

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CÓ RUNG NHĨ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2023-2024

Nguyễn Thị Lan Hồng^{1}, Nguyễn Văn Khoe²*

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

*Email: thilanhongn@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/12/2023

Ngày phản biện: 19/01/2024

Ngày duyệt đăng: 25/01/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rung nhĩ được xác định là một yếu tố nguy cơ quan trọng của nhồi máu não, làm tăng nguy cơ nhồi máu não lên gấp 5 lần. Nhồi máu não xảy ra trên bệnh nhân rung nhĩ thường nặng hơn, tỉ lệ biến chứng, tỉ lệ tử vong và nguy cơ tàn phế nặng đều cao hơn. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1). Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2023-2024; 2). Đánh giá kết quả điều trị nội viện ở bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 35 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não có rung nhĩ điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2023-2024. **Kết quả:** Phần lớn bệnh nhân ≥ 70 tuổi và nữ chiếm 57,10%. Về đặc điểm lâm sàng, các triệu chứng chính gồm liệt nửa người (74,3%) và rối loạn ngôn ngữ (68,6%). Về đặc điểm cận lâm sàng, tổn thương động mạch não giữa chiếm 91,42%. Kết quả điều trị theo thang điểm mRS tại thời điểm xuất viện, nhóm hồi phục kém cao gấp khoảng hai lần so với nhóm hồi phục tốt, lần lượt là 65,7% và 34,3%. **Kết luận:** Nhồi máu não có rung nhĩ thường gặp ở nữ giới trên 70 tuổi có tiền sử tăng huyết áp với các triệu chứng điển hình là rối loạn vận động và rối loạn ngôn ngữ, vị trí mạch máu tổn thương thường gặp là động mạch não giữa. Bệnh nhân nhồi máu não kèm rung nhĩ thường có kết cục kém sau điều trị theo thang điểm mRS.

Từ khóa: Nhồi máu não, rung nhĩ, thang điểm mRS, thang điểm NIHSS.

ABSTRACT

RESEARCH ON CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS AND EVALUATION OF TREATMENT RESULTS IN PATIENTS WITH CEREBRAL INFARCTION WITH ATRIAL FIBRILLATION AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2023-2024

Nguyen Thi Lan Hong^{1}, Nguyen Van Khoe²*

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho Central General Hospital

Background: Atrial fibrillation is identified as an important risk factor for cerebral infarction, increasing the risk of cerebral infarction by 5 times. Cerebral infarction occurring in patients with atrial fibrillation is often more severe, with higher complication rates, mortality rates, and risk of severe disability. **Objectives:** 1). To survey on clinical and paraclinical characteristics in patients with cerebral infarction and atrial fibrillation at Can Tho Central General Hospital in 2023-2024; 2). To evaluate the results of in-hospital treatment in patients with cerebral infarction and atrial fibrillation at Can Tho Central General Hospital in 2023-2024. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 35 patients diagnosed with cerebral infarction and atrial fibrillation treated at Can Tho Central General Hospital in 2023-2024. **Results:** Most

patients were ≥ 70 years old and female accounted for 57.10%. Regarding clinical characteristics, the main symptoms included hemiplegia (74.3%) and language disorders (68.6%). Regarding paraclinical characteristics, middle cerebral artery damage accounted for 91.42%. The results of treatment according to the mRS scale at the time of discharge from the hospital, the poor recovery group was about twice higher than the good recovery group, 65.7% and 34.3% respectively. **Conclusions:** Cerebral infarction and atrial fibrillation is common in female patients over 70 years old with a history of hypertension with typical symptoms of movement disorders and language disorders. Middle Cerebral Artery Infarction is common in patients with cerebral infarction and atrial fibrillation. Patients with cerebral infarction and atrial fibrillation often have poor outcomes after treatment according to the mRS scale.

