

NGHIÊN CỨU THỜI GIAN VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
TÁI THÔNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP TIÊU SỢI HUYẾT
Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NHỒI MÁU NÃO CẤP
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ
TỪ NĂM 2022 ĐẾN NĂM 2024

Trần Anh Thu^{1*}, Nguyễn Thị Minh Đức²

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

*Email: anhhutransdh@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/12/2023

Ngày phản biện: 17/01/2024

Ngày duyệt đăng: 25/01/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đột quy nhồi máu não cấp là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Chiến lược điều trị tiêu sợi huyết qua nhiều nghiên cứu cho thấy giảm tỷ lệ tử vong nhưng không đồng nhất do tác động từ nhiều yếu tố. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1). Xác định thời gian điều trị tái thông ở bệnh nhân đột quy nhồi máu não cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 2022 đến 2024; 2). Đánh giá kết quả điều trị tái thông và các yếu tố ảnh hưởng ở bệnh nhân đột quy nhồi máu não cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 2022 đến 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 43 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não và điều trị tái thông bằng tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch tại Khoa Đột quy - Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2022 – 2024. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân ≥ 65 tuổi, nam chiếm 67,4%. Tiền sử bệnh tăng huyết áp chiếm 86,1%. Đánh giá kết quả chung: tốt chiếm tỷ lệ cao nhất 41,9%, trung bình và kém lần lượt là 34,9% và 23,3%. Nhóm đối tượng có tiền sử tăng huyết áp có kết quả tốt ưu thế hơn so với nhóm không có tiền sử tăng huyết áp (45,9% và 16,7%) ($p = 0,028$). Đối tượng chọn xe cấp cứu có kết cục tốt – trung bình (90,9%) cao hơn so với chọn xe nhà (76,7%) và xe công cộng (0%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,03$). **Kết luận:** Trung bình thời gian khởi phát – nhập viện $165,09 \pm 50,14$, nhập viện – thăm khám $24,21 \pm 24,76$, cửa – kim $62,26 \pm 52,17$, khởi phát – điều trị $227,35 \pm 68,50$. Kết cục tốt sau điều trị chiếm tỷ lệ cao 41,9%. Phương tiện vận chuyển và tăng huyết áp là hai yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị chung.

Từ khóa: Đột quy, nhồi máu não cấp, tiêu sợi huyết.

ABSTRACT

RESEARCH ON THE TIMING AND OUTCOMES
OF REVASCULARIZATION USING THROMBOLYSIS METHOD
IN ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS
AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL
FROM 2022 TO 2024

Tran Anh Thu^{1*}, Nguyen Thi Minh Duc²

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Tam Anh General Hospital

Background: In Vietnam, acute ischemic stroke is a leading cause of death. The treatment strategy of thrombolytic therapy has shown variable results due to the influence of multiple factors. **Objectives:** 1). To determine the reperfusion treatment time in patients with acute ischemic stroke at Can Tho Central General Hospital from 2022 to 2024; 2). To evaluate the reperfusion treatment outcomes and influencing factors in patients with acute ischemic stroke at Can Tho Central General

Hospital from 2022 to 2024. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study of 43 patients diagnosed with ischemic stroke and treated with intravenous thrombolytic therapy at the Stroke Department Can Tho Central General Hospital from 2022 to 2024. **Results:** The majority of patients were aged ≥ 65 years, with males accounting for 67.4%. A history of hypertension was present in 86.1% of cases. General outcome assessment: a good outcome was the highest proportion at 41.9%, followed by moderate and poor outcomes at 34.9% and 23.3%, respectively. The group with a history of hypertension had a better outcome compared to the group without a history of hypertension (45.9% and 16.7%) ($p=0.028$). Patients who chose ambulance transport had better outcomes (90.9%) compared to those who chose private vehicles (76.7%) and public transportation (0%), with statistically significant differences ($p = 0.03$). **Conclusions:** The average time from onset to hospital admission was 165.09 ± 50.14 , admission to evaluation 24.21 ± 24.76 , door-to-needle time 62.26 ± 52.17 , and onset-to-treatment time 227.35 ± 68.50 . A good treatment outcome was the most common 41.9%. Mode of transportation and hypertension were two factors influencing the overall treatment outcome.

