

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG 6.007 BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NÃO CẤP TÍNH, ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA CẤP CỨU, BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108, NĂM 2018-2019

TS. LÊ XUÂN DƯƠNG, ThS. PHẠM QUANG TRÌNH
BSCKII. NGUYỄN ĐỨC NINH, ĐD. NGUYỄN TIẾN DŨNG
CNĐD. NGUYỄN THỊ HOA, ĐD. NGUYỄN VĂN ĐÔNG
CNĐD. BÙI THỊ THỦY, ĐD. NGUYỄN KHẮC HÙNG
ĐD. NGUYỄN QUỐC TOÀN

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

TÓM TẮT: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả, cắt ngang đặc điểm 6.007 bệnh nhân đột quy não cấp tính, điều trị tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2019.

Kết quả: Bệnh nhân trung bình 64,3 ± 11,2 tuổi; trong đó, 66,7% bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên. Tỷ lệ bệnh nhân nam (54,2%) nhiều hơn bệnh nhân nữ (45,8%). Có 47,8% bệnh nhân đến viện cấp cứu sau khi khởi phát bệnh không quá 6 giờ. Các yếu tố nguy cơ đột quy não gặp trên bệnh nhân gồm: tăng huyết áp (63,7%), hút thuốc lá (33,9%), lạm dụng rượu (31,3%), rối loạn mỡ máu (30,1%). Về lâm sàng thời điểm nhập viện, hầu hết BN khi nhập viện bị liệt nửa người (88,0%), sau đó là liệt dây thần kinh số VII trung ương (84,7%) và rối loạn ý thức (83,1%). Về cận lâm sàng trên bệnh nhân đột quy thiếu máu não: 55,6% tổn thương hệ tuần hoàn não trước, 13,9% tổn thương hệ tuần hoàn não sau và 30,5% tổn thương mạch máu nhỏ. Về cơ cấu bệnh: 55,2% bệnh nhân đột quy thiếu máu não, 36,8% bệnh nhân đột quy chảy máu não và 8,0% bệnh nhân đột quy thiếu máu não thoáng qua.

Từ khóa: Lâm sàng, cận lâm sàng, đột quy não, khoa Cấp cứu.

ABSTRACT: A cross-sectional, descriptive and retrospective study was conducted on 6.007 patients who were diagnosed with acute stroke and treated at Emergency department of the Central Military Hospital 108 from January 2018 to December 2019

Results: Mean age was 64.3 ± 11.2; above 60 years accounted for 66.7%. The percentage of male (54.2%) is higher than female (45.8%). Nearly half of the patients (47.8%) presented at the Emergency department less than 6 hours after the onset of symptoms. Risk factors for stroke included hypertension (63.7%), smoking (33.9%) alcohol abuse (31.3%), dyslipidemia (30.1%). At the time of admission, the most common presentation of stroke patients was hemiparesis (88.0%) and following by central facial paralysis (84.7%), acute disorder of consciousness (83.1). On the brain CT scan of ischemic stroke, anterior circulation accounted for 55.6%, Posterior circulation stroke (13.9%); small-vessel occlusion strokes (30.5%). The patients hospitalized for ischemic stroke (accounting for 55.2%), intra-cerebral hemorrhage (36.8%) and transient ischemic attack (8.0%)

Keywords: Clinical, paraclinical, stroke, Emergency Department.

Chịu trách nhiệm nội dung: TS. Lê Xuân Dương, Email: duongicu108@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/9/2022; mời phản biện khoa học: 10/2022; chấp nhận đăng: 26/10/2022.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Đột quy não (ĐQN) đã trở thành vấn đề thời sự cấp thiết trong y tế do tỷ lệ mắc bệnh ngày càng cao, bệnh cảnh lâm sàng ngày càng phức tạp, cần nhiều biện pháp điều trị tích cực, song tỷ lệ bệnh nhân (BN) tử vong hoặc để lại di chứng nặng nề vẫn cao, tạo ra gánh nặng kinh tế và tác động xấu tới chất lượng cuộc sống người bệnh. ĐQN là mặt bệnh thường gặp ở các khoa cấp cứu; là nguyên nhân bệnh lý gây tử vong phổ biến thứ hai, gây tàn tật phổ biến thứ ba trên thế giới [3], [9], [10]. Một

