

4. Nguyễn Thị Mộng Tuyền (2018), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang, tìm hiểu một số yếu tố liên quan và đánh giá kết quả điều trị viêm nha chu bằng phẫu thuật nạo túi tại Khoa Răng Hàm Mặt Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2016-2018, Luận văn bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược Cần Thơ.
5. Borgnakke W S (2016), Non-modifiable Risk Factors for Periodontitis and Diabetes, Current Oral Health Reports, 3 (3), pp.270-281.
6. Goldstep, Fay, Freedman G (2009), Diode lasers for periodontal treatment: the story so far, Oral health, 99 (12), pp.44.
7. Kinane, D. F., Stathopoulou, P. G., et al. (2017), Periodontal diseases, Nature Reviews Disease Primers, 3 (1), pp.1-14.
8. Martin-Cabezas R, Seelam N, Petit C, Agossa K, et al. (2016), Association between periodontitis and arterial hypertension: A systematic review and meta-analysis, Am Heart J, 180 pp.98-112.
9. Michaud D S, Fu Z, Shi J, Chung M (2017), Periodontal Disease, Tooth Loss, and Cancer Risk, Epidemiol Rev, 39 (1), pp.49-58.
10. Mistry, Abhishek, et al. (2016), Effect of Combined Therapy Using Diode Laser and Photodynamic Therapy on Levels of IL-17 in Gingival Crevicular Fluid in Patients With Chronic Periodontitis, J Lasers Med Sci, 7 (4), pp.250-255.
11. Nazir M A (2017), Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention, Int J Health Sci (Qassim), 11 (2), pp.72-80.
12. Syam N, Syam N (2017), LANAP—A ray of hope in periodontal therapy, President's Message, 7 (2), pp.54.
13. Singh NS, Chungkham S, Devi NR, Devi AN (2018), Evaluation of the Efficacy of Diode Laser as an Adjunct to Scaling and Root Planing in the Treatment of Chronic Periodontitis: A Clinical and Microbiological Study, Int J Prev Clin Dent Res, 5 (1), pp.25-29.

(Ngày nhận bài: 17/3/2022 – Ngày duyệt đăng: 20/5/2022)

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA SUY GIẢM THẦN KINH SỚM TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP CÓ TẮC MẠCH LỚN VÀ KHIÊM KHUYẾT THẦN KINH NHẹ

**Huỳnh Quốc Sĩ¹, Nguyễn Thị Hồng Tuyền², Phan Thị Hồng Lạc¹,
Luu Đăng Diễm Trân¹**

1. Bệnh viện Đa khoa quốc tế S.I.S Cần Thơ

2. Trường Đại học Trà Vinh

*Email: drsihuynh@dotquy.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh nhân nhồi máu não (NMN) nhẹ (NIHSS ≤ 6) có tắc mạch lớn (LVO) thường không được can thiệp điều trị tái thông theo các hướng dẫn điều trị đột quỵ cấp. Nhiều nghiên cứu cho thấy ở các bệnh nhân nhồi máu não nhẹ với LVO có khoảng 5% đến 40% bị suy giảm chức năng thần kinh sớm (END). END là dấu hiệu gợi ý có nguy cơ cao tàn tật và tử vong về sau [1]. Vì vậy việc theo dõi lâm sàng trên các bệnh nhân này trong giai đoạn cấp là cần thiết để có những can thiệp kịp thời khi bệnh nhân có dấu hiệu END. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân NMN cấp có LVO với END. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhân nhồi máu não nhẹ có tắc mạch lớn tại Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế SIS Cần Thơ. **Kết quả:** Từ tháng 3/2021 đến 12/2021, qua 60 bệnh nhân được chọn, tỉ lệ NMN tuân hoàn trước là 86,7%. Động mạch chủ phạm chủ yếu động mạch não giữa chiếm 53,3%. Thời gian nhập viện – END là $35,1 \pm 26,8$ giờ. END làm gia tăng các thiếu sót thần kinh, mRS tăng

1,5 điểm; NIHSS tăng 6,4 điểm. **Kết luận:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân đột quỵ END cấp gần giống với đặc điểm chung của bệnh nhân đột quỵ.

