

ĐÁNH GIÁ KẾT CỤC LÂM SÀNG NGẮN HẠN Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU THÂN NÃO CÓ VÀ KHÔNG CÓ ĐIỀU TRỊ TÁI THÔNG

Sâm Thị Ngọc Diễm¹, Nguyễn Bá Thăng², Nguyễn Lê Trung Hiếu³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhồi máu tuần hoàn sau chiếm tỉ lệ khoảng 20 % của nhồi máu não. Lựa chọn điều trị tái thông và kết cục lâm sàng vẫn chưa thống nhất.

Mục tiêu: Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định tái thông và tìm các yếu tố liên quan đến tiên lượng kết cục lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu thân não.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca trên 46 bệnh nhân nhồi máu thân não tại khoa thần kinh bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, từ tháng 12/2017 đến tháng 5/2018.

Kết quả: Nhóm trên 65 tuổi chiếm tỉ lệ là 45,7%, 54% là nam chiếm 52% nhập viện sau 24 giờ 73,9% có cao huyết áp, 56,6% nhồi máu cầu não. Điểm NIHSS lúc nhập viện của 46 bệnh nhân với trung vị là 4. 3/46 (6,5%) bệnh nhân được điều trị tái thông có thời gian nhập viện sớm, điểm NIHSS từ 4 điểm trở lên và nhồi máu mạch máu lớn. 78,3% có kết cục tốt. Độ nặng lâm sàng theo phân độ NIHSS, thời gian nhập viện sớm và triệu chứng nói khó của bệnh nhân là liên quan có ý nghĩa đến kết cục lâm sàng.

Kết luận: Đa số bệnh nhân được điều trị nội khoa. Thời gian nhập viện và điểm NIHSS là các yếu tố liên quan quyết định tái thông và kết cục lâm sàng.

Từ khoá: nhồi máu thân não, tái thông, kết cục

ABSTRACT

EVALUATING SHORT-TERM CLINICAL OUTCOME IN PATIENTS WITH BRAIN STEM INFARCTION WITH OR WITHOUT RECANALIZATION

Sam Thi Ngoc Diem, Nguyen Ba Thang, Nguyen Le Trung Hieu

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 25 - No. 2 - 2021: 20 - 26

Background: Postcirculatory infarction accounts for about 20% of cerebral infarction. Choice of recirculation treatment and clinical outcome are still not general agreement.

Objectives: To evaluate the factors influencing the decision of recirculation and look for factors related to the prognosis of clinical outcome in patients with cerebral stem infarction.

Methods: The study describes 46 patients with brainstem infarction at the neurology department of the University Medical Center, from December 2017 to May 2018.

Results: The proportion over 65 years old is 45.7%, 54% are male, 52% of patients are hospitalized after 24 hours. 73.9% of patients have high blood pressure, 56.6% case suffer ponc infarction. NIHSS at admission of 46 patients with median of 4. 3/46 (6.5%) of recirculating patients had an early admission time, NIHSS of 4 or more and large vascular infarction. 78.3% had a good outcome. Clinical severity according to the NIHSS, the time of early hospitalization and the patient's dysphasia were significantly related to the clinical outcome.

¹Khoa Thần Kinh, BV Đa khoa Kiên Giang

²Bộ môn Thần kinh, ĐHY Dược TP. Hồ Chí Minh; Khoa Thần Kinh, BV ĐHY Dược TP. TP. Hồ Chí Minh

³Bộ môn Thần Kinh, ĐHY Dược TP. Hồ Chí Minh; Khoa Thần kinh, BV Nhi Đồng 2

Tác giả liên lạc: ThS.BS. Sâm Thị Ngọc Diễm ĐT: 0908137234 Email: dr.ndiem@gmail.com

Conclusion: Almost patients received medical treatment. Duration of hospitalization and NIHSS were the determinants of recanalization and clinical outcome.

