

- Gastroenterol Assoc. 2018;16(7):1018-1029.
- Hawkshaw MJ, Pebdani P, Sataloff RT.** Reflux laryngitis: an update, 2009-2012. *J Voice Off J Voice Found.* 2013;27(4):486-494.
  - Đặng Thị Thu Hiền** (2014), Đối chiếu tổn thương thực quản qua nội soi với bộ câu hỏi gerd Q để đánh giá mức độ hội chứng trào ngược dạ dày thực quản, Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
  - Nguyễn Thị Hào** (2014), Nghiên cứu các mức độ

- tổn thương sụn phễu qua nội soi Tai Mũi Họng ở những bệnh nhân có hội chứng trào ngược dạ dày – thực quản và so sánh với các độ của trào ngược, Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ y khoa, Trường đại học Y Hà Nội.
- Nguyễn Tuấn Đức** (2008), Nghiên cứu các biểu hiện lâm sàng và hình ảnh nội soi tai mũi họng trong hội chứng trào ngược dạ dày – thực quản ở người lớn, Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội.

## MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MỨC ĐỘ TÀN TẬT CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO TÁI PHÁT DO TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA

Nguyễn Văn Tuấn<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Huyền<sup>3</sup>, Phan Văn Đức<sup>2,4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Phân tích một số yếu tố liên quan đến mức độ tàn tật theo thang điểm mRS trong nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu theo phương pháp cắt ngang trên 77 bệnh nhân nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa tại trung tâm Thần kinh bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Nhồi máu động mạch não giữa có vị trí tắc ở đoạn M1 có liên quan đến mRS >2 điểm (chiếm 31,2%) và có sự khác nhau giữa các nhánh của động mạch não giữa với điểm mRS >2, ≤ 2 điểm với p= 0,008. Các yếu tố có mối liên quan đến mRS như: tăng huyết áp, tăng LDL, tăng huyết áp với rối loạn lipid máu và rối loạn lipid máu với tăng tiểu cầu, liệu pháp chống huyết khối và statin không thường xuyên là những yếu tố liên quan đến mRS (p<0,05). **Kết luận:** Có nhiều yếu tố liên quan đến mức độ tàn tật của bệnh nhân nhồi máu não do tổn thương động mạch não giữa: như vị trí tắc M1, tình trạng bệnh nhân lúc nhập viện, một số yếu tố nguy cơ và được điều trị không thường xuyên.

**Từ khóa:** Nhồi máu não tái phát, Tổn thương động mạch não giữa, Thang điểm Rankin sửa đổi.

### SUMMARY

#### SOME FACTORS RELATED TO THE LEVEL OF DISABILITY OF PATIENTS WITH RECURRENT CEREBRAL INFARCTION DUE TO DAMAGE TO THE MIDDLE CEREBRAL ARTERY

**Objective:** We analyzed some factors related to the level of disability according to the mRS scale in recurrent cerebral infarction due to damage to the middle cerebral artery. **Subjects and methods:** a

cross-sectional study on 77 patients with recurrent cerebral infarction due to damage to the middle cerebral artery at the Neurology Center of Bach Mai Hospital. **Results:** Middle cerebral artery infarction with occlusion at the M1 segment is related to mRS >2 points (accounting for 31.2%), and there are differences between branches of the middle cerebral artery with mRS scores >2, ≤ 2 points, with p = 0.008. Factors associated with mRS include hypertension, elevated LDL, hypertension with dyslipidemia, dyslipidemia with thrombocytosis, antithrombotic therapy, and infrequent statins related to mRS (p<0.05). **Conclusion:** There are many factors related to the level of disability of patients with cerebral infarction due to damage to the middle cerebral artery, such as the location of M1 blockage, the patient's condition at admission, a number of risk factors, and irregular treatment.

**Keywords:** Recurrent cerebral infarction, Middle cerebral artery injury, Modified Rankin scale.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não luôn là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ hai trên thế giới ở người trưởng thành sau bệnh tim mạch<sup>1</sup> và là nguyên nhân thứ hai của gánh nặng bệnh tật (được đo bằng năm sống với khuyết tật sau bệnh tim, mạch vành vào năm 2016.<sup>2</sup> Đột quy não nhồi máu não (NMN) với tỷ lệ chiếm đến 80- 85% đột quy nói chung, trong đó 25 – 40% là nhồi máu não tái phát, xảy ra trên các bệnh nhân đã từng bị nhồi máu não.<sup>3</sup> NMN tái phát xảy ra, tiên lượng sẽ nặng nề hơn nhiều so với NMN lần đầu tiên do có sự kết hợp của di chứng của đột quy cũ (liệt vận động, rối loạn ngôn ngữ, sa sút trí tuệ,...) với những đặc điểm lâm sàng mới.

