

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC CỦA ĐỘT QUY THIẾU MÁU CỤC BỘ Ở NGƯỜI TRẺ

Lê Nhựt Tân*, Lê Văn Minh

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: lnhuttan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25/5/2024

Ngày phản biện: 24/8/2024

Ngày duyệt đăng: 25/9/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tỷ lệ đột quỵ do thiếu máu cục bộ ở người trẻ đang tăng lên trong những năm gần đây và đang trở thành gánh nặng cho xã hội. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về đột quỵ do thiếu máu cục bộ người trẻ vẫn còn ít, đồng thời việc mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học đột quỵ do thiếu máu cục bộ người trẻ vẫn chưa cụ thể và chi tiết. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của đột quỵ do thiếu máu cục bộ ở người trẻ từ 18-44 tuổi; 2. Mô tả đặc điểm hình ảnh học của đột quỵ do thiếu máu cục bộ ở người trẻ từ 18-44 tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 255 bệnh nhân đột quỵ do thiếu máu cục bộ từ 18-44 tuổi tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Có 255 bệnh nhân đột quỵ do thiếu máu cục bộ từ 18-44 tuổi được đưa vào nghiên cứu với độ tuổi trung bình là $37,7 \pm 5,8$ tuổi, 67,1% nam giới. Điểm NIHSS 0-4 chiếm tỷ lệ cao nhất (67,1%), có 23% bệnh nhân phụ thuộc về mặt chức năng mRS>2. Hình ảnh học cho thấy tổn thương trên lều gấp 4,7 lần tổn thương dưới lều, bên trái chiếm ưu thế, có 39,6% bệnh nhân có hẹp ít nhất một động mạch não lớn. **Kết luận:** Bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $37,7 \pm 5,8$ tuổi, với nam giới chiếm ưu thế hơn so với nữ giới, có 67,1% là đột quỵ nhẹ, tuy nhiên có đến 23% bệnh nhân phụ thuộc về mặt chức năng. Vị trí tổn thương trên lều và bên trái chiếm ưu thế, có đến 39,6% bệnh nhân ghi nhận hẹp ít nhất một động mạch não lớn do mọi nguyên nhân.

Từ khóa: Đột quỵ, thiếu máu cục bộ, người trẻ.

ABSTRACT

CLINICAL FEATURES AND IMAGING OF ISCHEMIC STROKE IN YOUNG ADULTS

Le Nhut Tan*, Le Van Minh

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: The incidence of ischemic stroke among young people has been increasing in recent years and is becoming a burden on society. In Vietnam, studies on ischemic stroke in young adults are still few, and the description of clinical and imaging characteristics of ischemic stroke in adults is still not specific and detailed. **Objectives:** 1. To describe the clinical features of ischemic stroke in young adults aged 18-44 years. 2. To describe the imaging characteristics of ischemic stroke in young people aged 18-44 years. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 255 patients having ischemic stroke aged 18-44 years at Ho Chi Minh City University Hospital of Medicine and Pharmacy. **Results:** There were 255 ischemic stroke patients aged 18-44 years included in the study with an average age of 37.7 ± 5.8 years, 67.1% male. NIHSS scores 0-4 accounted for the highest proportion (67.1%), 23% of patients functionally dependent (mRS>2). Imaging showed that the lesion on the tent was 4.7 times that of the lesion under the tent, the left side was dominant, with 39.6% of patients having at least one large cerebral artery stenosis. **Conclusions:** Patients in the study had an average age of 37.7 ± 5.8 years with male dominance,

67.1% were mild strokes, but up to 23% of patients were functionally dependent. The lesion site on the tent and left side predominated, with up to 39.6% of patients reporting at least one major cerebral artery stenosis of all causes.

