

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO SAU GIAI ĐOẠN CẤP TẠI BỆNH VIỆN CHÂM CỨU TRUNG ƯƠNG

Lê Thị Quý<sup>(1)</sup>, Ngô Quỳnh Hoa<sup>(2)</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp tại bệnh viện Châm cứu Trung ương. **Đối tượng:** 40 bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ BN từ 60 đến 80 tuổi chiếm đa số. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $64,88 \pm 10,15$ . Tỷ lệ nam mắc bệnh nhiều hơn nữ, nghề nghiệp chủ yếu là lao động trí óc (52,5%), bệnh nhân nhập viện điều trị trong tháng đầu chiếm đa số (57,5%). Tăng huyết áp và rối loạn chuyển hoá lipid là các bệnh kèm theo phổ biến chiếm lần lượt là 77,5% và 52,5%. Vị trí liệt thường gặp là bên phải chiếm 60%. Cơ lực tay chân bậc 3 chiếm đa số, tỉ lệ cơ lực tay bậc 3 là 40,0%, cơ lực chân bậc 3 là 47,5%. Phân bố độ liệt theo mRankin trước điều trị tập trung chủ yếu ở độ 3 và độ 4 đều chiếm 37,5%. Phân bố độ liệt theo chỉ số Barthel trước điều trị chủ yếu ở độ III và độ IV chiếm tỷ lệ lớn lần lượt là 57,5% và 32,5%.

**Từ khóa:** Nhồi máu não, Sau giai đoạn cấp, Đặc điểm lâm sàng.

## SUMMARY

**Objective:** A Study on the Clinical Characteristics of Post-Acute Stroke Patients at the Central Acupuncture Hospital. **Subjects:** 40 patients with post-acute stroke. **Methods:** A cross-sectional descriptive study. **Results:** The majority of patients were aged 60-80 years. The mean age of the study group was  $64.88 \pm 10.15$  years. Males were more affected than females. The majority of patients were white-collar workers (52.5%) and were admitted for treatment within the first month (57.5%). Hypertension and dyslipidemia were the most common comorbidities, accounting for 77.5% and 52.5%, respectively. The common location of paralysis is the right side, accounting for 60%. Muscle strength of grade 3 in both arms and legs was predominant, with 40.0% for arms and 47.5% for legs. The distribution of disability according to the modified Rankin Scale before treatment was mainly at grades 3 and 4, both accounting for 37.5%. The distribution of disability according to the Barthel Index before treatment was mainly at grades III and IV, accounting for 57.5% and 32.5%, respectively.

**Keywords:** Cerebral infarction, Post-acute phase, Clinical features.

1 Bệnh viện Châm cứu Trung ương,

2 Trường Đại học Y Hà Nội

Tác giả liên hệ: Lê Thị Quý

Email: lequy.yhct@gmail.com

Ngày nhận bài: 7/01/2025

Ngày phản biện: 7/3/2025

Ngày đăng bài: 22/4/2025



## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hàng năm, tại Việt Nam có khoảng 200 nghìn bệnh nhân (BN) đột quỵ mới mắc, là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba, gây tàn phế đứng hàng thứ nhất. Nhồi máu não (NMN) chiếm tỷ lệ khoảng 70-85% trong đột quỵ não[1]. Hiện nay các Trung tâm và đơn vị đột quỵ được thành lập với các phương pháp can thiệp điều trị tiên tiến ngay trong những giờ đầu, do đó tỷ lệ cứu sống nhiều hơn. Mặc dù vậy, số lượng BN bị tàn tật do đột quỵ lại có xu hướng gia tăng chiếm 90% với nhiều di chứng nặng nề: 25 - 30% tự đi lại phục vụ bản thân, 20 – 25% đi lại khó khăn và cần sự hỗ trợ của người khác trong sinh hoạt hàng ngày, 15 – 25% phải phụ thuộc hoàn toàn vào người khác[2]. Đột quỵ não (ĐQN) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây ra khuyết tật thần kinh ở người trưởng thành, với tỷ lệ sống sót độc lập hoàn toàn sau đột quỵ chỉ đạt 15-30% trên toàn cầu (Ủy ban Sáng kiến Đột quỵ Châu Âu, 2003)[3]. Hiệu quả điều trị ĐQN phụ thuộc vào nhiều yếu tố, bao gồm: tuổi, vị trí và mức độ tổn thương não, các bệnh kèm theo, can thiệp y tế sớm và đúng, khả năng hồi phục tự nhiên của cơ thể và đặc biệt là phục hồi chức năng (PHCN). Ngày nay việc kết hợp các phương pháp PHCN giữa Y học hiện đại và Y học cổ truyền (YHCT) giúp làm giảm tỉ lệ tử vong, hạn chế được nhiều thương tật thứ cấp, đem lại hiệu quả lâm sàng cao rút ngắn thời gian tái hoà nhập cộng đồng. Bệnh viện Châm cứu Trung ương hiện tại đang điều trị PHCN rất nhiều bệnh nhân sau NMN, việc theo dõi diễn biến và đặc điểm lâm sàng của bệnh