Nhồi máu não tái phát thuộc vùng chi phối của động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất,<sup>8</sup> đồng thời bệnh cũng gây suy giảm chức năng thần kinh, để lại di chứng tàn phế cũng như tăng chi phí điều trị gấp nhiều lần so với các nhóm động mạch khác.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

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

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>4</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: ngtuan21965@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024

Tại Việt Nam, các nghiên cứu tập trung khảo sát nhồi máu não tái phát thuộc tất cả các vùng động mạch cấp máu, tiên lượng mức độ tàn tật còn ít nghiên cứu đi sâu vào khảo sát nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa. Mục tiêu: *Phân tích một số yếu tố liên quan đến mức độ tàn tật theo thang điểm mRS trong nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- **Thời gian nghiên cứu.** Tháng 7 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022

- **Địa điểm nghiên cứu.** Trung tâm Thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai

**2.2. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân bị NMN tái phát điều trị tại Trung tâm Thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai có đủ tiêu chuẩn chọn mẫu và không vi phạm một trong số các tiêu chuẩn loại trừ.

#### - Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

1. Tuổi trên 18.
2. Được chẩn đoán xác định NMN tái phát do tổn thương động mạch não giữa

#### - Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định NMN tái phát do tổn thương động mạch não giữa

Thỏa mãn đồng thời tiêu chuẩn lâm sàng và tiêu chuẩn hình ảnh cộng hưởng từ não

- **Tiêu chuẩn lâm sàng:** thỏa mãn đồng thời tiêu chuẩn nhồi máu não cấp và tiêu chuẩn tái phát.

- 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, nhồi máu hệ thần kinh trung ương là chết tế bào ở não do thiếu máu cục bộ, dựa trên:

+ Bệnh học, hình ảnh và các bằng chứng khách quan khác của tổn thương thiếu máu cục bộ ở não theo chi phối của mạch máu; hoặc

+ Bằng 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>4</sup>

- Đồng thời, thỏa mãn tiêu chuẩn tái phát:

+ Bằng chứng lâm sàng cho thấy khởi phát đột ngột các triệu chứng thần kinh khu trú mới.

+ Xuất hiện sau 24 giờ kể từ lần được chẩn đoán nhồi máu não trước đó (Bệnh nhân có tiền sử nhồi máu não đã được chẩn đoán xác định (bằng giấy ra viện cũ, giấy chuyển tuyến hoặc phim cộng hưởng từ).

+ Loại trừ những trường hợp bệnh nặng lên do phù não, hiệu ứng khối choán chỗ, chảy máu

trong ổ nhồi máu. Không có nguyên nhân nào khác ngoài nguyên nhân mạch máu.

- **Tiêu chuẩn hình ảnh học cộng hưởng từ não:** có hình ảnh tổn thương nhồi máu não cấp và tổn thương nhồi máu não cũ

+ Hình ảnh tổn thương nhồi máu não cấp: Tăng tín hiệu trên xung DWI (hạn chế khuếch tán) và giảm tín hiệu trên xung ADC. Vùng não tổn thương thuộc vùng cấp máu của động mạch não giữa.

+ Hình ảnh tổn thương cũ của nhồi máu não.

#### - Tiêu chuẩn loại trừ

+ Bệnh nhân không thu thập được đầy đủ các thông số cần cho nghiên cứu.

+ Bệnh nhân có các bệnh lý não khác như u não, chấn thương sọ não, viêm não kèm theo...

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện.

- Thu thập số liệu theo một mẫu bệnh án thống nhất: phỏng vấn, quan sát, khám lâm sàng, khai thác kỹ tiền sử, bệnh sử, xét nghiệm, bệnh án nghiên cứu.