Keywords: Stroke, acute ischemic, thrombolysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não hiện nay là vấn đề thời sự của y học và xã hội hiện đại vì tỷ lệ tử vong ngày càng cao, đứng hàng thứ ba sau bệnh tim mạch, ung thư và là nguyên nhân thường gặp nhất gây tàn phế khác tại các nước phát triển. Riêng tại Việt Nam, theo thống kê của Bộ Y Tế năm 2022, đột quy là bệnh không lây nhiễm thường gặp với khoảng 200.000 ca bệnh đột quy hàng năm [1]. Trong điều trị nhồi máu não cấp, chiến lược tiêu sợi huyết giúp giảm được tỷ lệ tử vong và tàn phế qua một số nghiên cứu ngẫu nhiên, mù đôi, đa trung tâm, so sánh với giả dược, điển hình là các thử nghiệm NINDS (1995) [2] ở Hoa Kỳ và ECASS 3 (2008) [3] ở châu Âu. Tuy nhiên, cho đến nay còn nhiều bệnh nhân không được hưởng lợi từ việc điều trị này do có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến thời gian cấp cứu trước viện. Bên cạnh đó, thời gian từ lúc vào viện đến khi bệnh nhân được điều trị tái thông cũng ảnh hưởng đến kết cục điều trị. Nhiều quốc gia trên thế giới đã và đang thực hiện khảo sát đánh giá các yếu tố trước và sau nhập viện khi có đột quy nhồi máu não cấp xảy ra, trên cơ sở đó đề ra chương trình giáo dục hữu hiệu cho cộng đồng và nâng cao sự hợp tác giữa các nhân viên y tế [4]. Tuy nhiên, tại Cần Thơ chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này, xuất phát từ những thực tế trên nghiên cứu này “Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng đến thời gian và đánh giá kết quả điều trị tái thông ở bệnh nhân đột quy nhồi máu não cấp tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ năm 2022 đến năm 2024” được thực hiện với mục tiêu: Xác định thời gian điều trị tái thông ở bệnh nhân đột quy nhồi máu não cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ 2022 đến 2024. Đánh giá kết quả điều trị tái thông và các yếu tố ảnh hưởng ở bệnh nhân đột quy nhồi máu não cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ 2022 đến 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán đột quy nhồi máu não cấp được điều trị tái thông bằng tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch tại khoa Đột quy - Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 7 năm 2024.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- + Bệnh nhân được chẩn đoán đột quy nhồi máu não cấp.
- + Thang điểm đột quy NIHSS từ 5-25 điểm.

+ Được điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch.

+ Từ 18 tuổi trở lên.

+ Bệnh nhân và thân nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân khởi phát triệu chứng của đột quy nhồi máu não cấp trong bệnh viện.

+ Bệnh nhân khởi phát triệu chứng đột quy nhồi máu não cấp không chắc chắn về thời gian.

+ Bệnh nhân đã được sử dụng tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch và/hoặc lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học từ tuyến trước.

+ Hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não có nhồi máu não lớn (>1/3 bán cầu).

- Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ trong thời gian từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 7 năm 2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu: Công thức tính ước lượng cỡ mẫu:

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

- 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 bao gồm tuổi, giới tính, nơi cư trú. Các mốc thời gian khảo sát đơn vị tính bằng phút bao gồm thời gian khởi phát – nhập viện, thời gian nhập viện – thăm khám, thời gian cửa kim, thời gian khởi phát – điều trị. Các yếu tố liên quan đến thời gian điều trị tái thông của bệnh nhân đột quy nhồi máu não cấp chia thành 2 nhóm yếu tố trước viện và yếu tố trong viện. Yếu tố trước viện được khảo sát bao gồm phương tiện vận chuyển và tiền sử bệnh bao gồm đái tháo đường, tăng huyết áp, rung nhĩ và đột quy cũ. Yếu tố trong viện được đánh giá qua thang điểm NIHSS (≤ 4 điểm, 5-25 điểm và >25 điểm) tại thời điểm xuất viện.

