

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO TÁI DIỄN
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2022-2023**

Đặng Nguyễn Thanh Hiền¹, Trần Chí Cường², Nguyễn Thị Hiền³, Lê Văn Minh^{3*}

1. Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long
 2. Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ
 3. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
- *Email: lvminh@ctump.edu.vn
Ngày nhận bài: 20/6/2023
Ngày phản biện: 22/10/2023
Ngày duyệt đăng: 31/10/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhồi máu não tái diễn sau đột quỵ dẫn đến tỷ lệ tử vong cao, mức độ tàn tật lớn, chi phí điều trị tăng lên so với đột quỵ lần đầu và điều trị cần kết hợp nhiều yếu tố. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhồi máu não tái diễn tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2022-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 87 bệnh nhân nhồi máu não tái diễn thỏa điều kiện chọn mẫu. **Kết quả:** 87 bệnh nhân nhồi máu não tái diễn với 98,8% bệnh nhân được điều trị bảo tồn và chỉ có 1,1% bệnh nhân được sử dụng thuốc tiêu sợi huyết. Qua điều trị có 88,5% bệnh nhân nhồi máu não tái diễn có kết quả điều trị tốt. Kết quả điều trị liên quan với rối loạn lipid máu, tiền sử sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu, số lượng ổ nhồi máu, vị trí nhồi máu, rối loạn ngôn ngữ và thang điểm đột quỵ của Viện Y tế Quốc gia lúc vào viện với $p < 0,05$. **Kết luận:** Cần đánh giá thang điểm đột quỵ của Viện Y tế Quốc gia và các yếu tố liên quan để nâng cao chất lượng điều trị nhồi máu não tái diễn.

Từ khóa: Nhồi máu não tái diễn, kết quả điều trị, một số yếu tố liên quan

ABSTRACT

**ASSESSMENT OF TREATMENT RESULTS
ON RECURRENT ISCHEMIC STROKE PATIENT
AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL FROM 2022 TO 2023**

Dang Nguyen Thanh Hien¹, Tran Chi Cuong², Nguyen Thi Hien³, Le Van Minh^{3*}

1. Hoan My Cuu Long General Hospital
2. Can Tho Stroke International Services Hospital
3. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Recurrent ischemic stroke after stroke leads to higher mortality, more significant disability, and increased treatment cost compared with the first and treatment needs to combine many factor. **Objectives:** To assess the treatment outcomes of recurrent ischemic stroke patients at Can Tho Central General Hospital from 2022 to 2023. **Materials and method:** A descriptive cross-sectional study. The study included 87 recurrent ischemic stroke patients who met the selection criteria. **Results:** Among the 87 recurrent ischemic stroke patients, 98.8% of patients received conservative management, while 1.1% were treated with fibrinolytic drugs. Among the recurrent ischemic stroke patients, 88.5% had favorable outcomes. The management results were found to be associated with lipid disorders, prior use of antiplatelet drugs, the number of noncontiguous infarct locations, aphasia, and National Institute of Health Stroke Scale at the time of hospital admission ($p < 0.05$). **Conclusion:** It is necessary to evaluate the National Institute of Health Stroke Scale and related factors to improve the quality of treatment for recurrent ischemic stroke.

Keywords: Recurrent ischemic stroke, management results, related factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não đang là một vấn đề mang tính chất thời sự, phổ biến trong lâm sàng thần kinh. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới đột quy não là nguyên nhân gây tử vong thường gặp, đứng thứ ba sau bệnh lý tim mạch, ung thư và có tỷ lệ tàn tật đứng đầu trong các bệnh lý thần kinh [1]. Nhồi máu não tái diễn (NMNTD) sau đột quy thiếu máu não cấp thường dẫn đến tỷ lệ tử vong cao hơn, mức độ tàn tật lớn hơn, chi phí điều trị tăng lên so với biến cố đột quy lần đầu. Theo tác giả Han J và cộng sự tỷ lệ NMNTD tại thời điểm sau 01 năm là 5,7% và tăng lên 22,5% sau 5 năm theo dõi [2]. Theo Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ và Hiệp hội Đột quy Hoa Kỳ điều trị dự phòng trước và sau nhồi máu não mới thực sự giảm hậu quả của nhồi máu não gây ra [3]. Điều trị NMNTD đòi hỏi phải điều trị tổng hợp kết hợp hồi sức tích cực thần kinh, xử trí các yếu tố nguy cơ và các yếu tố liên quan, sử dụng dụng cụ cơ học can thiệp lấy huyết khối động mạch, thuốc chống đông và các thuốc chống kết tập tiểu cầu cũng như tập phục hồi chức năng sớm [4]. Tại Việt Nam, chưa có nhiều công trình nghiên cứu một cách đầy đủ về nhồi máu não tái diễn. Vì vậy, nghiên cứu này: “Đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân nhồi máu não tái diễn tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2022-2023” được thực hiện với các mục tiêu sau: Đánh giá kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhồi máu não tái diễn tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2022-2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán NMNTD được điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ năm 2022 đến năm 2023.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán NMNTD khi có đủ tiêu chuẩn về lâm sàng và hình ảnh học như sau [5], [6]:

