là 38,3%, 39,5% lo lắng ở mức độ vừa và 22,1% rất lo lắng. Một số yếu tố liên quan đến mức độ lo lắng về cái chết của học viên điều dưỡng là giới tính (nam lo lắng ít hơn nữ) và kinh nghiệm chăm sóc người thân hấp hối. Chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ lo lắng về cái chết với tuổi và kinh nghiệm chăm sóc người bệnh hấp hối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Üstükuş, A., & Eskimez, Z. (2021). The effect of death anxiety in nurses on their approach to dying patients: A cross-sectional study. *Perspectives in psychiatric care*, 57(4), 1929–1936
2. Farley, G. (2010). Death anxiety. *National Health*

Service: London.

3. Sanli, D., & Iltus, F. (2022). Experiences of a Group of Senior Nursing Students with End-of-Life Care and Death in Turkey. *Omega*, 85(4), 936–957.
4. Mohammadi, F., Masoumi, Z., Oshvandi, K., Khazaei, S., Bijani, M. (2022). Death anxiety, moral courage, and resilience in nursing students who care for COVID-19 patients: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 21(1).
5. Nia, H. S., Lehto, R. H., Ebadi, A., & Peyrovi, H. (2016). Death Anxiety among Nurses and Health Care Professionals: A Review Article. *International Journal of community-based nursing and midwifery*, 4(1), 2–10
6. Ho, T. M., Barbero, E., Hidalgo, C., & Camps, C. (2010). Spanish nephrology nurses' views and attitudes towards caring for dying patients. *Journal of renal care*, 36(1), 2–8.
7. Tang, M. L., Goh, H. S., Zhang, H., & Lee, C. N. (2021). An Exploratory Study on Death Anxiety and Its Impact on Community Palliative Nurses in Singapore. *Journal of hospice and palliative nursing: JHPN: the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 23(5), 469–477
8. Zyga, S., Malliarou, M., Lavdaniti, M., Athanasopoulou, M., & Sarafis, P. (2011). Greek renal nurses' attitudes towards death. *Journal of renal care*, 37(2), 101–107.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA KẾT QUẢ ĐO OXY NÃO VÙNG VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUI NÃO CẤP

Nguyễn Anh Tuấn¹, Nguyễn Danh Cường²

TÓM TẮT

Quang phổ cận hồng ngoại (Near Infra Red Spectroscopy NIRS): là kỹ thuật không xâm lấn có thể được sử dụng để theo dõi ô xy mô não trên nhiều khu vực của bề mặt não. Những kỹ thuật theo dõi ban đầu chỉ cho phép theo dõi xu hướng thay đổi nồng độ của mô, sau đó những tiến bộ kỹ thuật trong quang phổ không gian đã cho phép có thể đo được bão hòa tuyệt đối ô xy mô não (Saturation cerebral oxygenation – ScO₂). Giá trị bình thường của ScO₂ được cho là từ 58 - 82% và giá trị ban đầu có thể thay đổi lên tới 10% ngưỡng thiếu oxy tổ chức não tùy thuộc vào từng cá thể và tùy bệnh lý. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đo ScO₂ bằng phương pháp quang phổ cận hồng ngoại trên những bệnh nhân đột quỵ cấp do tắc động mạch não giữa tại trung tâm Cấp cứu, bệnh viện Bạch mai. Kết quả thu được: Bệnh nhân tắc động mạch não giữa giai đoạn cấp có giá trị rSO₂ bên bán cầu tổn thương