nhân NMN sau giai đoạn cấp giúp đánh giá mức độ cũng như tiên lượng bệnh, từ đó đưa ra phương pháp điều trị phù hợp để đạt được hiệu quả điều trị tối đa, đồng thời nhằm chuẩn bị nguồn lực về cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế, thuốc điều trị cùng như nhân lực để phục vụ BN tốt nhất. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu (NC) này nhằm mục tiêu: “Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân NMN sau giai đoạn cấp tại bệnh viện Châm cứu Trung ương từ tháng 07/2023 đến tháng 09/2024.”

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

- NC gồm các BN từ 18- 80 tuổi được chẩn đoán NMN sau giai đoạn cấp điều trị tại khoa Lão và khoa Đột quỵ - Bệnh viện Châm cứu Trung ương từ tháng 07/2023 đến tháng 09/2024.

- BN đồng ý tham gia NC.

### *Tiêu chuẩn lựa chọn theo YHHD*

- BN đã được chẩn đoán NMN sau giai đoạn cấp (sau 24 giờ đến 6 tháng)[3].

- Có hình ảnh tổn thương NMN trên phim chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ sọ não.

- BN có liệt nửa người.

### *Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:*

- NMN chuyển dạng xuất huyết.

- NMN có kèm theo: Mang máy tạo nhịp, rối loạn nhịp tim, đang cơn tăng huyết áp (HA), quá suy kiệt.

- Có bệnh tâm thần, động kinh, xuất huyết hoặc đe dọa xuất huyết.



- BN không tuân thủ quy trình điều trị.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: NC mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Gồm 40 BN bị NMN sau giai đoạn cấp được điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương từ tháng 07/2023 đến tháng 09/2024.

2.2.3. Biến số, chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, bệnh kèm theo.

- Đặc điểm lâm sàng: vị trí bên liệt, cơ lực chi trên và chi dưới theo thang điểm Hội đồng Nghiên cứu Y khoa Vương quốc Anh (MRC), ), độ liệt theo thang điểm Rankin sửa đổi (mRankin) và Barthel.

## 3. Xử lý số liệu

- Số liệu trong NC được phân tích, xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

- Sai số trong NC: chọn BN vào NC, nhập dữ liệu.

- Không chế sai số

- Sai số được chọn không chế bằng cách chọn BN vào NC theo đúng tiêu chuẩn chọn mẫu và phương pháp chọn mẫu.

- Các chỉ số và biến số cần cho NC đều được định nghĩa và phân loại rõ ràng để tránh sai số hệ thống.

- Nhóm NC được tập huấn đầy đủ, kỹ càng trước khi tham gia nghiên cứu.

## 4. Đạo đức nghiên cứu

- Đề tài được sự đồng ý của Hội đồng khoa học của Bệnh viện Châm cứu Trung ương.

- Các BN và người nhà BN được giải thích rõ ràng về mục tiêu và nội dung NC, tự nguyện tham gia vào các NC.

- Các số liệu điều tra NC trung thực.

- Thông tin của BN được bảo mật.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

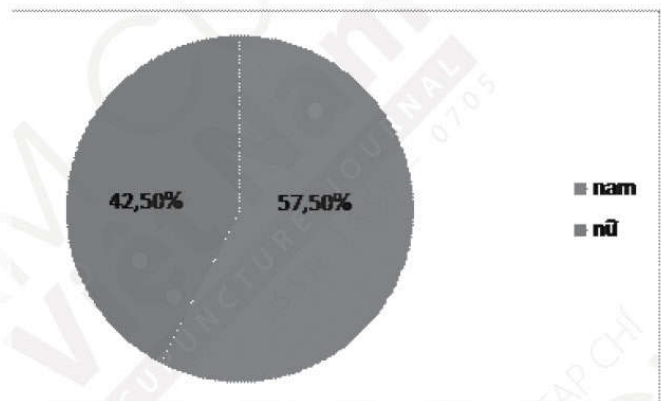
#### 3.1.1. Đặc điểm về tuổi

**Bảng 3.1. Tỷ lệ phân bố nhóm tuổi**

| Nhóm tuổi                            | Số lượng | Tỷ lệ %                      |
|--------------------------------------|----------|------------------------------|
| 18-39                                | 1        | 2,5                          |
| 40-59                                | 10       | 25,0                         |
| 60-80                                | 29       | 72,5                         |
| Tuổi trung bình ( $\bar{X} \pm SD$ ) | 40       | $64,88 \pm 10,15$<br>(39-80) |

**Nhận xét:** Tỷ lệ BN từ 60 đến 80 tuổi chiếm đa số. Tuổi trung bình của nhóm NC là  $64,88 \pm 10,15$  trong đó cao nhất là 80 tuổi, nhỏ nhất là 39 tuổi.