+ Tiêu chuẩn lâm sàng: có tiền sử đã được chẩn đoán nhồi máu não ít nhất một lần và lâm sàng có thiếu sót thần kinh mới.

+ Tiêu chuẩn hình ảnh học: chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ sọ não thấy hình ảnh tổn thương mới phù hợp với lâm sàng.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Bệnh nhân NMNTD có bệnh lý khác như viêm não, u não, bệnh lý não ảnh hưởng đến tri giác, có chấn thương đầu kèm theo.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Khoa Nội Thần kinh và Khoa Đột quy Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 11 năm 2022 đến tháng 03 năm 2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

$$n = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} \times p \times (1 - p)}{d^2}$$

Trong đó: n: Là cỡ mẫu tối thiểu; d: sai số tương đối cho phép =0,055.

$Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy, chọn hệ số tin cậy là 95% $\rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

p: Là tỷ lệ điều trị thành công ở bệnh nhân NMNTD. Theo nghiên cứu của Lê Thị Thu Trang trên 74 bệnh nhân NMNTD có tỷ lệ điều trị thành công là 93,2% [7].

Với các dữ liệu trên chúng tôi tính được:

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,932 \times (1-0,932)}{0,055^2} = 81$$

Thực tế, chúng tôi thu được 87 bệnh nhân NMNTD thỏa tiêu chuẩn chọn được đưa vào nghiên cứu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện: tất cả bệnh nhân NMNTD thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ thì đưa vào nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Bệnh nhân NMNTD được điều trị theo phác đồ của Bộ y tế và theo dõi đánh giá kết quả điều trị như sau:

- Phương pháp điều trị: Tiêu sợi huyết, lấy huyết khối, điều trị bảo tồn.

- Đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân: Dựa trên sự thay đổi điểm mRANKIN khi vào viện so với sau 03 tháng:

+ **Tốt:** Khi bệnh nhân có điểm mRANKIN sau 03 tháng nhỏ hơn điểm mRANKIN vào viện (bệnh nhân có những thay đổi tốt hơn về mức độ ý thức, tập trung, ngôn ngữ, vận động, cảm giác, thần kinh, thị trường... khi khám lâm sàng đánh giá trực tiếp trên bệnh nhân lúc sau 03 tháng so với lúc vào viện).

+ **Không thay đổi** kết cục điều trị: Khi bệnh nhân có điểm mRANKIN sau 03 tháng bằng điểm mRANKIN vào viện.

+ **Xấu:** Khi bệnh nhân có điểm mRANKIN sau 03 tháng lớn hơn điểm mRANKIN vào viện.

- Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ở bệnh nhân NMNTD: Hút thuốc lá, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, tiền sử sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu, rối loạn ngôn ngữ, điểm đột quy của Viện Y tế Quốc gia (NIHSS) lúc vào viện, ồ nhồi máu ở vị trí thân não, số lượng ồ nhồi máu.

- **Phương pháp thu thập mẫu:** Khám lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y dược Cần Thơ phê duyệt trước khi tiến hành.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua phân tích 87 bệnh nhân NMNTD với tuổi trung bình là 70,98±11,52 tuổi, 51,7% nam giới, 12,6% bệnh nhân đến bệnh viện ở thời gian <3giờ và 4,6% bệnh nhân có điểm NIHSS ở mức độ nặng, chúng tôi ghi nhận kết quả nghiên cứu như sau:

3.1. Kết quả điều trị nhồi máu não tái diễn

Bảng 1. Phương pháp điều trị nhồi máu não tái diễn

Phương pháp điều trị nhồi máu não tái diễn	Tần số (n=87)	Tỷ lệ (%)
Tiêu sợi huyết	1	1,1
Điều trị bảo tồn	86	98,9
Tổng	87	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân NMNTD được điều trị bảo tồn với tỷ lệ 98,9% (86/87).