Các thông tin về bệnh nhân bao gồm:

+ Mức độ tàn tật của bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não được chia nhóm theo thang điểm Modify Rankin scale – mRS): Mức độ tàn tật nặng  $>2$  điểm, nhẹ  $\leq 2$  điểm.

+ Các đặc điểm chung, những đặc điểm về lâm sàng và hình ảnh học có nhồi máu động mạch não giữa có vị trí tắc ở đoạn M1, 2, 3, 4.

- Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh học của NMN tái phát trên phim cộng hưởng từ

+ Kỹ thuật chuỗi xung: các bệnh nhân đều được chụp các chuỗi xung sau: T1, T2, T2\*, T2 FLAIR, chuỗi xung khuếch tán (Diffusion), chuỗi xung ADC, xung mạch TOF 3D.

Tính điểm ASPECT trên cộng hưởng từ.

- **Thu thập thông tin khi bệnh nhân ra viện.** Bệnh nhân được theo dõi sát cho đến ngày ra viện, đánh giá tình trạng khi ra viện:

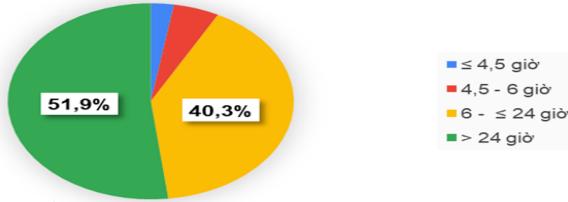
Điểm Glasgow khi ra viện, Điểm NIHSS khi ra viện, Đánh giá mức độ hồi phục tại thời điểm ra viện bằng thang điểm Rankin cải biên (mRS).

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 77 bệnh nhân nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa chúng tôi gặp nam giới 55 bệnh nhân chiếm 71,4%, nữ giới 22 bệnh nhân (28,6%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $65 \pm 11$ . Nhồi máu não tái phát xảy ra sau lần nhồi máu não gần nhất từ 12 tháng đến dưới 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (33,8%).

**- Thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng tới khi nhập viện**

Thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng tới lúc nhập viện



**Biểu đồ 1. Thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng tới khi nhập viện**

**Bảng 1. Môi liên quan giữa độ nặng đột quỵ não theo điểm NIHSS, mRS với vị trí nhánh động mạch tổn thương**

| Nhánh động mạch tổn thương | NIHSS > 15 điểm<br>n (%) | NIHSS ≤ 15 điểm<br>n (%) | Ra viện mRS > 2 điểm<br>n (%) | Ra viện mRS ≤ 2 điểm<br>n (%) | Liệt vận động mR > 2 điểm<br>n (%) | Liệt vận động mRS ≤ 2 điểm<br>n (%) |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Nhánh M1                   | 17(22,0%)                | 14(18,2%)                | 24(31,2%)                     | 7(9,0%)                       | 24(31,2%)                          | 7(9,0%)                             |
| Nhánh M2 nhánh trên        | 4(5,2%)                  | 5(6,5%)                  | 8(10,4%)                      | 1(1,3%)                       | 8(10,4%)                           | 1(1,3%)                             |
| Nhánh M2 nhánh dưới        | 2(2,6%)                  | 6(7,8%)                  | 5(6,5%)                       | 3(3,9%)                       | 5(6,5%)                            | 3(3,9%)                             |
| Nhánh M3 – M4              | 1(1,3%)                  | 3(3,9%)                  | 2(2,6%)                       | 2(2,6%)                       | 2(2,6%)                            | 2(2,6%)                             |
| Nhánh sâu                  | 1(1,3%)                  | 24(31,2%)                | 9(11,7%)                      | 16(20,8%)                     | 12(15,6%)                          | 13(16,9%)                           |
| <b>Tổng</b>                | <b>25(32,5%)</b>         | <b>52(67,5%)</b>         | <b>48</b>                     | <b>29</b>                     | <b>51</b>                          | <b>26</b>                           |
|                            | P = 0,001                |                          | p = 0,008                     |                               | p = 0,337                          |                                     |

**Nhận xét:**

Trong nhóm bệnh nhân có điểm NIHSS >15 (25 bệnh nhân), tỷ lệ bệnh nhân tắc nhánh M1, M2 nhánh trên, M2 nhánh dưới, nhánh M3 – M4, nhánh nhân đậu – thể vân so với tổng số bệnh nhân lần lượt là 22,0%; 5,2%; 2,6%; 1,3%; 1,3%, có sự khác biệt so với nhóm có điểm NIHSS ≤ 15 điểm với p=0,001 (<0,05), như vậy

**Nhận xét:** Vào viện trong 6 giờ đầu chiếm tỷ lệ thấp (7,8%) mặc dù bị nhồi máu não tái phát. Đa số bệnh nhân vào viện muộn > 24 giờ (51,9%).