thấp hơn bên bán cầu không tổn thương, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhóm bệnh nhân có tái thông mạch máu: rSO₂ sau 24 giờ tăng lên so với lúc vào viện, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), trong khi giá trị này không thay đổi ở bệnh nhân không có tái thông. Bệnh nhân sau điều trị tái thông mạch máu: nhóm rSO₂ $\geq 62\%$ thì 100% có tái thông, và nhóm rSO₂ $< 62\%$ thì 27,3% là không tái thông ($P < 0,05$). Nhóm bệnh nhân can thiệp tái thông mạch máu não sau 24h: rSO₂ $\geq 62\%$ trong nhóm NIHSS < 10 điểm cao hơn trong nhóm NIHSS > 10 điểm với OR=0,057 (95% CI:0,006-0,588), $p < 0,05$. rSO₂ $\geq 62\%$ trong nhóm SpO₂ $\geq 98\%$ cao hơn trong nhóm SpO₂ $< 98\%$ với OR=0,12 (95% CI:0,042-0,347), $p < 0,01$. Kết luận: kết quả đo oxy não vùng có giá trị định hướng bên tổn thương, mức độ nặng cũng như khả năng hồi phục của bên tổn thương do tắc động mạch não giữa

Từ khóa: tắc động mạch não giữa, đo oxy não vùng, quang phổ cận hồng ngoại.

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN VALUE OF REGIONAL SATURATION OF OXYGENATION (rSO₂) TO THE CLINICAL AND RADIOLOGY FINDING IN SEVERE MCA STROKE PATIENT

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn

Email: bstuanccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2023

Ngày duyệt bài: 24.4.2023

Near Infra Red Spectroscopy NIRS is a noninvasive technique to measure the oxygen saturation in the brain surface. The primary device only monitor the change of saturation, then the advanced technique can monitor the absolute value of brain oxygenation (Saturation cerebral oxygenation-ScO₂). The normal range of ScO₂ from 58-82%, can be reduced to 10% depended on the lesion or pathology. We conducted the study to apply this technique on middle cerebral artery (MCA) occlusion patient at the emergency center at Bachmai hospital. The result showed: the lesion side of MCA ischemic had the lower value of rSO₂ than the normal side of the brain significantly statistic, ($p < 0,05$). In the patient who had artery resolution (recanal): rSO₂ at 24h greater than on admission, while the value had no change in the unresolved group. With the cutoff point at rSO greater than 62%, 100% patient had artery resolution, otherwise 27,3% unresolved. The group who underwent thrombectomy had recanalization on 24h, rSO₂ \geq 62% if NIHSS $<$ 10 compare to NIHSS $>$ 10; OR=0,057 (95% CI:0,006-0,588), $p < 0,05$. Conclusion: Regional oxygen saturation value has been proved to be a predict factor to the lesion side and the restoration in MCA stroke patient.

Keywords: MCA occlusion, regional saturation oxygenation (rSO₂), NIRS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động mạch não giữa là nhánh tận lớn của động mạch cảnh trong, diện cấp máu cho não của động mạch này rất lớn. Những vùng được cấp máu này có nhiều chức năng quan trọng như vận động, cảm giác và các chức năng cao cấp của vỏ não⁵. Theo nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng như trong nước nhồi máu não do tắc động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất trong các thể lâm sàng của đột quỵ não và chiếm tới hai phần ba của nhồi máu não tuần hoàn não trước^{1,2}.

Các tế bào não sống được phụ thuộc chủ yếu vào ô xy và glucose. Tế bào não là những tế bào rất nhạy cảm với tình trạng thiếu ô xy. Các tế bào não tiêu thụ đến hơn 20% tổng lượng ô xy trong cơ thể³. Trong đột quỵ não, nhất là đột quỵ não nặng, vùng tổn thương lớn như tắc động mạch cảnh, tắc động mạch não giữa thì rất nhiều cơ chế đã góp phần làm nặng thêm tình trạng bệnh như: thiếu máu cục bộ, tắc vi mạch, rối loạn chức năng ty thể, phù nề do gây độc tế bào⁴. Điều này làm cho chuyển hoá ô xy của tế bào thần kinh bị rối loạn, gây ra những thương tổn thứ phát. Các rối loạn này, nếu được xử trí thì tế bào thần kinh có thể hồi phục. Còn ngược lại, có thể là thương tổn vĩnh viễn của các tế bào thần kinh, làm ảnh hưởng đến kết cục và chất lượng cuộc sống

