

- so-mac-cao-nhat-ca-nuoc-voi-1-612-ca>.
- Bệnh viện Hữu Nghị.** Bệnh viện Hữu Nghị 60 năm xây dựng và phát triển. 2020. truy cập ngày 2/2/2022. Tại trang web: <<http://benhvienhuunghi.vn/benh-vien-huu-nghi-60-nam-xay-dung-va-phat-trien/>>.
  - Giao H, Đặng Dung N, and Thị Ngọc Hân N.** "Kiến thức, thái độ và thực hành phòng ngừa covid-19 của người bệnh tại bệnh viện quận 2, tp. Hồ Chí Minh, Bệnh viện quận 2, tp. Hồ Chí Minh". Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2020;25.
  - Hoàng Lâm.** Hà Nội hoàn thành tiêm phủ mũi 3 cho người từ 18 tuổi trở lên trong tháng 3/2022. 2022. truy cập ngày 2/2/2022. Tại trang web: <<https://vov.vn/xa-hoi/tin-24h/ha-noi-hoan-thanh-tiem-phu-mui-3-cho-nguoi-tu-18-tuoi-tro-len-trong-thang-3-2022-post930640.vov>>.
  - Ferdous MZ, Islam MS, Sikder MT, Mosaddek ASM, Zegarra-Valdivia JA, Gozal D.** "Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 outbreak in Bangladesh: An online-based cross-sectional study". PLoS One. 2020; 15(10).
  - Huvnh G, Nguven MO, Tran TT, Nguven VT, Nguyen TV, Do THT, Nguyen PHN, Phan THY, Vu TT, Nguven TNH.** Knowledge, Attitude, and Practices Regarding COVID-19 Among Chronic Illness Patients at Outpatient Departments in Ho Chi Minh City, Vietnam. Risk Management and Healthcare Policy. 2020;13:1571.
  - Gao H, Hu R, Yin L, Yuan X, Tang H, Luo L, Chen M, Huang D, Wang Y, Yu A, Jiang Z.** Knowledge, attitudes and practices of the Chinese public with respect to coronavirus disease (COVID-19): an online cross-sectional survey. BMC Public Health. 2020;20(1):1-8.
  - Van Nhu H, Tuyet-Hanh TT, Van NTA, Linh TNQ, Tien TQ.** Knowledge, Attitudes, and Practices of the Vietnamese as Key Factors in Controlling COVID-19. J Community Health. 2020;45(6):1263-9.
  - Khuê NNN, Hậu VTQ, Huyền NH.** Kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống dịch covid-19 của người dân trên 18 tuổi tại tỉnh Đắk Lắk năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;510(1).
  - Bộ Y tế.** Hướng dẫn sử dụng các ứng dụng khai báo y tế và phát hiện tiếp xúc gần phục vụ phòng, chống dịch bệnh COVID-19. Hà Nội 2021.

## MỐI LIÊN QUAN GIỮA LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC NHỒI MÁU THÂN NÃO HỆ ĐỘNG MẠCH THÂN NỀN

Nguyễn Văn Tuấn<sup>1,2</sup>, Trần Quang Bình<sup>3</sup>, Trần Anh Tuấn<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phân tích mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của nhồi máu thân não hệ động mạch thân nền. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 110 bệnh nhân nhồi máu thân não hệ động mạch thân nền được điều trị tại trung tâm Thần kinh - Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Triệu chứng liệt tứ chi và rối loạn ý thức (khi khởi phát bệnh), điểm Glasgow  $\leq 13$  điểm, điểm NIHSS  $\geq 10$  và liệt tứ chi (khi vào viện), thời điểm chụp cắt lớp vi tính (CLVT) sau 24 giờ từ thời điểm khởi phát bệnh là các yếu tố liên quan đến khả năng phát hiện tổn thương trên phim chụp CLVT não ( $p < 0,05$ ). Triệu chứng khi nhập viện có điểm Glasgow  $\leq 13$ , điểm NIHSS  $\geq 10$ , liệt tứ chi, liệt dây thần kinh vận nhãn, liệt hầu họng, co giật, là các yếu tố liên quan đến tình trạng tổn thương hẹp, tắc động mạch thân nền ( $p < 0,05$ ). Phân tích hồi quy đa biến cho thấy triệu chứng liệt hầu họng và điểm Glasgow khi vào viện  $\leq 13$  điểm có giá trị liên quan độc lập đến tổn

thương hẹp, tắc động mạch thân nền ( $p < 0,05$ ) với OR tương ứng 9,891 (1,301-75,190) và 4,266 (1,145-15,892). Kết luận: Tình trạng khi vào viện có rối loạn ý thức, liệt hầu họng và liệt vận nhãn có liên quan đến nhồi máu thân não do tắc, hẹp động mạch thân nền.