+ Kết quả chung sau điều trị chia thành 3 nhóm tốt, trung bình và kém. Về đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị tiêu sợi huyết thông qua phương tiện vận chuyển và tiền sử bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 7 năm 2024, chúng tôi chọn được 43 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm khảo sát	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Tuổi thấp nhất	43	
	Tuổi lớn nhất	88	
	Tuổi trung bình \pm ĐLC	65,26 \pm 11,14	
Giới tính	Nam	29	67,4
	Nữ	14	32,6
Khu vực sống	Thành thị	13	30,2
	Nông thôn	30	69,8

Nhận xét: Đối tượng được khảo sát có độ tuổi trung bình $65,26 \pm 11,14$ tuổi, trong đó độ tuổi lớn nhất và nhỏ nhất lần lượt là 88 và 43. Về phân bố giới tính, giới tính nam chiếm nhiều hơn với tỷ lệ nam/nữ là 2,06. Khu vực sống của đối tượng nghiên cứu được khảo sát ở nông thôn gấp đôi hơn ở thành thị với tỷ lệ lần lượt là 69,8% và 30,2%.

Bảng 2. Chỉ số thời gian khảo sát của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số thời gian khảo sát (phút)	Trung bình \pm SD	Thấp nhất	Cao nhất
Thời gian khởi phát – nhập viện	$165,09 \pm 50,14$	68	261
Thời gian nhập viện – thăm khám	$24,21 \pm 24,76$	1	158
Thời gian cửa – kim	$62,26 \pm 52,17$	10	279
Thời gian khởi phát – điều trị	$227,35 \pm 68,50$	138	540

Nhận xét: Trung bình thời gian khởi phát – nhập viện $165,09 \pm 50,14$, nhập viện – thăm khám $24,21 \pm 24,76$, cửa – kim $62,26 \pm 52,17$, khởi phát – điều trị $227,35 \pm 68,50$.

Bảng 3. Tiền sử bệnh của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử bệnh	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	37	86,1
Đái tháo đường	15	34,9
Rung nhĩ	5	11,6
Đột quỵ hoặc tiền sử TIA	7	16,3

Nhận xét: Kết quả ghi nhận nhiều nhất là bệnh tăng huyết áp với 37/43 đối tượng (chiếm 86%), kế tiếp lần lượt là tiền sử đái tháo đường với 15/43 đối tượng được ghi nhận (chiếm 34,9%). Tỷ lệ đối tượng có tiền sử đột quỵ và rung nhĩ chiếm thấp hơn với 7 đối tượng (16,3%) có tiền sử đột quỵ và 5 đối tượng (11,6%) ghi nhận có rung nhĩ.

3.2. Đánh giá hiệu quả điều trị

Bảng 4. Đánh giá hiệu quả điều trị theo thang điểm NIHSS

Điểm NIHSS (điểm)	Nhập viện			Xuất viện		
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Trung bình \pm ĐLC	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Trung bình \pm ĐLC
≤ 4	0	0	$13,5 \pm 4,9$	4	9,3	$10,5 \pm 5,3$
5-25	43	100		39	90,7	
> 25	0	0		0	0	
Tổng	43	100	43	43	100	43

Nhận xét: Tại thời điểm nhập viện theo thang điểm NIHSS, đối tượng nghiên cứu có điểm trung bình $13,5 \pm 4,9$ điểm. Đánh giá lại thang điểm NIHSS khi xuất viện ghi nhận 90,7% thuộc nhóm 5-25 điểm, còn lại thuộc nhóm ≤ 4 (chiếm 9,3%) và không trường hợp nào > 25 điểm, với điểm NIHSS trung bình giảm $10,5 \pm 5,3$ điểm.

3.3. Đánh giá kết quả điều trị chung và một số yếu tố ảnh hưởng

Bảng 5. Đánh giá kết quả chung sau điều trị

Kết quả chung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	18	41,9
Trung bình	15	34,9
Kém	10	23,3
Tổng	43	100

Nhận xét: Đánh giá kết quả chung sau điều trị trong nghiên cứu, kết cục tốt chiếm tỷ lệ cao nhất 41,9%, trung bình và kém lần lượt là 34,9% và 23,3%.