số nghiên cứu tại Hoa Kỳ cho thấy, 87% trường hợp ĐQN do thiếu máu cục bộ, 10% trường hợp ĐQN do xuất huyết não và khoảng 3% trường hợp ĐQN do xuất huyết dưới nhện. Ở Việt Nam, ĐQN ngày càng gia tăng và trở thành một vấn đề lớn của chuyên ngành thần kinh học và hồi sức cấp cứu. Mặc dù, bệnh thường được phát hiện sớm, can thiệp điều trị tích cực, nhưng tỷ lệ tử vong vẫn cao (tỷ lệ tử vong trong bệnh viện từ 35-75% ở bệnh nhân nhồi máu nhánh lớn được tái thông bằng dụng cụ cơ học); phần lớn BN còn sống có di chứng thần kinh nặng nề, phải sống phụ thuộc [4].

Những năm qua, số lượng BN ĐQN cấp cứu và điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 ngày càng tăng cao. Các kĩ thuật chẩn đoán, cấp cứu, hồi sức và điều trị tiên tiến đã được áp dụng một cách rộng rãi. Qua đó, giúp cải thiện tiên lượng bệnh và nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN. Để có cái nhìn tổng quan về các trường hợp ĐQN điều trị cấp cứu tại Bệnh viện TWQĐ 108, nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị, việc tổng hợp, phân tích đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên các BN là hết sức cần thiết.

Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, cơ cấu bệnh nhân đột quỵ não cấp tính điều trị tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, năm 2018-2019.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

6.007 BN ĐQN cấp tính được tiếp nhận, điều trị tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2019.

Loại trừ các BN có hình ảnh phim chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hoặc cộng hưởng từ (MRI) không rõ ràng tổn thương ĐQN; BN hoặc người nhà BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Nội dung, chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung BN nghiên cứu: tuổi, giới tính; thời gian khởi phát đến khi BN vào viện; các yếu tố nguy cơ và phân loại ĐQN.

+ Đặc điểm lâm sàng: dấu hiệu khởi phát bệnh (lí do vào viện); triệu chứng lâm sàng cơ bản của ĐQN, các chỉ số huyết động.

+ Đặc điểm cận lâm sàng: một số chỉ số sinh hóa máu (glucose, lipid...); tổn thương cơ bản trên CLVT sọ não, và tổn thương trên CLVT mạch máu não.

- Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu:

+ Chẩn đoán ĐQN: theo định nghĩa ĐQN của Tổ chức Y tế thế giới năm 1990 (bệnh khởi phát đột ngột, ngay tức khắc hoặc trong một vài phút, vài giờ, tối đa có thể vài ngày; tồn tại quá 24 giờ; có các triệu chứng khu trú tùy theo động mạch tổn thương; bệnh khởi phát không liên quan đến chấn thương).

+ Đánh giá mức độ rối loạn ý thức theo thang điểm Glasgow năm 1974.

+ Phân độ sức cơ theo Hội đồng nghiên cứu y học Anh (Medical research council) năm 1994.

- Đạo đức nghiên cứu: đề tài được Hội đồng đạo đức Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

thông qua. Thông tin BN được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

- Xử lí số liệu: theo thuật toán thống kê, sử dụng phần mềm Excel 2013 và SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung BN nghiên cứu:

- Tuổi và giới tính:

Bảng 1. Tuổi và giới tính của BN.

Tuổi	Nam ⁽¹⁾	Nữ ⁽²⁾	Tổng	p ₁₋₂
≤ 40	111 (57,8%)	81 (42,2%)	192 (3,2%)	< 0,05
41-59	904 (50,0%)	904 (50,0%)	1.808 (30,1%)	
≥ 60	2.241 (55,9%)	1.766 (44,1%)	4.007 (66,7%)	
Tổng	3.256 (54,2%)	2.751 (45,8%)	6.007 (100%)	< 0,05
$\bar{X} \pm SD$	62,1 ± 12,6	68,4 ± 11,2	64,3 ± 11,2	> 0,05

BN trung bình 64,3 ± 11,2 tuổi; đa số từ 60 tuổi trở lên (66,7%). BN nam giới (54,2%) nhiều hơn BN nữ giới (45,8%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,5.