#### 3.1.2. Đặc điểm về giới



**Biểu đồ 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo giới**  
**Nhận xét:** Nam giới có tỉ lệ mắc bệnh cao hơn nữ giới



### 3.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp

**Bảng 3.2. Tỷ lệ phân bố nghề nghiệp**

| Nghề nghiệp       | Số lượng | Tỷ lệ % |
|-------------------|----------|---------|
| Lao động trí óc   | 21       | 52,5    |
| Lao động chân tay | 19       | 47,5    |

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt nhiều về phân bố nghề nghiệp của nhóm NC, với lao động trí óc 52,5%, lao động tay chân chiếm 47,5%.

### 3.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

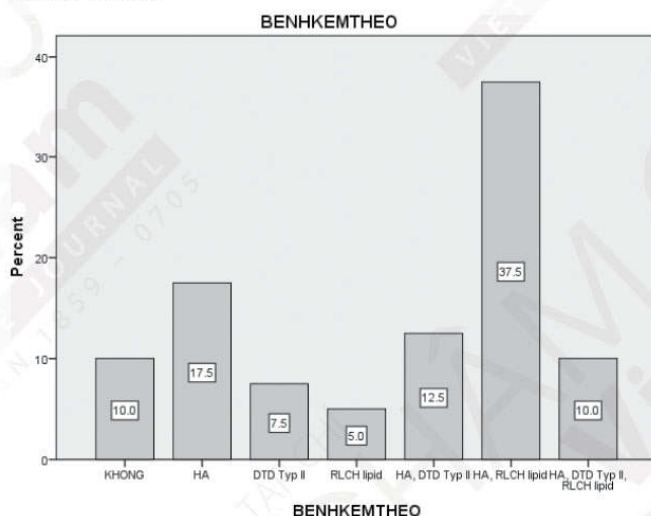
**Bảng 3.3. Tỷ lệ phân bố theo thời gian mắc bệnh**

| Thời gian mắc bệnh | Số lượng | Tỷ lệ % |
|--------------------|----------|---------|
| < 1 tháng          | 23       | 57,5    |
| 1-3 tháng          | 13       | 32,5    |
| > 3-6 tháng        | 4        | 10,0    |

**Nhận xét:** BN nhập viện sớm điều trị trong tháng đầu bị bệnh chiếm đa số.

### 3.1.5. Đặc điểm về các bệnh lý kèm theo

**Biểu đồ 3.2. Đặc điểm về các bệnh lý kèm theo**



**Nhận xét:** Nhóm đối tượng có bệnh kèm theo là tăng HA và rối loạn chuyển hoá (RLCH) lipid chiếm cao nhất 37,5%. Tăng

HA độc lập chiếm 17,5%, tiếp đến là đồng mắc tăng HA và ĐTD typ II chiếm 12,5%. Tính gộp chung lại cụ thể: Tăng HA: 77,5%. Rối loạn chuyển hoá lipid 52,5%. ĐTD typ II 30%. Không có bệnh kèm theo chiếm 10%.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

#### 3.2.1. Đặc điểm về vị trí bên liệt

**Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo vị trí bên liệt**

| Vị trí bên liệt | Số lượng | Tỷ lệ % |
|-----------------|----------|---------|
| Trái            | 14       | 35,0    |
| Phải            | 24       | 60,0    |
| Cả hai bên      | 2        | 5,0     |

**Nhận xét:** Vị trí liệt thường gặp là bên phải chiếm 60%

#### 3.2.2. Phân bố cơ lực theo thang điểm MRC

**Bảng 3.5. Cơ lực của bệnh nhân nghiên cứu**

| Cơ lực |       | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--------|-------|----------|-----------|
| Tay    | Bậc 0 | 8        | 20,0      |
|        | Bậc 1 | 3        | 7,5       |
|        | Bậc 2 | 10       | 25,0      |
|        | Bậc 3 | 16       | 40,0      |
|        | Bậc 4 | 3        | 7,5       |
|        | Bậc 5 | 0        |           |
| Chân   | Bậc 0 | 5        | 12,5      |
|        | Bậc 1 | 3        | 7,5       |
|        | Bậc 2 | 9        | 22,5      |
|        | Bậc 3 | 19       | 47,5      |
|        | Bậc 4 | 4        | 10,0      |
|        | Bậc 5 | 0        |           |

**Nhận xét:** Cơ lực tay chân bậc 3 chiếm đa số, tỉ lệ cơ lực tay bậc 3 là 40,0%, cơ lực chân bậc 3 là 47,5%. Không có BN nào có cơ lực bậc 5.