Keywords: Cerebral infarction, atrial fibrillation, mRS scale, NIHSS scale.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não (NMN) là vấn đề thời sự của tất cả các quốc gia trên toàn thế giới, bệnh lý có tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong và tàn tật rất cao, ảnh hưởng nhiều đến kinh tế, tâm lý của gia đình và toàn xã hội [1]. Theo thống kê của Bộ Y tế năm 2008, đột quỵ là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong tại Việt Nam [2]. Rung nhĩ được xác định là một yếu tố nguy cơ quan trọng của NMN, làm tăng nguy cơ NMN lên gấp 5 lần. NMN xảy ra trên bệnh nhân rung nhĩ thường nặng hơn, tỉ lệ biến chứng, tỉ lệ tử vong và nguy cơ tàn phế nặng đều cao hơn [3]. Trên thế giới, NMN ở bệnh nhân rung nhĩ đã được chú ý nghiên cứu từ lâu [4], [5]. Tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về tai biến mạch não nói chung và NMN nói riêng. Nhồi máu não có rung nhĩ để lại di chứng nặng nề, tỷ lệ tử vong cao [6]. Tuy nhiên, tại Cần Thơ chưa có nghiên cứu về NMN có rung nhĩ, xuất phát từ những thực tế trên nghiên cứu này “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2023 - 2024” được thực hiện với mục tiêu sau: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2023-2024. Đánh giá kết quả điều trị nội viện ở bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2023-2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm các bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não có rung nhĩ điều trị tại Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ năm 2023-2024.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- + Bệnh nhân trên 18 tuổi.
- + Bệnh nhân tự nguyện tham gia và tuân thủ quy trình nghiên cứu.
- + Tiêu chuẩn chẩn đoán nhồi máu não:

Lâm sàng: Dựa theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO-1989), được xác định khi có sự suy giảm các dấu hiệu thần kinh cục bộ hoặc toàn thể, xảy ra đột ngột và kéo dài trên 24 giờ (hoặc dẫn tới tử vong), được xác định do nguồn gốc mạch máu và không do chấn thương [1].

Cận lâm sàng: Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não hoặc chụp cộng hưởng từ sọ não có hình ảnh NMN vị trí tương ứng với triệu chứng trên lâm sàng.

- + Tiêu chuẩn chẩn đoán rung nhĩ:

Điện tâm đồ: Sóng P mất, thay bằng sóng $f = 400-600$ ck/phút. Nhịp thất rất không đều về khoảng cách, tần số. Biên độ của các sóng QRS trên cùng một đạo trình cũng rất khác nhau.

Chẩn đoán xác định dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán của ESC 2020 [2]: có ít nhất 1 điện tâm đồ 12 chuyển đạo có hình ảnh rung nhĩ hoặc điện tâm đồ có hình ảnh rung nhĩ trên 1 chuyển đạo kéo dài ít nhất 30 giây.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

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

+ Bệnh nhân có di chứng NMN nặng trước NMN lần này ($mRS \geq 3$).

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

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu gồm: Tuổi, giới.

+ Một số đặc điểm lâm sàng gồm: Tiền sử tăng huyết áp, tiền sử đái tháo đường, tiền sử đột quỵ, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, tiền sử có bệnh van tim, tiền sử có dùng thuốc kháng đông, tiền sử có suy tim và tiền sử rung nhĩ. Các triệu chứng lâm sàng gồm rối loạn ý thức theo thang điểm Glasgow, đau đầu, rối loạn ngôn ngữ, liệt nửa người, rối loạn cảm giác, rối loạn nuốt, rối loạn cơ vòng, độ nặng đột quỵ theo thang điểm NIHSS.

+ Các dấu hiệu nhồi máu sớm trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não không cản quang: Trong giai đoạn tối cấp, hầu như chưa thấy ổ giảm đậm độ. Các dấu hiệu sớm của nhồi máu não trên phim bao gồm: Giảm nhẹ đậm độ từ một phần ba thể tích thùy khu vực chi phối của động mạch não giữa trở lên; mờ ranh giới nhân bèo; mờ các rãnh cuộn vỏ não; giảm nhẹ đậm độ nhu mô vỏ não; mất đường viền thùy đảo hoặc mờ khe Sylvius; tăng đậm độ động mạch não giữa cho thấy sự có mặt của huyết khối trong lòng mạch. Trên phim CLVT và cộng hưởng từ sọ não phân tích vị trí tổn thương theo chi phối động mạch nội sọ gồm 4 giá trị: Động mạch cảnh trong đoạn nội sọ, động mạch não giữa, động mạch thân nền, động mạch đốt sống đoạn nội sọ.