- Thời gian khởi phát bệnh đến khi vào viện:

+ Dưới 6 giờ: 2.871 BN (47,8%).

+ Từ 6-12 giờ: 1.700 BN (28,3%).

+ Trên 12 giờ: 1.436 BN (23,9%).

47,8% BN đến viện cấp cứu trong 6 giờ đầu từ khi bệnh khởi phát (trong đó, có 1.632 BN thiếu máu não và 1.239 BN chảy máu não).

- Phân loại thể bệnh ĐQN:

+ Đột quỵ thiếu máu não: 3.315 BN (55,2%).

+ Đột quỵ chảy máu não: 2.211 BN (36,8%).

+ Cơn thiếu máu não thoáng qua (TIA): 481 BN (8,0%).

Tỉ lệ BN đột quỵ thiếu máu não (55,2%) lớn hơn BN đột quỵ chảy máu não (36,8%) và đột quỵ thiếu máu não thoáng qua (8,0%).

- Một số yếu tố nguy cơ ĐQN:

+ Tăng huyết áp: 3.826 BN (63,7%).

+ Đái tháo đường: 985 BN (16,4%).

+ Rối loạn mỡ máu: 1.808 BN (30,1%).

+ Rung nhĩ: 1.400 BN (23,3%).

+ Thiếu máu não cũ: 559 BN (9,3%).

+ Bệnh lí van tim: 727 BN (12,1%).

+ Suy tim: 553 BN (9,2%).

+ Hút thuốc lá: 1.880 BN (31,3%).

+ Lạm dụng rượu: 2.036 BN (33,9%).

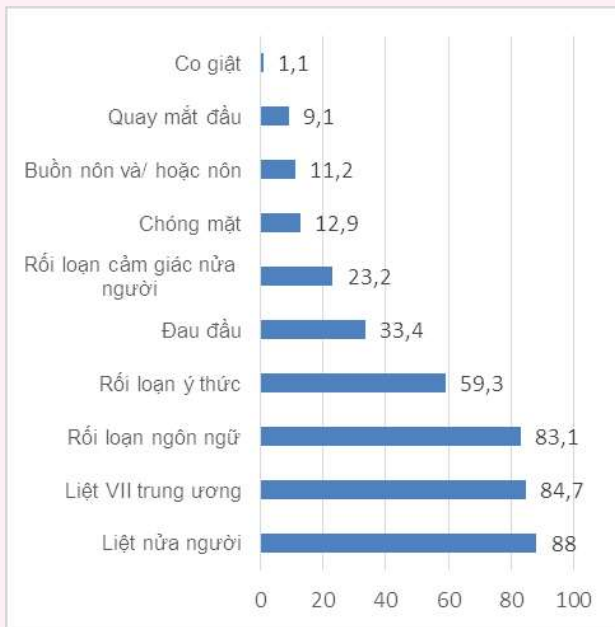
Đa số BN có tiền sử tăng huyết áp (63,7%) và rối loạn mỡ máu (30,1%). Một số yếu tố nguy cơ quan trọng khác chiếm tỉ lệ thấp hơn, như đái tháo đường (16,4%), bệnh lí van tim (12,1%). Đáng chú ý có tỉ lệ không nhỏ BN từng hút thuốc lá (31,3%) và lạm dụng rượu (33,9%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN nghiên cứu:

- Dấu hiệu khởi phát bệnh (lí do vào viện):
- + Rối loạn ý thức: 1.687 BN (28,1%).
- + Liệt nửa người: 5.208 BN (86,7%)
- + Nói khó/thất ngôn: 4.824 BN (80,3%).
- + Rối loạn cảm giác nửa người: 1.994 BN (33,2%).
- + Đau đầu: 2.361 BN (39,3%).
- + Buồn nôn và/hoặc nôn: 607 BN (10,1%).
- + Chóng mặt: 733 BN (12,2%).