### 3.2.3. Phân bố độ liệt theo thang điểm mRankin và chỉ số Barthel

**Bảng 3.6. Phân bố độ liệt theo thang điểm mRankin**

| Độ Rankin | Độ 0 |   | Độ 1 |   | Độ 2 |     | Độ 3 |      | Độ 4 |      | Độ 5 |      |
|-----------|------|---|------|---|------|-----|------|------|------|------|------|------|
|           | n    | % | n    | % | n    | %   | n    | %    | n    | %    | n    | %    |
| n=40      | 0    |   | 0    |   | 3    | 7,5 | 15   | 37,5 | 15   | 37,5 | 7    | 17,5 |

**Nhận xét:** Trước điều trị không có BN ở độ 0 và độ 1 theo thang điểm mRankin, tập trung chủ yếu ở độ 3 và độ 4 đều chiếm 37,5%. BN nặng ở độ 5 chiếm 17,5%.

**Bảng 3.7. Phân bố độ liệt theo chỉ số Barthel**

| Chỉ số Barthel | 76-100 (Độ I) |   | 51-75 (Độ II) |      | 26-50 (Độ III) |      | 0-25 (Độ IV) |      |
|----------------|---------------|---|---------------|------|----------------|------|--------------|------|
|                | n             | % | n             | %    | n              | %    | n            | %    |
| n=40           | 0             |   | 4             | 10,0 | 23             | 57,5 | 13           | 32,5 |

**Nhận xét:** Trước điều trị phân bố BN theo chỉ số Barthel ở độ III cao nhất chiếm 57,5%, sau đó đến độ IV là 32,5% và độ II là 10%, không có BN ở độ I

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

So sánh với các tác giả trong nước, chúng tôi thấy tuổi trung bình của BN trong các NC cũng khá tương đồng, tuy có sự khác biệt về địa điểm NC như các đơn vị cấp cứu, đơn vị đột quỵ hay các đơn vị PHCN và YHCT khác nhau. Độ tuổi trung bình của đối tượng NC là  $64,88 \pm 10,15$  trong đó nhóm đối tượng tập trung ở độ tuổi từ 60 đến 80 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ 72,50%. NC của Phạm Phước Sung (2019) tuổi trung bình của BN là  $64,79 \pm 9,75$  khá tương đồng với NC của chúng tôi[4]. Theo Lê Thị Hồng tuổi trung bình là  $68,51 \pm 10,13$ [5]. Theo Lương Công Nam, Bùi Mạnh Hùng (2021) cho thấy nhóm tuổi > 60 chiếm tỉ lệ cao nhất 75%[6]. So sánh với các tác giả nước ngoài, chúng tôi cũng nhận thấy tuổi trung bình của các BN đột quỵ NMN cũng có sự tương đồng. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các nước, đối tượng đích của nghiên cứu cũng như chất lượng chăm sóc sức khỏe của các quốc gia cũng là một trong những yếu tố gây nên sự khác biệt về tuổi tác. Bên cạnh đó, yếu tố tầm soát và tuân thủ việc sàng lọc cộng đồng cũng là một trong những nguyên nhân gia tăng sự cách biệt, đặc biệt là về phân bố nhóm tuổi xuất hiện đột quỵ giữa các nghiên cứu. Theo Chen-Yu Chen và cộng sự (2018) đã nghiên cứu trên 50 BN gồm 25 BN nhóm nghiên cứu có độ tuổi trung bình là  $61,3 \pm 8,7$  và 25 BN nhóm chứng có độ tuổi trung bình là  $62,7 \pm 12,5$ [7]. Nghiên cứu FUTURE (2018) cho thấy, tuổi đột quỵ ở người trẻ thường dao động trong khoảng từ 18 đến 50 tuổi[8].