Mục tiêu của mọi điều trị trong đột quỵ não là tránh những tổn thương thứ phát. Nói cách

khác, chúng ta đang làm mọi cách để bảo vệ những vùng có nguy cơ bị tổn thương bên cạnh những ổ tổn thương nguyên phát khó có thể hồi phục. Nhằm hỗ trợ cho mục tiêu này, từ trước đến nay có rất nhiều những phương pháp theo dõi chuyển hoá ô xy của não đã ra đời kể cả gián tiếp lẫn trực tiếp. Mục đích chung nhằm đến của những phương pháp theo dõi này đều là duy trì lượng ô xy cần thiết cho các tế bào thần kinh hoạt động. Một trong những phương pháp đó là kỹ thuật dùng quang phổ cận hồng ngoại (NIRS) để đo ô xy trong não.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân trên 18 tuổi, âm sàng được chẩn đoán đột quỵ não cấp tính trong vòng 24h, chụp phim MRI (hoặc MSCT) não chẩn đoán tắc động mạch não giữa đoạn M1. Chúng tôi loại ra khỏi nghiên cứu các trường hợp chấn thương, xuất huyết não, u não, thiếu máu nặng, tổn thương da đầu

Nghiên cứu mô tả, thực hiện tại trung tâm Cấp Cứu bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020.

Quy trình nghiên cứu

- Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào đối tượng nghiên cứu.

- Bệnh nhân được đo ô xy não vùng (rSO₂) liên tục cả 2 bán cầu não (bên bán cầu tổn thương và bên bán cầu không tổn thương)

- Thu thập thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Theo bệnh án mẫu

- Đánh giá lúc vào viện: thời gian xuất hiện đột quỵ đến khi đến viện, lâm sàng, cận lâm sàng lúc vào viện: Glasgow, điểm NIHSS, liệt, SpO₂, mạch, huyết áp...

- Bệnh nhân được điều trị nhồi máu não cấp theo phác đồ chuẩn: kiểm soát huyết áp, đường máu, nhiệt độ cơ thể, đảm bảo SpO₂, đảm bảo hô hấp, tuần hoàn...

- Bệnh nhân được điều trị tái thông mạch máu não theo chỉ định:

+ Bệnh nhân đến viện \leq 4,5 giờ kể từ khi bắt đầu triệu chứng rõ ràng tiêm Alteplase tĩnh mạch tPA liều 0,9mg/kg (theo phác đồ) là liệu pháp đầu tay.

+ Phẫu thuật lấy huyết khối cơ học được chỉ định cho những bệnh nhân đến viện trong vòng 24 giờ kể từ thời điểm cuối cùng được biết là khỏe mạnh (từ khi khởi phát triệu chứng), bất kể họ có được tiêm alteplase tĩnh mạch hay không.

- Lấy các chỉ số theo dõi rSO₂ và đánh giá lâm sàng tại các thời điểm: sau điều trị tái thông mạch máu và sau 24h sau.

- Chụp MRI/MSCT sọ não sau 24h để đánh giá kết quả điều trị tái thông mạch máu não (TICI).

Các tiêu chí đánh giá chủ yếu trong nghiên cứu

*Kết quả đo ô xy não vùng bằng kỹ thuật đo quang phổ cận hồng ngoại ở bệnh nhân tắc động mạch não giữa giai đoạn cấp tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai:

- Kết quả đo rSO₂ hai bán cầu não của các bệnh nhân nghiên cứu lúc vào viện

- Kết quả theo dõi rSO₂ ở nhóm bệnh nhân có tái thông mạch máu: rSO₂ trước can thiệp, sau can thiệp, sau 1 giờ can thiệp, sau 2 giờ can thiệp, sau 3 giờ can thiệp...