Từ khóa: Suy giảm thần kinh sớm; nhồi máu não cấp, tắc mạch lớn.

ABSTRACT

CLINICAL, SUB CLINICAL FEATURES OF EARLY NEUROLOGICAL DETERIORATION DURING THE ACUTE PHASE WITH LARGE VESSEL OCCLUSION AND MINOR NEUROLOGICAL DEFICITS

Huynh Quoc Si¹, Nguyen Thi Hong Tuyen², Phan Thi Hong Lac¹,
Luu Dang Diem Tran¹

1. Can Tho Stroke International Services

2. Tra Vinh University

Background: Patients with mild stroke (NIHSS ≤ 6) and large vessel occlusion (LVO) generally do not receive revascularization therapy according to stroke guidelines. Several studies have shown that in patients with mild ischemic stroke and LVO, approximately 5% to 40% have early neurological deterioration (END). END was independent predictor of unfavourable outcomes and mortality [1]. Therefore, clinical monitoring of these patients in the acute phase is necessary to have timely interventions when the patient has signs of END. **Objective:** To describe the clinical and subclinical features of acute ischemic stroke patients with LVO and END. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 60 patients at Can Tho Stroke International Services with LVO and END. **Results:** From March 2021 to December 2021, there were 60 eligible patients. The rate of anterior circulatory stroke was 86.7%. Middle cerebral artery was accounting for 53.3% of culprit lesion. Admission – END interval was 35.1 ± 26.8 hours. END associated with poor neurological deficits (increases NIHSS 6.4 points), functional independence (increases mRS 1.5 points). **Conclusion:** The clinical and subclinical characteristics of stroke patients with END are similar to the general characteristics of stroke patients.

Keywords: Early neurological deterioration; acute ischemic stroke, large vessel occlusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não END hay còn gọi là suy giảm thần kinh sớm (early neurological deterioration - END) được định nghĩa là tình trạng xấu đi hoặc tái phát về mặt lâm sàng, NIHSS tăng ≥ 4 điểm trong 72 giờ đầu tiên sau đột quỵ do thiếu máu cục bộ. END là dấu hiệu gợi ý bệnh nhân này có nguy cơ cao về tàn tật về.

Một vài báo cáo gần đây về đột quỵ do thiếu máu cục bộ nhỏ cấp tính (NIHSS ≤ 6) có tắc mạch lớn nội sọ (large vessel occlusion - LVO) chỉ ra rằng trung bình khoảng 32% bệnh nhân sẽ bị END [1]. Theo các hướng dẫn điều trị đột quỵ cấp, các trường hợp này đến trễ giờ vàng hoặc ngay từ ban đầu bệnh nhân nhập viện có biểu hiện đột quỵ cấp thiếu sót thần kinh nhẹ (NIHSS ≤ 6), thường không được can thiệp điều trị tái thông lấy huyết khối cấp cứu. Việc theo dõi, đánh giá các triệu chứng thần kinh trên các bệnh nhân này là cần thiết trong thời gian nhập viện để có những can thiệp kịp thời khi có dấu hiệu END. Mặt khác, một số nghiên cứu đã chỉ ra can thiệp tái thông trên các bệnh nhân này là an toàn và mang lại kết quả lâu dài thuận lợi cho bệnh nhân [2],[5],[7]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân đột quỵ cấp do thiếu máu cục bộ có LVO với END.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân đột quỵ nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế SIS Cần Thơ từ 3/2021-12/2021.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Các bệnh nhân đột quỵ cấp khởi phát dưới 48 giờ đủ tất cả các tiêu chuẩn của Hội Tim mạch Hoa Kỳ 2019 được lựa chọn [4]:

+ Tuổi của bệnh nhân trên 18 tuổi.

+ Bệnh nhân bị đột quỵ nhồi máu não cấp, có tổn thương nhồi máu não trên chuỗi xung khuyết tán CHT.

+ Tắc mạch máu lớn trên CHT mạch não (Động mạch có đường kính > 2mm: động mạch cảnh trong, động mạch não giữa đoạn M1, M2, động mạch não trước đoạn A1, động mạch đốt sống, thân nền).