+ Điều trị đột quỵ não theo phác đồ của khoa Thần Kinh và khoa Đột Quỵ dựa theo phác đồ của Bộ Y tế. Dựa trên thang điểm mRS, chia thành 2 nhóm: Nhóm phục hồi tốt ($mRS < 3$) và nhóm phục hồi không tốt ($mRS \geq 3$). Một số yếu tố liên quan phục hồi gồm điểm NIHSS và phân bố tổn thương theo chi phối động mạch.

- Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 03 năm 2023 đến tháng 04 năm 2024.

- Phân tích và xử lý số liệu: Phân tích số liệu bằng phần mềm Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 03/2023 đến tháng 10/2023, chúng tôi chọn được 35 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $74,1 \pm 13$ tuổi, trong đó tuổi lớn nhất ghi nhận là

98 và tuổi nhỏ nhất là 46, phần lớn đối tượng thuộc nhóm tuổi ≥ 70 chiếm 68,6%. Về giới tính, nữ chiếm tỷ lệ nhiều hơn nam với tỷ lệ lần lượt là 57,10% và 42,9%.

Bảng 1. Tiền sử của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử	Tần số	Tỷ lệ %
Tăng huyết áp	31	88,6
Đái tháo đường	3	8,6
Đột quy	7	20
Rối loạn lipid máu	4	11,4
Hút thuốc lá	13	37,1
Bệnh van tim	6	17,1
Dùng thuốc kháng đông	10	28,6
Suy tim	6	17,1
Rung nhĩ	11	31,4

Nhận xét: Khi khảo sát tiền sử của đối tượng nghiên cứu, đa đa số đối tượng đều có tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 88,6%. Tiếp đến, một số tiền sử khác được ghi nhận như tiền sử hút thuốc lá, đột quy và suy tim có tỷ lệ lần lượt là 37,1%, 20% và 17,1%. Tỷ lệ tiền sử đái tháo đường chiếm tỷ lệ ít nhất 8,6%. Kết quả nghiên cứu cho biết có 11 đối tượng tiền sử rung nhĩ (chiếm 31,4%), bên cạnh đó có 10 đối tượng dùng thuốc kháng đông (28,6%).

Bảng 2. Các đặc điểm lâm sàng chính

Đặc điểm lâm sàng	Tần số	Tỷ lệ %	
Rối loạn ý thức	11	31,4	
Đau đầu	5	14,3	
Rối loạn ngôn ngữ	24	68,6	
Liệt nửa người	26	74,3	
Rối loạn cảm giác	9	25,7	
Rối loạn nuốt	15	42,9	
Rối loạn cơ tròn	1	2,9	
Phân bố bệnh nhân theo thang điểm NIHSS			
Điểm NIHSS	< 5 điểm (nhẹ)	18	51,4%
	5-14 điểm (vừa)	11	31,5%
	15-24 điểm (nặng)	4	11,4%
	≥ 25 điểm (rất nặng)	2	5,7%

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi về các đặc điểm lâm sàng chính của các đối tượng nghiên cứu cho thấy tỷ lệ liệt nửa người chiếm cao nhất với 74,3%, tiếp theo là rối loạn ngôn ngữ với 68,6%. Một số đặc điểm khác cũng được ghi nhận gồm rối loạn nuốt 42,9% và rối loạn ý thức 31,4%. Chỉ có 1 đối tượng ghi nhận có rối loạn cơ tròn (chiếm 2,9%). Dựa vào thang điểm NIHSS ghi nhận 18/35 đối tượng ở mức độ nhẹ (< 5 điểm) chiếm 51,4%, xếp thứ hai là mức độ vừa (5-14 điểm) chiếm 31,5%, kế tiếp là mức độ nặng (15-24 điểm) chiếm 11,4% và ít nhất là mức rất nặng (≥ 25 điểm) chỉ có 2 trường hợp (chiếm 5,7%).