- Kết quả theo dõi rSO₂ ở nhóm bệnh nhân không tái thông mạch máu

* Mỗi liên quan giữa kết quả đo rSO₂ với một số triệu chứng lâm sàng và điều trị:

- Tìm mối liên quan của rSO₂ với các chỉ số lâm sàng: Mạch, SpO₂, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, huyết áp trung bình, điểm NIHSS, Glasgow ...ở bệnh nhân nhồi máu não do tắc động mạch não giữa giai đoạn cấp

- Tìm điểm cắt rSO₂ có giá trị chẩn đoán.

- Giá trị rSO₂ trong theo dõi và tiên lượng ở bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 33 bệnh nhân được tiến hành đo oxy não vùng, Tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 71,1±10,3

Bảng 3.1. Tình trạng ý thức của bệnh nhân

	Glasgow nhập viện		Glasgow 24h		p
	n	%	n	%	
Glasgow < 8 điểm	1	3,0	2	6,1	0,0076
8 ≤ Glasgow ≤ 12	11	33,3	3	9,1	0,0067
Glasgow > 12	21	63,6	28	84,8	0,0067
Trung bình					
Median(iqr)	13(12-14)		15(13-15)		0,0001
Min-max	6-15		9-15		

Nhận xét: Sau 24 giờ điểm Glasgow trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu cải thiện có ý nghĩa thống kê

Bảng 3.2. Kết quả đo rSO2 của bệnh nhân khi vào viện (n=33)

rSO ₂ (%)	Mean±SD	Min-max	p
Bên bán cầu não tổn thương	55,1 ± 5,0	40-62	<0,0001
Bên bán cầu não không tổn thương	65,9 ± 5,9	52-77	

Nhận xét: Có sự khác biệt rSO₂ giữa 2 bên tổn thương và bên không tổn thương, cụ thể bên

không tổn thương có nồng độ rSO₂ cao hơn (p<0,05).

Bảng 3.3. Kết quả đo rSO2 lúc vào viện và sau 24 giờ ở bán cầu tổn thương

rSO ₂ (%)	Mean±SD	Median(iqr)	Min-max	p
T 0	54,6±4,9	56 (52-58)	40-61	<0,0001
T 24	66,1±7,4	68 (61-71)	51-77	

Nhận xét: Sau tái thông rSO₂ tăng lên ở bán cầu có tổn thương (66,1 ± 7,4), sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê (p < 0,05)

Bảng 3.4. Kết quả đo rSO2 lúc vào viện và sau 24 giờ ở bán cầu không tổn thương

rSO ₂ (%)	mean±sd	median(iqr)	Min-max	p
T 0	65,8±6,1	67(63-69)	52-77	<0,0001
T 24	73,3±11,1	76,5(71-80)	24-81	

Nhận xét: Sau tái thông rSO₂ tăng lên ở bán cầu không tổn thương (73,3 ± 11,1), sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê (p < 0,05)

Bảng 3.5: Bảng mối liên quan giữa rSO2 với kết quả điều trị

Bán cầu não tổn thương sau can thiệp	Kết quả tái thông mạch		n
	Tái thông	Không tái thông	
rSO ₂ ≥ 62%	22 100%	0 0%	22 100%
rSO ₂ < 62%	8 72,7%	3 27,3%	11 100%
n	30 90,9%	3 9,1%	33 100%

Nhận xét: Sau can thiệp mạch, bên tổn thương nhóm có giá trị rSO₂ ≥ 62% thì 100% có tái thông, và nhóm có giá trị rSO₂ <62% thì 27,3% là không tái thông. Kết quả đo rSO₂ với kết quả điều trị có tương quan với nhau (P:0,03 < 0,05)

Bảng 3.6: Mối liên quan giữa rSO2 sau can thiệp và điểm SpO2

Phân loại SpO ₂ (%)	Phân loại rSO ₂ bên tổn thương sau can thiệp		n
	≥ 62%	< 62%	
≥ 98	22 88.0%	3 12.0%	25 100.0%
< 98	0 0.0%	8 100.0%	8 100.0%
n	22 66.7%	11 33.3%	33 100.0%

Nhận xét: Tỷ lệ rSO₂ cao bên tổn thương sau can thiệp mạch trong nhóm có SpO₂ cao và nhóm SpO₂ thấp là 88% và 0%, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 tỷ lệ này với p=0,000 < 0,01.