+ Đột quỵ mức độ nhẹ NIHSS ≤ 6 điểm.

+ Có nhồi máu não END trong thời gian theo dõi.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Hình ảnh chụp CHT sọ não có nhồi máu não trên 1/3 diện chi phối của ĐM não giữa, ASPECTS < 6 điểm.

+ Bệnh nhân nhồi máu não tĩnh mạch, huyết khối tĩnh mạch não sâu trên phim CHT lúc nhập viện.

+ Tiền sử chấn thương đầu mức độ nặng, nhồi máu cơ tim hoặc phẫu thuật sọ não trong 3 tháng gần đây.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Chọn tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn mẫu thu được tổng cộng 60 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được khảo sát não bằng CHT 3 Tesla (Tổn thương nhồi máu nhồi máu phát hiện trên xung T2 và FLAIR với tín hiệu cao. Các xung này phát hiện 80% các ổ nhồi máu trong 24h đầu. Tuy nhiên có thể biểu hiện bình thường ở giai đoạn tối cấp. Chuỗi xung khuếch tán DWI là chuỗi xung có độ nhạy cao nhất để phát hiện tổn thương nhồi máu, chỉ trong vòng vài phút sau khi khởi phát triệu chứng vào giai đoạn tối cấp) đánh giá tổn thương não và mạch máu não. Các đặc điểm tiền sử (hút thuốc lá, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu), triệu chứng lâm sàng (méo miệng, tay chân yếu, thay đổi giọng nói); điểm NIHSS, mRS, tri giác được theo dõi 72 giờ.

- **Xử lý số liệu:** Dữ liệu thu thập được phân tích thống kê bằng phần mềm STATA 13.0 dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n=60)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	≤ 50	9	15,0
	51-69	33	55,0
	≥ 70	18	30,0
Giới	Nam	39	65,0
	Nữ	21	35,0
Tăng huyết áp	Không	16	26,7
	Có	44	73,3
BMI	≤ 25	50	83,3
	> 25	10	16,7
Tiền sử	Tăng huyết áp	56	93,3

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 47/2022

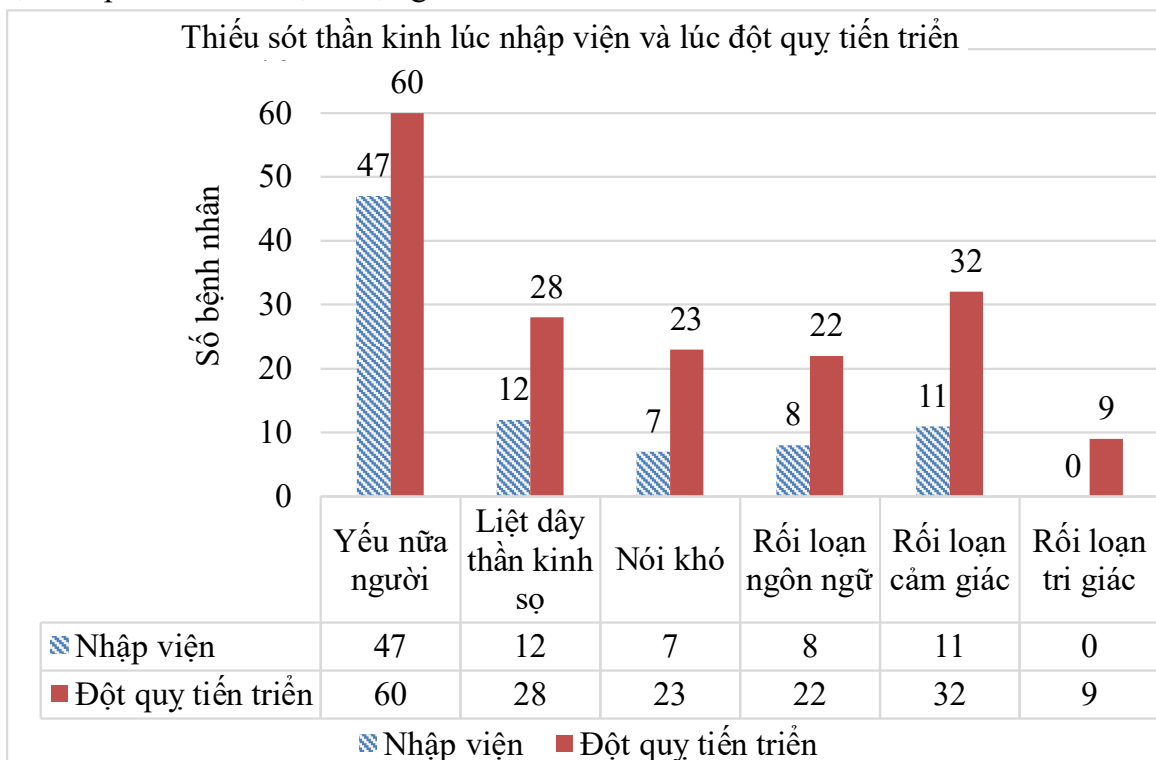
Đặc điểm	Số lượng (n=60)	Tỉ lệ (%)
Đột quy	6	10,0
Đái tháo đường	10	16,7
Rối loạn lipid máu	15	25,0
Hút thuốc lá	28	46,7
Cơn thiếu máu não thoáng qua	12	20,0
Bệnh lý mạch vành	9	15,0

