

# Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nhồi máu não cấp hệ sống nền tại Bệnh viện Việt Tiệp

Vũ Thị Phương Thảo<sup>1</sup>, Ngô Văn Dũng<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

## \*Tác giả liên hệ

Ngô Văn Dũng

Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Điện thoại: 0349361131

Email: nvdung@hpmu.edu.vn

## Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 19/07/2025

Ngày phản biện: 22/07/2025

Ngày duyệt bài: 19/08/2025

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết cục chức năng của bệnh nhân nhồi máu não cấp hệ sống nền. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 57 bệnh nhân nhồi máu não cấp hệ sống nền nhập viện từ tháng 09/2024 đến tháng 03/2025 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng. Độ nặng đột quỵ được đánh giá qua thang điểm NIHSS. Mức độ tổn thương trên hình ảnh học sọ não được đánh giá thông qua điểm pc-ASPECT. Kết cục chức năng được đánh giá thông qua điểm modified Rankin scale (mRS) tại thời điểm xuất viện và sau 3 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $69,58 \pm 14,6$  tuổi. Giới nam chiếm tỷ lệ 61,4%. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ thường gặp chiếm 91,23%. Các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng thường gặp nhất là liệt vận động (74,44%), Liệt thần kinh sọ (66,67%), khó cấu âm (59,65%); Rối loạn ý thức 36,84%. Điểm NIHSS trung vị là 11 điểm, với bệnh nhân nặng nhất là 23 điểm, bệnh nhân nhẹ nhất là 2 điểm Tỷ lệ tắc động mạch thân nền là 52% các trường hợp xơ vữa mạch lớn; Điểm pc-ASPECT trung vị là 5,3; điểm pc-ASPECT cao  $\geq 6$  là 57,89%; 42,11 % bệnh nhân có điểm pc-ASPECT  $\leq 5$ . Tại thời điểm xuất viện, tỉ lệ bệnh nhân hồi phục gần hoàn toàn là 24,57%, sau 3 tháng là 52,63 %. Tỷ lệ tử vong sớm trong thời gian nằm viện hoặc tuần đầu sau ra viện là 11,54%, và tăng lên tới 21,05% ở thời điểm 3 tháng **Từ khóa:** nhồi máu não cấp hệ sống nền, kết cục chức năng.

## Clinical, radiological features and therapeutic outcomes of acute posterior circulation infarction: a study at Viet Tiep Hospital in Hai Phong

**ABSTRACT: Objective:** To describe the clinical features, neuroimaging characteristics, and functional outcomes of patients with acute posterior circulation ischemic stroke. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 57 patients diagnosed with acute posterior circulation infarction admitted to Viet Tiep Friendship Hospital, Hai Phong, from September 2024 to March 2025. Stroke severity was assessed using the NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale). Brain imaging findings were evaluated using the posterior circulation Alberta Stroke Program Early CT Score (pc-ASPECTS). Functional outcomes were assessed using the modified Rankin Scale (mRS) at discharge and at 3-month follow-up. **Results:** The mean age was  $69.58 \pm 14.6$  years. Male patients accounted for 61.4%. Hypertension was the most common risk factor, present in 91.23% of patients. The most frequent clinical symptoms and signs included motor weakness (74.44%), cranial nerve palsy (66.67%), dysarthria (59.65%), and altered consciousness (36.84%). The median NIHSS score was 11, ranging from 2 (mildest) to 23 (most severe). Basilar

Bản quyền © 2025 Tạp chí Khoa học sức khỏe

artery occlusion was observed in 52% of large artery atherosclerosis cases. The median pc-ASPECTS was 5.3; 57.89% of patients had a score  $\geq 6$ , while 42.11% had a score  $\leq 5$ . At discharge, 24.57% of patients achieved near-complete recovery; this increased to 52.63% at 3 months. The early mortality rate (during hospitalization or within the first week post-discharge) was 11.54%, rising to 21.05% at the 3-month follow-up.