Liệt nửa người (86,7%), rối loạn ngôn ngữ (80,3%) là biểu hiện chính khiến BN phải nhập viện điều trị. Các biểu hiện khác, như đau đầu, rối loạn cảm giác nửa người, rối loạn ý thức (lơ mơ đến hôn mê) chiếm tỉ lệ thấp hơn.

- Triệu chứng lâm sàng khi BN vào viện:



Biểu đồ tỉ lệ triệu chứng lâm sàng khi vào viện.

Hầu hết BN bị liệt nửa người (88,0%); liệt dây thần kinh số VII trung ương (84,7%) và rối loạn ý thức (83,1%) khi nhập viện. Các biểu hiện khác, như đau đầu, rối loạn cảm giác nửa người, chóng mặt, dấu hiệu quay mắt đầu chiếm tỉ lệ thấp hơn.

- Chỉ số huyết động BN thời điểm vào viện:

Bảng 2 cho thấy: huyết áp tâm thu trung bình ở BN nam giới (145,53 ± 22,06 mmHg) cao hơn so với BN nữ giới (128,8 ± 21,5 mmHg), khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05); huyết áp âm trương

trung bình và tần số mạch trung bình ở BN nam giới tương đương so với BN nữ giới, khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Chỉ số huyết động BN khi vào viện.

Nhóm BN	Huyết áp (mmHg)		Tần số mạch (l/ph)
	Tâm thu	Tâm trương	
Nam giới ^(a) (n = 3.254)	145,5 ± 22,1	84,4 ± 11,6	86,9 ± 14,3
Nữ giới ^(b) (n = 2.553)	128,8 ± 21,5	78,9 ± 11,1	84,9 ± 13,7
Chung (n = 6.007)	138,81 ± 19,3	83,12 ± 12,3	85,3 ± 13,1
p _{a-b}	< 0,05	> 0,05	> 0,05

- Một số chỉ số sinh hóa máu:

Bảng 3. Một số chỉ số sinh hóa máu.

Nhóm BN	Cholesterol	Triglycerid	Glucose
Nam giới ^(a) (n = 3.254)	5,54 ± 1,27	2,2 ± 1,61	8,61 ± 3,17
Nữ giới ^(b) (n = 2.553)	4,67 ± 1,14	1,79 ± 0,93	7,88 ± 2,89
Chung (n = 6.007)	5,33 ± 1,11	1,89 ± 1,41	8,22 ± 2,84
p _{a-b}	> 0,05	> 0,05	< 0,05

Trên BN ĐQN nghiên cứu, các chỉ số glucose và cholesterol máu tăng nhẹ so với ngưỡng bình thường. Nồng độ glucose máu ở BN nam giới cao hơn nữ giới có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

- Đặc điểm tổn thương trên phim CLVT sọ não ở BN đột quy thiếu máu não (n = 3.315):

+ Tỉ trọng nhu mô não: 1.896 BN (57,2%) giảm tỉ trọng nhu mô não và 1.419 BN (42,8%) không giảm tỉ trọng nhu mô não.

+ Tổn thương mạch máu: 2.397 BN (72,3%) tổn thương mạch máu lớn và 918 BN (27,7%) tổn thương mạch máu nhỏ.

- Vị trí tổn thương trên hình ảnh chụp CLVT mạch máu não trên các BN đột quy thiếu máu não khởi phát trong vòng 6 giờ (n = 1.632):

+ Hệ tuần hoàn não trước: 907 BN (55,6%); trong đó: 405 BN (24,8%) tổn thương động mạch não giữa đoạn M1; 331 BN (20,3%) tổn thương động mạch cảnh trong; 103 BN (6,3%) tổn thương động mạch não giữa đoạn M2; 68 BN (4,2%) tổn thương vị trí khác.

+ Hệ tuần hoàn não sau: 227 BN (13,9%).

+ Mạch máu nhỏ: 498 BN (30,5%).