**Từ khóa:** Nhồi máu thân não, Cắt lớp vi tính, Hẹp- tắc động mạch thân nền

### SUMMARY

#### RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL AND IMAGING OF BRAIN STEM INFARCTION OF BASILAR ARTERY SYSTEM

**Objectives:** Analyze the relationship between some clinical features and imaging of brain stem infarction of the basilar artery system. **Subjects and methods:** We studied 110 patients with cerebral stem infarction of the basilar artery system, who were treated at the Neurology Center - Bach Mai Hospital. **Results:** Symptoms of quadriplegia and disorder of consciousness (at the onset of the disease), Glasgow score  $\leq 13$  points, NIHSS score  $\geq 10$  and quadriplegia (on admission), time of CT scan after 24 hours from the time at the onset of the disease are factors related to the ability to detect lesions on brain CT scan ( $p < 0.05$ ). Symptoms on admission with Glasgow score  $\leq 13$ , NIHSS score  $\geq 10$ , quadriplegia, oculomotor nerve palsy, pharyngeal paralysis, convulsions, are factors associated with lesions in basilar artery occlusion ( $p < 0.05$ ). The multivariate regression analysis showed that symptoms of pharyngeal

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: [ngtuan21965@gmail.com](mailto:ngtuan21965@gmail.com)

Ngày nhận bài: 15.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 25.5.2023

paralysis and Glasgow score on admission  $\leq 13$  points were independently associated with basilar artery occlusion ( $p < 0.05$ ) with corresponding OR: 9,891 (1,301-75,190) and 4,266 (1,145-15,892). **Conclusion:** The consciousness disorder on admission, pharyngeal paralysis and ophthalmoplegia are related to cerebral stem infarction due to occlusion and stenosis of basilar artery.

**Keywords:** Brainstem infarction, Computed tomography, Stenosis-occlusion of the basilar artery

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 2 trên toàn thế giới, sau nhồi máu cơ tim, và là nguyên nhân gây tàn tật đứng hàng đầu trong các bệnh lý thần kinh.<sup>1</sup> Đột quỵ não bao gồm nhồi máu não, xuất huyết não và xuất huyết dưới nhện, trong đó nhồi máu não chiếm tỷ lệ 80-85%. Ở nước ta nghiên cứu về nhồi máu não hệ động mạch thân nền chỉ được mô tả chung trong nghiên cứu về nhồi máu não thuộc hệ thống tuần hoàn sau. Do đó để phục vụ cho việc chẩn đoán, điều trị và dự phòng cho bệnh nhân tốt hơn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "*Phân tích mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của nhồi máu thân não hệ động mạch thân nền*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu gồm 110 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán nhồi máu thân não hệ động mạch thân nền được điều trị nội trú tại trung tâm Thần kinh -

Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 7 năm 2022

### Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên
- Lâm sàng: Thỏa mãn định nghĩa cập nhật về đột quỵ não theo đồng thuận chuyên gia của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ/Hiệp hội đột quỵ não Hoa Kỳ<sup>2</sup>

Bảng chứng lâm sàng tổn thương thiếu máu khu trú ở não dựa trên triệu chứng kéo dài  $\geq 24$  giờ hoặc thậm chí tử vong và loại trừ nguyên nhân khác.<sup>6</sup>

- Cận lâm sàng: Chụp CHT não mạch não có hình ảnh nhồi máu thân não.

### Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Lâm sàng có liên quan đến u não, chảy máu não hoặc chấn thương sọ não.