Trong NC của Mouradian và cộng sự, quá trình lão hóa đi kèm với những thay đổi đáng kể về cấu trúc và chức năng của hệ mạch. Cụ thể, các mạch máu nhỏ ở người cao tuổi thường xuất hiện các biến đổi như: Thay đổi hình thái khiến mạch máu trở nên gấp





khúc, đường kính không đồng đều, mất tính thẳng. Xơ cứng thành mạch dẫn đến thành mạch dày lên, mất tính đàn hồi do sự lắng đọng lipid và các chất nền ngoại bào khác. Những thay đổi này không chỉ ảnh hưởng đến cấu trúc thành mạch mà còn làm giảm tính đàn hồi của lớp cơ trơn mạch máu, gây rối loạn chức năng và giảm khả năng điều hòa lưu lượng máu. Như vậy hầu hết các NC cho thấy độ tuổi trên 60 có nguy cơ NMN cao nhất, điều này là phù hợp vì tuổi càng cao các yếu tố nguy cơ càng nhiều: tăng HA, ĐTD, xơ vữa động mạch, RLCH lipid...[9].

Trong NC của chúng tôi, BN nam chiếm đa số (57,5%), nữ chiếm (42,50%), tỷ lệ nam/nữ là 1,35. Kết quả này tương đương nghiên cứu: Theo Lương Công Nam, Bùi Mạnh Hùng cho thấy nam giới bị NMN chiếm 55,6%, cao hơn so với nữ giới chiếm 44,4%[6]. Theo Nguyễn Đức Minh (2021) tỷ lệ nam giới là 53,3%, nữ giới là 46,7%[10]. Tuy nhiên, kết quả NC khác với nghiên cứu của Phạm Văn Thức (2024) tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới (54,5% so với 45,5%)[11]. Sự khác biệt này có lẽ do cách thiết kế NC, địa điểm NC, tiêu chuẩn chọn BN vào NC. Tỷ lệ nam giới mắc bệnh cao hơn nữ giới có thể được lý giải bởi sự khác biệt về sinh lý học giới tính, yếu tố xã hội và đặc biệt là các yếu tố nguy cơ như hút thuốc và uống rượu. Những thói quen này không chỉ tác động trực tiếp đến sức khỏe tim mạch mà còn làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lý mạch máu khác. Nam giới thường chịu nhiều áp lực công việc hơn, chế độ ăn uống ít lành mạnh hơn và ít đi khám sức khỏe định kỳ hơn. Hút thuốc gây

tổn thương nội mạc mạch máu, tăng nguy cơ xơ vữa động mạch, trong khi rượu bia làm tăng HA và rối loạn lipid máu. Những yếu tố này kết hợp lại làm gia tăng nguy cơ mắc các bệnh lý mạch máu như nhồi máu cơ tim, đột quỵ và các bệnh lý mạch máu nhỏ.

Phân bố nghề nghiệp của đối tượng NC có tỉ lệ lao động trí óc (52,5%) cao hơn lao động chân tay (47,5%), có thể do nhóm lao động trí óc ít vận động hơn kèm căng thẳng stress kéo dài cùng với chế độ ăn uống không hợp lý làm gia tăng nguy cơ mắc các bệnh rối loạn chuyển hoá. Mặt khác hạn chế về trình độ cũng như điều kiện kinh tế dẫn đến việc thu hẹp cơ hội điều trị PHCN của BN. Nhưng lại khác với một số NC sau: Nguyễn Thị Việt Hà với tỉ lệ lao động chân tay và lao động trí óc lần lượt là 64,7% và 35,3%[12]. Trong NC của Đỗ Thị Hương Minh,

Cao Minh Châu (2020) lao động chân tay chiếm 64,6%, nhóm lao động trí óc chiếm 35,4%[13]. Sự khác biệt này có thể do bệnh viện Châm cứu Trung ương tiếp nhận một số lượng lớn bảo hiểm y tế của các đối tượng cán bộ khối hành chính sự nghiệp và một lượng lớn nhân dân quanh khu vực, do đó đối tượng trong NC của chúng tôi phần lớn thuộc về nhóm lao động trí óc.

Phần lớn BN nhập viện sớm trong tháng đầu bị bệnh để PHCN chiếm 57,5%. Kết quả NC của chúng tôi khá tương đồng với Lê Thanh Hải, thời gian từ khi bắt đầu bị NMN đến khi được điều trị bằng phác đồ PHCN của NC là 58% dưới 1 tháng[14]. NC của chúng tôi có sự khác biệt với một số NC: Lương Công Nam, Bùi Mạnh Hùng

(2021) tỉ lệ BN mắc bệnh từ 3 đến 6 tháng đến điều trị gấp nhiều chiếm 50%[6]. Ninh Thị Bích Hợp (2019) thời gian mắc bệnh đến khi nhập viện PHCN lớn hơn 1 tháng chiếm đa số 58,1%[15]. Những năm gần đây, cùng với sự phát triển của YHCT và những ưu thế nhất định trong việc cải thiện di chứng ở giai đoạn sau của đột quy, ngày càng có nhiều BN lựa chọn PHCN tại các bệnh viện YHCT. Mặt khác cùng với sự phát triển của y học-sự hình thành các trung tâm đột quy cũng như công tác tuyên truyền nâng cao nhận thức của người dân chính vì vậy rất nhiều BN được phát hiện sớm và can thiệp kịp thời.