Bảng 2. Giá trị thang điểm mRANKIN lúc vào viện và sau 03 tháng ở bệnh nhân NMNTD

Thời điểm	Điểm mRANKIN	p
Vào viện	3,43±0,94 điểm	<0,001
Sau 03 tháng	2,36±1,29 điểm	

Nhận xét: Bệnh nhân NMNTD có điểm mRANKIN lúc vào viện là $3,43 \pm 0,94$ điểm cao hơn điểm mRANKIN sau 03 tháng là $2,36 \pm 1,29$ điểm và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3. Kết quả điều trị bệnh nhân nhồi máu não tái diễn theo thang điểm mRANKIN

Kết quả điều trị bệnh nhân nhồi máu não tái diễn theo thang điểm mRANKIN	Tần số (n=87)	Tỷ lệ (%)
Tốt	77	88,5
Không thay đổi	8	9,2
Xấu (Tử vong)	2	2,3
Tổng	87	100

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân NMNTD có kết quả điều trị theo thang điểm mRANKIN đạt kết quả tốt với tỷ lệ 88,5%, có 9,2% không thay đổi và 2,3% kết quả điều trị xấu hơn (đây là nhóm bệnh nhân tử vong).

3.2. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ở bệnh nhân NMNTD

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ở bệnh nhân nhồi máu não tái diễn

Yếu tố liên quan		Kết quả điều trị		p	OR (CI 95%)
		Tốt	Không thay đổi – Xấu		
Hút thuốc lá	Có	36 (92,3)	3 (7,7)	0,319	2,04 (0,49-8,51)
	Không	41 (85,4)	7 (14,6)		
Đái tháo đường	Có	29 (90,6)	3 (9,4)	0,638	1,41 (0,33-5,88)
	Không	48 (87,3)	7 (12,7)		
Rối loạn lipid máu	Có	23 (76,7)	7 (23,3)	0,013	0,18 (0,04-0,76)
	Không	54 (94,7)	3 (5,3)		
Tiền sử sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu	Không	43 (82,7)	9 (17,3)	0,039	0,14 (0,01-1,16)
	Có	34 (97,1)	1 (2,9)		
Triệu chứng rối loạn ngôn ngữ	Có	36 (80,0)	9 (20,0)	0,01	0,09 (0,01-0,80)
	Không	47 (97,6)	1 (2,4)		
Điểm NIHSS lúc vào viện	Tốt – nhẹ	34 (100)	0 (0,0)	0,007	1,23 (1,08-1,40)
	Vừa – nặng	43 (81,1)	10 (18,9)		
Ổ nhồi máu ở vị trí thân não	Có	0 (0,0)	2 (100)	<0,001	10,62 (5,94-20,54)
	Không	77 (90,6)	8 (9,4)		
Số lượng ổ nhồi máu	02 ổ	42 (97,7)	1 (2,3)	0,008	10,80 (1,30-89,44)
	03 ổ	35 (79,5)	9 (20,5)		

Nhận xét: Không tìm thấy liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kết quả điều trị với hút thuốc lá, đái tháo đường ($p > 0,05$). Các yếu tố: rối loạn lipid máu, tiền sử sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu, triệu chứng rối loạn ngôn ngữ, điểm NIHSS lúc vào viện, ổ nhồi máu ở vị trí thân não, số lượng ổ nhồi máu liên quan có ý nghĩa thống kê đến kết quả điều trị ở bệnh nhân NMNTD ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả điều trị nhồi máu não tái diễn