- Chẩn đoán hình ảnh có tổn thương của khu vực cấp máu hệ động mạch não trước và não giữa.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chọn mẫu thuận tiện

Tất cả BN đều được chụp cộng hưởng từ và cắt lớp vi tính não

Thang điểm NIHSS trong đột quỵ nhồi máu não cấp được chia theo 2 mức độ  $\geq 10$  và  $< 10$  điểm và điểm pc-ASPECTS trên cộng hưởng từ não  $\leq 8$  và  $> 8$ .

Thống kê và xử lý số liệu theo chương trình SPSS.20

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Liên quan giữa tuổi, giới và yếu tố nguy cơ với tổn thương trên phim chụp CLVT

**Bảng 1: Liên quan giữa tuổi, giới và yếu tố nguy cơ với tổn thương trên phim chụp CLVT**

Yếu tố	Tổn thương trên CLVT		OR (95%CI)	p	
	Có	Không			
Giới	Nam	18	49	1,388 (0,558 – 3,454)	0,48
	Nữ	9	34		
Tuổi	< 50	5	10	1,659 (0,513 – 5,370)	0,395
	$\geq 50$	22	73		
	< 70	17	56	0,820 (0,331 – 2,028)	0,667
	$\geq 70$	10	27		
Tiền sử tăng huyết áp	Có	19	57	1,083 (0,420-2,794)	0,868
	Không	8	26		
Tiền sử đột quỵ não cũ	Có	7	21	1,033 (0,383 – 2,789)	0,948
	Không	20	62		
Tiền sử đái tháo đường	Có	5	25	0,527 (0,179-1,550)	0,240
	Không	22	58		
Tiền sử rối loạn mỡ máu	Có	1	2	1,558 (0,136-17,885)	0,720
	Không	26	81		
Tiền sử bệnh tim mạch	Có	2	3	2,133 (0,337-13,496)	0,411
	Không	25	80		

**Nhận xét:** Khả năng phát hiện tổn thương trên phim chụp CLVT không có sự khác biệt có ý

nghĩa thống kê giữa nam và nữ, các nhóm tuổi, giữa các yếu tố nguy cơ với khả năng phát hiện tổn thương trên phim chụp CLVT,  $p > 0,05$ .

### 3.2. Triệu chứng lúc khởi phát

**Bảng 2: Liên quan giữa triệu chứng lúc khởi phát với tổn thương trên phim chụp CLVT**

Triệu chứng lúc khởi phát	Tổn thương trên CLVT		OR (95%CI)	p
	Có	Không		
Chóng mặt	Có	10	1,737 (0,689-4,378)	0,239
	Không	17		
Đau đầu	Có	2	0,269 (0,058-1,243)	0,948
	Không	25		
Liệt tứ chi	Có	5 (62,5%)	6,061 (1,343-27,356)	0,010
	Không	22 (21,6%)		
Rối loạn ý thức	Có	7 (53,8%)	4,492 (1,358-14,857)	0,009
	Không	20 (20,6%)		
Liệt nửa người	Có	18	0,594 (0,230-1,535)	0,279
	Không	9		
Rối loạn cảm giác	Có	6	1,295 (0,446-3,760)	0,634
	Không	21		
Nghẹn sặc	Có	4	1,270 (0,363-4,434)	0,708
	Không	23		

**Nhận xét:** Khi khởi phát bệnh, BN không có liệt tứ chi và không có rối loạn ý thức thường không thấy bất thường trên CLVT não ( $P < 0,05$ ).