Nhận xét: Nam giới có tỉ lệ cao hơn nữ (35,0%). Tuổi trung bình là $62,5 \pm 10,9$ tuổi, trong đó nhóm tuổi cao nhất từ 50 đến 70 tuổi (55,0%). Có 16,7% bệnh nhân thừa cân - béo phì; tỉ lệ hút thuốc lá là 46,7% trong đó 100% là nam giới. Tiền sử THA chiếm 93,3%; tiền sử đột quy chiếm 10,0%; đái tháo đường chiếm 16,7%; rối loạn lipid máu chiếm 25,0%. Có 1/5 bệnh nhân có cơn thiếu máu não thoáng qua trước đó. Có 15% bệnh nhân có tiền sử bệnh mạch vành. Có 73,3% số bệnh nhân có tình trạng THA lúc nhập viện.

Bảng 2. Đặc điểm thời gian diễn biến của END của đối tượng nghiên cứu

Diễn tiến đột quy	Trung bình	Trung vị	Lớn nhất	Nhỏ nhất
Khởi phát - nhập viện (giờ)	14,7	9,1	71,2	1,42
Nhập viện - cộng hưởng từ (phút)	52,5	46,5	115	15
Nhập viện - đột quy END (giờ)	35,1	40,8	74,1	0,7
Khởi phát - đột quy END (giờ)	51,0	50,7	134,3	2,8

Nhận xét: Thời gian khởi phát - nhập viện $14,7 \pm 14,7$ giờ; trong đó 33,3% bệnh nhân nhập viện < 6 giờ; thời gian có kết quả CHT $52,5 \pm 23,1$ phút; nhập viện - END $35,1 \pm 26,8$ giờ; khởi phát - END $49,8 \pm 32,7$ giờ.



Biểu đồ 1. Thay đổi triệu chứng khi đột quy END

Nhận xét: Thiếu sót thần kinh tăng cao phù hợp với bệnh cảnh của END.

Bảng 3. Thay đổi điểm NIHSS và mRS trước và sau đột quỵ END

Điểm NIHSS	Trung bình	Trung vị	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Nhập viện	3,9	4	0	8
Nhồi máu END	10,3	10	6	20
Δ NIHSS tt-nv	6,4	6	4	15
Điểm mRS	Trung bình	Trung vị	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Nhập viện	1,5	2	0	3
Nhồi máu END	3,0	3	2	4

Nhận xét: Đa số bệnh nhân nhập viện với NIHSS thấp dưới 6 điểm và mRS thấp dưới 2 điểm. NIHSS tăng trung bình hơn 6 điểm và mRS tăng trung bình hơn 1 điểm trong lúc nhồi máu não END xảy ra.