Keywords: braintem stroke, outcome, recanalization

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu tuần hoàn sau chiếm tỉ lệ khoảng 20 % của nhồi máu não, trong đó nhồi máu thân não^(1,2,3). Trong những năm gần đây, nhờ các tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị nhồi máu não đã đem lại những đáng kể về kết cục lâm sàng. Phương pháp điều trị được kỳ vọng là phải tái thông ngay lập tức cho bệnh nhân nhồi máu não, cụ thể là dùng thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch, đường động mạch, hay can thiệp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học, hay phối hợp cả hai^(4,5). Tuy nhiên, bệnh nhân (BN) có thể đến không phải trong giai đoạn có thể tái thông được mà chỉ có thể điều trị nội khoa. Hơn nữa, nhồi máu não thuộc về nhóm mạch máu não thuộc tuần hoàn sau, cụ thể trong nhồi máu thân não thời gian được chẩn đoán và lựa chọn điều trị tái thông vẫn còn chưa thống nhất, kết cục lâm sàng giữa các nhóm bệnh nhân có và không điều trị tái thông chưa rõ. Hiện tại, ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá những vấn đề này nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu: “Đánh giá kết cục lâm sàng ngắn hạn ở BN nhồi máu thân não có và không có điều trị tái thông” với mục tiêu: đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định tái thông ở bệnh nhân nhồi máu thân não và tìm các yếu tố liên quan đến tiên lượng kết cục lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu thân não.

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân bị đột quỵ cấp, được chẩn đoán nhồi máu não dựa trên lâm sàng theo tiêu chuẩn chẩn đoán đột quỵ của tổ chức Y tế thế giới và CT hoặc cộng hưởng từ não có nhồi máu thân não tại bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 12/2017 đến tháng 5/2018.

Tiêu chuẩn loại trừ

BN có kèm nhồi máu não thuộc tuần hoàn trước, nhồi máu tiểu não, xuất huyết não, xuất

huyết dưới nhện hay u não hoặc bệnh nhân có bệnh lý khác không phải nhồi máu não có thể giải thích được khiếm khuyết thần kinh hiện tại.

BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

BN có bất kỳ phế tật nào ảnh hưởng đến hoạt động chức năng, cụ thể điểm Rankin sửa đổi trước khởi phát ≥ 2 (mRS ≥ 2).

BN có nhồi máu cơ tim cấp.

BN có rối loạn đông máu hoặc các bệnh lý nội khoa giai đoạn cuối ảnh hưởng đến diễn tiến bệnh.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

Cỡ mẫu

Chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu (NC).

Các bước tiến hành

Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn và loại trừ được đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng, CTscan não hay MRI não và theo dõi điều trị. Đánh giá kết cục ngắn sau 5 – 7 ngày hay khi ra viện. Số liệu được ghi vào bệnh án nghiên cứu.

Các biến số trong nghiên cứu

Nhồi máu thân não được chẩn đoán theo định nghĩa đột quỵ của Tổ chức y tế thế giới và có bằng chứng trên hình ảnh học.

Khảo sát các đặc điểm lâm sàng chung của nhóm nghiên cứu: tuổi, giới, yếu tố nguy cơ, thời gian từ lúc khởi phát tới lúc nhập viện dựa theo lời khai, vị trí tổn thương dựa trên hình ảnh học, độ nặng của bệnh bằng thang điểm NIHSS, nguyên nhân theo phân loại TOAST, cách điều trị gồm nội khoa, tái thông và thuốc chống kết tập tiểu cầu.

Đặc điểm kết cục lâm sàng ngắn hạn bằng mRS, nhẹ (mRS=0-2) nặng (mRS=3 – 6), tử vong.

Phương pháp thống kê

Tính tỉ lệ của biến định tính và số trung vị,

khoảng tứ phân vị của số trung bình. Tìm tương quan giữa các biến định tính bằng phép kiểm Chi bình phương và biến định lượng bằng phép kiểm Mann Whitney U. Phép thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 22.0.

Y đức

Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. HCM, số 471/ĐHYD-HĐ, ngày 16/11/2017.

KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 12/2017 đến tháng 5/2018, chúng tôi ghi nhận được 46 trường hợp (TH) nhồi máu thân não thỏa tiêu chuẩn NC.

Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Có 25/46 (54,3%) là nam, tỉ lệ nam/nữ: 1,04. Tuổi trung vị là 64, (54 – 72), tuổi thấp nhất là 19 tuổi cao nhất là 84 tuổi. Có 21/46 (45,7%) trên 65 tuổi. Thời gian nhập viện phân bố với trung vị là 33,9 giờ, (16 - 82). Tỉ lệ nhập viện trước 24 h là 48%, trong đó có 4 bệnh nhân (8,7%) nhập viện trước 6 giờ, 18 bệnh nhân (39,1%) nhập viện trong khoảng 6 – 24 giờ và 24 bệnh nhân (52,2%) nhập viện sau 24 giờ.