**- Môi liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng với vị trí tổn thương nhánh động mạch não giữa trên cộng hưởng từ não**

Nhánh động mạch bị tổn thương nhiều nhất là nhánh M1 với 31 bệnh nhân chiếm 40,2%; các nhánh xiên của động mạch não giữa hay nhánh nhân đậu – thể vân chiếm 32,5%. Chỉ có 4 bệnh nhân tổn thương nhánh M3 – M4 (chiếm 5,2%).

có mối liên quan giữa nhánh động mạch tắc với độ nặng đột quỵ não theo thang điểm NIHSS.

Trong nhóm bệnh nhân có điểm mRS > 2 điểm, nhánh động mạch tổn thương nhiều nhất là nhánh M1 (chiếm 31,2%) và có sự khác nhau so với điểm mRS ≤ 2 điểm với p=0,008 (<0,05).

**- Môi liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ với điểm mRS lúc ra viện**

**Bảng 2. Môi liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ và điểm mRS khi ra viện**

| Yếu tố nguy cơ     | mRS > 2 |            | mRS ≤ 2    |       | OR (95%CI)                | P     |
|--------------------|---------|------------|------------|-------|---------------------------|-------|
|                    | Có      | Không      | Có         | Không |                           |       |
| Tăng huyết áp      | Có      | 46 (59,7%) | 22 (28,6%) |       | 7,318<br>(1,403 – 38,165) | 0,023 |
|                    | Không   | 2 (2,6%)   | 7 (9,1%)   |       |                           |       |
| Đái tháo đường     | Có      | 24 (31,2%) | 11 (14,3%) |       | 1,636<br>(0,639 – 4,187)  | 0,351 |
|                    | Không   | 24 (31,2%) | 18 (23,4%) |       |                           |       |
| Rối loạn lipid máu | Có      | 30 (39%)   | 8 (10,4%)  |       | 4,375<br>(1,606 – 19,92)  | 0,044 |
|                    | Không   | 18 (23,4%) | 21 (27,2%) |       |                           |       |
| Rung nhĩ           | Có      | 5 (6,5%)   | 3 (3,9%)   |       | 1,008<br>(0,222 – 4,571)  | 1,000 |
|                    | Không   | 43 (55,8%) | 26 (33,8%) |       |                           |       |
| Hút thuốc lá       | Có      | 22 (28,6%) | 10 (13,0%) |       | 1,608<br>(0,620 – 4,171)  | 0,352 |
|                    | Không   | 26 (33,8%) | 19 (24,7%) |       |                           |       |
| Uống rượu nặng     | Có      | 12 (15,6%) | 7 (9,1%)   |       | 1,048<br>(0,358 – 3,602)  | 1,000 |
|                    | Không   | 36 (46,8%) | 22 (28,6%) |       |                           |       |
| Hẹp hai lá         | Có      | 1 (1,3%)   | 1 (1,3%)   |       | 0,596<br>(0,036 – 9,905)  | 1,000 |
|                    | Không   | 47 (61,0%) | 28 (36,4%) |       |                           |       |

**Nhận xét:** Trong số các yếu tố nguy cơ, chỉ có tăng huyết áp, rối loạn lipid máu có liên quan đến điểm mRS khi ra viện với p < 0,05. Bệnh nhân có tăng huyết áp có nguy cơ hồi phục kém khi ra viện (mRS > 2 điểm) gấp 7,318 lần bệnh nhân không có tăng huyết áp và bệnh nhân rối loạn lipid máu có

nguy cơ hồi phục kém khi ra viện (mRS >2 điểm) gấp 4,375 lần bệnh nhân không có rối loạn lipid máu.