Bảng 6. Mối liên quan giữa kết quả chung sau điều trị và phương tiện vận chuyển

		Kết quả chung sau điều trị		p
		Tốt – Trung bình	Kém	
Phương tiện vận chuyển	Xe cấp cứu	10 (90,9%)	1 (9,1%)	0,03
	Xe nhà	23 (76,7%)	7 (23,3%)	
	Xe công cộng	0 (0%)	2 (100%)	

Nhận xét: Đối tượng chọn xe cấp cứu có kết cục tốt – trung bình (90,9%) cao hơn so với chọn xe nhà (76,7%) và xe công cộng (0%), khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,03).

Bảng 7. Mối liên quan giữa kết quả chung sau điều trị và yếu tố liên quan dự hậu

		Kết quả chung sau điều trị			p
		Tốt	Trung bình	Kém	
Tiền sử tăng huyết áp	Không	1 (16,7%)	5 (83,3%)	0 (0%)	0,028
	Có	17 (45,9%)	10 (27%)	10 (27%)	
Tiền sử đái tháo đường	Không	14 (50%)	9 (32,1%)	5 (17,9%)	0,301
	Có	4 (26,7%)	6 (40%)	5 (33,3%)	
Tiền sử rung nhĩ	Không	16 (42,1%)	15 (39,5%)	7 (18,4%)	0,066
	Có	2 (40%)	0 (0%)	3 (60%)	
Tiền sử đột quy hoặc TIA	Không	16 (44,4%)	12 (33,3%)	8 (22,2%)	0,665
	Có	2 (28,6%)	3 (42,9%)	2 (28,6%)	

Nhận xét: Nhóm đối tượng có tiền sử tăng huyết áp có kết quả tốt ưu thế hơn so với nhóm không có tiền sử tăng huyết áp (45,9% và 16,7%) (p = 0,028).

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, đa số đối tượng được khảo sát có độ tuổi trung bình là $65,26 \pm 11,14$ tuổi, trong đó độ tuổi lớn nhất và nhỏ nhất được ghi nhận lần lượt là 88 và 43 tuổi. Đánh giá phân bố giới tính của đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ nam/nữ là 2,06. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng kết quả của Nguyễn Ngọc Nghĩa và Nguyễn Song Hà với tỷ lệ mắc đột quy ở nam cao hơn nữ (chiếm 57,5%), và tuổi trung bình của các bệnh nhân đột quy là $67,5 \pm 11,82$ [5]. Đánh giá về tiền sử bệnh của đối tượng nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận nhiều nhất là bệnh tăng huyết áp với 37/43 đối tượng (chiếm 86,1%), kế tiếp là đái tháo đường chiếm 34,9%. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Đặng Trung Anh và cộng sự khi tăng huyết áp 63,6%, đái tháo đường 11,4%, rung nhĩ 9,1% và tiền sử đột quy/TIA 4,6% [6]. Như được biết, tăng huyết áp và đái tháo đường là hai yếu tố nguy cơ kinh điển của đột quy nhồi máu não thường được ghi nhận trong y văn, đặc biệt là ở người cao tuổi.

Kết quả nghiên cứu cho biết thời gian từ lúc khởi phát – nhập viện của các đối tượng nghiên cứu ghi nhận trung bình là $165,09 \pm 50,14$ phút, thời gian ngắn nhất và dài nhất lần lượt là 68 phút và 261 phút. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Ngô Tiến Quyền với thời gian trung bình $122,1 \pm 75,4$ phút [7]. Tiếp tục tính toán thời gian khởi gian khởi phát – điều trị ghi nhận trung bình là $227,35 \pm 68,50$ phút, với thời gian dài và ngắn nhất lần lượt là 540 phút và 138 phút. Kết quả chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Ngô Tiến Quyền trung bình ghi nhận $163,0 \pm 39,5$ phút, muộn và sớm nhất lần lượt là 270 và 85 phút [7]. Thời gian trong kết quả nhìn chung cao hơn có thể được giải thích một phần do địa điểm chúng tôi khảo sát là bệnh viện tuyến Trung Ương, là tuyến cuối cùng tiếp nhận các ca bệnh từ tuyến dưới nên thời gian khởi phát – nhập viện kéo dài hơn do bệnh nhân đã qua điều trị

các tuyến dưới. Trong khi đó, bệnh viện ở các nghiên cứu khác được xếp hạng thấp hơn nên đa số tiếp nhận bệnh sớm hơn.