Bảng 1: Các yếu tố nguy cơ (n = 46)

Yếu tố nguy cơ	n (%)
Tăng huyết áp	34 (73,9)
Đái tháo đường	15 (32,6)
Rối loạn lipid máu	10 (21,7)
Hút thuốc lá	10 (21,7)
Uống rượu	7 (15,2)
Tiền sử đột quỵ và/hoặc TIA	6 (13,1)
Bệnh mạch vành	3 (6,5)
Rung nhĩ	3 (6,5)

Đa số bệnh nhân có tăng huyết áp, kể đến là đái tháo đường. Các yếu tố nguy cơ khác là rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, uống rượu, tiền sử đột quỵ và hoặc TIA, rung nhĩ và có bệnh mạch vành cũng được ghi nhận với số bệnh nhân ít hơn.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Điểm Glasgow (GCS): Lúc nhập viện là 14,6 ± 1,2; 100% bệnh nhân ở mức ý thức tốt khi nhập viện.

Độ nặng lúc nhập viện theo NIHSS: Điểm NIHSS lúc nhập viện của 46 bệnh nhân với trung vị là 4, (2 – 6). Sau khi phân nhóm dựa vào mức độ nặng, phần trăm nhóm đột quỵ trung bình chiếm 37% (NIHSS từ 5 đến 15 điểm), đột quỵ nhẹ chiếm 63% (NIHSS dưới 4 điểm).

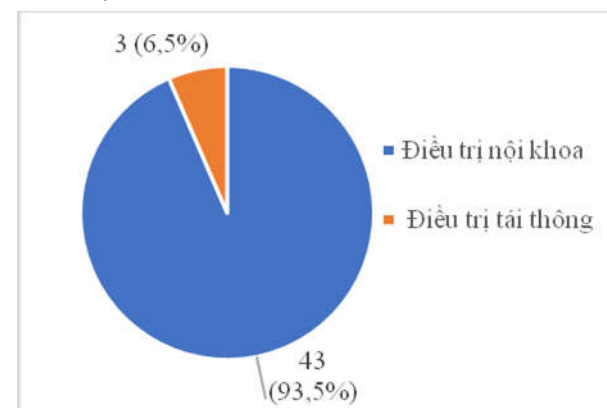
Vị trí tổn thương: Vị trí tổn thương cầu não chiếm tỉ lệ cao nhất trong nhóm khoảng 56,6%; còn lại là vị trí khác (tổn thương kết hợp nhiều vị trí chiếm 23,9%, tổn thương trung não chiếm 13%, tổn thương ở hành não 6,5%).

Nguyên nhân nhồi máu não: Nguyên nhân do bệnh mạch máu nhỏ chiếm 50% các trường hợp trong mẫu nghiên cứu, 12/46 trường hợp không xác định được nguyên nhân.

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng (n = 46)

Đặc điểm	n (%)
Độ nặng theo NIHSS: NIHSS từ 5 – 15 điểm NIHSS dưới 4 điểm	17 (37,0%) 29 (63,0%)
Tăng huyết áp lúc nhập viện	28 (60,9%)
Nhập viện có 1 triệu chứng trong FAST	12 (26,1%)
Nhập viện có 2 triệu chứng trong FAST	18 (39,1%)
Nhập viện có 3 triệu chứng trong FAST	8 (17,4%)
Nhập viện với triệu chứng không đặc hiệu	8 (17,4%)
Vị trí tổn thương: Cầu não Trung não Hành não Kết hợp nhiều vị trí	26 (56,5%) 6 (13%) 3 (6,5%) 11 (23,9%)
Nguyên nhân nhồi máu não Bệnh mạch máu lớn Bệnh mạch máu nhỏ Tim Không rõ căn nguyên	6 (13,1%) 23 (50%) 5 (10,8%) 12 (26,1%)

Điều trị



Hình 1: Phương pháp điều trị (n = 46)

Có 3 trường hợp điều trị tái thông còn lại là điều trị nội khoa.

Các yếu tố ảnh hưởng quyết định tái thông

Thời gian nhập viện là yếu tố quan trọng quyết định tái thông. Khi phân tích các yếu tố liên quan như tuổi bệnh nhân, giới tính, nơi cư trú, các triệu chứng trong FAST (Face Arm Speech Time), độ nặng lâm sàng theo NIHSS chúng tôi không ghi nhận được yếu tố nào khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm BN nhập viện sớm (trong 24 giờ) và muộn (sau 24 giờ). Cả 3 BN được tái thông đều nhập viện trước 24 giờ.