**Bảng 3. Mối liên quan giữa tình trạng điều trị một số yếu tố nguy cơ với điểm mRS khi ra viện**

| Yếu tố nguy cơ             |                     | mRS > 2   |           | mRS ≤ 2                   |       | OR (95%CI) | p |
|----------------------------|---------------------|-----------|-----------|---------------------------|-------|------------|---|
|                            |                     | n (%)     | n (%)     | n (%)                     | n (%) |            |   |
| Liệu pháp chống huyết khối | Không thường xuyên  | 43(55,8%) | 14(18,2%) | 9,214<br>(2,837– 29,932)  | 0,000 |            |   |
|                            | Thường xuyên        | 5(6,5%)   | 15(19,5%) |                           |       |            |   |
| Liệu pháp statin           | Không thường xuyên  | 45(58,4%) | 18(23,4%) | 9,167<br>(2,286 – 36,755) | 0,001 |            |   |
|                            | Thường xuyên        | 3(3,9%)   | 11(14,3%) |                           |       |            |   |
| Kiểm soát huyết áp         | Không kiểm soát tốt | 25(32,5%) | 19(24,7%) | 0,572<br>(0,221 – 1,483)  | 0,342 |            |   |
|                            | Kiểm soát tốt       | 23(29,9%) | 10(13,0%) |                           |       |            |   |
| Kiểm soát đái tháo đường   | Không kiểm soát tốt | 15(19,5%) | 1(1,3%)   | *                         | 0,457 |            |   |
|                            | Kiểm soát tốt       | 8(10,4%)  | 4(5,2%)   |                           |       |            |   |

(\*: không tính được)

**Nhận xét:** Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ hồi phục lâm sàng theo thang điểm mRS ở nhóm bệnh nhân điều trị liệu pháp chống huyết khối thường xuyên và không thường xuyên; điều trị liệu pháp statin thường xuyên và không thường xuyên ( $p < 0,05$ ). Bệnh nhân dùng thuốc không thường xuyên chống kết tập

tiểu cầu hoặc dùng thuốc chống đông (với bệnh nhân có rung nhĩ) có nguy cơ hồi phục kém (mRS > 2 điểm) gấp 9,214 lần bệnh nhân điều trị thường xuyên. Bệnh nhân điều trị liệu pháp statin không thường xuyên có nguy cơ hồi phục kém (mRS > 2 điểm) gấp 9,167 lần bệnh nhân điều trị thường xuyên.

**Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm xét nghiệm lipid máu với điểm mRS khi ra viện**

| Chỉ số xét nghiệm |   | mRS > 2    |            | mRS ≤ 2    |       | Tổng |
|-------------------|---|------------|------------|------------|-------|------|
|                   |   | n (%)      | n (%)      | n (%)      | n (%) |      |
| Cholesterol máu   | ≥ 5,2 mmol/L                                  | 28 (36,4%) | 15 (19,5%) | 43 (55,9%) |       |      |
|                   | OR = 1,307; 95%CI: (0,517 – 3,303); p = 0,639 |            |            |            |       |      |
| LDL – C máu       | < 5,2 mmol/L                                  | 20 (26%)   | 14 (18,2%) | 34 (44,2%) |       |      |
|                   | OR = 3,465; 95%CI: (1,317 – 9,118); p = 0,018 |            |            |            |       |      |
| Triglycerid máu   | ≥ 3,3 mmol/L                                  | 31 (40,3%) | 10 (13,0%) | 41 (54,3%) |       |      |
|                   | OR = 1,354; 95%CI: (0,531 – 3,455); p = 0,633 |            |            |            |       |      |
|                   | < 3,3 mmol/L                                  | 17 (22,0%) | 19 (24,7%) | 36(46,3%)  |       |      |
|                   | ≥ 1,7 mmol/L                                  | 30 (39%)   | 16 (20,8%) | 36 (50,8%) |       |      |
|                   | OR = 1,354; 95%CI: (0,531 – 3,455); p = 0,633 |            |            |            |       |      |
|                   | < 1,7 mmol/L                                  | 18 (23,3%) | 13 (16,9%) | 39 (49,2%) |       |      |

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ LDL – C tăng ở nhóm bệnh nhân có điểm mRS > 2 là 40,3%, ở nhóm bệnh nhân có điểm mRS ≤ 2 là 13,0%, tỷ suất chênh OR bằng có ý nghĩa thống kê với giá trị  $p = 0,018$  ( $< 0,05$ ). Như vậy tăng nồng độ LDL-C ở bệnh nhân nhồi máu não tái

phát làm tăng điểm mRS khi ra viện hay nói cách khác tăng nồng độ LDL-C ở bệnh nhân nhồi máu não tái phát ảnh hưởng xấu tới kết cục hồi phục chức năng của bệnh nhân khi ra viện theo thang điểm mRS.