### 3.3. Triệu chứng lúc vào viện

**Bảng 3: Liên quan giữa triệu chứng lúc vào viện với tổn thương trên phim chụp CLVT**

Triệu chứng	Tổn thương trên CLVT		OR (95%CI)	p
	Có	Không		
Glasgow	$\leq 13$	10	5,515 (1,895 – 16,052)	0,001
	$> 13$	17		
NIHSS	$\geq 10$	14	2,986 (1,216-7,334)	0,015
	$< 10$	13		
Rối loạn ngôn ngữ	Có	15	0,867 (0,361-2,083)	0,750
	Không	12		
Liệt tứ chi	Có	7	3,800 (1,194-12,093)	0,018
	Không	20		
Liệt nửa người	Có	18	0,554 (0,213-1,440)	0,222
	Không	9		
Rối loạn cảm giác	Có	8	0,784 (0,306-2,010)	0,612
	Không	19		
Rung giật nhãn cầu	Có	1	0,418 (0,049-3,557)	0,411
	Không	26		
Hội chứng tiểu não	Có	1	0,418 (0,049-3,557)	0,411
	Không	26		
Chóng mặt	Có	7	0,970 (0,361-2,610)	0,953
	Không	20		
Liệt vận nhãn	Có	5	2,131 (0,633-7,175)	0,214
	Không	22		
Liệt mặt	Có	18	1,255 (0,503 -3,130)	0,626
	Không	9		
Liệt hầu họng	Có	7	1,466 (0,529-4,060)	0,461
	Không	20		

**Nhận xét:** Khi khởi phát có điểm Glasgow  $\leq 13$ , điểm NIHSS  $\geq 10$ , liệt tứ chi có khả năng phát hiện tổn thương trên CLVT với  $p < 0,05$ .

**Bảng 4. Liên quan giữa triệu chứng lúc vào viện đến tình trạng hẹp, tắc động mạch thân nền**

Triệu chứng lúc vào viện		Tình trạng hẹp, tắc thân nền		OR (95%CI)	p
		Có	Không		
Rối loạn ngôn ngữ	Có	20	44	0,852 (0,381-1,906)	0,697
	Không	16	30		
Liệt tứ chi	Có	12	2	18,000 (3,758-86,227)	0,000
	Không	24	72		
Liệt nửa người	Có	24	59	0,508 (0,208-1,245)	0,135
	Không	12	15		
Hội chứng tiểu não	Có	2	6	0,667 (0,128-3,480)	0,629
	Không	34	68		
Chóng mặt	Có	8	21	0,721 (0,283-1,835)	0,492
	Không	28	53		
Rung giật nhãn cầu	Có	2	6	0,667 (0,128-3,480)	0,629
	Không	34	68		
Co giật	Có	2	0	3,176 (2,405-4,195)	0,041
	Không	34	74		
Liệt vận nhãn	Có	8	5	3,943 (1,187-13,098)	0,018
	Không	28	69		
Liệt mặt	Có	19	50	0,536 (0,237 -1,213)	0,132
	Không	17	24		
Liệt hầu họng	Có	16	7	7,657 (2,764-21,213)	0,000
	Không	20	67		

**Nhận xét:** Các triệu chứng lúc vào viện: liệt tứ chi, co giật, liệt vận nhãn, liệt hầu họng có tỉ lệ hẹp, tắc động mạch thân nền cao hơn những bệnh nhân không có triệu chứng này với  $p < 0,05$ . Trong đó khi vào viện có liệt tứ chi có liên quan đến hẹp tắc động mạch thân nền gấp 18 lần BN không có liệt tứ chi và có liệt hầu họng có liên quan đến hẹp tắc thân nền gấp 7,6 lần BN không có liệt hầu họng.

**Bảng 5: Liên quan giữa điểm Glasgow và NIHSS lúc vào viện đến tình trạng hẹp, tắc động mạch thân nền**

Thang điểm		Tình trạng hẹp, tắc thân nền		OR (95%CI)	p
		Có	Không		
Glasgow	$\leq 13$	16	2	28,800 (6,105 – 135,854)	0,000
	$> 13$	20	72		
NIHSS	$\geq 10$	24	12	10,333 (4,083-26,153)	0,000
	$< 10$	12	62		

**Nhận xét:**

- Có 16 bệnh nhân trong số 18 trường hợp có điểm Glasgow lúc vào viện  $\leq 13$  phát hiện tổn thương động mạch thân nền. Trong khi đó có 17/92 trường hợp có điểm Glasgow lúc vào viện  $> 13$  phát hiện tổn thương động mạch thân nền.

Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với OR = 28,800 (6,105 – 135,854) và  $p = 0,000$

- Bệnh nhân có điểm NIHSS  $\geq 10$  tỉ lệ tổn thương động mạch thân nền cao hơn bệnh nhân có điểm NIHSS  $< 10$  với OR = 10,333 (4,083-26,153),  $p = 0,000$ .