Đánh giá kết quả chung sau điều trị qua sự thay đổi trong thang điểm NIHSS, chúng tôi ghi nhận kết quả điều trị tốt chiếm tỷ lệ cao nhất với 41,9%, còn lại kết quả điều trị trung bình và kém có tỷ lệ lần lượt là 34,9% và 23,3%. Trong khi đó, nghiên cứu của Ngô Tiến Quyền và Nguyễn Đức Thuận dùng thang điểm Rankin sửa đổi (mRS) để đánh giá, đối tượng được xem là có hiệu quả khi điểm mRS sau 3 tháng từ 0-1 điểm chiếm 54,6% [7]. Mặc dù nghiên cứu chúng tôi và nghiên cứu của Ngô Tiến Quyền dùng hai thang điểm khác nhau để đánh giá, nhưng kết quả chung lại chưa cao như mong đợi. Qua đó biết được thuốc chỉ có hiệu quả nhất định trong một khoảng thời gian sau khi khởi phát triệu chứng. Ngoài ra, điều này còn tùy vào các yếu tố liên quan dự hậu.

Đối tượng nghiên cứu được vận chuyển bằng xe cấp cứu hay xe nhà có kết quả chung sau điều trị tốt – trung bình chiếm tỷ lệ cao hơn lần lượt là 90,9% và 76,7%. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Phúc cũng đưa ra kết luận phương tiện vận chuyển có liên quan đến thời gian nhập viện qua phân tích logistic đa biến. Điều trị cho bệnh nhân đột quỵ là phải nhanh chóng và chuẩn xác, do đó việc phát hiện sớm tình trạng đột quỵ và nhập viện trong khoảng thời gian sớm nhất thì hiệu quả điều trị sẽ tốt hơn [8]. Xe cấp cứu là phương tiện y tế chuyên dụng nhằm đáp ứng kịp thời các trường hợp khẩn cấp, đồng thời có đủ trang thiết bị đáp ứng tình trạng ban đầu. Vì thế, thời gian tiếp nhận vận chuyển cũng như cấp cứu bệnh nhân nhanh chóng và hiệu quả hơn so với phương tiện dân dụng. Ngoài ra, về phương tiện vận chuyển cá nhân, hầu hết người điều khiển phương tiện là thân nhân của bệnh nhân nên có thái độ khẩn trương đối với tình trạng sức khỏe của người thân.

Về yếu tố dự hậu, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận hầu hết kết quả chung sau điều trị là trung bình (chiếm 83,3%) trong nhóm đối tượng không có tiền sử THA. Mặt khác, khi xem xét nhóm đối tượng có tiền sử THA, nhóm có kết quả tốt lại chiếm ưu thế hơn với 45,9%, nhóm có kết quả trung bình và không tốt cho kết quả bằng nhau (27%). Điều đáng chú ý là kết quả trên có ý nghĩa thống kê ($p = 0,028$). Như được biết, THA là yếu tố nguy cơ được xác định rõ ràng ở bệnh cảnh đột quỵ nhồi máu não cấp do gây tổn thương mạch máu, xơ vữa động mạch và làm tăng khả năng hình thành cục máu đông. Hiện nay, thông tin về THA được phổ biến đến đại chúng, người dân hiểu biết được ảnh hưởng của yếu tố này đến bệnh mạch máu nói chung cũng như nhồi máu não nói riêng. Do đó, người dân chủ động hơn trong tầm soát phát hiện THA. Nghiên cứu trên bệnh nhân nhồi máu não của Nguyễn Thị Quỳnh Như cũng ghi nhận 107/118 bệnh nhân (chiếm 90,7%) có tiền sử THA [9]. Từ đó, bệnh nhân được điều trị và kiểm soát huyết áp chặt chẽ hơn nên kết cục điều trị tốt được ghi nhận chiếm ưu thế hơn. Tuy nhiên, một phần bệnh nhân mắc phải THA tiềm ẩn và chỉ phát hiện khi có biến chứng nhồi máu não nên kết quả điều trị hầu hết ở mức trung bình. Thực trạng này cũng được thể hiện qua nghiên cứu của Cao Trường Sinh có hơn 65% có tiền sử THA, dù biến chứng nhồi máu não chiếm tỷ lệ thấp 6,4% nhưng trong đó hơn 31% số bệnh nhân không biết mình bị tăng huyết áp [10].