**Bảng 5. Mối liên quan giữa sự kết hợp THA, rối loạn lipid máu và đái tháo đường với điểm mRS khi ra viện**

| Đặc điểm                   | mRS >2 |      | mRS ≤2 |      | OR (95%CI)<br>p               |
|----------------------------|--------|------|--------|------|-------------------------------|
|                            | n      | %    | n      | %    |                               |
| THA + RLLP                 | 29     | 42,6 | 7      | 10,3 | 3,655 (1,243 – 10,749); 0,021 |
| THA + Không RLLP           | 17     | 25,0 | 15     | 22,1 |                               |
| RLLP + Tăng Tiểu Cầu       | 20     | 52,6 | 0      | 0    | 1,8 (1,191 – 2,721); 0,001    |
| RLLP + Không tăng Tiểu Cầu | 10     | 26,3 | 8      | 21,1 |                               |
| THA + ĐTĐ                  | 23     | 33,8 | 9      | 13,2 | 1,444 (0,517 – 4,037); 0,605  |
| THA + Không ĐTĐ            | 23     | 33,8 | 13     | 19,2 |                               |

**Nhận xét:** - Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ hồi phục lâm sàng theo thang điểm mRS ở nhóm bệnh nhân tăng huyết áp kết hợp với rối loạn lipid máu so với tăng huyết áp không kết hợp với rối loạn lipid máu ( $p=0,021$ ).

Bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tăng huyết áp kết hợp rối loạn lipid máu có nguy cơ hồi phục kém khi ra viện (mRS >2 điểm) gấp 3,655 lần bệnh nhân có tăng huyết áp không kết hợp với rối loạn lipid máu.

- Bệnh nhân có yếu tố nguy cơ rối loạn lipid máu kết hợp với tăng tiểu cầu có nguy cơ hồi phục kém khi ra viện (mRS > 2 điểm) gấp 1,8 lần bệnh nhân có rối loạn lipid máu kết hợp với không tăng tiểu cầu.

#### IV. BÀN LUẬN

Thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng tới lúc nhập viện trong 4,5 giờ đầu hoặc 4,5 – 6 giờ đầu chiếm tỷ lệ thấp, tỷ lệ bệnh nhân vào viện trong 6 giờ đầu từ lúc khởi phát triệu chứng chiếm 7,8%; Bệnh nhân vào viện trong khoảng thời gian 6 – 24 giờ đầu từ lúc khởi phát triệu chứng chiếm 40,3%; đa số bệnh nhân vẫn đến muộn sau 24 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng (51,9%). Theo Nguyễn Thị Thu Huyền, Nguyễn Văn Chương thì thời gian đến viện trước 4,5 giờ là 9,6%.<sup>5</sup> Như vậy, mặc dù sự tiến bộ của các kỹ thuật tiêu sợi huyết, lấy huyết khối cơ học, khẩu hiệu của đột quy não là "Time is Brain" nhưng vẫn còn trên 80% bệnh nhân nhập viện muộn, qua thời gian vàng để có những can thiệp kịp thời như tiêu sợi huyết hay lấy huyết khối cơ học. Điều này có thể thấy rằng, mặc dù đã từng bị nhồi máu não, nhưng những hiểu biết của bệnh nhân và người nhà về bệnh còn nhiều hạn chế, không nhận biết được các triệu chứng đột quy não thường gặp để đưa bệnh nhân đến viện kịp thời, cũng như chưa hiểu biết được tầm quan trọng của thời gian nhập viện càng sớm càng tốt cũng như các liệu pháp điều trị dự phòng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt so với các tác giả ở Việt Nam và trên thế giới.