**Bảng 6. Mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng lúc vào viện và thang điểm pc-ASPECT**

Triệu chứng lúc vào viện		Thang điểm pc - ASPECT		OR (95%CI)	p
		$\leq 8$	$> 8$		
Rối loạn ngôn ngữ	Có	18	46	0,993(0,428-2,305)	0,988
	Không	13	33		
Liệt tứ chi	Có	11	3	13,933 (3,546-54,741)	0,000
	Không	20	76		
Liệt nửa người	Có	20	63	0,462 (0,184-1,145)	0,095
	Không	11	16		
Điểm Glasgow	$\leq 13$	14	4	15,441 (4,555-52,807)	0,000
	$> 13$	17	75		
Hội chứng tiểu não	Có	3	5	1,586 (0,360-7,080)	0,535

	Không	28	74		
Chóng mặt	Có	6	23	0,584 (0,212-1,615)	0,292
	Không	25	56		
Rung giật nhãn cầu	Có	2	6	0,667 (0,128-3,480)	0,629
	Không	29	73		
Co giật	Có	1	1	2,600 (0,105-42,119)	0,489
	Không	30	78		
Liệt vận nhãn	Có	9	4	7,670 (2,154-27,315)	0,000
	Không	22	75		
Liệt mặt	Có	18	51	0,76 (0,325 -1,713)	0,526
	Không	13	28		
Liệt hầu họng	Có	13	10	4,983 (1,882-13,199)	0,001
	Không	18	69		

**Nhận xét:** Các triệu chứng lúc vào viện: điểm Glasgow  $\leq 13$ ; liệt tứ chi, liệt vận nhãn, liệt hầu họng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm pc – ASPECT  $\leq 8$  và  $>8$  với nhóm những bệnh nhân không có triệu chứng này với  $p < 0,05$ .

### 3.4. Phân tích hồi quy đa biến liên quan giữa lâm sàng và tổn thương trên phim chụp CLVT

**Bảng 7. Phân tích hồi quy đa biến mỗi liên quan giữa lâm sàng, hình ảnh học và khả năng phát hiện tổn thương trên phim chụp CLVT**

Đặc điểm		Số bệnh nhân	OR (95%CI)	P
Triệu chứng khởi phát rối loạn ý thức	Có	13	1,431 (0,233-8,093)	0,685
	Không	97		
Triệu chứng khởi phát liệt tứ chi	Có	8	4,525 (0,369-55,492)	0,238
	Không	102		
Triệu chứng vào viện liệt tứ chi	Có	14	0,300 (0,031-2,896)	0,298
	Không	96		
Thang điểm Glasgow lúc vào viện	$\leq 13$	18	5,431 (0,902-32,697)	0,065
	$> 13$	92		
Thang điểm NIHSS lúc vào viện	$\geq 10$	36	1,491 (0,348-6,379)	0,590
	$< 10$	74		
Thời gian chụp CLVT so với thời điểm khởi phát	$> 24$	47	4,307 (1,348-13,767)	0,014
	$\leq 24$	63		

**Nhận xét:** Yếu tố tiên lượng độc lập đối với khả năng phát hiện tổn thương trên phim chụp CLVT sọ não là: thời gian chụp CLVT so với thời điểm khởi phát  $> 24$  giờ với  $p = 0,014$  và OR = 4,307 (1,348-13,767)

### 3.5. Phân tích hồi quy đa biến mỗi liên quan giữa lâm sàng, hình ảnh học và tình trạng hẹp, tắc động mạch thân nền

**Bảng 8. Phân tích hồi quy đa biến mỗi liên quan giữa lâm sàng, hình ảnh học và tình trạng hẹp, tắc động mạch thân nền**

Đặc điểm		Số bệnh nhân	OR (95%CI)	P
Triệu chứng khởi phát rối loạn ý thức	Có	13	2,341 (0,317-17,313)	0,405
	Không	97		
Triệu chứng khởi phát liệt tứ chi	Có	8	3,500 (0,103-119,094)	0,486
	Không	102		
Triệu chứng vào viện liệt tứ chi	Có	14	1,180(0,077-18,046)	0,905
	Không	96		
Điểm Glasgow lúc vào viện	$\leq 13$	18	9,891 (1,301-75,190)	0,027
	$> 13$	92		
Điểm NIHSS lúc vào viện	$\geq 10$	36	1,876 (0,579-6,081)	0,294
	$< 10$	74		
Co giật	Có	2		0,999
	Không	108		