Phân tích các yếu tố như tuổi, giới tính, nơi cư trú của bệnh nhân, số giờ nhập viện, các triệu chứng trong FAST, phân độ NIHSS, nguyên nhân nhồi máu, vị trí tổn thương, mạch máu tắc; chúng tôi ghi nhận thấy không có bệnh nhân nào có nguyên nhân nhồi máu theo TOAST là do mạch máu nhỏ, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,02$) (Bảng 1).

Đặc điểm của 3 bệnh nhân được tái thông

Bảng 3: Các yếu tố trong 3 TH quyết định tái thông (n = 3)

TH	Có tắc mạch máu lớn	Điểm NIHSS	Thời gian nhập viện
1	Thân nền	3	26 phút
2	Không rõ nguyên nhân	4	5 giờ
3	Đốt sống phải	9	7 giờ

Các TH quyết định tái thông là BN được chẩn đoán xác định là đột quỵ bằng lâm sàng (bệnh nhân có triệu chứng của FAST: triệu chứng vận động, triệu chứng về ngôn ngữ, có 1 TH bệnh nhân nhập viện vì chóng mặt) và hình ảnh học chụp MRI sọ não BN có nhồi máu thân não. Độ nặng lâm sàng theo điểm NIHSS ở mức

độ trung bình đến vừa. Có 2 TH tắc (hẹp) mạch máu lớn (1 TH tắc động mạch thân nền và 1 TH tắc động mạch đốt sống) (Bảng 3).

Bảng 4: Các yếu tố trong các trường hợp quyết định không tái thông (n = 19)

TH	Có tắc mạch máu lớn	Điểm NIHSS	Thời gian nhập viện
2 TH	Có tắc động mạch đốt sống	6	Trong 4 giờ
	Có tắc động mạch não sau	7	Nhập viện 24 giờ
6 TH	Không tắc	6 – 7	6 – 24 giờ
11 TH	Không tắc	≤ 4	6 – 24 giờ

Trong 19 trường hợp nhập viện trong 24 giờ nhưng chỉ điều trị nội khoa vì bệnh nhân lâm sàng triệu chứng nhẹ (chủ yếu liệt mặt), độ nặng theo phân độ lâm sàng nhẹ đến trung bình (trung vị 4 điểm), nguyên nhân chủ yếu là mạch máu nhỏ, đa số không có tắc mạch máu lớn (Bảng 4).

Kết cục của bệnh nhân nhồi máu thân não

Kết cục chung bệnh nhân

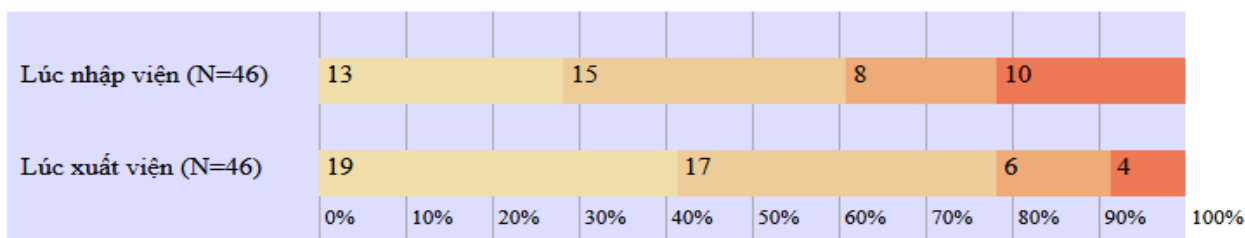
Bảng 5: Phân độ mRS nhập viện và ra viện (n = 46)

mRS	Nhập viện n (%)	Ra viện (sau 7 ngày) n (%)
Nhẹ (mRS= 0-2)	28 (60,9%)	36 (78,3%)
Nặng (mRS=3-6)	18 (39,1%)	10 (21,7%)

Điểm mRS trung bình lúc nhập viện là $2,33 \pm 1,1$. Trong 46 TH nghiên cứu tại thời điểm nhập viện có 13 (28,3%) TH 1 điểm, 15 (32,6%) TH 2 điểm, 8 (17,4%) TH 3 điểm, 10 (21,7%) TH 4 điểm (Bảng 5).