Keywords: Stroke, ischemic stroke, young adults.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, tỷ lệ mắc đột quỵ và nhập viện vì đột quỵ ngày đang tăng lên ở những người trẻ, ước tính có khoảng 10-20% trường hợp đột quỵ do thiếu máu cục bộ xảy ra ở người trẻ từ 18-44 tuổi [1]. Tuy chưa có sự thống nhất về định nghĩa người trẻ, tuy nhiên có sự khác biệt đáng kể về thời điểm nhập viện, mức độ nặng, mức độ tàn phế và nguyên nhân giữa nhóm bệnh nhân đột quỵ do thiếu máu cục bộ người trẻ so với nhóm bệnh nhân đột quỵ do thiếu máu cục bộ ở dân số chung, và có sự khác nhau giữa các dân tộc, quốc gia trên thế giới [2]. Điều này làm ảnh hưởng đến chẩn đoán, điều trị, tiên lượng và dự phòng đột quỵ do thiếu máu cục bộ ở nhóm bệnh nhân trẻ.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về đột quỵ do thiếu máu cục bộ người trẻ vẫn còn ít, đồng thời việc mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học đột quỵ do thiếu máu cục bộ người trẻ vẫn chưa cụ thể và chi tiết. Chúng tôi chọn mốc bệnh nhân <45 tuổi để tiến hành nghiên cứu do sự khác biệt yếu tố nguy cơ, nguyên nhân và gánh nặng về đột quỵ giữa nhóm tuổi này với các nhóm tuổi lớn hơn. Đồng thời có thể khảo sát rõ hơn các đặc điểm ở bệnh nhân đột quỵ do thiếu máu cục bộ người trẻ, cũng như có thể so sánh với các nghiên cứu khác trên dân số tại Châu Á. Xuất phát từ những lý do trên, nghiên cứu “Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của đột quỵ thiếu máu cục bộ ở người trẻ” được thực hiện với mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng của đột quỵ do thiếu máu cục bộ ở người trẻ từ 18-44 tuổi. 2) Mô tả đặc điểm hình ảnh học của đột quỵ thiếu máu cục bộ ở người trẻ từ 18-44 tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân đột quỵ thiếu máu cục bộ trẻ tuổi tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 9 năm 2018 đến hết tháng 9 năm 2022.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tuổi từ đủ 18 đến 44 tuổi. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định đột quỵ thiếu máu cục bộ theo tiêu chuẩn lâm sàng và có bằng chứng trên hình ảnh học (chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ sọ não).

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu và không nằm trong độ tuổi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu tối thiểu cho một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

Với: n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu cần phải có. Z: Hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% ($\alpha = 0,05$) tương đương với $Z = 1,96$. d: là sai số cho phép chấp nhận được, chúng tôi chọn $d = 0,06$. p: Là tỷ lệ. Theo nghiên cứu của tác giả Aguilera [3], tỉ lệ đột quỵ thiếu máu cục bộ mức độ nhẹ ở người trẻ là 65.6%. Chọn $p=0,656$ và $d=0,06$ thì cỡ mẫu tối thiểu là 241 mẫu. Trên thực tế, chúng tôi thu thập được 255 mẫu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Mô tả đặc điểm lâm sàng: lý do vào viện, điểm NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale), điểm mRS (modified Rankin Scale), điểm GCS (Glasgow Coma Score), tình trạng mất ngôn ngữ của đột quỵ thiếu máu cục bộ ở người trẻ từ 18-44 tuổi.

+ Mô tả đặc điểm hình ảnh học: vị trí, số lượng, bên tổn thương, phân bố động mạch hẹp và tắc của đột quỵ thiếu máu cục bộ ở người trẻ từ 18-44 tuổi.

- Phương pháp thu thập thông tin:

+ Hồ sơ bệnh án trên hệ thống bệnh án điện tử được sàng lọc và chọn vào nghiên cứu các trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Kết quả hình ảnh học được đọc dựa trên đối chiếu hình ảnh thực tế trên hệ thống bệnh án điện tử và kết quả đọc được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án.

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học được thu thập bằng phiếu thu thập thông tin.

- Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu sau khi thu thập được mã hóa và xử lý bằng phần mềm STATA 16.

- Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh số 809/HĐĐĐ-ĐHYD.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu**

Bảng 1. Phân bố dân số nghiên cứu theo giới tính, nhóm tuổi, nơi cư trú và dân tộc

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Giới tính	Nam	171	67,1
	Nữ	84	32,9
Nhóm tuổi	18-35	75	29,4
	36-44	180	70,6
Nơi cư trú	Thành thị	147	57,7
	Nông thôn	108	42,3
Dân tộc	Kinh	243	95,3
	Hoa	4	1,6
	Khmer	1	0,4
	Người nước ngoài	7	2,7

Nhận xét: Tỉ lệ nam cao hơn nữ, tỉ lệ nam/nữ là ~2/1. Nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 36-44 tuổi chiếm 70,6%. Bệnh nhân ở thành thị chiếm ưu thế (57,7%). Dân tộc Kinh chiếm hầu hết nghiên cứu (95,3%).

Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $37,7 \pm 5,8$ tuổi.

Về thời gian từ lúc khởi phát đến khi nhập viện: Tỉ lệ nhập viện dưới 24 giờ chiếm tỉ lệ cao nhất là 38,4% (98 bệnh nhân). Tỉ lệ nhập viện sau 7 ngày thấp nhất là 7,5% (19 bệnh nhân). Trung vị từ lúc khởi phát đến nhập viện là 2 ngày với khoảng tứ phân vị trong khoảng 1-4 ngày. Có 10,2% bệnh nhân đến trong cửa sổ 4,5 giờ (cửa sổ tiêu sợi huyết). Có 13,3% bệnh nhân đến trong cửa sổ 6 giờ (cửa sổ can thiệp lấy huyết khối thường quy).

Về số ngày nằm viện: Số ngày nằm viện trung bình của dân số nghiên cứu là $6,7 \pm 3,2$ ngày.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Lý do vào viện của bệnh nhân

Lý do vào viện	Số lượng	Tỉ lệ % (n=255)
Yếu / liệt nửa người (bao gồm liệt mặt)	148	58,0
Lý do vào viện	Số lượng	Tỉ lệ % (n=255)
Giảm / mất cảm giác nửa người (bao gồm nửa mặt)	34	13,3
Nói khó / Không nói được	34	13,3
Đau đầu	31	12,2
Chóng mặt	28	11,0
Giảm / mất thị lực / nhìn đôi	16	6,3
Giảm / mất tri giác	10	3,9
Co giật	5	2,0
Thất điều	3	1,2
Nuốt khó	2	0,8

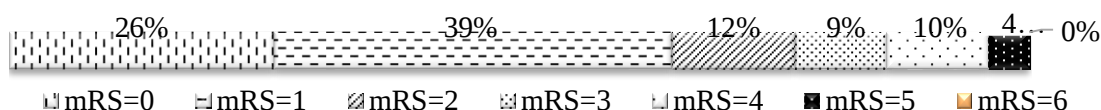
Nhận xét: Ba lý do vào viện chiếm tỉ lệ nhiều nhất là yếu hoặc liệt nửa người (58%), sau đó là giảm hoặc mất cảm giác nửa người (13,3%) và nói khó hoặc không nói được (13,3%).

Bảng 3. Phân bố điểm Glasgow và đặc điểm mất ngôn ngữ của dân số nghiên cứu

Lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ % (n=255)
GCS	14-15	91,8
	9-13	7
	≤ 8	1,2
Mất ngôn ngữ	Toàn bộ	6,3
	Wernicke	3,1
	Broca	6,7

Nhận xét: Điểm GCS ở mức 14-15 điểm chiếm tỉ lệ cao nhất 91,8%. Mất ngôn ngữ Broca chiếm tỉ lệ cao nhất trong nhóm có mất ngôn ngữ, chiếm 6,7% bệnh nhân.

Về điểm lúc nhập viện: trung vị là 3 điểm với khoảng tứ phân vị là từ 1-6 điểm.



Biểu đồ 1. Phân bố điểm mRS khi xuất viện của dân số nghiên cứu

Nhận xét: Trung vị điểm mRS khi xuất viện của dân số nghiên cứu là 1 điểm, khoảng tứ phân vị 0-2 điểm, không có trường hợp 6 điểm. Điểm mRS là 1 điểm chiếm tỉ lệ cao nhất là 39%.

