

Đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của tai biến mạch máu não và mối liên quan với mức độ tăng huyết áp

Nguyễn Thành Tín¹, Nguyễn Kế Tài², Lê Chuyền¹

(1) Bộ môn Dược Lý, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

(2) Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Tai biến mạch máu não (TBMMN) là nguyên nhân gây tử vong và tàn tật hàng đầu trên thế giới. Chẩn đoán hình ảnh giúp chẩn đoán sớm thể bệnh, mức độ và vị trí để điều trị hiệu quả, giảm di chứng. Tăng huyết áp (THA) là yếu tố hàng đầu gây TBMMN và có thể cải thiện được. Kiểm soát tốt huyết áp giúp dự phòng hiệu quả TBMMN. **Mục tiêu:** Khảo sát các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân TBMMN có THA; Mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng này với các mức độ THA. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu là 115 bệnh nhân TBMMN được điều trị tại khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế có chụp cắt lớp vi tính, từ 9/2017 đến 4/2018. **Kết quả:** BN ≥ 50 tuổi chiếm ưu thế; tỷ suất nam:nữ là 1,21; đa số vào viện sau 6h từ lúc khởi phát và có ≥ 1 yếu tố nguy cơ kèm theo, chủ yếu là rối loạn lipid máu. Thể NMN chiếm ưu thế (83,5%); triệu chứng hay gặp: yếu liệt nửa người, nói khó; thang điểm Glasgow ở mức độ nhẹ và NIHSS mức độ trung bình là chủ yếu; tổn thương 1 bên chiếm ưu thế; đa phần là nhồi máu 1 vị trí, hay gặp ở động mạch não giữa; xuất huyết trong não ưu thế ở các nhân xám trung ương, bao trong, đồi thị. Các chỉ số glucose và lipid chưa cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Huyết áp vào viện của nhóm XHN ($166,58 \pm 27,29/95,79 \pm 15,39$) cao hơn nhóm NMN ($154,11 \pm 23,64/87,08 \pm 12,97$) ($p < 0,05$). Nhóm THA phân độ 2 trở lên có tỷ lệ xuất hiện XHN, điểm Glasgow mức độ trung bình và điểm NIHSS mức độ trung bình lần lượt là 17,7%, 8,1% và 61,3%; trong khi ở nhóm THA phân độ 1 tương ứng các tỷ lệ 15,1%, 3,8% và 56,6% ($p > 0,05$). **Kết luận:** Trị số trung bình huyết áp ở thể XHN cao hơn thể NMN ($p < 0,05$). Tổn thương 1 bán cầu não chiếm ưu thế; nhồi máu động mạch não giữa thường gặp nhất trong khi đa số xuất huyết là ở nhân xám trung ương, bao trong, đồi thị. THA phân độ 1 có tỷ lệ gặp XHN thấp hơn cũng như thang điểm Glasgow và NIHSS tốt hơn so với THA phân độ 2 trở lên ($p > 0,05$).

Từ khóa: nhồi máu não, xuất huyết não, độ tăng huyết áp, thang điểm Glasgow, NIHSS

Abstract

To evaluate clinical and paraclinical characteristics of stroke and relationship to the hypertension grades

Nguyen Thanh Tin¹, Nguyen Ke Tai², Le Chuyen¹

(1) Department of Pharmacology, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Introduction: Stroke is the leading cause of death and disability in the world. Diagnostic imaging is useful for early diagnosis, assessing severity and localization, results in the better outcome and limiting disability. Hypertension is the most important factor cause stroke but variable. Effective controlling of blood pressure helps prevent stroke. **Objectives:** To study both clinical and paraclinical characteristics in stroke patients having hypertension; Relationship between these characteristics and hypertension grades. **Methods:** Cross-sectional study. 115 stroke patients having hypertension were treated in the Department of Cardiology, Hue University Hospital, from September 2017 to April 2018. **Results:** Most patients were ≥ 50 years old; male/female ratio=1.21. Most patients were hospitalized at > 6 hours after onset; and had more than 1 risk factor, mainly dyslipidemia; ischemic stroke was prevailed (83.5%); the most common symptoms: hemiplegia, dysarthria; the Glasgow Coma Score (GCS) at mild and the NIHSS score at average scale were dominant; mainly unilateral hemispheric injuries. 1-site infarction was major, commonly in the midbrain arteries; intracranial hemorrhage