Điểm mRS trung bình lúc ra viện (sau 7 ngày) là $1,89 \pm 0,9$. Trong 46 trường hợp nghiên cứu tại thời điểm ra viện (sau 7 ngày) có 19 (41,3%) TH 1 điểm, 17 (37%) TH 2 điểm, 6 (13%) TH 3 điểm, 4 (8,7%) trường hợp 4 điểm (Bảng 5).

■ mRS=0 ■ mRS=1 ■ mRS=2 ■ mRS=3 ■ mRS=4 ■ mRS=5 ■ chết



Hình 2: Mức độ tàn phế theo thang điểm mRS (n=46)

Kết cục tốt khi ra viện 36 trường hợp chiếm tỉ lệ 78,3%. Kết cục xấu (phế tật nhẹ hay trung bình) 10 trường hợp chiếm tỉ lệ 21,7%. Không có trường hợp tử vong (Hình 2).

Các yếu tố liên quan đến tiên lượng kết cục lâm sàng ngắn hạn của bệnh nhân nhồi máu thân não

Bảng 6: Yếu tố liên quan tiên lượng kết cục lâm sàng (n = 46)

Đặc điểm	Tốt (n=36)	Xấu (n=10)	p
Nhóm tuổi: <65 >=65	22 (88%) 14 (66,7%)	3 (12%) 7 (33,3%)	0,15
Giới: Nam Nữ	21(84%) 15(71,4%)	4(16%) 6(28,6%)	0,475
Triệu chứng: Face Không Có	11(78,6%) 25 (78,1%)	3 (21,4%) 7 (21,9%)	1
Triệu chứng Arm Không Có	26 (83,9%) 10 (66,7%)	5 (16,1%) 5 (33,3%)	0,26
Triệu chứng Speech Không Có	20 (95,2%) 16 (64%)	1 (4,8%) 9 (36%)	0,013
Triệu chứng trong FAST: Không có triệu chứng Có ít nhất 1	8 (100%) 28 (73,7%)	0 10 (26,3%)	0,2
Thời gian nhập viện sau khởi phát: Trong 24 giờ Sau 24 giờ	20 (90,9%) 16 (66,7%)	2 (9,1%) 8 (33,3%)	0,04
Phân độ NIHSS: Nhẹ Trung bình	28 (96,6%) 8 (47,1%)	1 (3,4%) 9 (52,9%)	0,000
Nguyên nhân NMN: Mạch máu nhỏ Nhóm còn lại (mạch máu lớn, tim, chưa rõ)	22 (88%) 14 (66,7%)	3 (12%) 7 (33,3%)	0,2*
Vị trí tổn thương: Ngoài cầu não Cầu não	16 (80%) 20 (76,9%)	4 (20%) 6 (23,1%)	1
Điều trị: Nội khoa Điều trị tái thông	34 (79,1%) 2 (66,7%)	9 (20,9%) 1 (33,3%)	0,5*

*Fisher exact

Khi phân tích đơn biến, trong các đặc điểm về giới tính, nhóm tuổi, triệu chứng trong FAST, thời gian nhập viện sau khởi phát bệnh, độ nặng lâm sàng theo phân độ NIHSS,

nguyên nhân của nhồi máu não, vị trí tổn thương ghi nhận độ nặng lâm sàng theo phân độ NIHSS, thời gian từ lúc khởi phát bệnh đến khi nhập viện và triệu chứng nói khó của bệnh nhân là liên quan có ý nghĩa đến kết cục lâm sàng của bệnh nhân (Bảng 6).

BÀN LUẬN

Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình là 62,39 tuổi, tuổi thấp nhất là 19 tuổi cao nhất là 84 tuổi, trên 65 tuổi chiếm tỉ lệ là 45,7%. Caplan LR có tuổi trung bình là 60,5⁽⁶⁾. Tỉ lệ nam:nữ=1,2 cũng tương tự tương tự y văn⁽⁷⁾.

Tăng huyết áp và đái tháo đường là hai yếu tố nguy cơ được quan tâm trong cơ chế bệnh sinh và nguyên nhân nhồi máu não. Lê Tự Phương Thảo (2006) là 71,9% và 24,3%⁽⁸⁾, của Lê Văn Bình (2012) là 60% và 24,2%⁽⁹⁾.