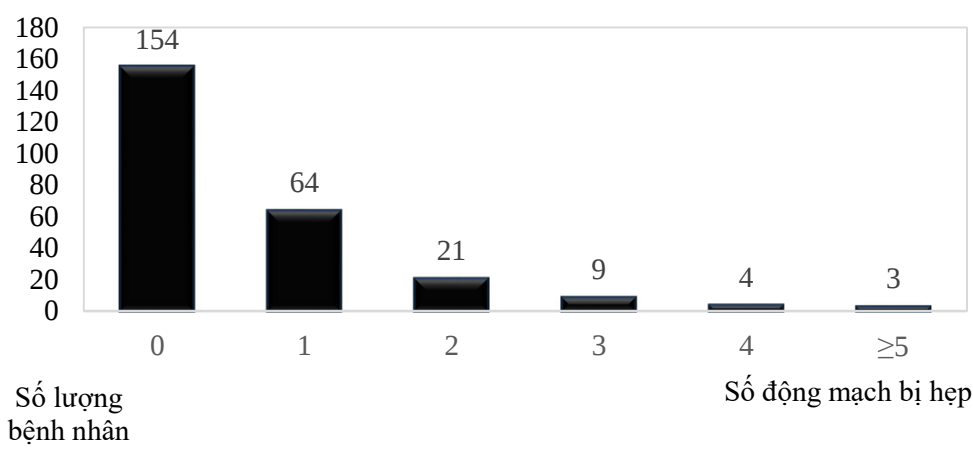
3.3. Đặc điểm hình ảnh học

Bảng 4. Một số đặc điểm tổn thương trên hình ảnh học sọ não

Đặc điểm	Số lượng BN	Tỉ lệ % (n=255)
Vị trí tổn thương	Trên lều	78
	Dưới lều	16,5
	Cả trên lều – dưới lều	5,5
	Thân não	15,3
	Tiểu não	10,6
Số lượng tổn thương	Một vị trí tổn thương	57,7
	Nhiều tổn thương	42,3

Đặc điểm		Số lượng BN	Tỉ lệ % (n=255)
Bên tổn thương	Bên trái		50,2
	Bên phải		39,6
	Cả hai bên		10,2

Nhận xét: Tổn thương trên lều chiếm tỉ lệ cao nhất (78%), có 5,5% bệnh nhân tổn thương cả trên và dưới lều. Có 10,6% bệnh nhân tổn thương tiểu não và 15,3% bệnh nhân tổn thương thân não. Về số lượng tổn thương, một vị trí tổn thương trên hình ảnh học chiếm tỉ lệ cao nhất 57,7%. Tổn thương bên trái chiếm tỉ lệ cao nhất 50,2%, có 10,2% bệnh nhân ghi nhận tổn thương cả hai bên.



Biểu đồ 2. Phân bố số lượng động mạch lớn bị hẹp trên một bệnh nhân

Nhận xét: Có 60,4% (154 bệnh nhân) trong dân số nghiên cứu không phát hiện tình trạng hẹp động mạch, hẹp 1 động mạch chiếm tỉ lệ cao nhất 25,1% (64 bệnh nhân) và có 6,3% (3 bệnh nhân) được phát hiện có hẹp từ 3 động mạch trở lên.

Bảng 5. Phân bố tình trạng hẹp động mạch lớn ở não của dân số nghiên cứu

Hẹp động mạch	Bên trái	Bên phải	Tổng	Số bệnh nhân
Động mạch não giữa	37	31	68	57
Động mạch cảnh trong	23	21	44	35
Động mạch não sau	9	7	16	13
Động mạch đốt sống	15	8	23	18
Động mạch não trước	5	4	9	8
Động mạch thân nền			6	6

Nhận xét: Ở cả bên trái và bên phải động mạch lớn có tỉ lệ hẹp nhiều nhất là động mạch não giữa (68 trường hợp), kế đến là động mạch cảnh trong, thấp nhất là động mạch não trước. Có 6 trường hợp hẹp động mạch thân nền chiếm tỉ lệ 2,4%.

Bảng 6. Phân bố động mạch lớn bị tắc gây đột quỵ thiếu máu cục bộ trên hình ảnh học

Tắc mạch lớn	Động mạch	Số lượng	Tỉ lệ % (n=255)
Có	Động mạch não giữa	43	16,9
	Động mạch cảnh trong	14	5,5
	Động mạch đốt sống	7	2,8
	Động mạch não sau	3	1,2
	Động mạch não trước	2	0,8
	Động mạch thân nền	1	0,4
Đột quỵ thiếu máu cục bộ không do tắc mạch lớn		192	75,3