Bảng 4. Đặc điểm hình ảnh học và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n = 60)	Tỉ lệ (%)
Hình ảnh học	Tổn thương tuần hoàn trước	52	86,7
	Tổn thương tuần hoàn sau	8	13,3
	Điểm ASPECTs	7,6 (6-9)	
	Điểm PC-ASPECTs	8,4 (7-9)	
Động mạch thủ phạm	Động mạch cảnh trong	20	33,3
	Động mạch não giữa	32	53,3
	Động mạch thân nền	5	8,3
	Động mạch đốt sống	3	5,0
Cận lâm sàng	Đường huyết lúc nhập viện $\geq 10\text{mmol/l}$	11	18,3
	Rối loạn lipid máu	33	55,0
	Tăng bạch cầu >10.000	20	33,3

Nhận xét: Tỉ lệ NMN tuần hoàn trước là 86,7%, ASPECTs trung bình 7,6 (6-9); PC-ASPECTs trung bình 8,4. Động mạch gây nhồi máu chiếm đa số động mạch não giữa với 53,3%; động mạch cảnh (33,3%), thân nền và đốt sống là 8,3% và 5,0%, rối loạn lipid máu chiếm 55,0%, tăng đường huyết chiếm 18,3% và tăng bạch cầu chiếm 33,3%.

VI. BÀN LUẬN

Nói về vấn đề tuổi tác thì tuổi càng lớn, bệnh mạch máu càng nhiều mà trước hết là xơ vữa động mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi > 70 chiếm tỉ lệ cao 30,0%, tuổi trung bình là 62,5 (38-83); kết quả này tương đương với nghiên cứu của Yasir Saleem [5] tuổi trung bình $61 \pm 13,1$; nghiên cứu tác giả Geng [1] $64,2 \pm 13,0$. Theo nhận định của TCYTTG, tỉ lệ mắc bệnh tập trung ở nhóm người cao tuổi (60-80 tuổi). Trong nghiên cứu của chúng tôi nữ giới chiếm 35,0% ít hơn nam giới; tỉ lệ nam cao hơn nữ tương tự nghiên cứu của tác giả Yasir Saleem [5] và Geng [1] nam giới chiếm lần lượt 60% và 53,5%. BMI trung bình trong nghiên cứu chúng tôi trung bình 23,4 thấp hơn trong nghiên cứu Geng là 25,3.

Nói về vấn đề bệnh lý: Tăng huyết áp (THA) là một yếu tố nguy cơ cao đối với bệnh tim mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, HA tâm thu trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 152,3 (240-120)mmHg, HA tâm trương trung bình là 88,0 (60-120) mmHg, có THA lúc nhập viện chiếm 80% tương đương với tác giả Yasir Saleem [5] 79,2%, tác giả Geng cũng ghi nhận END có liên quan đáng kể với việc gia tăng THA [1]. Xét về tiền sử bệnh, tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ đột quỵ não độc lập rất mạnh cho các bệnh lý tim mạch và mạch máu não, điều này đã được chứng minh qua nhiều công trình nghiên cứu

đáng tin cậy. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tiền sử THA chiếm tỉ lệ khá cao 93,3%; kết quả này cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Geng [1] với tỉ lệ có tiền sử THA là 57,4%. Đái tháo đường (ĐTĐ) đã được công nhận là yếu tố nguy cơ độc lập gây xơ vữa động mạch nói chung trong đó có mạch máu não [3]. Nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường là 13,6%; tỉ lệ này tương tự của Geng [1] là 25%. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cơn thoáng thiếu máu não chiếm tỉ lệ 20,0%, kèm theo có 10,0% bệnh nhân từng được chẩn đoán đột quỵ, tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Yasir Saleem [5], tác giả này đã ghi nhận trong số các bệnh nhân END có 25% từng bị cơn thiếu máu não hoặc nhồi máu não trong quá khứ. Chúng tôi ghi nhận bệnh tim thiếu máu cục bộ chiếm 15%; tỉ lệ này hơi thấp so Geng [1] là 24,6%; tác giả Tsao [6] đã ghi nhận mối liên hệ quan trọng giữa bệnh mạch vành và kết cục lâm sàng kém sau 3 tháng ở bệnh nhân đột quỵ cấp. Đã có nhiều nghiên cứu đề cập đến vai trò của từng thành phần lipid máu (tăng LDL, tăng cholesterol toàn bộ, tăng triglycerid và giảm HDL máu) như là yếu tố nguy cơ hình thành xơ vữa động mạch và xơ vữa động mạch là nguyên nhân hàng đầu của NMN. Nghiên cứu của chúng tôi có 33% bệnh nhân có tiền sử được chẩn đoán rối loạn lipid máu. Trong nghiên cứu chúng tôi đã chỉ ra tỉ lệ rối loạn lipid máu chiếm 55,0%.