V. KẾT LUẬN

Trung bình thời gian khởi phát – nhập viện $165,09 \pm 50,14$, nhập viện – thăm khám $24,21 \pm 24,76$, cửa – kim $62,26 \pm 52,17$, khởi phát – điều trị $227,35 \pm 68,50$. Kết cục tốt sau điều trị chiếm tỷ lệ cao 41,9%. Phương tiện vận chuyển và tăng huyết áp là hai yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị chung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế. Mỗi năm Việt Nam có khoảng 200.000 ca đột quỵ, nhiều người trẻ tuổi mắc bệnh nguy hiểm này. 2022. https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbKA5j/content/moi-nam-viet-nam-co-khoang-200-000-ca-ot-quy-nhieu-nguoi-tre-tuoi-mac-benh-nguy-hiem-nay
 2. Bieniek K. F., Cairns N. J., Crary J. F., Dickson D. W., Folkerth R. D., et al. The Second NINDS/NIBIB Consensus Meeting to Define Neuropathological Criteria for the Diagnosis of Chronic Traumatic Encephalopathy. *J Neuropathol Exp Neurol*. 2021. 80(3), 210-219, <https://doi.org/10.1093/jnen/nlab001>.
 3. Hacke W., Kaste M., Bluhmki E., Brozman M., Dávalos A., et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *N Engl J Med*. 2008. 359(13), 1317-1329, <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0804656>.
 4. Owolabi M. O., Thrift A. G., Mahal A., Ishida M., Martins S., et al. Primary stroke prevention worldwide: translating evidence into action. *Lancet Public Health*. 2022. 7(1), e74-e85, [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00230-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00230-9).
 5. Nguyễn Ngọc Nghĩa, Nguyễn Song Hà. Ứng dụng điều trị tiêu huyết khối Alteplase cho người bệnh đột quỵ thiếu máu não cấp tính tại bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái năm 2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 528(1), 212-216, <https://doi.org/10.51298/vmj.v528i1.6007>.
 6. Đặng Trung Anh, Hoàng Bùi Hải, Mai Duy Tôn. Một số yếu tố liên quan đến thời gian cửa – kim ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp được điều trị tiêu huyết khối. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021. 498(1), 126-131, <https://doi.org/10.51298/vmj.v498i1.51>.
 7. Ngô Tiên Quyền, Nguyễn Đức Thuận. Kết quả điều trị nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch tại bệnh viện quân y 110. *Tạp chí Y Dược học Quân sự*. 2021. 2, 47-54.
 8. Nguyễn Đức Phúc, Võ Văn Thắng, Nguyễn Thị Hoài Thu. Tỷ lệ nhập viện muộn và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhồi máu não cấp tại bệnh viện Đà Nẵng. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 515(2), 187-191, <https://doi.org/10.51298/vmj.v515i2.2787>.
 9. Nguyễn Thị Quỳnh Như, Nguyễn Trung Kiên và Lê Văn Minh. Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân nhồi máu não tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2017-2018. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2018, 16, 1-7.
 10. Cao Trường Sinh. Đánh giá tình hình kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp biến chứng nhồi máu não. *Tạp chí Y học Thực hành*. 2014. 914(4), 176-179.
-