Nhận xét: Có 24,7% bệnh nhân được phát hiện đột quỵ thiếu máu cục bộ do tắc mạch lớn. Trong đó, động mạch não giữa chiếm tỉ lệ lớn nhất (16,9%), tắc động mạch thân nền chiếm tỉ lệ thấp nhất (0,4%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Qua kết quả nghiên cứu trên 255 trường hợp đột quỵ thiếu máu cục bộ ở người trẻ từ 18 đến 44 tuổi. Trong dân số nghiên cứu, chỉ nghiên cứu trên đối tượng từ 18 đến 44, nên tuổi trung bình trong nghiên cứu này thấp hơn hoặc tương tự một số nghiên cứu khác lấy giới hạn trên là 50 tuổi. Đối với các nghiên cứu lấy giới hạn trên là 45, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự. Theo Spengos [4] và cs tuổi trung bình là $36,9 \pm 7,2$ (dân số từ 15-45 tuổi). Theo Varona [5] và cs tuổi trung bình là 36 ± 7 (dân số từ 15-45 tuổi), còn theo Hoàng Trọng Tuệ [6] và cs tuổi trung bình là $37,6 \pm 5,8$ (dân số từ 18-45 tuổi). Tuy đột quỵ thiếu máu cục bộ có thể gặp ở mọi lứa tuổi, tuy nhiên, độ tuổi bệnh nhân càng cao thì tỉ lệ mắc đột quỵ càng tăng [1]. Điều này giải thích cho kết quả ở hầu hết các nghiên cứu đột quỵ ở người trẻ, tuổi trung bình (và trung vị) của dân số nghiên cứu đều bị lệch về giới hạn trên. Cũng do đó, nhóm tuổi càng gần giới hạn trên chiếm tỉ lệ càng cao.

Tỉ lệ mắc đột quỵ thiếu máu cục bộ ở nam giới cao hơn so với nữ giới cũng tương tự với một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Sự khác biệt về tỉ lệ mắc đột quỵ thiếu máu cục bộ giữa 2 giới với xu hướng nam chiếm tỉ lệ cao hơn nữ có thể được giải thích thông qua một số đặc điểm về tỉ lệ phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ, nam giới có tỉ lệ phơi nhiễm các yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch truyền thống như tăng huyết áp, tăng lipid máu, hút thuốc và đái tháo đường cao hơn ở nữ giới, nam giới nhìn chung có tỉ lệ hút thuốc lá cao và nữ giới ở độ tuổi này được bảo vệ bởi tác dụng của estrogen nội sinh [7].

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Ba lý do chính khiến người bệnh đột quỵ thiếu máu cục bộ nhập viện đó là: yếu/liệt nửa người, giảm/mất cảm giác nửa người và nói khó/không nói được. Có 73,3% bệnh nhân có ít nhất một triệu chứng trong nhóm trên, tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Aroor và cs [8] với 86% có mặt trên đột quỵ thiếu máu cục bộ ở mọi lứa tuổi. Nếu kết hợp thêm 2 nhóm triệu chứng chóng mặt/mất thăng bằng và giảm/mất thị lực/nhìn đôi, thì có 87,8% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có ít nhất một trong năm nhóm triệu chứng trên, tỉ lệ này vẫn thấp hơn nghiên cứu của Aroor và cs [8] với 96%. Sự khác biệt có thể giải thích được do dân số trong nghiên cứu là người trẻ với tỉ lệ đột quỵ thiếu máu cục bộ tuần hoàn sau lớn hơn cũng như mức độ nặng của đột quỵ (thông qua thang điểm NIHSS) đã được báo cáo là thấp hơn ở nhóm dân số trẻ tuổi so với nhóm dân số lớn tuổi [8], với NIHSS thấp, triệu chứng của bệnh nhân có thể đơn độc và khó đánh giá. Do đó, việc sử dụng công cụ sàng lọc nhanh như FAST hay BEFAST có thể bỏ sót nhiều bệnh nhân hơn ở nhóm dân số trẻ tuổi.

Mặc dù số lượng bệnh nhân xuất viện có khả năng sống độc lập chiếm ưu thế, tuy nhiên vẫn có 35% bệnh nhân có triệu chứng đáng kể ($mRS \geq 2$) và 23% bệnh nhân phụ thuộc về mặt chức năng ($mRS > 2$). Điều này cho thấy cần tăng cường các công tác dự phòng tiên phát đột quỵ ở người trẻ nhằm giảm gánh nặng tàn phế sau này.