Tăng đường huyết lúc nhập viện rất phổ biến ở giai đoạn cấp của NMN và được xem là một yếu tố tiên lượng, tỉ lệ tăng đường huyết thay đổi từ 6-30% [6]. Nghiên cứu của chúng tôi, đường huyết trung bình lúc nhập viện là 141,6 mg%, có tăng đường huyết trên 180mg% chiếm 18,3%. Hơn nữa, theo thống kê của Tsao, tỉ lệ THA, rối loạn lipid máu, béo phì và đái tháo đường lần lượt là 54,3%, 36,5%, 24,8% và 18,2 [6]. Như vậy, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và tiền sử bệnh của bệnh nhân đột quỵ LVO có END hầu như gần giống với đặc điểm chung của bệnh nhân đột quỵ.

Nói về vấn đề thời gian: Chúng tôi ghi nhận thời gian vào viện ≥ 6 giờ chiếm tỉ lệ 66,7%; hiệu quả sẽ giảm dần theo thời gian trong đột quỵ, đa số bệnh nhân đến trễ giờ vàng để có thể điều trị tái tưới máu cấp cứu. Do vậy việc rút ngắn thời gian nhập viện luôn là mục tiêu hàng đầu, chúng tôi ghi nhận thời gian vào viện trung bình là 14,7 giờ, nhiều hơn của Yasir Saleem [5] trung bình là 3 (2-6) giờ, tác giả Geng [1] cũng ghi nhận thời gian nhập viện tính từ khi khởi phát là $90,5 \pm 67,1$ giờ. Tác giả Wansi Zhong [7] thời gian khởi phát đến nhập viện trung bình là 122 (77-186) phút. Trong nghiên cứu chúng tôi thời gian nhập viện là con số khiêm tốn với điều kiện giao thông khá thuận lợi ở Cần Thơ cũng như các tỉnh lân cận, chúng ta cần tuyên truyền cho người dân về các dấu hiệu của đột quỵ não cũng như ứng xử khi phát hiện bệnh nhân đột quỵ là quan trọng để rút ngắn thời gian nhập viện của bệnh nhân, gia tăng lượng bệnh nhân đến nhập viện trong giờ vàng. Khoảng thời gian từ khi đột quỵ khởi phát đến END trung bình khoảng 51 (2,8-134,3) giờ. Theo nghiên cứu của tác giả Yasir Saleem [5] trung bình là 11,5 (4-19) giờ. Khác biệt lớn này là do cách chọn mẫu của tác giả Yasir Saleem chỉ theo dõi bệnh nhân trong 24 giờ, còn trong nghiên cứu chúng tôi lấy mẫu tới hơn 72 giờ sau nhập viện.

Thang điểm NIHSS dùng để đánh giá các thiếu sót thần kinh, theo dõi điều trị, tiên lượng kết cục đột quỵ. Điểm càng cao thiếu sót thần kinh càng nặng, tiên lượng hồi phục càng kém. Trong nghiên cứu của chúng tôi, NIHSS trung bình lúc nhập viện là 3,9 (0-8). Trong nghiên cứu Yasir Saleem [5] NIHSS trung bình của các bệnh nhân có đột quỵ END là 2 (1-3); Theo tác giả Geng [1] NIHSS lúc nhập viện ghi nhận là $10,1 \pm 4,75$;

Điểm NIHSS không thể phản ánh chính xác sự hiện diện của tắc động mạch nội sọ. Do đó, những bệnh nhân NMN cấp bị hẹp hoặc tắc mạch lớn cần được theo dõi sát diễn biến ngay cả khi họ chỉ xuất hiện các triệu chứng nhẹ.