Nhồi máu não do tổn thương động mạch não giữa nói chung, triệu chứng liệt vận động nửa người có thể đồng đều và toàn bộ tùy thuộc mức độ tổn thương, vào nhánh động mạch bị tắc như M1 hay tắc ở nhánh M2, 3. Trong nhóm bệnh nhân có điểm mRS > 2 điểm, nhánh động mạch tổn thương nhiều nhất là nhánh M1 (chiếm 31,2%), nhánh động mạch tổn thương ít nhất là nhánh M3- M4 (chiếm 2,6%). Và có sự khác nhau so với điểm mRS ≤ 2 điểm với p= 0,008 (<0,05). Như vậy, có mối liên quan giữa nhánh động mạch bị tắc với mức độ hồi phục lâm sàng khi ra viện theo thang điểm mRS.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn ý thức ngay từ đầu chiếm 49,4% số bệnh nhân. Rối loạn ý thức ở bệnh nhân NMN do tổn thương động mạch não giữa trong những ngày đầu thường do phù não tiến triển, dẫn đến tăng áp lực nội sọ và gây thoát vị trên lên, tụt kẹt hồi hải mã và thoát vị dưới liềm đại não. Sự suy giảm ý thức trên lâm sàng xảy ra

điển hình trong vòng 48 đến 72 giờ. Khác với rối loạn ý thức trong nhồi máu não hệ động mạch sống nền (thường trong trường hợp tắc hoàn toàn động mạch thân nền), thường xảy ra đột ngột ngay từ đầu, bệnh nhân đi vào hôn mê sâu thậm chí tử vong sớm hơn.

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ gặp nhiều nhất với 68 bệnh nhân chiếm 88,3%, trong số đó có 63,6% số bệnh nhân dùng thuốc điều trị huyết áp thường xuyên, tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát huyết áp tốt chỉ đạt 31,2%. Bệnh nhân có tăng huyết áp có nguy cơ hồi phục kém (mRS > 2 điểm) gấp 7,318 lần bệnh nhân không có tăng huyết áp (p=0,023; 95%CI: (1,403 – 38,165)). Bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tăng huyết áp kết hợp rối loạn lipid máu có nguy cơ hồi phục kém (mRS > 2 điểm) gấp 3,655 lần bệnh nhân có tăng huyết áp không kết hợp với rối loạn lipid máu (95%CI: (1,243 – 10,749); p = 0,021). Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về mức độ hồi phục lâm sàng theo thang điểm mRS ở nhóm bệnh nhân kiểm soát tốt và không kiểm soát tốt huyết áp (p=0,342). Theo Nguyễn Văn Long, khả năng bị NMN tái phát của nhóm có THA cao gấp 2,7 lần so với nhóm không THA (95%CI: 1,55 – 4,72); khi phân tích hồi quy đa biến thì THA là yếu tố nguy cơ độc lập gây NMN tái phát (OR = 2,23; 95%CI: 1,08 – 5,73).<sup>6</sup> Mặc dù sự khác nhau về kết quả của các nghiên cứu, theo khuyến cáo của ASA/AHA năm 2021, mục tiêu kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân từng bị nhồi máu não nên < 130/80 mmHg.<sup>7</sup>

Rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ đứng thứ hai (chiếm 49,4%). Trong các thành phần lipid máu rối loạn, tăng nồng độ LDL- C ở bệnh nhân nhồi máu não tái phát làm tăng điểm mRS khi ra viện hay nói cách khác tăng nồng độ LDL- C ở bệnh nhân nhồi máu não tái phát ảnh hưởng xấu tới kết cục hồi phục chức năng của bệnh nhân khi ra viện theo thang điểm mRS (OR = 3,465; 95%CI: (1,317 – 9,118); p = 0,018). Bệnh nhân có yếu tố nguy cơ rối loạn lipid máu kết hợp với tăng tiểu cầu có nguy cơ hồi phục kém (mRS > 2 điểm) gấp 1,8 lần bệnh nhân có rối loạn lipid máu kết hợp với không tăng tiểu cầu (p = 0,0001). Nghiên cứu SPARCL (nghiên cứu dự phòng đột quy não bằng cách giảm tích cực nồng độ cholesterol) cho thấy đối với bệnh nhân đạt mức giảm trên 50% LDL so với LDL ban đầu sẽ giảm nguy cơ đột quy não tới 31%.<sup>7</sup>