IV. BÀN LUẬN

Ngay tại thời điểm nhập viện, bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có điểm hôn mê Glasgow không quá thấp (>12 điểm: 63,6%), nhóm Glasgow 8 đến 12 điểm có 11 bệnh nhân, chiếm 33,3%, nhưng những bệnh nhân này có ý thức cải thiện khá tốt ở nhóm có đến viện sớm và có can thiệp mạch máu. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân với điểm hôn mê Glasgow tương tự như các tác giả như: Điểm hôn mê Glasgow lúc nhập viện trong nghiên cứu của Lương Quốc Chính⁸ là từ 4 đến 14 điểm.

Tất cả bệnh nhân bị đột quỵ não cấp được chụp phim MRI/MSCT sọ não và được chẩn đoán xác định là tắc động mạch não giữa, các bệnh nhân đủ điều kiện nghiên cứu được chúng tôi cho vào nhóm nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành đo ô xy não ở cả hai bán cầu não của bệnh nhân, bên bán cầu não có tổn thương và bên bán cầu não không tổn thương ngay tại thời điểm lúc vào viện và tiếp tục theo dõi liên tục trong 24 giờ, kết quả của chúng tôi đo được khi bệnh nhân nhập viện cho thấy bên bán cầu não tổn thương giá trị của rSO₂ đo được là 55,1±5,0 còn bên bán cầu não không tổn thương là 65,9±5,9. Có sự khác biệt rSO₂ giữa 2 bên bán cầu não tổn thương và bên không tổn thương, cụ thể bên bán cầu não không tổn thương có kết quả đo rSO₂ cao hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới, nghiên cứu của tác giả Demet GG⁵ có sự khác biệt đáng kể giữa bên tổn thương và bên không tổn thương trong giai đoạn cấp tính (p = 0,0034). Nghiên cứu của Ritzenthaler T⁷ rSO₂ bên tổn thương 69% (56-74) và bên ko tổn thương 76% (67-80).

Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có 30 bệnh nhân được điều trị tái thông mạch máu bằng phương pháp tiêu sợi huyết, lấy huyết khối cơ học, hoặc kết hợp tiêu sợi huyết và lấy huyết khối cơ học, và 3 bệnh nhân điều trị nội khoa. Tất cả các bệnh nhân được theo dõi rSO₂, kết quả thu được như sau:

Ở nhóm bệnh nhân điều trị can thiệp mạch chúng tôi nhận thấy giá trị đo rSO₂ ở bên não có tổn thương trước và sau điều trị can thiệp mạch có sự thay đổi, trước khi điều trị can thiệp mạch rSO₂ đo được là 55,6 ± 4,9, ngay sau can thiệp đo được là 62 ± 6,3, sau can thiệp một giờ là 62,5 ± 6,5, sau can thiệp 2 giờ đo được là 63,3 ± 6,6, sau 3 giờ can thiệp đo được là 62,9 ± 6,1 Sự khác biệt rSO₂ giữa 2 thời điểm trước can thiệp và sau can thiệp là có ý nghĩa thống kê

(p<0,05). Còn giá trị rSO₂ ở bán cầu não không tổn thương thì sự khác biệt giữa trước can thiệp và sau can thiệp tái thông mạch máu não cũng có ý nghĩa thống kê với p< 0,05. Kết quả này có thể giải thích được, đó là sau khi điều trị can thiệp tái thông mạch máu não thì mạch máu não được tái thông và có tuần hoàn bàng hệ nên sau can thiệp bên não không tổn thương cũng có kết quả đo rSO₂ cao hơn so với trước can thiệp tái thông mạch máu não.