Tất cả bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp nói chung và bệnh nhân NMNTD nói riêng nên được đánh giá để xác định đủ điều kiện điều trị tưới máu bằng cách làm tan

huyết khối bằng alteplase (rtPA) đường tĩnh mạch và/hoặc lấy huyết khối nội mạch bằng dụng cụ cơ học. Theo khuyến cáo của Hiệp hội Tim mạch học Hoa Kỳ về quản lý NMN cấp tính: không nên điều trị tưới máu bằng cách làm tan huyết khối bằng alteplase đường tĩnh mạch ở những bệnh nhân NMNTD trong vòng 90 ngày kể từ khi nhồi máu não (NMN) lần đầu [8]. Can thiệp nội mạch lấy huyết khối nội mạch bằng dụng cụ cơ học được chỉ định đối với bệnh nhân trong cửa sổ 6 giờ và có tắc động mạch lớn (ĐM) (ĐM cảnh trong, ĐM não giữa đoạn M1). Qua nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận đa số bệnh nhân NMNTD được điều trị bảo tồn với tỷ lệ 98,9% và chỉ có 1,1% bệnh nhân được sử dụng thuốc tiêu sợi huyết.

Điều này cho thấy bệnh nhân NMNTD trong nghiên cứu của chúng tôi có đủ điều kiện điều trị tưới máu bằng cách làm tan huyết khối bằng alteplase đường tĩnh mạch và/hoặc lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học còn rất thấp (1,1%), có thể là do thời gian từ khi xảy ra đến lúc nhập viện <3 giờ chiếm tỷ lệ thấp (12,6%) hoặc mức độ khiếm khuyết thần kinh nặng chiếm tỷ lệ thấp (4,6%). Thực tế ít có nghiên cứu ghi nhận bệnh nhân NMNTD được điều trị tưới máu bằng phương pháp làm tan huyết khối bằng alteplase đường tĩnh mạch và/hoặc lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học. Đa số các công trình công bố là trường hợp báo cáo ca lâm sàng như nghiên cứu của Nguyen Thi Bich Huong và cộng sự báo cáo một trường hợp NMN tái phát sớm của NMN tuần hoàn trước sau và được tiến hành lấy huyết khối bằng dụng cụ, sau can thiệp tình trạng khiếm khuyết thần kinh trên lâm sàng được cải thiện [9]. Bouchal S và cộng sự báo cáo trường hợp bệnh nhân nam 58 tuổi, bệnh nhân được chẩn đoán NMNTD 10 ngày sau lần nhập viện vì NMN lần đầu. Vì cơ sở không có phương pháp lấy huyết khối nội mạch bằng dụng cụ cơ học nên bệnh nhân được sử dụng tiêu sợi huyết alteplase lần 2 với liều đầy đủ. Sau sử dụng thuốc điểm NIHSS của bệnh nhân được cải thiện rõ. Sau 03 tháng thang điểm NIHSS của bệnh nhân là 1 điểm và điểm mRANKIN là 0 điểm [10]. Điều này có thể cho thấy tỷ lệ bệnh nhân NMNTD được điều trị can thiệp còn rất thấp và kết quả nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp.

Qua nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận điểm mRANKIN trung bình lúc vào viện là $3,43 \pm 0,94$ điểm cao hơn điểm mRANKIN trung bình sau 03 tháng là $2,36 \pm 1,29$ điểm và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Phần lớn bệnh nhân NMNTD có kết quả điều trị theo theo thang điểm mRANKIN đạt kết quả tốt với tỷ lệ 88,5% có 9,2% không thay đổi và 2,3% kết quả điều trị xấu hơn. Kết quả này cho thấy mức độ khiếm khuyết thần kinh của bệnh nhân NMNTD có cải thiện rõ sau điều trị. Kết quả điều trị tốt của chúng tôi cao hơn các tác giả sau: Sarmiento RJC và cộng sự nghiên cứu trên 33 bệnh nhân NMNTD trong vòng 90 ngày tính từ khi NMN lần đầu, tất cả bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp làm tan huyết khối bằng alteplase đường tĩnh mạch ghi nhận có 6/13 trường hợp (46,2%) có đủ dữ liệu theo dõi có kết quả lâm sàng cải thiện tốt (mRANKIN 0-2 điểm) [11]. Kahles T và cộng sự nghiên cứu trên 19 bệnh nhân NMNTD, thời gian xảy ra NMNTD là trong vòng 90 ngày so với lần NMN đầu tiên, bệnh nhân được điều trị NMTD bằng phương pháp làm tan huyết khối bằng alteplase đường tĩnh mạch, khoảng cách trung bình giữa các lần sử dụng alteplase lặp lại là 30 ngày. Kết quả có 47% bệnh nhân NMNTD có khiếm khuyết thần kinh được cải thiện với điểm mRANKIN ≤ 2 điểm [12]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của các tác giả trên có thể là do trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân NMNTD có mức độ bệnh nặng chiếm tỷ lệ thấp (điểm NIHSS mức độ nặng chỉ chiếm 4,6%) nên đa số được điều trị bảo tồn (98,9%) còn nghiên cứu của các tác giả trên điều trị bằng phương pháp làm tan huyết khối bằng alteplase đường tĩnh mạch.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ở bệnh nhân NMNTD**- Liên quan giữa kết quả điều trị bệnh nhân nhồi máu não tái diễn với một số yếu tố nguy cơ**