Bệnh nhân nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa bỏ thuốc chống kết tập tiểu cầu chiếm 68,8%. Bệnh nhân dùng

thuốc chống kết tập tiểu cầu hoặc dùng thuốc chống đông (với bệnh nhân có rung nhĩ) không thường xuyên có nguy cơ hồi phục kém (mRS > 2 điểm) gặp 9,214 lần bệnh nhân điều trị thường xuyên, ( $p < 0,05$ ). Dự phòng tái phát nhồi máu não bằng kháng kết tập tiểu cầu đối với những bệnh nhân nhồi máu não không do huyết khối tử tim đã là một khuyến cáo kinh điển trong y văn.<sup>3</sup> Tuy nhiên, vẫn còn những khoảng trống điều trị đối với liệu pháp chống huyết khối nói chung và kháng kết tập tiểu cầu nói riêng trong các nghiên cứu trong nước và ngoài nước.

## V. KẾT LUẬN

Có nhiều yếu tố có mối liên quan đến mức độ tàn tật của bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa: tổn thương nhánh động mạch não giữa M1, tăng huyết áp, tăng LDL, tăng huyết áp với rối loạn lipid máu và rối loạn lipid máu với tăng tiểu cầu, liệu pháp chống huyết khối và statin không thường xuyên là những yếu tố liên quan đến mRS.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Collaborators GBDCoD. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the

Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 2017; 390(10100): 1151-210.

2. DALYs GBD, Collaborators H. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 2017; 390(10100): 1260-344.
3. Jorgensen HS, Nakayama H, Reith J, Raaschou HO, Olsen TS. Stroke recurrence: predictors, severity, and prognosis. The Copenhagen Stroke Study. Neurology 1997; 48(4): 891-5.
4. 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): 2064-89.
5. Nguyễn Thị Thu Huyền. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học thần kinh và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân tái đột quỵ nhồi máu não. Luận án tiến sĩ y học. Học viện Quân y. 2012.
6. Nguyễn Văn Long. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số nguy cơ ở bệnh nhân nhồi máu não tái phát sớm. Luận văn chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội. 2019.
7. Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, et al. 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2021; 52(7): e364-e467.

## GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM BISAP TRONG DỰ ĐOÁN MỨC ĐỘ NẶNG VÀ TỬ VONG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP

Nguyễn Văn Chi<sup>1</sup>, Nguyễn Anh Tuấn<sup>1</sup>, Trần Văn Đông<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Dự đoán mức độ nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp giúp phát hiện sớm các biến chứng để có những biện pháp can thiệp kịp thời giúp giảm tỷ lệ tử vong. **Mục tiêu nghiên cứu:** nhận xét giá trị của thang điểm BISAP trong dự đoán mức độ nặng và tử vong của bệnh nhân viêm tụy cấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 108 bệnh nhân VTC nhập viện tại trung tâm Cấp cứu A9 bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2022-06/2023. **Kết quả:** Trong số 108 bệnh nhân, có 28 (25,8%) bệnh nhân VTC nặng, 5 (4,6%) bệnh nhân tử vong. Trong tiên lượng VTC nặng diện tích dưới đường cong (AUC) của BISAP là 0,954 (0,916-0,992;  $p < 0,01$ ). Tại điểm cắt BISAP là 3 dự đoán VTC nặng

với độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm lần lượt là 85,7%, 90%, 75%, 92,3%. Trong tiên lượng tử vong bệnh nhân viêm tụy cấp, thang điểm BISAP có AUC 0,891; tại điểm cắt 3 có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 72,8%. **Kết luận:** BISAP là một thang điểm có giá trị cao trong dự đoán VTC nặng và tử vong trong 24 giờ nhập viện.

**Từ khóa:** viêm tụy cấp (VTC), BISAP (Beside index severity in acute pancreatitis)

### SUMMARY

#### VALUE OF BISAP SCORE IN PREDICTING SEVERITY AND DEATH OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREASITIS

**Background:** Predicting the severity in patients with acute pancreatitis helps detect complications early for timely intervention to help reduce mortality. Research objective: evaluate the value of the BISAP score in predicting severity and mortality of patients with acute pancreatitis. **Research subjects and methods:** cross-sectional descriptive study of 108 VTC patients hospitalized at A9 Emergency Center, Bach Mai Hospital from January 2022 to June 2023. **Results:** Among 108 patients, there were 28 (25.8%)

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chi

Email: chinvn@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024