Nguyên nhân do bệnh mạch máu nhỏ chiếm 50%, tương tự các nghiên cứu khác như Kim JS (2005) tỉ lệ nguyên nhân do mạch máu nhỏ chiếm tỉ lệ cao trong mẫu nghiên cứu⁽¹⁰⁾.

Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân nhập viện trong 24 giờ đầu là 48%, Lê Văn Bình là 30,6%⁽⁹⁾. Tuy nhiên chỉ có 1 bệnh nhân nhập viện trước 3 giờ chiếm tỉ lệ 2,2%, 3 bệnh nhân nhập viện trong khoảng 3 đến 6 giờ chiếm tỉ lệ 6,5%. Nguyễn Bá Thắng (2007) khi đánh giá sự hiểu biết về đột quy trên thân nhân và bệnh nhân tai biến mạch máu não ghi nhận đa số cho rằng lớn tuổi mới là yếu tố nguy cơ tai biến mạch máu não⁽²⁾.

Điểm NIHSS lúc nhập viện của 46 bệnh nhân với trung vị là 4 (95%CI:3,6-5,36). Tong X (2015) thực hiện ở Trung Quốc là 10 (5-20)⁽⁵⁾. Sarajj A (2015) ghi nhận điểm NHISS ở đột quy tuần hoàn sau thấp hơn so với đột quy tuần hoàn trước với Median=6⁽¹¹⁾.

Điều trị tái thông

Điều trị tái thông chiếm tỉ lệ 6,5%, còn lại chủ yếu là điều trị nội khoa. Mặc dù các nghiên cứu về tỉ lệ tái thông thường đánh giá ở tuần hoàn

trước, nhưng cũng có thể nhận thấy rằng so với các nghiên cứu nước ngoài thì tỉ lệ tái thông của nghiên cứu chúng tôi thấp hơn nhiều. Nguyễn Huy Thắng (2011) ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân được điều trị tái thông là 2%⁽³⁾. Điều trị tái thông bao gồm cả sử dụng tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch, can thiệp thủy huyết khối bằng dụng cụ, kết hợp cả 2 phương pháp. Nhưng vì số bệnh nhân chúng tôi thu được trong thời gian nghiên cứu cũng nhỏ và tỉ lệ tái thông chỉ có 3 trường hợp và chủ yếu là sử dụng rtpA đường tĩnh mạch nên không đề cập đến các vấn đề điều trị tái thông theo phương pháp khác và chúng tôi cũng không tìm được tài liệu ghi nhận tỉ lệ tái thông ở các nghiên cứu trong nước, nên những so sánh của chúng tôi là so sánh chung với tỉ lệ tái thông của đột quỵ cấp.

Các yếu tố ảnh hưởng quyết định tái thông và không tái thông

Có nhiều yếu tố để quyết định tái thông như thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc nhập viện, độ nặng lâm sàng ở thời điểm nhập viện, vị trí tổn thương, có tắc mạch máu lớn hay không. Trong nhồi máu não tuần hoàn sau (trong đó có nhồi máu thân não) thời gian để chỉ định điều trị tái thông cũng trong 4,5 h (có thể đến 24 giờ nếu có tắc thân nền)⁽¹²⁾ Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân nhập viện trong 24 giờ là 22 trường hợp chiếm tỉ lệ 48%. Trong 3 trường hợp điều trị tái thông đều nhập viện sớm (trường hợp đến sớm nhất là 26 phút), tuổi lớn hơn 65 tuổi (trong đó lớn tuổi nhất là 82 tuổi), các trường hợp đều là nữ và cư trú trong thành phố, độ nặng theo phân độ NIHSS lúc nhập viện là trung bình và có tắc mạch máu lớn.

Trong 19 bệnh nhân nhập viện trong 24 giờ nhưng không quyết định tái thông vì bệnh nhân lâm sàng triệu chứng nhẹ (chủ yếu liệt mặt), độ nặng theo phân độ lâm sàng nhẹ đến trung bình (trung vị 4 điểm), nguyên nhân chủ yếu là mạch máu nhỏ, đa số không có tắc mạch máu lớn. Tắc mạch máu lớn chỉ có 2 trường hợp tắc hẹp (1 trường hợp tắc động mạch đốt sống trái chiếm tỉ lệ 5,3%, nhưng không quyết định tái thông vì