Tỉ lệ bệnh nhân được điều trị tái thông trong nghiên cứu của chúng tôi thấp có thể giải thích bởi tỉ lệ bệnh nhân có điểm NIHSS > 4 trong nghiên cứu của chúng tôi thấp, chỉ chiếm 32,9%, đây là một trong những tiêu chuẩn chọn vào của điều trị tái thông.

Trong nghiên cứu, bệnh nhân có tổn thương trên lều chiếm tỉ lệ cao nhất 78%, dưới lều chiếm 16,5% và tổn thương cả 2 vị trí chiếm 5,5%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Jo và cs [9] tổn thương trên lều 78%, tổn thương dưới lều chiếm 19% và 3% tổn thương cả 2 vị trí ở nhóm ≤ 45 tuổi. Tỉ lệ này có thể được giải thích bởi bệnh nhân đột quỵ thiếu máu cục bộ trẻ tuổi với ưu thế tổn thương tuần hoàn trước so với tuần hoàn sau. Nhóm tổn thương cả 2 vị trí (trên và dưới lều) chiếm tỉ lệ thấp do cơ chế gây tổn thương này hầu hết đến từ nhóm các rối loạn tuần hoàn sau cũng chiếm tỉ lệ thấp.

4.3. Đặc điểm hình ảnh học

Trên hình ảnh học ghi nhận tổn thương bên trái chiếm ưu thế. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với nghiên cứu của Ekker và cs [10] với 44,5% bệnh nhân tổn thương bên trái và 11% bệnh nhân có tổn thương 2 bên. Kết quả này cho thấy, khi mở rộng giới hạn trên của bệnh nhân đột quỵ thiếu máu cục bộ (44 tuổi lên 50 tuổi), tỉ lệ đột quỵ thiếu máu cục bộ bên phải có xu hướng tăng, tuy nhiên bên trái vẫn chiếm ưu thế. Các nghiên cứu thực nghiệm hay nghiên cứu đột quỵ trên dân số chung cũng đã chứng minh đều tương tự khi đột quỵ thiếu máu cục bộ bên trái chiếm ưu thế hơn bên phải [11].

Trong nghiên cứu, có 24,7% bệnh nhân được ghi nhận đột quỵ thiếu máu cục bộ do tắc mạch lớn. Trong đó, động mạch não giữa chiếm tỉ lệ lớn nhất (16,9%), kế đó là động mạch cảnh trong (5,5%), tắc động mạch thân nền chiếm tỉ lệ thấp nhất (0,4%). Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Hoàng Trọng Tuệ [6] và cs với 57,2% có tắc mạch lớn, tuy nhiên động mạch não giữa và động mạch cảnh trong vẫn là 2 động mạch bị tắc chiếm tỉ lệ cao nhất, lần lượt là 35,2% và 17,6%. Sự khác biệt về tỉ lệ tắc mạch lớn có thể do khác nhau về cỡ mẫu, dân số nghiên cứu.