intracerebral hemorrhage was dominant at central gray nuclei, capsular interna, hippocampus. The glucose and lipid indices did not show any statistically significant difference between ischemic and hemorrhagic strokes. Hospitalized blood pressure of hemorrhagic stroke was $(166.58 \pm 27.29/95.79 \pm 15.39)$ higher than that of ischemic group $(154.11 \pm 23.64/87.08 \pm 12.97)$ ($p < 0.05$). Incidence of hemorrhagic stroke, GSC and NIHSS scores of Grade 2 hypertension up were respectively 17.7%, 8.1% và 61.3%; while in Grade 1 hypertension were respectively 15.1%, 3.8% and 56.6% ($p > 0.05$). **Conclusions:** Mean value of hospitalized blood pressure in hemorrhagic stroke was significantly higher than that in ischemic ($p < 0.05$). Unilateral hemisphere damages were predominant; middle cerebral infarction is most common in ischemic while intracerebral hemorrhage at central gray nuclei, capsule interna and hippocampus is dominant in hemorrhagic stroke. Grade 1 hypertension was lower the incidence of hemorrhagic stroke as well as better in both GSC and NIHSS scores than Grade 2 hypertension up ($p > 0.05$).

Key words: *ischemic stroke, hemorrhagic stroke, hypertension grades, Glassgow, NIHSS*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

TBMMN hay đột quỵ là bệnh lý thần kinh thường gặp, nguyên nhân thứ 2 gây tử vong sau bệnh tim thiếu máu cục bộ và là nguyên nhân chính gây tàn tật trên thế giới [1],[2]. Do đó, TBMMN là một vấn đề sức khỏe lớn, một gánh nặng cho ngành y tế toàn cầu. Ở Việt Nam, theo điều tra năm 1989–1994, tỷ lệ mới mắc và tử vong tương ứng 20–35 và 20–25 trên 100,000 dân [3].

TBMMN là mối quan tâm của cả ngành y tế và cộng đồng. Tăng cường công tác dự phòng, phát hiện sớm, điều trị đúng và kịp thời giúp giảm tỷ lệ tử vong, giảm thương tật và di chứng, tăng khả năng phục hồi.

Theo y văn, THA là yếu tố nguy cơ quan trọng hàng đầu TBMMN và có thể cải thiện được [4]. THA là bệnh lý gây ra nhiều biến chứng ở cơ quan đích và để lại hậu quả nghiêm trọng. Tỷ lệ người Việt Nam bị THA năm 2015-2016 là 47,3% [5].

Chẩn đoán và điều trị TBMMN cũng có nhiều tiến bộ với kỹ thuật CLVT trong chẩn đoán, cũng như điều trị bằng tiêu sợi huyết, can thiệp mạch mang lại kết quả tốt [6],[7]. Về phía thầy thuốc cần chẩn đoán đúng và điều trị kịp thời cho BN nên việc tìm hiểu các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh là một việc quan trọng để thầy thuốc nắm rõ bệnh và diễn tiến của bệnh để đưa ra điều trị tốt nhất cho BN. TBMMN có thể dự phòng được bằng cách cải thiện các yếu tố nguy cơ, trong đó kiểm soát tốt HA là rất quan trọng.

Từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện đề tài này với hai mục tiêu sau:

- *Khảo sát các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân TBMMN có THA.*
- *Đánh giá mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân TBMMN với các mức độ THA.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

115 bệnh nhân TBMMN được điều trị tại khoa Nội Tim mạch, BV Trường Đại học Y Dược Huế và có chụp CLVT/MRI sọ não, từ tháng 9/2017 đến tháng 4/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu

Chọn mẫu thuận tiện: $n = 115$. Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án và thăm khám, phỏng vấn trực tiếp.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu (biến nghiên cứu): Thông tin chung: họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp. Tiền sử các bệnh lý: THA, TBMMN, bệnh lý tim mạch, hút thuốc lá... Bệnh sử: bệnh khởi phát, thời gian nhập viện. Dấu hiệu sống, HA vào viện, thang điểm Glasgow, thang điểm NIHSS. Đặc điểm cận lâm sàng: Công thức máu, glucose máu, biland lipid, CLVT/MRI.

2.2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0, với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

3.1.1. Phân bố mẫu

Bảng 1. Phân bố mẫu

Đặc điểm		Nhóm tuổi				Tổng	Tỷ lệ (%)
		< 50	50 - 59	60 - 69	≥ 70		
Giới tính	Nam	5	18	18	22	63	54,8
	Nữ	2	5	11	34	52	45,2
Địa dư	Nông thôn					62	54
	Thành thị					53	46

Nhận xét: Kết quả cho thấy tỷ suất nam/nữ là 1.21/1, tỷ lệ bệnh nhân ≥ 50 chiếm 94,9%. Tỷ lệ bệnh nhân sống ở thành thị và nông thôn khá tương đồng (46% và 54%).