Chúng tôi đã tìm được điểm cắt giá trị rSO₂ = 62% có giá trị chẩn đoán, với độ nhạy là 97%, độ đặc hiệu 81,1%. Diện tích dưới đường cong ROC = 91,5%

Theo dõi nhóm bệnh nhân sau điều trị tái thông mạch máu não chúng tôi nhận thấy bên bán cầu não tổn thương nhóm có giá trị rSO₂ rSO₂ ≥ 62% thì 100% có tái thông, và nhóm có giá trị rSO₂ rSO₂ < 62% thì 27,3% là không tái thông (P:0,03 < 0,05). Vậy rSO₂ rất có giá trị trong việc theo dõi kết quả điều trị can thiệp tái thông mạch máu não. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của các tác giả nước ngoài, tác giả Adam Annus⁶ đo rSO₂ giúp theo dõi tác dụng của việc tiêu huyết khối và phẫu thuật lấy huyết khối.

Trong nhóm bệnh nhân điều trị nội khoa chúng tôi cũng đo rSO₂ liên tục ở hai bán cầu não và nhận thấy có sự khác biệt giữa bán cầu não có tổn thương và bán cầu não không tổn thương, cụ thể là bên bán cầu não tổn thương có giá trị đo 59.57 ± 3.35 và bên bán cầu não không tổn thương có giá trị đo là 67.43 ± 2.67. Vậy trong nhóm bệnh nhân điều trị nội khoa, giá trị rSO₂ trung bình đo được bên bán cầu não có tổn thương thấp hơn rSO₂ trung bình bên bán cầu não không tổn thương, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Chúng tôi tiếp tục khảo sát đo rSO₂ ở bán cầu não tổn thương và bán cầu não không tổn thương ở nhóm bệnh nhân điều trị nội khoa và đánh giá ở thời điểm lúc vào viện và sau 24 giờ sau vào viện, chúng tôi nhận thấy kết quả đo ở hai bán cầu ở các thời điểm nói trên không có sự khác biệt nhiều, và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Cụ thể, bên bán cầu não có tổn thương thời điểm T0 là 60,7±3,5, và thời điểm t24 là 62,7±4,7. Còn bên bán cầu não không tổn thương thời điểm T0 là 64,33± 0,57 và thời điểm T24 là 69,7±0,6 với p >0,05.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân tắc động mạch não giữa giai đoạn cấp có giá trị rSO₂ bên bán cầu tổn thương

thấp hơn bên bán cầu không tổn thương, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Nhóm bệnh nhân có tái thông mạch máu: rSO_2 sau 24 giờ tăng lên so với lúc vào viện, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Nhóm bệnh nhân không có tái thông mạch máu: rSO_2 sau 24h và lúc vào viện khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Bệnh nhân sau điều trị tái thông mạch máu: nhóm $rSO_2 \geq 62\%$ thì 100% có tái thông, và nhóm $rSO_2 < 62\%$ thì 27,3% là không tái thông ($P < 0,05$).

- Nhóm bệnh nhân can thiệp tái thông mạch máu não sau 24h:

+ $rSO_2 \geq 62\%$ trong nhóm NIHSS < 10 điểm cao hơn trong nhóm NIHSS > 10 điểm với OR=0,057 (95% CI:0,006-0,588), $p < 0,05$.

+ $rSO_2 \geq 62\%$ trong nhóm $SpO_2 \geq 98\%$ cao hơn trong nhóm $SpO_2 < 98\%$ với OR=0,12 (95% CI:0,042-0,347), $p < 0,01$

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bogousslavsky J, Van Melle G, Regli F.** The Lausanne Stroke Registry: analysis of 1,000 consecutive patients with first stroke, Stroke.

1988;19: 1083-1092.

2. **Lê Văn Thịnh.** Nhồi máu não, Trong cuốn Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí tai biến mạch máu não. Lê Đức Hình Và nhóm chuyên gia, Nhà xuất bản Y học.2008: 217-224.