Nhóm nghiên cứu ghi nhận được hẹp động mạch não giữa chiếm tỉ lệ lớn nhất và hẹp động mạch thân nền chiếm tỉ lệ thấp nhất (chỉ chiếm 2,4%). Do việc hẹp động mạch không loại trừ lẫn nhau, chúng tôi ghi nhận được 39,6% bệnh nhân có hẹp ít nhất một động mạch, trong đó 25,1% hẹp 1 động mạch, 8,2% hẹp 2 động mạch và 6,3% bệnh nhân có hẹp 3 động mạch trở lên. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu trên đối tượng đột quỵ thiếu máu cục bộ từ 18-50 tuổi của Wang và Wei [12] với tỉ lệ hẹp động mạch là 36,2%. Tuy nhiên, tỉ lệ hẹp từng động mạch ở nghiên cứu của Wang và Wei [12] lại khác với nghiên cứu của chúng tôi, trong đó hẹp động mạch đốt sống chiếm 10,3%, hẹp động mạch não giữa chiếm 8,5%, động mạch cảnh trong 7,5%, động mạch não sau 5,2%, động mạch não trước 2,8% và động mạch thân nền 1,9%. Sự khác biệt này có thể do dân số nghiên cứu, cỡ mẫu và tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu khắt khe ở nghiên cứu của Wang và Wei. Ở nghiên cứu Wang và Wei [12], tác giả đã loại bỏ hầu hết nhóm thuyên tắc từ tim và nhóm nguyên nhân xác định khác theo TOAST (Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment) ra khỏi nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là $37,7 \pm 5,8$. Nam giới gấp 2 lần nữ giới. Nhóm tuổi 36-44 chiếm ưu thế, gấp 2,4 lần nhóm từ 18-35 tuổi. Tỉ lệ bệnh nhân đến trong cửa sổ tiêu sợi huyết ($< 4,5$ giờ) là 10,2%, trong cửa sổ can thiệp nội mạch sớm (< 6 giờ) là 13,3% và trong cửa sổ can thiệp nội mạch mở rộng (< 24 giờ) là 38,4%. Trung vị điểm NIHSS khi vào viện là 3, đa số bệnh nhân có lâm sàng ở mức độ nhẹ. Có 23% bệnh nhân phụ thuộc về mặc chức năng (mRS > 2). Có 24,7% bệnh nhân được phát hiện đột quỵ thiếu máu cục bộ do tắc mạch lớn. Trong đó, động mạch não giữa chiếm tỉ lệ lớn nhất (16,9%). Có 39,6% bệnh nhân có hẹp ít nhất một động mạch lớn ở não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ekker M.S, Verhoeven J.I, Vaartjes I, Van N.K.M, Klijn C.J, et al. Stroke incidence in young adults according to age, subtype, sex, and time trends. *Neurology*. 2019. 92(21), e2444-e2454, <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000007533>.
2. Feigin V.L, Norrving B, Mensah G.A. Global burden of stroke. *Circulation research*. 2017. 120(3), 439-448, <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308413>.
3. Aguilera P.M.P, Cardenas C.A.F, Baracaldo I, Garcia C.E, Ocampo N.M.I, et al. Ischemic stroke in young adults in Bogota, Colombia: a cross-sectional study. *Neurological Sciences*. 2021. 42(2), 639-645, <https://doi.org/10.1007/s10072-020-04584-2>.
4. Spengos K, Vemmos K. Risk factors, etiology, and outcome of first-ever ischemic stroke in young adults aged 15 to 45—the Athens young stroke registry. *European journal of neurology*. 2010. 17(11), 1358-1364, <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2010.03065.x>.
5. Varona J, Guerra J, Bermejo F, Molina J, De La Cámara AG. Causes of ischemic stroke in young adults, and evolution of the etiological diagnosis over the long term. *European neurology*. 2007. 57(4), 212-218, <https://doi.org/10.1159/000099161>.
6. Hoàng Trọng Tuệ, Mai Duy Tôn, Nguyễn Anh Tuấn, Đào Việt Phương. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết quả điều trị nhồi máu não cấp ở người trẻ tuổi tại bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021, 507(2), <https://doi.org/10.51298/vmj.v507i2.1472>.
7. Tang M, Yao M, Zhu Y, Peng B, Zhou L, et al. Sex differences of ischemic stroke in young adults—A single-center Chinese cohort study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2020. 29(9), 105087, <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105087>.
8. Aroor S, Singh R, Goldstein L.B. BE-FAST (Balance, eyes, face, arm, speech, time) reducing the proportion of strokes missed using the FAST mnemonic. *Stroke*. 2017. 48(2), 479-481, <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.015169>.
9. Jo Y.J, Kim D.H, Sohn M.K, Lee J.M, Shin Y.I, et al. Clinical Characteristics and Risk Factors of First-Ever Stroke in Young Adults: A Multicenter, Prospective Cohort Study. *Journal of Personalized Medicine*. 2022. 12(9), 1505, <https://doi.org/10.3390/jpm12091505>.
10. Ekker M.S, Verhoeven J.I, Schellekens M.M, Esther M. Boot, Mayte E. van Alebeek, et al. Risk Factors and Causes of Ischemic Stroke in 1322 Young Adults. *Stroke*. 2023. 54(2), 439-447, <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.122.040524>.
11. Ma R, Xie Q, Li Y, et al. Animal models of cerebral ischemia: A review. *Biomedicine & Pharmacotherapy*. 2020. 131, 110686, <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2020.110686>.
12. Wang Y, Wei Y. Risk Factors and Distribution Characteristics of Intracranial and Intracranial Artery Stenosis in Young Sufferers with Ischemic Stroke. *Contrast Media & Molecular Imaging*. 2022. 2022, <https://doi.org/10.1155/2022/9684158>.