Triệu chứng liệt vận nhãn lúc vào viện	Có	13	2,846 (0,603-13,443)	0,187
	Không	97		
Triệu chứng liệt hầu họng lúc vào viện	Có	23	4,266 (1,145-15,892)	0,031
	Không	87		

**Nhận xét:** Yếu tố tiên lượng độc lập đối với tình trạng hẹp-tắc động mạch thân nền có thể là điểm Glasgow lúc vào viện  $\leq 13$  điểm và triệu chứng liệt hầu họng lúc vào viện với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Khi khởi phát bệnh, triệu chứng liệt tứ chi là triệu chứng trong bệnh cảnh lâm sàng rất nặng nề do tổn thương lớn ở vùng thân não và gây tỉ lệ tử vong rất cao. Chúng tôi có 8 BN khởi phát liệt tứ chi, trong đó 5 bệnh nhân có tổn thương trên phim chụp CLVT. Triệu chứng rối loạn ý thức trong nhồi máu não hệ động mạch thân nền do tổn thương trực tiếp của hệ thống lưới kích hoạt hướng lên thân não gặp trong bệnh cảnh nhồi máu não lớn ở cầu não cao, cuống não.<sup>3</sup> Chúng tôi ghi nhận 7/13 BN khởi phát rối loạn ý thức có tổn thương trên CLVT, có sự khác biệt so với nhóm không có rối loạn ý thức,  $p = 0,009$ .

Khi vào viện, bệnh nhân có điểm Glasgow  $\leq 13$  có khả năng phát hiện tổn thương trên phim chụp CLVT là 10/18 bệnh nhân gặp 5 lần nhóm có điểm Glasgow  $> 13$  (17/92 trường hợp) (OR = 5,515 (1,895 – 16,052),  $p = 0,001$ ). Chúng tôi ghi nhận 14 BN liệt tứ chi trong lúc vào viện và 7/14 bệnh nhân này có phát hiện tổn thương trên phim chụp CLVT. Trong 14 bệnh nhân liệt tứ chi trong lúc vào viện và 12/14 BN này có hẹp hoặc tắc động mạch thân nền, liệt tứ chi khi vào viện có liên quan đến hẹp tắc động mạch thân nền gặp 18 lần nhóm không liệt tứ chi (24/96 BN), OR = 18,000 (3,758-86,227) và  $p = 0,000$ . Liệt dây thần kinh sọ là triệu chứng điển hình của nhồi máu não hệ động mạch thân nền, gặp trong bệnh cảnh hội chứng giao bên. Trong 13 bệnh nhân liệt dây thần kinh vận nhãn có 8 bệnh nhân tổn thương động mạch thân nền, nhóm còn lại có 28/97 bệnh nhân có tổn thương động mạch thân nền không có liệt dây thần kinh vận nhãn, khác biệt với  $p = 0,018$ . Nhóm có liệt hầu họng có sự khác biệt so với không có liệt hầu họng,  $p = 0,000$ . Co giật không phải là triệu chứng hay gặp trong nhồi máu não hệ động mạch thân nền, chúng tôi có 2 BN khởi phát cơn co giật triệu chứng lúc vào viện và cả 2 bệnh nhân này đều có tổn thương tắc động mạch thân nền. Theo Ropper<sup>4</sup> thì cơn co giật triệu chứng do tổn thương vùng mặt trước cầu não và là một dấu hiệu sớm dự báo tắc động mạch thân nền. Wang<sup>5</sup> (2022) cũng đã báo cáo một trường hợp

khởi phát nhồi máu cầu não trái do tắc động mạch thân nền bằng một cơn co giật toàn thể. Khi đánh giá bệnh nhân có rối loạn ý thức ở thời điểm nhập viện có điểm Glasgow  $\leq 13$  có khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm điểm Glasgow  $> 13$  có tổn thương động mạch thân nền của nhóm này là 20/92 trường hợp, với OR = 28,800 (6,105 – 135,854) và  $p = 0,000$ . Thang điểm NIHSS để đánh giá mức độ nặng của đột quỵ não, điểm NIHSS  $\geq 10$  có sự khác biệt so với tổn thương động mạch thân nền ở nhóm NIHSS  $< 10$ ; OR = 10,333 (4,083-26,153) và  $p = 0,000$ .