Bảng 3. Hình ảnh tổn thương trên phim cắt lớp vi tính sọ não

Hình ảnh tổn thương	Tần số	Tỷ lệ %
Dấu hiệu nhồi máu não sớm	2	5,7
Dấu hiệu nhồi máu não muộn	33	94,3
Phân bố theo động mạch chi phối		
Động mạch cảnh trong đoạn nội sọ	7	20

Hình ảnh tổn thương	Tần số	Tỷ lệ %
Động mạch não trước	3	8,6
Động mạch não giữa	32	91,4
Động mạch đốt sống thân nền	7	20

Nhận xét: Về hình ảnh tổn thương trên phim CLVT, hầu hết ghi nhận đối tượng khảo sát có dấu hiệu nhồi máu não muộn với tỷ lệ 94,3%, chỉ có 2 trường hợp ghi nhận dấu hiệu nhồi máu não sớm chiếm 5,7%. Chúng tôi ghi nhận tổn thương động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất (91,42%), tỷ lệ tổn thương động mạch cảnh trong đoạn nội sọ và động mạch đốt sống thân nền bằng nhau với 20%, tổn thương động mạch não trước gặp ít nhất với tỷ lệ 8,6%.

Bảng 4. Kết quả điều trị theo thang điểm mRS tại thời điểm xuất viện

Điểm mRS		Tần số	Tỷ lệ %	Tổng
Hồi phục tốt	0	1	2,9	12 (34,3%)
	1	6	17,1	
	2	5	14,3	
Hồi phục kém	3	5	14,3	23 (65,7%)
	4	10	28,6	
	5	6	17,1	
	6	2	5,7	

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi về kết quả điều trị theo thang điểm mRS tại thời điểm xuất viện, nhóm hồi phục kém cao gấp khoảng hai lần so với nhóm hồi phục tốt, với tỷ lệ của hai nhóm lần lượt là 65,7% và 34,3%.

Bảng 5. Mối liên quan giữa mức độ hồi phục và phân bố điểm NIHSS

Phân bố điểm NIHSS	Mức độ hồi phục		p
	Hồi phục tốt	Hồi phục kém	
< 5 (nhẹ)	11 (61,1%)	7 (38,9%)	0,007
5-14 (vừa)	1 (9,1%)	10 (90,9%)	
15-24 (nặng)	0 (0%)	4 (100%)	
≥ 25 (rất nặng)	0 (0%)	2 (100%)	

Nhận xét: Đánh giá mối liên quan giữa mức độ hồi phục và phân bố thang điểm NIHSS, nhìn chung từ nhóm NIHSS mức độ vừa trở lên có mức độ hồi phục kém chiếm ưu thế hơn nhiều (tỷ lệ hồi phục kém ở nhóm NIHSS mức độ vừa, nặng và rất nặng lần lượt là 90,9%, 100% và 100%). Ngoài ra, chỉ có nhóm NIHSS mức độ nhẹ ghi nhận nhóm đối tượng hồi phục tốt 61,1% chiếm cao hơn so với nhóm còn lại. Mối liên quan này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,007 < 0,05$).

Bảng 6. Mối liên quan giữa mức độ hồi phục và phân bố tổn thương theo chi phối động mạch

Động mạch chi phối	Mức độ hồi phục		p
	Hồi phục tốt	Hồi phục kém	
Động mạch cảnh trong đoạn nội sọ	1 (14,3%)	6 (85,7%)	0,38
Động mạch não trước	1 (33,3%)	2 (66,7%)	1,00
Động mạch não giữa	10 (31,3%)	22 (68,7%)	0,266
Động mạch đốt sống thân nền	5 (71,4%)	2 (28,6%)	0,033