Trong số có tổn thương động mạch lớn, chủ yếu là các BN tổn thương hệ tuần hoàn não trước

(55,6%) và nhiều nhất là động mạch não giữa đoạn M1 (24,8%), động mạch cảnh trong (20,3%). Các BN tổn thương hệ tuần hoàn não sau bao gồm động mạch thân nền, động mạch đốt sống, động mạch não sau. Các BN có tổn thương mạch máu nhỏ, gồm cả não trước và khu vực cấp máu tuần hoàn não sau.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm chung của BN ĐQN:

- Tuổi và giới tính:

Tuổi là yếu tố quan trọng liên quan đến ĐQN. Sau mỗi thập kỷ, nguy cơ mắc ĐQN tăng lên gấp đôi ở đối tượng trên 45 tuổi và 70% BN ĐQN xảy ra sau tuổi 65 [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của BN là $64,3 \pm 11,2$ tuổi. Tuổi trung bình của BN nam ($62,07 \pm 12,65$) thấp hơn BN nữ ($68,43 \pm 11,21$). Nguyễn Văn Phương gặp BN ĐQN phân bố từ 32-84 tuổi, trung bình $64,7 \pm 12,6$ tuổi; trong đó BN trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (68,9%); nam giới (61,2%) bị ĐQN cao hơn nữ giới (38,8%) [4].

- Thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện:

Kết quả nghiên cứu cho thấy, 47,8% BN nhập viện có thời gian khởi phát bệnh trong vòng 6 giờ. Đây là thời gian mà BN được hưởng lợi từ việc điều trị tiêu huyết khối và sẽ làm tăng thêm ít nhất 30% cơ hội giảm nhẹ tối đa các di chứng tàn tật cho BN. Lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học (stent solitaire, hệ thống penumbra hút khối máu đông...) có thể tái thông được các mạch máu lớn, cửa sổ điều trị lên 8 giờ đối với tuần hoàn bên và có thể tới 24 giờ đối với hệ tuần hoàn sau. Đây là vấn đề cần được quan tâm truyền thông cho cộng đồng được biết. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Liên và cộng sự trên 4.740 BN đột quy thiếu máu não cấp, thấy 138 BN (3,8%) vào viện trước 3 giờ, trong đó có 81 BN điều trị bằng thuốc tiêu huyết khối [2].

- Yếu tố nguy cơ ĐQN:

Chúng tôi gặp tăng huyết áp (63,7%), hút thuốc lá (33,9%), lạm dụng rượu (31,3%), rối loạn mỡ máu (30,1%) là các yếu tố nguy cơ hàng đầu của ĐQN. Theo Chandril Chugh, các yếu tố nguy cơ hàng đầu của ĐQN là hút thuốc lá (40%), huyết áp cao (38%) và tiểu đường (30%) [8]. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của ĐQN. Tăng huyết áp lâu dài gây tổn thương thành mạch, hình thành các mảng vữa xơ, tạo huyết khối tắc mạch, tạo các vi phình mạch trong não... gây nhồi máu não ổ khuyết, chảy máu não và các rối loạn khác. Tăng huyết áp tâm thu, tăng huyết áp tâm trương hay cả hai đều là yếu tố nguy cơ độc lập gây ra các loại ĐQN. Vì vậy, cần tìm ra các bằng chứng về tiền sử tăng huyết áp,

tổn thương cơ quan đích (như tim, thận, mắt...) và điều trị tốt tình trạng tăng huyết áp trên các BN.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của BN ĐQN tại Khoa Cấp cứu:

- Đặc điểm khởi phát bệnh (lí do vào viện):

Các triệu chứng khởi phát: xác định các triệu chứng khởi phát ĐQN là để xác định dấu mốc BN bị ĐQN từ thời điểm đó. Kết quả cho thấy, liệt nửa người (86,7%), rối loạn ngôn ngữ (80,3%) và rối loạn ý thức từ lơ mơ đến hôn mê (28,1%) là biểu hiện chính khiến BN phải nhập viện. Các biểu hiện khác, như đau đầu, chóng mặt, tê nửa người chiếm tỉ lệ thấp hơn. Như vậy, những BN vào viện vì lí do rối loạn cảm giác nửa người, liệt nửa người, rối loạn lời nói, hầu như chắc chắn là bị ĐQN. Tuy nhiên, cần thận trọng với những BN chỉ đơn thuần bị chóng mặt, nôn hoặc đau đầu. Những BN này cần được nhanh chóng đánh giá và kết hợp với các xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán xác định cũng như lựa chọn điều trị thuốc tiêu huyết khối sớm.