3. **Siesjo B.K.** Cerebral circulation and metabolism. Journal of Neurosurgery.1984;60: 883-908.

4. **Maragos W. F.** Mitochondrial uncoupling as a potential therapeutic target in acute central nervous system injury. J Neurochem.2004; 91: 257-262.

5. **Demet GG, Talip AA, Nevzat UU et al.** The evaluation of cerebral oxygenation by oximetry in patients with ischaemic stroke. J Postgrad Med. 2000;46:70-74

6. **Ádám Annus, András Nagy, László Vécsei, et al.** 24-hour near-infrared spectroscopy monitoring of acute ischaemic stroke patients undergoing thrombolysis or thrombectomy: a pilot study. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases.2019;28(8):2337-2342.

7. **Ritzenthaler T, Cho TH, Mechtouff L, et al.** Cerebral NearInfrared Spectroscopy: A Potential Approach for Thrombectomy Monitoring. Stroke. 2017;48(12):3390-2

8. **Lương Quốc Chính.** Nghiên cứu hiệu quả kết hợp dẫn lưu và sử dụng Alteplase não thất trong điều trị chảy máu não thất có giãn não thất cấp, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.2017

U LYMPHO TẾ BÀO B LỚN LAN TOẢ BIỂU HIỆN TẠI TUYẾN GIÁP: BÁO CÁO CHÙM CA BỆNH VÀ HỒI CỨU LẠI Y VẤN

Ngô Xuân Quý¹, Nguyễn Thị Hồng², Ngô Quốc Duy^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị u lympho tế bào B lớn lan tỏa biểu hiện tại tuyến giáp và hồi cứu lại y vấn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 3 bệnh nhân u lympho tế bào B lớn lan tỏa biểu hiện tại tuyến giáp được điều trị tại bệnh viện K từ năm 2016 đến 2020. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của 3 bệnh nhân là 68 tuổi (50-78 tuổi). Trong đó có 2 bệnh nhân nam, 1 bệnh nhân nữ. Tất cả các bệnh nhân đều vào viện vì khối u lớn vùng cổ. Kích thước tổn thương trung bình tại tuyến giáp là 5,3cm (5-8 cm). Không có bệnh nhân có hội chứng B. CD20 dương tính ở cả 3 bệnh nhân. 2/3 bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp để chẩn đoán, chỉ có 1 bệnh nhân được sinh thiết mở để chẩn đoán bệnh. R-CHOP được điều trị ở 1 bệnh nhân và R-CVP được điều trị ở 2 bệnh nhân còn lại. Bệnh đạt đáp ứng hoàn

toàn và tất cả bệnh nhân đều còn sống, không có bệnh nhân nào tái phát với thời gian theo dõi trung bình là 27 tháng (15-33 tháng)

Từ khóa: u lympho tại tuyến giáp, ung thư tuyến giáp, DLBCL, u lympho

SUMMARY

DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA IN THYROID GLAND: CASE SERIES AND REVIEW OF THE LITERATURE

Objectives: To study clinicopathological characteristics, outcomes of primary thyroid lymphoma and review of the literature. **Patients and methods:** A study of 3 diffuse large B-cell lymphoma patients who treated from 2016 to 2020 at Vietnam National Cancer Hospital. **Results:** Three patients were treated for diffuse large B-cell lymphoma, one of whom were women and two were men, with a mean age of 68 (50-78) years. Common complaint of those patients was the sudden swelling of the neck. A mean diameter of thyroid tumor was 5,3cm (5-8 cm). None of patients had B syndrome. CD20 was positive in all patients. 2/3 patients underwent thyroidectomy and 1 patient underwent surgical excision in order to diagnosis. Chemotherapy (R-CHOP regimen and R-CVP regimen) was applied to all three patients. All patients were still

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Xuân Quý

Email: ngoxuanquy1979@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2023

Ngày duyệt bài: 24.4.2023