Gần như tăng HA và RLCH lipid là bệnh thường mắc kèm của đối tượng NC chiếm lần lượt là 77,5% và 52,5%, tiếp đó là ĐTD chiếm tỷ lệ 30%. Tăng HA là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của ĐQN. Phần lớn các NC cho thấy tăng HA chiếm tỷ lệ cao có lẽ vì nó thường phối hợp với các yếu tố nguy cơ khác như: RLCH lipid, ĐTD, xơ vữa động mạch... Kết quả của chúng tôi thu được khá tương đồng với Nguyễn Văn Hường, Nguyễn Thị Minh Phượng (2018) nghiên cứu TBMMN ở người bệnh từ 60 tuổi trở lên có 77% do tăng HA[16]. Nguyễn Thị Hồng Liên (2019) tăng HA chiếm 72,5%, rối loạn chuyển hoá lipid chiếm 37,5%, ĐTD typ II chiếm 38,75%[17]. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn Lê Minh Hoàng và cộng sự (2023) tăng HA và rối loạn chuyển hoá lipid chiếm lần lượt là 93,3% và 71,1%[18]. Theo NC của Hoàng Khánh đã chỉ ra rằng tăng HA là nguy cơ hàng đầu trong cơ chế bệnh sinh của ĐQN[19]. Yong H và cộng sự cũng khẳng định mối liên quan giữa tăng HA và ĐQN là yếu tố

manh nhất[20]. Sự liên quan giữa béo phì, ĐTD, hút thuốc lá cũng là nguy cơ nhưng không cao bằng tăng HA. Vai trò quan trọng của kiểm soát HA trong dự phòng thứ phát đột quy đã được chứng minh. Kiểm soát HA tốt sẽ giúp phòng ngừa, điều trị TBMMN tốt và hiệu quả hơn. Trong dự phòng cấp hai đối với bệnh TBMMN là kiểm soát được các yếu tố nguy cơ, trong đó kiểm soát HA là quan trọng và cần thiết. RLCH máu thường là kết quả của sự tương tác phức tạp giữa yếu tố di truyền và các yếu tố môi trường như chế độ ăn uống không lành mạnh (nhiều chất béo bão hòa, cholesterol), ít vận động, hút thuốc lá, lạm dụng rượu, béo phì và ĐTD. Các RLCH lipid này được xem là yếu tố nguy cơ hàng đầu của xơ vữa động mạch. Quá trình xơ vữa động mạch bắt đầu bằng sự tổn thương nội mạc mạch máu, tiếp theo là sự tích tụ các mảng xơ vữa chứa cholesterol, dần dần làm hẹp lòng mạch và gây ra rối loạn lưu thông máu. Cuối cùng, các mảng xơ vữa này có thể bị vỡ, hình thành cục máu đông (huyết khối) và gây tắc nghẽn hoàn toàn mạch máu, dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như nhồi máu cơ tim, ĐQN hoặc NMN. Do đó, việc kiểm soát RLCH lipid máu là một phần quan trọng trong việc phòng ngừa và điều trị các bệnh tim mạch. Điều trị tăng cholesterol góp phần làm giảm tỷ lệ tái phát và tỷ lệ tử vong của BN bị ĐQN. Trong dự phòng cấp hai đối với TBMMN, lipid máu là một trong những yếu tố cần phải được kiểm soát.

#### **4.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu**

Liệt là một trong các khuyết tật phổ biến





nhất sau đột quy. Theo NC của chúng tôi BN liệt nửa người phải là 60%, cao hơn BN liệt nửa người trái là 35% và liệt cả hai bên là 5%. Kết quả này phù hợp với NC của Trần Việt Hà (2013)[12]. NC của Phạm Văn Thức và cộng sự lại cho thấy tỷ lệ liệt nửa người trái là 57,6% cao hơn liệt nửa người phải là 42,4%[11]. Khác biệt này có thể do cỡ mẫu trong các NC còn hạn chế. Do vậy để khẳng định phía bán cầu tổn thương nào chiếm ưu thế cần phải NC ở nhiều địa điểm và cỡ mẫu lớn hơn.