**Keywords:** acute posterior circulation infarction, functional outcome.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ ba sau tử vong do bệnh lý tim mạch và ung thư, là nguyên nhân thường gặp nhất gây tàn phế. Có hai thể đột quy não cấp, thể xuất huyết não và thể nhồi máu não, trong đó nhồi máu não chiếm khoảng 80% - 85% [1 - 8]

Nhồi máu não cấp gây ra bởi tình trạng tắc nghẽn động mạch não cấp tính, dẫn đến suy giảm cung lượng máu tại vùng nhu mô não do động mạch đó chi phối. Nếu tuần hoàn não được tái lập lại trước khi các tế bào thần kinh bị tổn thương, các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng sẽ chỉ thoáng qua; Nếu tình trạng mạch máu bị tắc nghẽn kéo dài sẽ dẫn đến tổn thương nhồi máu não không hồi phục, và gây ra những khiếm khuyết thần kinh vĩnh viễn có nguy cơ dẫn đến tàn phế và tử vong.

Động mạch sống nền thuộc hệ tuần hoàn sau, cung cấp máu cho toàn bộ thân não, tiểu não, thủy chẩn, phần lớn đồi thị và phần trên của tủy cổ; Vì vậy, khi nhồi máu não thuộc hệ sống nền xảy ra, các trung tâm tối quan trọng tới đời sống như trung tâm hô hấp và tuần hoàn sẽ bị ảnh hưởng; hậu quả dẫn đến nguy cơ tử vong là cao nhất trong các thể nhồi máu não tính theo vị trí tổn thương mạch não, cũng như nguy cơ tàn phế nặng nề.

Nhồi máu não hệ sống nền chiếm tỷ lệ 5 – 20% trong số nhồi máu não và là nguyên nhân quan trọng gây tử vong và tàn tật [1- 8]. So sánh với nhồi máu não tuần hoàn trước, chẩn đoán nhồi máu não hệ nền thường khó khăn và chậm trễ do các triệu chứng thường không đặc hiệu, không khu trú; Mặt khác, các

dấu hiệu tổn thương trên hình ảnh học não bộ dễ bị bỏ sót [1, 8]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nhồi máu não cấp hệ sống nền tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp " với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu não cấp hệ sống nền tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng 9/2024- 6/2025.
2. Nhận xét kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não hệ sống nền nhập viện trong thời gian 3 ngày kể từ khi khởi phát ( Có lâm sàng và được khẳng định bằng hình ảnh học não), nhập viện trong vòng 3 ngày kể từ khi khởi phát, tại Khoa Đột quy não và Khoa Hồi sức nội Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp trong thời gian từ tháng 9/2024 tới tháng 3/2025.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có nhồi máu não tuần hoàn trước đi kèm; Các bệnh nhân không liên lạc được tại thời điểm sau nhồi máu não 3 tháng.

Đây là nghiên cứu quan sát, không can thiệp vào quá trình chẩn đoán và điều trị của bệnh nhân

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả ngang loạt ca bệnh.

### Nội dung nghiên cứu

- Các chỉ số, biến số phục vụ mục tiêu 1 gồm đặc điểm lâm sàng (Tuổi, giới, yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng); và đặc điểm cận lâm

sàng (Kết quả xét nghiệm, ECG, Doppler tim, hình ảnh học não và mạch máu).

- Các chỉ số, biến số phục vụ mục tiêu 2 gồm tỷ lệ tái thông mạch máu thành công (TICI 2b – 3 trên chụp DSA mạch não -nếu có can thiệp); Tỷ lệ tử vong do tất cả các nguyên nhân; Một số biến chứng (Chảy máu trong vùng nhồi máu, lóc tách thành động mạch, xuất huyết khoang dưới nhện ...); Điểm

Rankin thời điểm xuất viện và 90 ngày sau điều trị.

**Cỡ mẫu và phương pháp lấy mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện; Tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chí chọn mẫu đều lần lượt được nhận vào nghiên cứu.

**Xử lý số liệu:** Các số liệu thu thập được xử lý trên phần mềm SPSS phiên bản 20.0 và Excel 2013

## KẾT QUẢ

Từ tháng 9/2024 tới tháng 3/2025 chúng tôi thu nhận được 63 bệnh nhân thỏa mãn điều kiện nhận bệnh, trong đó có 6 bệnh nhân không theo dõi được tại thời điểm 3 tháng. Số bệnh nhân được phân tích sau cùng là 57.

### Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của nhồi máu não cấp hệ sống nền

*Bảng 1. Tuổi và giới*

Giới	Nam	Nữ
N (%)	35(61,4%)	22(38,6%)
Tuổi TB	68,63±12,4	71,15±11,16
Tuổi TB	69,58±14,6	

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là 69,58 ± 14,6. Nam giới gặp nhiều hơn nữ giới; Tuổi mắc bệnh trung bình của nữ giới cao hơn nam giới.

*Bảng 2. Yếu tố nguy cơ*

Tiền sử	Số lượng 57 (%)
Tăng huyết áp	52 (91,23)
Đái tháo đường	18 (31,58)
Rối loạn lipid	41 (71,93)
Rung nhĩ	6 (10,53)
Tiền sử NMN/ TIA	21 (36,84)
Nghiện thuốc lá	29 (50,88)
Nhồi máu cơ tim	2 (3,51)

Nhận xét: Trong các yếu tố nguy cơ mạch máu được khảo sát, tăng huyết áp chiếm tỉ lệ cao nhất (91,23%), sau đó là rối loạn chuyển hoá lipid (71,93%).

*Bảng 3. Triệu chứng, dấu hiệu lâm sàng*

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng 57 (%)
Liệt vận động	43 (74,44)
Thất điều chi	12 (21,05)
Liệt thần kinh sọ	38 (66,67)
Rung giật nhãn cầu	11 (19,30)
Khó cấu âm	34 (59,65)
Chóng mặt	13 (22,81)
Đau đầu	14 (24,56)
Buồn nôn/ và nôn	9 (15,79)
Suy giảm ý thức	21 (36,84)

**Triệu chứng khác** 16 (28,07)

Nhận xét: Trong các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng, liệt vận động chiếm tỉ lệ cao nhất (74,44%), tiếp đến là liệt thần kinh sọ (66,67%), và khó cấu âm (59,65%). Tuy nhiên triệu chứng đau đầu và nôn, cũng chiếm tỷ lệ đáng kể, lần lượt là 24,56% và 15,79%.

**Bảng 4. Phân bố điểm NIHSS lúc nhập viện**

NIHSS	2 - 4	5 -12	13 -18	18 -23
N (%)	14 25,56%	31 54,39%	5 8,77%	7 11,28%

Nhận xét: Điểm NIHSS ban đầu được đánh giá lúc nhập viện có trung vị là 11 điểm. Điểm NIHSS thấp nhất là 2, cao nhất là 23. Số BN đột quỵ nhẹ (NIHSS  $\leq$  4) là 24,56%.

**Bảng 5. Vị trí nhồi máu não.**

Vị trí nhồi máu não	Số lượng 57 (%)
Thùy chẩm	9 (15,79)
Thái dương	6 (10,53)
Đồi thị	13 (22,81)
Cuống não	4 (7,02)
Cầu não	34 (59,65)
Hành não	9 (15,79)
Tiểu não	16 (28,07)

Nhận xét: Vị trí nhồi máu hệ sống nền thường gặp nhất là cầu não (59,65%), tiếp đến và vùng tiểu não (28,07%), đồi thị (22,81%).

**Bảng 6. Phân loại theo TOAST.**

Phân nhóm	Số lượng 57 (%)
Xơ vữa mạch lớn	19 (33,33)
Bệnh lý mạch nhỏ	21 (36,84)
Thuyên tắc từ tim	6 (10,53)
Căn nguyên hiếm	1 (1,76)
Không xác định	10 (17,54)

Nhận xét: Phân nhóm theo TOAST, nhiều nhất là bệnh lý mạch máu nhỏ 36,84%, sau đó là xơ vữa mạch máu lớn 33,33% và không xác định được căn nguyên 17,54%.

**Bảng 7. Vị trí mạch lớn bị tắc/ hẹp.**

Phân nhóm	Số lượng 25 (%)
Đốt sống phải	3 (12)
Đốt sống trái	2 (8)
Động mạch nền	13 (52)
P1 não sau phải	4 (16)
P1 não sau trái	3 (12)

Nhận xét: Vị trí mạch lớn bị tắc hay hẹp nhất là động mạch nền chiếm 52%.