Qua nghiên cứu này, chúng tôi chưa thấy có sự liên quan giữa kết quả điều trị NMNTD với hút thuốc lá, đái tháo đường ($p>0,05$). Bên cạnh đó chúng tôi nhận thấy có sự liên quan giữa kết quả điều trị NMNTD với rối loạn lipid máu và tiền sử sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Bệnh nhân NMN tái diễn có rối loạn lipid máu thì có kết quả điều trị tốt thấp hơn nhóm bệnh nhân không có rối loạn lipid máu và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với OR: 0,18, CI 95%: 0,04-0,76; bệnh nhân có tiền sử không sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu thì có kết quả điều trị tốt thấp hơn nhóm có sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu với tỷ lệ lần lượt là 82,7% và 97,1% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với OR: 0,14, CI 95%: 0,01-1,16.

Khi LDL-c tăng 10% thì nguy cơ tim mạch tăng lên 20% thông qua xơ vữa động mạch, trong đó có nhồi máu não [13]. Vì vậy, bệnh nhân NMNTD có rối loạn lipid máu thì kết quả điều trị tốt chiếm tỷ lệ thấp hơn không có rối loạn lipid máu là điều hợp lý. Kháng kết tập tiểu cầu có vai trò quan trọng trong phòng ngừa tiên phát cũng như thứ phát ở bệnh nhân NMN. Theo Burke JP và cộng sự thì việc bệnh nhân duy trì đều đặn liệu pháp chống kết tập tiểu cầu hằng ngày làm giảm đến 72,5% nguy cơ tái phát sau đột quỵ thiếu máu não cục bộ (HR=0,275; KTC 95%: 0,134 – 0,564; $p<0,0004$) [14]. Vì vậy, bệnh nhân NMN nên được kiểm soát tốt tình trạng rối loạn lipid máu và cần được kê đơn thuốc kháng kết tập tiểu cầu thường xuyên để phòng ngừa NMNTD cũng như giúp tiên lượng kết quả điều trị tốt hơn nếu có NMNTD xảy ra.

- Liên quan giữa kết quả điều trị bệnh nhân nhồi máu não tái diễn với một số đặc điểm lâm sàng

Khi tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng liên quan đến kết quả điều trị ở bệnh nhân NMNTD, chúng tôi ghi nhận kết quả điều trị liên quan với số lượng ổ nhồi máu, vị trí nhồi máu, rối loạn ngôn ngữ và thang điểm NIHSS lúc vào viện với $p<0,05$. Bệnh nhân có 02 ổ nhồi máu thì có kết quả điều trị tốt cao hơn nhóm bệnh nhân có 03 ổ nhồi máu với tỷ lệ lần lượt là 97,7% và 79,5% với OR: 10,80, CI 95%: 1,30-89,44, $p<0,05$; Bệnh nhân có ổ nhồi máu ở vị trí thân não thì không có trường hợp có kết quả điều trị tốt so với 90,6% bệnh nhân không có ổ nhồi máu ở vị trí thân não với OR: 10,62, CI 95%: 5,94-20,54, $p<0,05$; bệnh nhân có rối loạn ngôn ngữ thì có kết quả điều trị tốt chiếm tỷ lệ 80,0% thấp hơn nhóm bệnh nhân không có rối loạn ngôn ngữ với tỷ lệ là 97,6% với OR: 0,09, CI 95%: 0,01-0,80, $p<0,05$ và bệnh nhân có điểm NIHSS lúc vào viện là tốt – nhẹ thì có kết quả điều trị tốt cao hơn nhóm bệnh nhân có điểm NIHSS lúc vào viện là vừa – nặng với OR: 1,23, CI 95%: 1,08-1,40, $p<0,05$. Điều này chứng tỏ, khi triệu lâm sàng của bệnh nhân nặng, có nhiều ổ nhồi máu thì diễn tiến của bệnh nhân sẽ xấu đi. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Lê Thị Thu Trang. Tác giả ghi nhận kết quả điều trị ở bệnh nhân đột quỵ não tái diễn liên quan với mạch lúc vào viện, nhịp thở lúc vào viện, thang điểm Glasgow và NIHSS lúc vào viện, đặc điểm liệt, sức cơ của bệnh nhân lúc vào viện với $p<0,05$ [7].