Nói về vấn đề hình ảnh học: Hình ảnh rất là quan trọng trong chẩn đoán, điều trị và tiên lượng đột quy. Thang điểm ASPECT giúp đánh giá nhanh một cách tin cậy và thống nhất giữa các nhà lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh, thang điểm này được chúng tôi đánh giá trên chuỗi xung khuyết tán của CHT. Bệnh nhân có điểm ASPECT càng thấp thì nguy cơ tử vong càng cao. Chúng tôi nhận thấy tổn thương các động mạch do tuần hoàn trước chi phối chiếm 86,7%, động mạch tuần hoàn sau chi phối chỉ chiếm 13,3%; vị trí tổn thương nhiều nhất là động mạch não giữa 53,3%; động mạch cảnh trong chiếm 20,0%, thân nền và đột sống chiếm lần lượt là 8,3% và 5,0%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Yasir Saleem [5], trong các bệnh đột quy LVO có END, tắc mạch não giữa chiếm 58,4%, động mạch cảnh trong chiếm 16,7%, thân nền chiếm 12,5%, động mạch đột sống chiếm 8,3%.

Theo nhiều nghiên cứu ghi nhận, tỉ lệ bệnh nhân END dao động từ 5% đến 40%, Tỉ lệ END sau đột quy do thiếu máu cục bộ cấp tính có thể rất khác nhau trong các nghiên cứu trước đây, tùy thuộc vào định nghĩa được sử dụng tức là các thang điểm đột quy và khung thời gian khác nhau được sử dụng để đánh giá tình trạng xấu đi. Tuy nhiên, bất kể định nghĩa được sử dụng là gì, END luôn có liên quan đến kết quả lâm sàng kém về sau. END là tình trạng xấu đi hoặc tái phát về mặt lâm sàng, NIHSS tăng ≥ 4 điểm trong 72 giờ đầu tiên sau đột quy do thiếu máu cục bộ. Chúng tôi ghi nhận END trên các bệnh nhân đột quy cấp dựa trên đánh giá bệnh nhân có gia tăng mức độ nặng của các triệu chứng đột quy theo đó, tất cả các bệnh nhân đều thay đổi tăng NIHSS ít nhất 6 nhiều nhất 15 điểm (trung bình 6,4 điểm) lúc đột quy END so với lúc nhập viện. Điểm mRS trung bình lúc nhập viện là 1,5 điểm, tăng gần gấp đôi lúc đột quy END (3 điểm). Chúng tôi cũng ghi nhận sự gia tăng của một loạt các thiếu sót thần kinh xảy ra lúc đột quy cấp END như yếu nửa người tăng từ 78,3% lên 100%, liệt dây thần kinh sọ tăng 20% lên 46,6%, nói khó 11,2% lên 38,3%, rối loạn ngôn ngữ tăng từ 18,3% lên 53,3%. Rối loạn tri giác tăng từ 0% lên 15%.

Tóm lại, qua nghiên cứu chúng tôi ghi nhận đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và tiền sử bệnh của bệnh nhân đột quy LVO có END cấp gần giống với đặc điểm chung của bệnh nhân đột quy. Nhiều nghiên cứu chỉ ra END thường xảy ra ở những bệnh nhân đột quy cấp với thiếu sót thần kinh nhẹ bị hẹp nặng các mạch lớn với tỉ lệ 5-40%. Theo Geng [1], END có liên quan đáng kể với việc gia tăng THA, tiểu đường, NIHSS lúc nhập viện và một số giá trị xét nghiệm máu cholesterol toàn phần, LDL, glucose. END có liên quan tới tử vong và kết cục kém. Khác biệt về các chỉ số về thời gian xảy ra END trên các bệnh nhân đột quy cấp và các triệu chứng lâm sàng giữa các tác giả chủ yếu tùy thuộc vào định nghĩa được sử dụng tức là các thang điểm đột quy và khung thời gian khác nhau được sử dụng để đánh giá tình trạng xấu đi. Tuy nhiên, bất kể định nghĩa được sử dụng là gì, END luôn có liên quan đến kết quả lâm sàng kém về sau.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi ghi nhận một số kết quả sau đây: Nữ giới (35,0%) có tỉ lệ thấp hơn nam giới. Tuổi trung bình là $62,5 \pm 10,9$ tuổi. Có 16,7% bệnh nhân thừa cân - béo phì; tỉ lệ hút thuốc lá là 46,7%. Có 73,3% số bệnh nhân có THA lúc nhập viện. Tỉ lệ NMN tuần hoàn trước là 86,7%, ASPECTS trung bình 7,6 (6-9); PC-ASPECTS trung bình 8,4 (7-9). Động mạch gây ra đa số là động mạch não giữa chiếm 53,3%; lúc nhập viện rối loạn lipid máu chiếm 55,0% và tăng đường huyết chiếm 18,3%. Thời gian khởi phát đến nhập viện $14,7 \pm 14,7$ giờ; trong đó 33,3% nhập viện dưới 6 giờ; nhập viện – đột quy END $35,1 \pm 26,8$ giờ. Đột quy END làm gia tăng các thiếu sót thần kinh, điểm mRS tăng trung bình 1,5 điểm; NIHSS tăng trung bình 6,4 điểm. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân đột quy END cấp gần giống với đặc