Nghiên cứu BASICS chỉ ra rằng điểm pc-ASPECTS từ 8 trở lên dự báo tiên lượng tốt cho bệnh nhân với khả năng chẩn đoán dương tính là 90%.<sup>6</sup> Kết quả của chúng tôi cho thấy bệnh nhân có triệu chứng lúc vào viện là liệt tứ chi, điểm Glasgow  $\leq 13$ , liệt vận nhãn, liệt hầu họng có sự khác biệt về điểm pc – ASPECT tại điểm cut-off 8 điểm. Điều này cũng giúp bác sĩ lâm sàng có thể tiên lượng cho bệnh nhân ở thời điểm tiếp nhận khi vào viện.

Theo kết quả phân tích đơn biến, có 6 yếu tố có thể liên quan đến khả năng phát hiện tổn thương trên phim chụp CLVT. Khi phân tích hồi quy đa biến, chúng tôi nhận thấy chỉ có thời điểm chụp CLVT sau 24 giờ kể từ thời điểm khởi phát bệnh có giá trị dự báo độc lập với  $p = 0,014$  và OR = 4,307 (1,348-13,767). Về khả năng phát hiện tổn thương trên phim chụp CLVT của nhồi máu não hệ động mạch thân nền, theo Mendivil và cộng sự<sup>7</sup>, kết quả CLVT sọ não thường chưa thấy rõ tổn thương trong vòng 24 giờ đầu tiên sau khởi phát bệnh.

Khi phân tích đơn biến chúng tôi gặp 8 yếu tố có thể liên quan đến hẹp, tắc động mạch thân nền. Tuy nhiên sau khi phân tích hồi quy đa biến để loại các yếu tố gây nhiễu chúng tôi nhận thấy chỉ có liệt hầu họng và điểm Glasgow lúc vào viện  $\leq 13$  điểm có giá trị tiên lượng độc lập với  $p < 0,05$ .

#### V. KẾT LUẬN

Triệu chứng khi nhập viện có điểm Glasgow  $\leq 13$ , điểm NIHSS  $\geq 10$ , liệt tứ chi, liệt dây thần kinh vận nhãn, liệt hầu họng, co giật, là các yếu tố liên quan đến tình trạng tổn thương hẹp, tắc động mạch thân nền ( $p < 0,05$ ). Khi phân tích hồi quy đa biến cho thấy triệu chứng liệt hầu họng và điểm Glasgow khi vào viện  $\leq 13$  điểm có giá

trị tiên lượng độc lập đến tình trạng tổn thương hẹp, tắc động mạch thân nền ( $p < 0,05$ )

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Caplan LR.** Caplan's Stroke: A Clinical Approach. 5th edition. Cambridge University Press; 2016.
2. **Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, et al.** An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013;44(7):2064-2089. doi:10.1161/STR.0b013e318296aeca
3. **Hwang DY, Silva GS, Furie KL, Greer DM.** Comparative sensitivity of computed tomography vs. magnetic resonance imaging for detecting acute posterior fossa infarct. *J Emerg Med*. 2012; 42(5):559-565. doi:10.1016/j.jemermed.2011.05.101
4. **Ropper AH.** "Convulsions" in basilar artery occlusion. *Neurology*. 1988;38(9):1500-1501. doi:10.1212/wnl.38.9.1500-a
5. **Wang TL, Wu G, Liu SZ.** Convulsive-like movements as the first symptom of basilar artery occlusive brainstem infarction: A case report. *World J Clin Cases*. 2022;10(14):4569-4573. doi:10.12998/wjcc.v10.i14.4569
6. **van der Hoeven EJRJ, Schonewille WJ, Vos JA, et al.** The Basilar Artery International Cooperation Study (BASICS): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2013;14:200. doi:10.1186/1745-6215-14-200
7. **Ortiz de Mendivil A, Alcalá-Galiano A, Ochoa M, Salvador E, Millán JM.** Brainstem stroke: anatomy, clinical and radiological findings. *Semin Ultrasound CT MR*. 2013;34(2):131-141. doi:10.1053/j.sult.2013.01.004

## CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI ĐƠN VỊ PHẪU THUẬT THẨM MỸ VÀ LASER CÔNG NGHỆ CAO, BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108 NĂM 2022

Huỳnh Thanh Tiên<sup>1,2</sup>, Phạm Quỳnh Anh<sup>1</sup>, Lê Thị Thu Hải<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Chất lượng dịch vụ có vai trò quan trọng, là một trong những nhân tố quyết định sự tồn tại, thành công cũng như góp phần xây dựng uy tín, hình ảnh thương hiệu của tổ chức. Cho nên, vấn đề này được quan tâm nhiều kể cả dịch vụ y tế công và tư nhân. **Mục tiêu:** Mô tả và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng chất lượng dịch vụ tại đơn vị Phẫu thuật Thẩm mỹ và Laser công nghệ cao, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2022. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang kết hợp định lượng và định tính tại Đơn vị Phẫu thuật Thẩm mỹ và Laser công nghệ cao, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 1/7 đến 30/9 năm 2022. **Kết quả:** Chất lượng dịch vụ của đơn vị phẫu thuật thẩm mỹ và laser công nghệ cao, bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108 được đánh giá: Sự hữu hình với điểm trung bình là  $4,78 \pm 0,53$ ; Độ tin cậy với điểm trung bình là  $4,72 \pm 0,53$ ; Khả năng đáp ứng với điểm trung bình là  $4,76 \pm 0,52$ ; Sự đảm bảo với điểm trung bình là  $4,78 \pm 0,50$ ; Sự cảm thông với điểm trung bình là  $4,75 \pm 0,53$ . Một số yếu tố ảnh hưởng tiêu cực cần được cải thiện bao gồm: Việc tiếp cận với đơn vị còn hạn chế; Thái độ và kỹ năng tư vấn của nhân viên chưa được đáp ứng được nhu cầu người bệnh và đặc biệt, thiếu nhân viên chăm sóc khách hàng; Một số ít không hài lòng với kết quả thực tế và hình ảnh online.

**Kết luận:** Đơn vị phẫu thuật thẩm mỹ và laser công nghệ cao, bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108 có chất lượng dịch vụ tốt cao, tuy nhiên cần phải tiếp tục đẩy mạnh truyền thông và đi đôi với trung thực hình ảnh quảng cáo và nâng cao kỹ năng cho nhân viên y tế.

**Từ khóa:** chất lượng dịch vụ, SERVPERF, đơn vị thẩm mỹ, người bệnh.

### SUMMARY

#### QUALITY OF SERVICES AND SOME FACTORS AFFECTING IN LASER AND COSMETIC DEPARTMENT OF THE 108 CENTRAL MILITARY HOSPITAL AT 2022

**Background:** Service quality plays an important role and is one of the decisive factors for the existence and success as well as contributing to building the reputation and brand image of the organization. Therefore, this issue has received much attention from both public and private health services. **Objectives:** Describe and analyze some factors affecting the laser and cosmetic department of the 108 central military hospital in 2022. **Subjects and methods:** Cross-sectional study combining quantitative and qualitative at laser and cosmetic department of the 108 central military hospital from July 1 to September 30, 2022. **Results:** Quality of services in laser and cosmetic department of the 108 Central Military Hospital at 2022 was evaluated: Tangibility with the average score of  $4.78 \pm 0.53$ ; Reliability with mean score of  $4.72 \pm 0.53$ ; The ability to respond with the average score is  $4.76 \pm 0.52$ ; Assurance with an average score of  $4.78 \pm 0.50$ ; Sympathy with a mean score of  $4.75 \pm 0.53$ . Some of the negative factors that need to be improved include: Limited access to the unit; Attitudes and counseling skills of staff have not met the needs of patients and especially, lack of staff to

<sup>1</sup>Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thanh Tiên

Email: mhm2031037@studenthuph.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 25.5.2023