Nhận xét: Đánh giá mối liên quan giữa mức độ hồi phục và phân bố tổn thương theo chi phối động mạch, kết quả cho thấy chỉ có nhóm tổn thương động mạch đốt sống thân nền có nhóm đối tượng hồi phục tốt 71,4% cao hơn so với nhóm hồi phục kém 28,6%. Mặt khác, ở ba nhóm tổn thương động mạch nội sọ còn lại đều ghi nhận mức độ hồi phục kém chiếm

tỷ lệ nhiều hơn (tỷ lệ hồi phục kém ở nhóm tổn thương động mạch cảnh trong đoạn nội sọ, động mạch não trước và động mạch não giữa lần lượt là 85,7%, 66,7% và 68,7%). Tuy nhiên, mối liên quan giữa mức độ hồi phục và từng nhóm tổn thương không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $74,1 \pm 13$ tuổi, phần lớn đối tượng thuộc nhóm tuổi ≥ 70 và nữ chiếm 57,10%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương kết quả của Võ Hồng Khôi và cộng sự ghi nhận đa số bệnh nhân nằm trong nhóm ≥ 75 tuổi và nữ giới chiếm 56,4% [7]. Khi khảo sát tiền sử của đối tượng nghiên cứu, đại đa số đối tượng đều có tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 88,6%, đồng thời kết quả nghiên cứu cho biết có 11 đối tượng tiền sử rung nhĩ (chiếm 31,4%). Nghiên cứu của Nguyễn Huy Ngọc và cộng sự ghi nhận kết quả tương tự với đa số các bệnh nhân có bệnh kèm theo là tăng huyết áp chiếm 52,6%, có 16 bệnh nhân có tiền sử rung nhĩ chiếm tỷ lệ 33,1% [8]. Tăng huyết áp là bệnh thường gặp ở người trưởng thành, tăng dần theo tuổi, thường có xu hướng đi cùng các yếu tố nguy cơ tim mạch khác, trong đó có rung nhĩ.

Về các đặc điểm lâm sàng chính của các đối tượng nghiên cứu cho thấy tỷ lệ liệt nửa người chiếm cao nhất với 74,3%, tiếp theo là rối loạn ngôn ngữ với 68,6%. Kết quả này tương đồng kết quả của Nguyễn Thị Bảo Liên, tác giả ghi nhận triệu chứng thường gặp nhất là liệt nửa người (84,9%) và thất ngôn (49,3%) hoặc nói khó/nói ngọng (54,3%) [9]. Tương tự, nghiên cứu của Võ Hồng Khôi ghi nhận triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là liệt nửa người và rối loạn ngôn ngữ, lần lượt chiếm 85,5% và 63,6% [7]. Triệu chứng lâm sàng của nhồi máu não phụ thuộc vào khu vực và động mạch tổn thương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số tổn thương động mạch não giữa, gây tổn thương vùng vận động và ngôn ngữ nên số bệnh nhân có triệu chứng liệt nửa người và rối loạn ngôn ngữ chiếm tỷ lệ cao. Dựa vào thang điểm NIHSS ghi nhận phần lớn đối tượng ở mức độ nhẹ (< 5 điểm) chiếm 51,4%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Võ Hồng Khôi và cộng sự, bệnh nhân vào viện có điểm NIHSS chủ yếu nằm trong khoảng từ 6-15, chiếm 50,9% [7]. Sự khác biệt này có lẽ do phần lớn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi thấp hơn nghiên cứu của tác giả (≥ 70 so với ≥ 75), có lẽ do tuổi càng cao mức độ suy giảm chức năng thần kinh do NMN càng cao.

Về hình ảnh tổn thương trên phim CLVT, hầu hết ghi nhận đối tượng khảo sát có dấu hiệu nhồi máu não muện với tỷ lệ 94,3% và hầu hết trường hợp ghi nhận tổn thương động mạch não giữa (chiếm 91,42%), tổn thương động mạch não trước được ghi nhận ít nhất với tỷ lệ 8,6%. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bảo Liên ghi nhận bệnh nhân tắc động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng, thấp nhất ở nhóm tắc động mạch não trước và sau [9]. Đây cũng là vị trí tổn thương động mạch thường gặp nhất trong bệnh cảnh NMN nói chung.