**Bảng 8. Phân bố điểm Pc – ASPECT.**

Điểm Pc – ASPECT	Số lượng 57 (%)
2 - 3	19 (33,33)

<b>4 - 5</b>	6 (10,53)
<b>6 - 7</b>	11 (19,30)
<b>8 - 9</b>	21 (36,84)

Nhận xét: Điểm pc-ASPECT trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,3; điểm pc-ASPECT cao  $\geq 6$  là 57,89%; 42,11 % bệnh nhân có điểm pc-ASPECT  $\leq 5$ .

### Nhận xét kết quả điều trị nhồi máu não cấp hệ sừng nền.

**Bảng 9.** Điều trị tái tưới máu.

Điều trị tái tưới máu	Số lượng 57 (%)
Tiêu sợi huyết	7(12,28)
Lấy huyết khối	16 (28,07)
TSH + Lấy huyết khối	3(5,26)
Không điều trị tái tưới máu	31 (54,39)

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 26 bệnh nhân được điều trị tái tưới máu chiếm 45,61%. Tỷ lệ bệnh nhân được tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch đơn thuần, tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch phối hợp với lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học và điều trị phối hợp 2 phương pháp lần lượt là 12,28%, 28,07% và 5,26%; Có 54,39% số bệnh nhân không được điều trị tái tưới máu.

**Bảng 10.** Kết quả tái thông mạch trên DSA sau can thiệp tái thông mạch.

Điểm TICI	Số lượng 19 (%)
<b>0</b>	2 (10,53%)
<b>1</b>	1 (5,26%)
<b>2a</b>	5 (26,32%)
<b>2b - 3</b>	11 (57,89%)

Nhận xét: Tỷ lệ tái thông ở mức TICI 2b – 3 của chúng tôi là 57,89%. Tỷ lệ tái thông thất bại chiếm 42,11%, trong đó nhiên có tới 15,79% các trường hợp hoàn toàn không tái thông được mạch hoặc chỉ tái thông không đáng kể.

**Bảng 11.** Biến chứng

Loại biến chứng	Nhóm điều trị (số lượng - %)	Số lượng (%)	
<b>Chảy máu</b>	Tiêu sợi huyết	0 (0%)	
	6		
	Lấy huyết khối	3 (18,75)	
	16		
	TSH + Lấy HK	1 (25%)	
	4		
	Không TTM	31 (22,58%)	
<b>Tái tắc</b>	Can thiệp	26(%)	4 (15,38%)
<b>Viêm phổi hít</b>	Tái tưới máu.	26 (45,62%)	8 (30,77%)
	Không TTM	31 (54,38%)	14 (45,16%)
<b>Nhiễm khuẩn khác</b>	Tái tưới máu.	26 (45,62%)	3 (11,54%)

	Không TTM	31 (54,38%)	5 (16,13%)
<b>Tử vong khi nằm viện/ Xin về</b>	Tái tưới máu.	26 (45,62%)	3 (11,54%)
	Không TTM	31 (54,38%)	6 (19,35%)

Nhận xét: Tỷ lệ xuất huyết não sau can thiệp ở nhóm lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học là 18.75%, phối hợp tiêu sợi huyết và lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học là 25%; Không gặp chuyển dạng xuất huyết não ở nhóm dùng thuốc tiêu sợi huyết đơn thuần. Tỷ lệ tự chuyển dạng xuất huyết trong ổ nhồi máu gặp ở nhóm không dùng phương pháp tái tưới máu là 22,58%. Các biến chứng viêm phổi, nhiễm khuẩn khác hoặc tử vong sớm trong giai đoạn nằm viện ở nhóm không được điều trị tái tưới máu đều cao hơn nhóm được điều trị tái tưới máu.

**Bảng 12.** Điểm mRS thời điểm xuất viện và ngày 90.

Điểm mRS	Xuất viện	Ba tháng
0	4 (7,02)	10 (17,54)
1	2 (3,51)	13 (22,81)
2	8 (14,04)	7 (12,28)
3	11 (19,30)	2 (3,51)
4	15 (26,32)	5 (8,77)
5	8 (14,04)	8 (14,04)
6	9 (15,77)	12 (21,05)
<b>Tổng số</b>	<b>57</b>	<b>57</b>

Nhận xét: Tại thời điểm xuất viện, tỉ lệ bệnh nhân hồi phục gần hoàn toàn (mRS 0-2) điểm là 24,57% và tăng lên 52,63 % ở thời điểm 3 tháng. Tỷ lệ tử vong sớm trong khi nằm viện hoặc trong tuần đầu sau xin ra viện là 15,77% và tăng lên 21,05% ở thời điểm 3 tháng.