Phân bố cơ lực: trước điều trị không có BN nào có cơ lực bậc 5, cơ lực bậc 3 chiếm nhiều nhất ở cả chi trên và chi dưới lần lượt là 40% và 47,5%, cơ lực bậc 0 khá nhiều ở chi trên là 20% và ở chi dưới là 12,5%. Lương Công Nam và Bùi Mạnh Hùng (2021) trước điều trị không có BN nào có cơ lực bậc 0 và bậc 5, cơ lực bậc 3 chiếm nhiều nhất 44,5%[6]. Phân bố độ liệt theo mRankin: trước điều trị không có BN ở độ 0 và độ I, BN nặng ở độ 5 chiếm 17,5%, chủ yếu ở độ 3 và độ 4 đều chiếm 37,5%. NC của chúng tôi có khác biệt so với NC của Nguyễn Đức Minh (2018), trước điều trị BN tập trung cao nhất ở độ III chiếm 40%, độ II và độ IV đều chiếm 30%[21]. Phân bố độ liệt theo chỉ số Barthel: trước điều trị không có BN nào ở độ I, độ II chiếm 10%, BN ở độ IV và độ III chiếm tỷ lệ lớn lần lượt là 32,5% và 57,5%. NC của chúng tôi khác với một số NC sau: Nguyễn Thị Việt Hà (2019) điểm Barthel trước điều trị BN ở độ IV và độ III chiếm tỷ lệ lần lượt là 36% và 64%[12]. Kết quả nghiên cứu của Lương Công Nam, Bùi Mạnh Hùng (2021) cho thấy kết quả điểm Barthel trước điều trị BN ở độ IV và độ III chiếm tỷ lệ lần lượt

là 22,2% và 38,9%[6]. Sự khác biệt này do khác nhau về thời gian nghiên cứu, tỷ lệ phân bố cơ lực và độ liệt theo thang điểm mRankin và chỉ số Barthel trước nghiên cứu khác nhau (có thể do mức độ tổn thương não cũng như thời gian kể từ khi mắc bệnh đến khi được điều trị PHCN khác nhau dẫn đến không tương xứng về tỷ lệ cơ lực đầu vào cũng như phân bố độ liệt trước điều trị của mẫu NC).

## V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 40 BN bị NMN sau giai đoạn cấp, chúng tôi rút ra một kết luận sau:

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $64,88 \pm 10,15$ . Tỷ lệ nam mắc bệnh nhiều hơn nữ, nghề nghiệp chủ yếu là lao động trí óc (52,5%), bệnh nhân nhập viện điều trị trong tháng đầu chiếm đa số (57,5%). Tăng huyết áp và rối loạn chuyển hoá lipid là các bệnh kèm theo phổ biến chiếm lần lượt là 77,5% và 52,5%.

Vị trí liệt thường gặp là bên phải chiếm 60%. Không có BN nào có cơ lực bậc 5. Cơ lực tay chân bậc 3 chiếm đa số, tỷ lệ cơ lực tay bậc 3 là 40,0%, cơ lực chân bậc 3 là 47,5%. cơ lực bậc 0 khá nhiều ở chi trên là 20% và ở chi dưới là 12,5%. Phân bố độ liệt theo mRankin trước điều trị tập trung chủ yếu ở độ 3 và độ 4 đều chiếm 37,5%. Phân bố độ liệt theo chỉ số Barthel trước điều trị chủ yếu ở độ III và độ IV chiếm tỷ lệ lớn lần lượt là 57,5% và 32,5%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Xuân Cơ, Mai Duy Tôn.** *Hồi sức đột quy não*. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội, 2022.
2. **Tài liệu bài giảng** – phục hồi chức năng sau đột quy, Các khiếm khuyết và biến chứng thường gặp sau đột quy. Cục Quản lý dược – Bộ Y Tế, 2012; 23.