- Đặc điểm lâm sàng BN khi vào Khoa Cấp cứu:

Nghiên cứu nhận thấy, hầu hết BN khi nhập viện bị liệt nửa người (88,0%); liệt dây thần kinh số VII trung ương (84,7%) và rối loạn ý thức (83,1%). Các biểu hiện khác như đau đầu, chóng mặt, tê nửa người, dấu hiệu quay mắt đầu chiếm tỉ lệ thấp hơn, nhưng cao hơn một chút so với các triệu chứng khởi phát. Điều này chứng tỏ các triệu chứng của ĐQN tiến triển và rõ ràng hơn theo thời gian. Theo Nguyễn Văn Phương [4], các dấu hiệu hay gặp là liệt nửa người (97,1%), liệt dây thần kinh số VII trung ương (90,3%), rối loạn ngôn ngữ vận động (75,7%), dấu hiệu quay mắt đầu (22,3%); tương tự kết quả nghiên cứu này.

Như vậy, các triệu chứng kinh điển, như liệt nửa người, rối loạn ngôn ngữ đều được ghi nhận. Có thể lí giải điều này dựa trên đặc điểm tổn thương chủ yếu ở BN ĐQN thuộc khu vực cấp máu của động mạch não giữa, nên các triệu chứng thuộc chi phối của bán cầu đại não chiếm ưu thế. Động mạch não giữa cấp máu cho các vùng vỏ não quan trọng, các đường dẫn truyền thần kinh vận động cảm giác đều tập trung ở khu vực bao trong. Do đó, triệu chứng liệt nửa người gặp nhiều trên lâm sàng.

- Đặc điểm cận lâm sàng lúc BN vào Khoa Cấp cứu:

Khi đánh giá các chỉ số lipid máu và glucose máu, chúng tôi thấy các chỉ số cholesterol và glucose máu tăng nhẹ so với ngưỡng bình thường. Tuy nhiên, nồng độ glucose máu ở BN nam giới cao hơn nữ giới có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Có thể giải thích bởi nam giới có lối sống ít lành mạnh hơn nữ giới, đặc biệt việc lạm dụng rượu và hút thuốc lá ở nam giới cao hơn hẳn so với nữ giới.

- Đặc điểm hình ảnh CLVT sọ não và chụp mạch máu não:

Hầu hết BN nhồi máu não được chẩn đoán trên phim CLVT, biểu hiện bằng các tổn thương giảm tỉ trọng tương ứng với vùng động mạch não chi phối. Tuy nhiên, chúng tôi thấy có tỉ lệ khá lớn BN không có hình ảnh giảm tỉ trọng trên nhu mô não (42,8%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Đỗ Đức Thuần (39,62%) [5]. Có thể do các BN trong nghiên cứu này được phát hiện ĐQN sớm (trong 6 giờ đầu), dẫn đến tổn thương nhu mô não trên hình ảnh CLVT chưa rõ ràng.

Khi khảo sát vị trí tổn thương mạch máu não trên chụp mạch ở BN ĐQN khởi phát trong vòng 6 giờ (bao gồm cả BN thiếu máu não, chảy máu não và chảy máu dưới nhện do vỡ phình mạch hay dị dạng mạch máu não), chủ yếu BN ĐQN cấp có tổn thương hệ tuần hoàn não trước, trong đó, phần lớn là động mạch não giữa (đoạn M1 chiếm 24,8%, đoạn M2 chiếm 6,3%) và động mạch cảnh trong (20,3%). Có 13,9% BN tổn thương hệ tuần hoàn não (gồm động mạch thân nền, động mạch đốt sống); 30,5% BN tổn thương mạch máu nhỏ (gồm cả não trước và khu vực cấp máu tuần hoàn não sau). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Behme D (2014) [6].

4.3. Cơ cấu BN ĐQN tại Khoa Cấp cứu:

Chúng tôi thấy, (55,2%) lớn hơn BN đột quy chảy máu não (36,8%) và đột quy thiếu máu não thoáng qua (8,0%). Nguyễn Minh Hiện [1] khảo sát trên 9.990 BN ĐQN điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 103 trong 10 năm, thấy 69,0% BN đột quy nhồi máu não (trong đó, do huyết khối 43,5%; ổ khuyết 21,6% và tắc mạch 3,8%), 31,0% BN đột quy chảy máu não (trong đó, chảy máu nhu mô não 25,7%; chảy máu dưới nhện và dị dạng động tĩnh mạch 4,8%).