## BÀN LUẬN

### Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của nhồi máu não cấp hệ sống nền.

Tuổi trung bình trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi là  $69,58 \pm 14,6$  tương tự như nghiên cứu của tác giả Cao Hạo Nhiên (2020) là  $66,5 \pm 13,1$  [2]; Nam giới chiếm 61,4%; Tuổi trung bình mắc bệnh của nữ ( $71,15 \pm 11,16$ ) cao hơn so với nam ( $68,63 \pm 12,4$ ).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất với tỉ lệ 91,23 % cao hơn so với các nghiên cứu của Sầm Thị Ngọc Diễm với 73,9% [3], Lê Tự Phương Thảo với 79,1% [4]. Tỉ lệ tăng huyết áp khác nhau tùy tác giả nhưng đều là bệnh lý nền chiếm tỉ lệ cao nhất trên bệnh nhân nhồi máu não hệ sống nền.

Tỉ lệ bệnh nhân liệt vận động trong nghiên cứu của chúng tôi là 74,44 %. Tỉ lệ này trong nghiên cứu NEMC-PCR là 38%, IPCS- SQP là 61%, CRS là 63,2% [1]. Tỉ lệ này khác

nhau giữa các nghiên cứu nhưng đều là một trong những dấu hiệu lâm sàng thường gặp và dễ phát hiện trong NMN hệ sống nền. Liệt vận động cũng là dấu hiệu thường gặp nhất trong NMN hệ tuần hoàn trước, sự trùng lặp này khiến cho vấn đề chẩn đoán chính xác vị trí tổn thương não chỉ dựa vào khám lâm sàng đôi khi rất khó khăn.

Điểm NIHSS trung vị của các BN trong nghiên cứu của chúng tôi là 11 điểm, với bệnh nhân nặng nhất là 23 điểm, bệnh nhân nhẹ nhất là 2 điểm. Sầm Thị Ngọc Diễm báo cáo điểm NIHSS trung vị trong nghiên cứu của mình là 4 (2 - 6), thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi vì tiến hành ở Khoa Thần Kinh Bệnh viện Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh nên bỏ qua các trường hợp nặng phải điều trị tại khoa hồi sức [3]. Thang điểm NIHSS được thiết kế với những đặc điểm rất đặc trưng cho NMN tuần hoàn trước nhưng lại bỏ qua những triệu chứng của NMN tuần

hoàn sau, do đó thường đánh giá thấp hơn độ nặng thực tế của NMNTHS. Một thang điểm mới được đề xuất là thang điểm NIHSS-mở rộng (eNIHSS) đưa thêm vào các triệu chứng đặc hiệu của NMNTHS như liệt vận nhãn dọc, rung giật nhãn cầu, hội chứng Horner, liệt dây XI và XII, thất điều trực thân, nhưng thang điểm này không được sử dụng rộng rãi cũng như không được đánh giá trong các nghiên cứu lớn.

Vị trí nhồi máu thường gặp nhất là cầu não với 59,65 %, tương tự kết quả của Sâm Thị Ngọc Diễm. Trong nghiên cứu của tác giả Sâm Thị Ngọc Diễm cũng thấy cầu não là vị trí thường gặp nhất với 56,5% [3]. Cầu não là nơi có rất nhiều động mạch nhỏ nhánh xuyên nuôi dưỡng, do vậy đây là vị trí dễ bị NMN nhất. Về giải phẫu chức năng, cầu não là trung khu chứa nhiều chức năng quan trọng liên quan đến chức năng thức tỉnh, vận động tay, chân và các dây thần kinh sọ.