điểm chung của bệnh nhân đột quy. Tùy thuộc vào định nghĩa END được sử dụng làm các đặc điểm này có đôi chút khác biệt trong các nghiên cứu. Tuy có đôi chút sự khác biệt về định nghĩa END được sử dụng trong từng nghiên cứu (mức độ diễn tiến nặng của đột quy và khung thời gian khác nhau được sử dụng để đánh giá tình trạng xấu đi). Các tác giả đều ghi nhận END có liên quan tới tử vong và lâm sàng kém về sau giai đoạn cấp [1],[5],[7]. Vì vậy việc theo dõi lâm sàng trên đối tượng này trong giai đoạn cấp là cần thiết để có những can thiệp kịp thời khi bệnh nhân có dấu hiệu END là cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. He-Hong Geng, Qiang Wang, et al. (2017), Early neurological deterioration during the acute phase as a predictor of long-term outcome after first-ever ischemic stroke, *Medicine*, 96, e9068.
2. C. Manno, G. Disanto, et al. (2019), Outcome of endovascular therapy in stroke with large vessel occlusion and mild symptoms, *Neurology*, 93 (17), e1618-e1626.
3. World Health Organization (2020), The 10 leading causes of death by broad income group, World Health Organization.
4. William J. Powers, Alejandro A. Rabinstein, 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: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association, *Stroke*, 50 (12), e344-e418.
5. Yasir Saleem, Raul G. Nogueira, et al. (2020), Acute Neurological Deterioration in Large Vessel Occlusions and Mild Symptoms Managed Medically, *Stroke*, 51 (5), 1428-1434.
6. Connie W. Tsao, Aaron W. Aday, et al. (2022), Heart Disease and Stroke Statistics —2022 Update: A Report From the American Heart Association, *Circulation*, 145 (8), e153-e639.
7. Wansi Zhong, Ying Zhou, et al. (2021), Minor Non-Disabling Stroke Patients with Large Vessel Severe Stenosis or Occlusion Might Benefit from Thrombolysis, *Brain Sciences*, 11 (7), 945.

(Ngày nhận bài: 18/02/2022 – Ngày duyệt đăng: 16/5/2022)

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC CỦA BỆNH NHÂN CÓ KHỐI U PHỔI ĐƯỢC SINH THIẾT PHỔI XUYÊN THÀNH NGỰC DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH LỒNG NGỰC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2021-2022

Nguyễn Văn Tuyết¹*, Võ Phạm Minh Thư²

1. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: bstuyet75@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư phổi có tỷ lệ mắc và tử vong đứng hàng đầu trong các bệnh ung thư trên thế giới cũng như ở Việt Nam, bệnh được ghi nhận ở cả ở cả hai giới. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của bệnh nhân có khối u phổi được sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính lồng ngực tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiền cứu trên 56 bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ có tổn thương dạng u ở phổi được chỉ định sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính lồng ngực, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0. **Kết quả:** Triệu chứng mệt là