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 6.007 BN ĐQN cấp, điều trị tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 01/2018-12/2019, kết luận:

- BN trung bình $64,3 \pm 11,2$ tuổi, đa số BN từ 60 tuổi trở lên (66,7%). Tỉ lệ BN nam (54,2%) nhiều hơn BN nữ (45,8%). 47,8% BN có thời gian từ khi khởi phát đến khi vào viện cấp cứu trong vòng 6 giờ. Tăng huyết áp (63,7%), hút thuốc lá (33,9%), lạm dụng rượu (31,3%), rối loạn mỡ máu (30,1%) là yếu tố nguy cơ hàng đầu của BN ĐQN.

- Hầu hết BN khi nhập viện có triệu chứng liệt nửa người (88,0%), liệt dây thần kinh số VII trung ương (84,7%) và rối loạn ý thức (83,1%). Tổn thương mạch máu trên BN đột quy thiếu máu não: 55,6% BN có tổn thương hệ tuần hoàn não trước, 13,9% BN có tổn thương hệ tuần hoàn não sau và 30,5% BN có tổn thương mạch máu nhỏ.

- Cơ cấu BN ĐQN: tỉ lệ BN đột quy nhồi máu não (55,2%) lớn hơn BN đột quy chảy máu não (36,8%) và đột quy thiếu máu não thoáng qua (8,0%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Minh Hiện (2016), “Đánh giá cơ cấu thu dung điều trị đột quy não 10 năm tại Bệnh viện Quân y 103”, *Tạp chí Y dược học Quân sự*, số chuyên đề đột quy 2016.

2. Nguyễn Thị Kim Liên và nhóm nghiên cứu rTPA TP. Hồ Chí Minh (2009), *Bước đầu nhận xét kết quả điều trị tiêu huyết khối đường tĩnh mạch trên 81 bệnh nhân nhồi máu cấp trong 3 giờ*, Hội thảo toàn quốc về Cấp cứu - Hồi sức - Chống độc lần thứ IX, Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam, tr. 106-115.

3. Trần Thị Oanh (2019), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân nhồi máu cấp trên lều tiểu não có thông khí cơ học*, Luận án tiến sĩ y học, chuyên ngành Thần kinh, Viện Nghiên cứu khoa học Y dược lâm sàng 108.

4. Nguyễn Văn Phương (2019), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính và hiệu quả điều trị đột quy thiếu máu não cấp được tái thông mạch bằng dụng cụ cơ học*, Luận án tiến sĩ y học, chuyên ngành Gây mê hồi sức, Viện Nghiên cứu khoa học Y dược lâm sàng 108.

5. Đỗ Đức Thuần, Phạm Đình Đài, Đặng Đức Minh (2017), “Nghiên cứu lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não và kết quả điều trị rt-PA đường tĩnh mạch ở bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ trong 4,5 giờ đầu”, *Tạp chí Y dược lâm sàng 108*, Tập 12 - số đặc biệt, 10/2017, tr. 22-25.

6. Behme D, Kowoll A, Mpotsaris A, et al (2014), “Multicenter clinical experience in over 125 patients with the Penumbra Separator 3D for mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke”, *J Neurointerv Surg*.

7. Blanca Fuentes et al (2018), “European Stroke Organisation (ESO) guidelines on glycaemia management in acute stroke”, *European Stroke Journal 2018*, Vol. (1) 5-21.

8. Chandril Chugh et al (2019), “Acute ischemic stroke: Management Approach”, *Indian J Crit Care Med*, 2019 Jun; 23(Suppl 2): S140-S146.

9. Chiara Robba et al (2019), “Mechanical ventilation in patients with acute ischaemic stroke: from pathophysiology to clinical practice, Robba et al”, *Critical Care (2019)*, 23:388.

10. David Anderson et al (2019), *ICSI Diagnosis and Initial Treatment of Ischemic*, Stroke Twelfth Edition/June 2019. □