3. **Bộ Y tế.** *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị PHCN cho bệnh nhân đột quỵ.* Hà Nội. 2018; 5-7.
4. **Phạm Phước Sung.** *Kết quả điều trị NMN trong giai đoạn từ 3 đến 4,5 giờ bằng thuốc tiêu huyết khối ALTEPLASE liều thấp,* Tạp chí Y học Việt Nam. 2017; 547(8):161-165.
5. **Lê Thị Hồng, Nguyễn Trường Sơn.** *Kết quả điều trị NMN cấp bằng phương pháp trị liệu oxy cao áp năm 2017-2019.* Tạp chí Y học Việt Nam. Chuyên đề về y học biển, y học dưới nước và cao áp lâm sàng 2021; 509(12):154-161.
6. **Lương Công Nam, Bùi Mạnh Hùng.** *Hiệu quả của phương pháp điều trị bằng oxy cao áp ở bệnh nhân liệt nửa người do TBMMN sau giai đoạn cấp tại Bệnh viện y dược cổ truyền Quảng Ninh.* Tạp chí Y học Việt Nam. Chuyên đề về y học biển, y học dưới nước và cao áp lâm sàng. 2021; 509(12): 146-153.
7. **Chen C-Y, Wu R-W, Tsai N-W, et al.** Increased circulating endothelial progenitor cells and improved short-term outcomes in acute non-cardioembolic stroke after hyperbaric oxygen therapy. *J Transl Med.* 2018; 16(1): 255. doi:10.1186/s12967-018-1629-x.
8. **Mayte E van Alebeek, Renate M Arntz1, Merel S Ekker et al** (2018), Risk factors and mechanisms of stroke in young adults: The FUTURE study, *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*, 38(9), 1631-1641.
9. **Mouradian MS, Majumdar SR, Senthilselven A, Khan K, Shuaib A.** How well are hypertension, hyperlipidemia, diabetes, and smoking managed after a stroke or transient ischemic attack? *Stroke.* 2002;33(6):1656-1659. Doi:10.1161/01.str.0000017877.62543.14
10. **Nguyễn Đức Minh, Nguyễn Vinh Quốc.** *Đánh giá hiệu quả điều trị PHCN vận động của bệnh nhân đột quỵ NMN bằng điện châm kết hợp phương pháp tập Bobath.* Tạp chí Y học Việt Nam. 2021; 499(2):5-10.
11. **Phạm Văn Thức, Nguyễn Mạnh Việt, Phạm Thị Huyền và cộng sự.** *Hiệu quả PHCN vận động trên bệnh nhân liệt nửa người do NMN giai đoạn cấp bằng phương pháp điện châm kết hợp XBBH tại Bệnh viện Kiến An.* Tạp chí nghiên cứu Y học. 2024; 539(6):3-9.
12. **Nguyễn Thị Việt Hà.** *Đánh giá kết quả PHCN thần kinh trên bệnh nhân đột quỵ NMN bằng liệu pháp Oxy cao áp.* Tạp chí Y học Việt Nam. 2021; 504(7):104-108.
13. **Đỗ Thị Hương Minh, Cao Minh Châu.** *Đánh giá hiệu quả PHCN thăng bằng trên người bệnh NMN tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương.* Tạp chí Y học Việt Nam. 2020; 496(11):139-145.
14. **Lê Thanh Hải, Nguyễn Nhượng Kim, Ngô Quỳnh Hoa.** *Đánh giá tác dụng của điện mãng châm trong PHCN vận động trên bệnh nhân NMN sau giai đoạn cấp tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương.* Tạp chí nghiên cứu Y học. 2016; 103(5):80-87.
15. **Ninh Thị Bích Hợp, Phạm Văn Minh.** *Kết quả phục hồi vận động bằng PHCN kết hợp điện châm cho bệnh nhân liệt nửa người do NMN.* Tạp chí Y học Việt Nam. 2019; 480(1&2):162-165.
16. **Nguyễn Văn Hương, Nguyễn Thị Minh Phương.** *Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ thường gặp trên bệnh nhân TBMMN từ 60 tuổi trở lên.* Tạp chí Y học Việt Nam. 2018; 471(10):86-89.
17. **Nguyễn Thị Hồng Liên.** *Đánh giá tác dụng của phúc châm trong PHCN vận động ở bệnh nhân liệt nửa người do NMN sau giai đoạn cấp.* Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp 18.II. Trường Đại học Y Hà Nội. 2019.
19. **Lê Minh Hoàng, Vũ Đình Quỳnh, Phạm Thanh Thuần.** *Đánh giá kết quả PHCN vận động bằng thang điểm Barthel trên bệnh nhân NMN giai đoạn ổn định bằng xoa bóp bấm huyệt, điện châm.* Tạp chí Y học Việt Nam. 2023; 529(1):370-374. <https://doi.org/10.51298/vmj.v529i1.6317>
20. **Hoàng Khánh.** *Các yếu tố nguy cơ gây tai biến mạch máu não.* Nhà xuất bản Y học; 2007.
21. **Yong H, Foody J, Linong J, et al.** A systematic literature review of risk factors for stroke in China. *Cardiol Rev.* 2013; 21(2):77-93. doi: 10.1097/CRD.0b013e3182748d37
22. **Nguyễn Đức Minh.** *Đánh giá tác dụng điều trị PHCN vận động của điện châm trên bệnh nhân NMN sau giai đoạn cấp.* Tạp chí Y học Việt Nam.