Phân loại TOAST: Trong nghiên cứu của chúng tôi, căn nguyên mạch máu nhỏ chiếm tỉ lệ 36,84 %, thấp hơn nghiên cứu của Sâm Thị Ngọc Diễm (50%) [3]. Sự khác biệt này có thể do Sâm Thị Ngọc Diễm không chọn các bệnh nhân nằm tại khoa hồi sức nên đã bỏ qua một số lượng lớn các bệnh nhân nhồi máu não do xơ vữa mạch lớn hoặc nhồi máu não do thuyên tắc từ tim. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ thuyên tắc từ tim thấp (10,53 %) do tiêu chuẩn chọn bệnh loại trừ những trường hợp NMN tuần hoàn trước đi kèm, dẫn tới bỏ qua nhiều trường hợp nhồi máu thuộc chi phối nhiều vùng động mạch khác nhau là một đặc điểm gợi ý nhiều nguồn thuyên tắc do tim. Ngoài ra, so với tuần hoàn trước, tỉ lệ rung nhĩ, cũng như nguồn thuyên tắc từ tim thấp hơn vì hệ tuần hoàn sau chỉ nhận khoảng 20% lưu lượng tưới máu não, do đó chỉ khoảng 1/5 nguồn thuyên tắc từ tim có thể đến hệ tuần hoàn sau [1 -8]. Động mạch bị hẹp nặng hoặc tắc thường gặp nhất là động

mạch thân nền với 52 %, đây là vị trí thường gặp do xơ vữa động mạch lớn.

Thang điểm pc-ASPECTS được đề xuất từ năm 2008, được xem là công cụ tương ứng với thang điểm ASPECTS của hệ tuần hoàn trước, có ý nghĩa tiên đoán phần nhu mô não đã tổn thương để hỗ trợ đưa ra quyết định điều trị tái thông. Thang điểm pc- ASPECT có liên quan đến kết cục lâm sàng

Và dự đoán các biến chứng và tỷ lệ tử vong trong nhiều nghiên cứu từ năm 2010 đến nay, điểm càng thấp, kết cục của bệnh nhân càng tồi tệ. Điểm pc-ASPECT trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,3; điểm pc-ASPECT cao  $\geq 6$  là 57,89%; 42,11 % bệnh nhân có điểm pc-ASPECT  $\leq 5$ . Tuy nhiên, gần đây một số nghiên cứu đã chỉ ra bản chất của thang điểm này không đánh giá chính xác độ nặng của đột quy do chỉ thể hiện số lượng vùng não bị tổn thương mà không xét đến diện tích và thể tích vùng não bị tổn thương.

### **Nhận xét kết quả điều trị nhồi máu não cấp hệ sống nền**

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 26 bệnh nhân (45,61%) được điều trị tái tưới máu. Các phương pháp điều trị tái tưới máu của chúng tôi gồm tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch đơn thuần (7 ca, 12,28%), lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học đơn thuần ( 16 ca, 28,07%) hoặc tiêu sợi huyết kết hợp với lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học (3 ca, 5,26%). Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị tái tưới máu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả khác[1,2,3,6] do số các bệnh nhân của chúng tôi nhập viện sớm hơn. Điều này có thể do Hải Phòng có diện tích nhỏ hơn, mặt khác nhận thức của người dân về đột quy não nói chung cũng được cải thiện trong những năm qua dẫn tới số lượng bệnh nhân đến viện trong cửa sổ vàng điều trị tăng lên.

Trong số bệnh nhân được can thiệp tái tưới máu có 19 bệnh nhân được kiểm tra tái thông mạch bằng chụp DSA, tỷ lệ tái thông ở mức TIC1 2b – 3 của chúng tôi là 57,89 %. Việc

tái thông mạch máu thành công (TICI 2b-3) sau can thiệp nhồi máu não có liên quan đến cải thiện kết quả lâm sàng, bao gồm giảm mức độ tàn tật và tăng khả năng phục hồi của bệnh nhân.

Các biến chứng khi điều trị nhồi máu não hệ sống nền có thể gặp nhiều loại, bao gồm chảy máu não trên ổ nhồi máu, tái tắc mạch, nhiễm khuẩn phổi hoặc cơ quan khác và tử vong sớm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ chuyển dạng chảy máu não sau điều trị tái thông mạch chung là 15,38 %, trong đó không gặp chảy máu não sau tiêu sợi huyết là, sau điều trị lấy huyết khối dụng cụ cơ học là 18,75% và sau điều trị phối hợp 2 phương pháp là 25 %. Tuy nhiên, ở nhóm không điều trị tái thông mạch cũng gặp 22,58 % tự chuyển dạng xuất huyết trên ổ nhồi máu.