V. KẾT LUẬN

Theo thang điểm mRANKIN, bệnh nhân NMNTD đạt kết quả tốt với tỷ lệ 88,5%. Rối loạn lipid máu, tiền sử sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu, số lượng ổ nhồi máu, vị trí

nhồi máu, rối loạn ngôn ngữ và thang điểm NIHSS lúc vào viện là các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ở bệnh nhân NMNTD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Saini V, Guada D, Yavagal DR(2021), Global epidemiology of stroke and access to acute ischemic stroke interventions, *Neurology*, 97, pp.S6-S16. doi: 10.1212/WNL.00000000000012781.
2. Han J, Mao W, et al(2020), Rate and determinants of recurrence at 1 year and 5 years after stroke in a low-income population in rural china, *Front Neurol*, 11 (2), pp.1-9. doi: 10.3389/fneur.2020.00002. eCollection 2020.
3. Kleindorfer DO, Towfighi A, et al(2021), 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*, 52 (7), pp.e364-e467. doi: 10.1161/STR.0000000000000375.
4. Oza P, Rundell K, et al(2017), Recurrent Ischemic Stroke: Strategies for Prevention, *Am Fam Physician*, 96 (7), pp.436-440. <http://www.aafp.org/afp/2007/0801/p389.html>.
5. Khanevski AN, Bjerkreim AT, et al(2019), Recurrent ischemic stroke: incidence, predictors and impact on mortality, *Acta Neurol Scand*, 140 (1), pp.3-8. doi: 10.1111/ane.13093.
6. Kolmos M, Christoffersen L, Kruuse C(2021), Recurrent Ischemic Stroke – A Systematic Review and Meta-Analysis, *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 30 (8), pp.1-18. DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.105935
7. Lê Thị Thu Trang(2017), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, một số yếu tố nguy cơ và kết quả điều trị ở bệnh nhân đột quỵ tái diễn tại Bệnh viện đa khoa Vĩnh Long*, Luận án Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ.
8. Powers WJ, Rabinstein AA, et al(2019), Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke, *Stroke*, 50, pp.e334-e418. doi.org/10.1161/STR.0000000000000211
9. Nguyen Thi Bich Huong, Nguyen Huy Thang(2020), Endovascular recanalization in early recurrent ischemic stroke: A treatment challenge, *Case Rep Neurol*, 12 (Suppl 1), pp.49–55. doi: 10.1159/000507185
10. Bouchal S, Lamrani YA, et al(2021), Repeated intravenous thrombolysis in early recurrent stroke secondary to carotid web: Case report", *Radiol Case Rep*, 16 (4), pp.843–846. doi: 10.1016/j.radcr.2021.01.026
11. Sarmiento RJC, Diestro JDB, et al(2019), Safety and efficacy of repeated thrombolysis with alteplase in early recurrent ischemic stroke: A systematic review, *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 28 (10), pp.1-7. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.07.006.
12. Kahles T, Mono ML, et al(2016), Repeated intravenous thrombolysis for early recurrent stroke: Challenging the exclusion criterion, *Stroke*, 47 (8), pp.2133-5. DOI: 10.1161/STROKEAHA.116.013599.
13. Virani SS, Alonso A, et al(2020), Heart Disease and Stroke Statistics-2020 Update: A Report From the American Heart Association, *Circulation*, 141 (9), pp.e139-e596. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000757.
14. Burke JP, Sander S, et al(2010), Impact of persistence with antiplatelet therapy on recurrent ischemic stroke and predictors of nonpersistence among ischemic stroke survivors, *Curr Med Res Opin*, 26 (5), pp.1023-30. DOI: 10.1185/03007991003670563.