Kết quả điều trị theo thang điểm mRS tại thời điểm xuất viện, nhóm hồi phục kém cao gấp khoảng hai lần so với nhóm hồi phục tốt, với tỷ lệ của hai nhóm lần lượt là 65,7% và 34,3%. Tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Huy Ngọc và cộng sự, ghi nhận số bệnh nhân có độ hồi phục lâm sàng tốt chiếm 34,2%, số bệnh nhân có độ hồi phục lâm sàng kém chiếm 65,8% [8]. Tương tự, nghiên cứu của Võ Hồng Khôi cũng ghi nhận tại thời điểm xuất viện, đa số bệnh nhân có độ hồi phục lâm sàng kém (điểm mRS ≥ 3 chiếm 71%) [7]. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi góp phần ủng hộ thêm cho kết luận những bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ thường có kết cục xấu, mức độ hồi phục lâm sàng kém, để

lại di chứng nặng nề. Chúng tôi tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p = 0,007$) giữa mức độ hồi phục và phân bố thang điểm NIHSS với điểm NIHSS càng cao thì mức độ hồi phục càng kém, tương đồng với kết quả của Nguyễn Đăng Tố ghi nhận một trong các yếu tố tiên lượng kết cục xấu ở bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ là điểm NIHSS > 11 tại thời điểm vào viện [8]. Ngoài ra, chúng tôi cũng ghi nhận vùng tổn thương do động mạch đốt sống thân nền chi phối có mức phục hồi tốt nhất, tuy nhiên mối liên quan không có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân nữ trên 70 tuổi có tiền sử tăng huyết áp là nhóm đối tượng nguy cơ cao của bệnh lý NMN có rung nhĩ. Tương tự NMN, tổn thương động mạch não giữa thường gặp trên bệnh nhân NMN có rung nhĩ với triệu chứng điển hình là rối loạn vận động và rối loạn ngôn ngữ. Kết quả điều trị theo thang điểm mRS tại thời điểm xuất viện cho thấy bệnh nhân nhồi máu não kèm rung nhĩ có tỷ lệ hồi phục rất kém sau điều trị. Thang điểm NIHSS có thể được ứng dụng tiên lượng cho bệnh nhân NMN có rung nhĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chương. Đại cương đột quỵ não. Chuyên đề Thần kinh học. 2017. 1-18.
 2. Hoàng Khánh. Giáo trình sau đại học Thần kinh học. Nhà xuất bản Đại Học Huế. 2013.
 3. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, et al. 2020 ESC guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*. 2021. 42, 373-498, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612>.
 4. Kongbunkiat K, Kasemsap N, Travanichakul S, Thepsuthammarat K, Tiamkao S, et al. Hospital mortality from atrial fibrillation associated with ischemic stroke: a national data report. *Int J Neurosci*. 2015. 125(12), 924-928, <https://doi.org/10.3109/00207454.2014.986266>.
 5. Akanksha WG, Paramdeep K, Gagandeep S, Rajinder B, Birinder SP, et al. Clinical features, risk factors, and short-term outcome of ischemic stroke, in patients with atrial fibrillation: data from a population-based study. *Ann Indian Acad Neurol*. 2017. 20(3), 289-293, https://doi.org/10.4103/aian.AIAN_16_17.
 6. Adderley NJ, Nirantharakumar K, and Marshall T. Risk of stroke and transient ischaemic attack in patients with a diagnosis of resolved atrial fibrillation: retrospective cohort studies. *BMJ*. 2018. 361:k1717, <https://doi.org/10.1136/bmj.k1717>.
 7. Võ Hồng Khôi, Lê Thị Nga. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị ở bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 510(1), 235-238, <https://doi.org/10.51298/vmj.v510i1.1939>.
 8. Nguyễn Huy Ngọc, Bùi Thị Thu Hà, Nguyễn Đăng Tố. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ và một số yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 525(1B), 32-37, <https://doi.org/10.51298/vmj.v525i1B.5026>.
 9. Nguyễn Thị Bảo Liên. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, các yếu tố nguy cơ đột quỵ của nhồi máu não cấp ở bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim. Đại học Y Hà Nội. 2019.
-