Biến chứng tái tắc mạch sau can thiệp tái tưới máu làm gia tăng tỷ lệ tử vong và tàn tật [1, 7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, được đánh giá bằng chụp CTA sau can thiệp vào thời điểm  $24 \pm 3$  giờ sau can thiệp gặp 15,38 % số bệnh nhân.

Nhiễm khuẩn do viêm phổi hít hoặc nhiễm khuẩn cơ quan khác trong nhóm được can thiệp tái tưới máu là 30,77 % thấp hơn so với nhóm không được can thiệp tái tưới máu là 45,16 %.

Tử vong sớm tại viện hoặc tử vong trong vòng một tuần sau khi ra viện trong nghiên cứu của chúng tôi gặp ở nhóm can thiệp tái tưới máu là 11,54 % thấp hơn so với nhóm không được can thiệp tái tưới máu là 19,35%. Điểm mRS tại thời điểm xuất viện và tỷ lệ tử vong liên quan tới độ nặng của bệnh nhân lúc nhập viện cũng như kết quả điều trị. Bệnh nhân nhập viện đột quy càng nặng, điểm số mRS càng cao, và tỷ lệ tử vong cũng càng cao. Tại thời điểm xuất viện, tỉ lệ bệnh nhân hồi phục gần hoàn toàn (mRS 0-2) điểm là 24,57%, cao hơn nghiên cứu của Lê Tự Phương Thảo với 20,8% [4]. Nghiên cứu của Lê Tự Phương Thảo được thực hiện năm

2005 khi mà các phương tiện điều trị cũng như chăm sóc bệnh nhân đột quy còn mới mẻ và hạn chế ở Việt Nam, số bệnh nhân được điều trị tái tưới máu còn thấp. Nghiên cứu của Sầm Thị Ngọc Diễm cho thấy điểm mRS 0-2 lúc xuất viện chiếm tỉ lệ 78,3% cao hơn nghiên cứu của chúng tôi vì không chọn vào các bệnh nặng cần điều trị tại phòng hồi sức tích cực [3]. Tỷ lệ tử vong trong thời gian nằm viện là 11,54%, cao hơn nghiên cứu của tác giả Lê Tự Phương Thảo với 2,6% [4], Sầm Thị Ngọc Diễm 3,4%. Sự khác biệt này có thể do cách nhận bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số các bệnh nhân đột quy nặng (NIHSS trung vị của các BN trong nghiên cứu của chúng tôi là 11, trong khi trong nghiên cứu của Sầm Thị Ngọc Diễm điểm NIHSS trung vị là 4).

Tại thời điểm 3 tháng, tỉ lệ BN đạt mRS 0-2 là 52,63 %. Tỉ lệ BN đạt kết cục tốt sau 3 tháng so với lúc xuất viện tăng thêm 28,06%. Nghiên cứu của Lê Tự Phương Thảo đánh giá tiên lượng chức năng dựa trên thang điểm Barthel cũng cho thấy tỉ lệ BN có tiên lượng tốt là 26,1% tại thời điểm xuất viện tăng thành 53,1% sau 3 tháng [4]. Tỉ lệ tử vong sau 3 tháng là 21,05 % tăng lên so với thời điểm xuất viện với 15,77%. Điều này được lý giải bởi có đến 14,04 % BN xuất viện với mRS = 5 điểm, tức là BN nằm liệt giường và cần chăm sóc hỗ trợ. Các BN này dễ tử vong do các bệnh lý nền và các biến chứng liên quan đến đột quy.

## KẾT LUẬN

Nghiên cứu 57 bệnh nhân nhồi máu não cấp tính hệ sống nền chúng tôi nhận thấy kết quả sau:

### **Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của nhồi máu não cấp hệ sống nền**

Tuổi trung bình trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi là  $69,58 \pm 14,6$  Nam giới chiếm 61,4%; Tuổi trung bình mắc bệnh của nữ ( $71,15 \pm 11,16$ ) cao hơn so với nam

(68,63±12,4). Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất với tỉ lệ 91,23 %

Liệt vận động là triệu chứng hay gặp chiếm 74,44 %. Đa số các bệnh nhân đột quy ở mức độ nặng, với điểm NIHSS trung vị là 11, bệnh nhân nặng nhất có điểm NIHSS 23 điểm, bệnh nhân nhẹ nhất là 2 điểm.