tiền căn bệnh nhân có đột quỵ cách nhập viện 2 tuần và 1 trường hợp hẹp động mạch não sau, không tái thông vì bệnh nhân nhập viện 24 giờ sau khởi phát). Trong 6 trường hợp NIHSS đủ lớn ≥ 4 điểm nhưng cũng quyết định không tái thông vì bệnh nhân không có tắc mạch máu lớn, khi xem xét nguyên nhân đa phần là bệnh mạch máu nhỏ. Cửa sổ thời gian điều trị của nhồi máu thân não còn chưa thống nhất có thể kéo dài đến sau 24 giờ nếu có tắc thân nền⁽⁴⁾. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp tắc thân nền nhưng chỉ có 1 trường hợp bệnh nhân được quyết định tái thông vì khi kết hợp với yếu tố thời gian nhập viện đã quá 24 giờ.

Kết cục của bệnh nhân nhồi máu thân não

Tác giả Lê Tự Phương Thảo (2006), trong 115 bệnh nhân nhồi máu tuần hoàn sau tỉ lệ tử vong 6 tháng sau đột quỵ thấp khoảng 13%⁽⁸⁾. Rha JH (2006) phân tích tổng hợp từ 53 nghiên cứu, có tổng số 1774 bệnh nhân trong đó có 977 bệnh nhân được tái thông sớm trước 24h, tỷ lệ hồi phục lâm sàng tốt là 58,1% ở nhóm được tái thông sớm, trong khi đó tỷ lệ hồi phục tốt đối với nhóm không tái thông mạch sớm là 24,8% (OR 4,43, CI 3,32-5,91)⁽⁴⁾. Tỷ lệ tử vong đối với nhóm tái thông là 14,4% và đối với nhóm không tái thông là 41,6%. Điều này cho thấy rằng tái thông lòng mạch tắc là một trong những yếu tố quan trọng làm giảm thiểu tỷ lệ tử vong và tàn phế cho bệnh nhân.

Độ nặng lâm sàng theo phân độ NIHSS, thời gian từ lúc khởi phát bệnh đến khi nhập viện và triệu chứng nói khó của bệnh nhân là liên quan có ý nghĩa đến kết cục lâm sàng của bệnh nhân. Một số nghiên cứu cho rằng tuổi là yếu tố ảnh hưởng đến kết cục của nhồi máu nhưng cũng có nghiên cứu cho rằng không liên quan⁽²⁾.

Trong các triệu chứng của FAST bệnh nhân có triệu chứng nói khó thì tiên lượng lâm sàng tốt chỉ có 64 % so với bệnh nhân không nói khó kết cục lâm sàng tốt là 95%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p=0,013 < 0,05$; OR=11 (95%CI: 1,3-98). Thời gian từ khi khởi phát đến lúc nhập viện nếu bệnh nhân nhập viện sớm (trong 24 giờ) thì

kết cục tốt của bệnh nhân là 90,9% so với bệnh nhân nhập viện muộn (sau 24 giờ), sự khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, $OR=5$ (95%CI: 0,9-27). Độ nặng lâm sàng theo NIHSS, nếu bệnh nhân ở phân nhóm nhẹ thì kết cục lâm sàng tốt chiếm 96,6% so với nhóm bệnh nhân ở phân nhóm trung bình kết cục tốt chiếm 52,9%; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, $OR=31,5$ (95% CI: 3,5-287).

Khi tiến hành phân tích hồi qui đa biến các yếu tố liên quan đến kết cục lâm sàng thì nhận thấy có thời gian từ lúc khởi phát đến khi nhập viện và độ nặng lâm sàng theo NIHSS có ý nghĩa thống kê. Thời gian nhập viện sớm (trong 24 giờ) có kết cục lâm sàng tốt hơn bệnh nhân nhập viện muộn với $p < 0,05$; $OR=57$ (95%CI: 2,9–1124). Độ nặng lâm sàng theo phân độ NIHSS, kết cục lâm sàng tốt ở bệnh nhân phân nhóm nhẹ cao hơn ở bệnh nhân phân nhóm trung bình với $p < 0,05$; $OR=139$ (95%: 7,9–2474).