Điểm pc-ASPECT trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,3. Vị trí nhồi máu thường gặp nhất ở cầu não 59,65 %.

Căn nguyên nhồi máu não theo phân loại TOAST, nhồi máu não do bệnh lý mạch máu nhỏ chiếm tỉ lệ 36,84 %; xơ vữa mạch lớn chiếm 33,33%, mạch hay bị xơ vữa nhất là động mạch nền, chiếm 52% các trường hợp tắc mạch lớn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ thuyên tắc từ tim thấp là 10,53 %

### **Nhận xét kết quả điều trị nhồi máu não cấp hệ sống nền**

Có 26 bệnh nhân (45,61%) được điều trị tái tưới máu. Các phương pháp điều trị tái tưới máu gồm tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch đơn thuần 12,28%, lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học đơn thuần 28,07%, hoặc tiêu sợi huyết kết hợp với lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học 5,26%.

Trong số 19 bệnh nhân được can thiệp tái tưới máu bằng lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học đơn thuần hoặc phối hợp với tiêu sợi huyết, tỷ lệ tái thông ở mức TIC1 2b – 3 của chúng tôi là 57,89 %.

Biến chứng chuyển dạng chảy máu não sau điều trị tái thông mạch chung là 15,38 %, không gặp chảy máu não sau tiêu sợi huyết, sau lấy huyết khối dụng cụ cơ học tỷ lệ chuyển dạng chảy máu là 18,75% và sau điều trị phối hợp 2 phương pháp là 25 %. Ở nhóm không điều trị tái thông mạch cũng gặp 22,58 % tự chuyển dạng xuất huyết trên ổ nhồi máu. Nhiễm khuẩn do viêm phổi hít hoặc nhiễm khuẩn cơ quan khác trong nhóm được can thiệp tái tưới máu là 30,77 % thấp hơn so với nhóm không được can thiệp tái tưới máu là 45,16 %.

Tử vong sớm tại viện hoặc tử vong trong vòng một tuần sau khi ra viện ở nhóm can thiệp tái tưới máu là 11,54 % thấp hơn so với nhóm không được can thiệp tái tưới máu là 19,35%.

Tại thời điểm xuất viện, tỉ lệ bệnh nhân hồi phục gần hoàn toàn là 24,57%, sau 3 tháng là 52,63 %. Tuy nhiên, nhồi máu não cấp hệ sống nền có tỷ lệ tử vong cao, tử vong sớm trong thời gian nằm viện hoặc tuần đầu sau ra viện là 11,54%, và tăng lên tới 21,05% ở thời điểm 3 tháng.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. M. e. a. Sparaco, "Posterior circulation ischaemic stroke—a review part I: anatomy, aetiology and clinical presentations," *Neurological Sciences*, vol. 40, 2019.
2. Cao Hạo Nhiên, Khảo sát kết cục lâm sàng ở bệnh nhân tắc động mạch thân nền cấp được điều trị tái thông ở cửa sổ thời gian mở rộng, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y dược tp Hồ Chí Minh, 2021.
3. Sầm Thị Ngọc Diễm, Đánh giá kết cục lâm sàng ngắn hạn ở bệnh nhân nhồi máu thân não có và không có điều trị tái thông, Tp. Hồ Chí Minh, 2018.
4. Lê Tự Phương Thảo, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tiên lượng của nhồi máu não tuần hoàn sau: nghiên cứu tiền cứu 115 trường hợp," *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, vol. 9, no. 1, 2005.
5. E. S. Donkor, "Stroke in the 21st Century: A Snapshot of the Burden, Epidemiology, and Quality of Life," *Stroke research and treatment*, 2018.
6. K. Khatibi et al., "Posterior Circulation Thrombectomy-pc-ASPECT Score Applied to Preintervention Magnetic Resonance Imaging Can Accurately Predict Functional Outcome," *World Neurosurgery*, vol. 129, pp. e566-e571, 2019.
7. Singer, Oliver C et al., "Mechanical recanalization in basilar artery occlusion: the ENDOSTROKE study," *Annals of neurology*, vol. 77, no. 3, pp. 415-424, 2015.
8. M Sparaco et al., "Posterior circulation ischaemic stroke-a review part II: imaging and acute treatment," *Neurological Sciences*, vol. 40, p. 2007–2015, 2019