Nghiên cứu của Nguyễn Bá Thắng trên 147 bệnh nhân ghi nhận điểm NIHSS có giá trị tiên đoán kết cục chức năng ở thời điểm 2 tháng⁽²⁾. Đánh giá độ nặng lâm sàng theo NIHSS ở nhồi máu thân não mặc dù tổng điểm không cao khi so với nhồi máu tuần hoàn trước nhưng hiện tại vẫn là cách đánh giá độ nặng lâm sàng tốt cho nhồi máu não cấp để góp phần quyết định có chỉ định tái thông hay chỉ điều trị nội khoa.

KẾT LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận được 46 trường hợp nhồi máu thân não thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Đặc điểm chung: Tuổi trung bình 62,39 tuổi, nhóm trên 65 tuổi là 45,7%, 54% là nam, đa số bệnh nhân nhập viện sau 24 giờ chiếm tỉ lệ 52%, tỉ lệ nhập viện trước 24 h là 48%. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ ở 73,9% trường hợp, tiếp theo là đái tháo đường (32,6%). Điểm NIHSS lúc nhập viện của 46 bệnh nhân với trung vị là 4, IQR (2 – 6). Sau khi phân nhóm dựa vào mức độ nặng, phân trăm nhóm đột quy trung bình chiếm 37 % (NIHSS từ 5 đến 15 điểm), đột quy

nhẹ chiếm 63% (NIHSS dưới 4 điểm). Vị trí tổn thương cầu não chiếm tỉ lệ cao nhất trong nhóm khoảng 56,6%;

- Điều trị tái thông chiếm tỉ lệ 6,5%, còn lại chủ yếu là điều trị nội khoa. Thời gian nhập viện sớm, điểm NIHSS từ 4 điểm trở lên và nguyên nhân nhồi máu theo TOAST là do mạch máu lớn.

- Kết cục tốt khi ra viện 36 trường hợp chiếm tỉ lệ 78,3%. Không có trường hợp tử vong. độ nặng lâm sàng theo phân độ NIHSS, thời gian từ lúc khởi phát bệnh đến khi nhập viện và triệu chứng nói khó của bệnh nhân là liên quan có ý nghĩa đến kết cục lâm sàng của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Anh Nhi, Nguyễn Bá Thắng (2014). Chân Đoán và Điều Trị tai Biến Mạch máu Não. Giáo trình sau đại học, pp.137-148. Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Bá Thắng, Vũ Anh Nhi (2007). Tiên đoán hồi phục chức năng trong nhồi máu động mạch não giữa, khảo sát tiền cứu 149 trường hợp. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 11(1):314-323.
3. Nguyễn Huy Thắng (2012). Điều trị thuốc tiêu sợi huyết rtpA đường tĩnh mạch trên bệnh nhân nhồi máu não cấp trong 3 giờ đầu. *Luận án Tiến sĩ Y học*, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
4. Rha JH, Saver JL (2007). The impact of recanalization on ischemic stroke outcome: a meta-analysis. *Stroke*, 38(3):967-73.
5. Tong X, Liao X, Pan Y, et al (2016). Intravenous thrombolysis is more safe and effective for posterior circulation stroke: Data from the Thrombolysis Implementation and Monitor of Acute Ischemic Stroke in China (TIMS-China). *Medicine*, 95(24):e3848.
6. Caplan LR, Wityk RJ, Glass TA, et al (2004). New England Medical Center Posterior Circulation registry". *Ann Neurol*, 56(3):389-98.
7. Etgen T, Grafm Von Einsiedel H, Rottinger M, et al (2004). Detection of acute brainstem infarction by using DWI/MRI. *Eur Neurol*, 52(3):145-50.
8. Lê Tự Phương Thảo (2006). Nghiên cứu tương quan lâm sàng, hình ảnh học, tiên lượng nhồi máu tuần hoàn sau. *Luận án Tiến sĩ Y học*, Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
9. Lê Văn Bình (2012). Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ của nhồi máu thân não. *Luận văn Thạc sĩ Y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.
10. Kim JS, Kim J (2005). Pure midbrain infarction: clinical, radiologic, and pathophysiologic findings. *Neurology*, 64(7):1227-32.
11. Sarraj A, Medrek S, Albright K, et al (2015). Posterior circulation stroke is associated with prolonged door-to-needle time. *Int J Stroke*, 10(5):672-8.
12. Merwick A, Werring D (2014). Posterior circulation ischaemic stroke. *BMJ*, 348:g3175.

Ngày nhận bài báo: 10/11/2020
 Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo: 01/02/2021
 Ngày bài báo được đăng: 10/03/2021