3.1.2. Các yếu tố nguy cơ kèm theo

Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ kèm theo

Yếu tố nguy cơ		Số BN (n=115)	Tỷ lệ (%)
Số yếu tố nguy cơ	0	33	29
	1	49	42
	≥ 2	33	29
ĐTĐ		11	9,6
TBMMN cũ		30	26,1
Rối loạn lipid máu		54	47
Hút thuốc lá		27	23,5

Nhận xét: Tỷ lệ BN có ít nhất một yếu tố nguy cơ kèm theo là 71%, rối loạn lipid máu là thường gặp nhất (47%), đái tháo đường là ít gặp nhất (9,6%).

3.2. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

3.2.1. Thời gian khởi phát – nhập viện và thể bệnh

Bảng 3. Thời gian khởi phát – nhập viện và thể bệnh

		Thời gian khởi phát – nhập viện			Tổng	Tỷ lệ (%)
		< 6 giờ	6 – 24 giờ	> 24 giờ		
Thể bệnh	NMN	27 (28,1%)	30 (31,2%)	39 (40,7%)	96 (83,5%)	0,006
	XHN	11(57,9%)	7 (36,8%)	1 (5,3%)	19 (16,5%)	
Tổng		38 (33%)	37 (32,2%)	40 (34,8%)	115	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tỷ lệ BN nhập viện <6 giờ, 2-24 giờ và >24 giờ. Thể NMN chiếm ưu thế (83,5%). Tỷ lệ BN nhóm XHN nhập viện sớm cao hơn nhóm NMN, tương ứng 57,9% so với 28,1% (p < 0,05).

3.2.2. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 4. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	NMN (n=96)	XHN (n=19)	Số BN (n=115)	p (NMN và XHN)
Yếu liệt nửa người	80 (83,3%)	15 (78,9%)	95 (82,6%)	0,645
Liệt mặt trung ương	36 (37,5%)	4 (21,1%)	40 (34,8%)	0,169
Rối loạn cảm giác	24 (25%)	4 (21,1%)	28 (24,3%)	0,714
Rối loạn tri giác	5 (5,2%)	4 (21,1%)	9 (7,8%)	0,019

Đau đầu	18 (18,8%)	13 (68,4%)	31 (27%)	<0,01
Buồn nôn	8 (8,3%)	12 (63,2%)	20 (17,4)	<0,01
Nôn	4 (4,2%)	11 (57,9%)	15 (13%)	< 0,01
Nói khó	42 (43,8%)	8 (42,1%)	50 (43,5%)	0,895
Thất ngôn	9 (9,4%)	0 (0%)	9 (7,8%)	0,164
Thất điều	4 (4,2%)	3 (15,8%)	7 (6,1%)	0,053
Babinski dương tính	13 (13,5%)	7 (36,8%)	20 (17,4%)	0,014
Co giật	1 (1%)	1 (5,3%)	2 (1,7%)	0,198

Nhận xét: Triệu chứng hay gặp nhất là yếu liệt nửa người (82,6%), các triệu chứng như rối loạn tri giác, đau đầu, buồn nôn, nôn và Babinski dương tính thường gặp ở thể XHN hơn NMN ($p < 0,05$)

3.2.3. Huyết áp lúc vào viện

Bảng 5. Huyết áp lúc vào viện

Huyết áp	NMN	XHN	p
HATT (mmHg)	154,11 ± 23,64	166,58 ± 27,29	0,043
HATTr (mmHg)	87,08 ± 12,97	95,79 ± 15,39	0,011

NHẬN XÉT: Kết quả cho thấy trị số trung bình HA lúc vào viện ở bệnh nhân XHN cao hơn NMN, cả HATT và HATTr ($p < 0,05$)

3.2.4. Các chỉ số cận lâm sàng

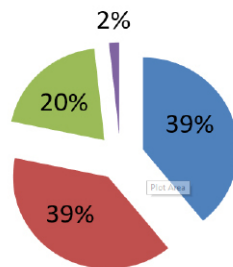
Bảng 6. Các chỉ số cận lâm sàng

Thông số	NMN	XHN	p
Glucose (mmol/L)	6,99 ± 2,67	7,41 ± 2,03	0,514
Cholesterol toàn phần (mml/L)	5,08 ± 1,28	4,78 ± 1,05	0,338
HDL-C(mmol/L)	1,21 ± 0,34	1,17 ± 0,35	0,707
LDL-C(mmol/L)	3,49 ± 1,18	3,26 ± 0,94	0,42
Triglycerid(mmol/L)	1,68 ± 1	1,72 ± 0,96	0,885

Nhận xét: Chưa có sự khác biệt về các chỉ số glucose máu, cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C, và triglycerid ở hai thể bệnh.

3.2.5. Bán cầu não tổn thương

■ Trái ■ Phải ■ Hai bên ■ Không phân loại



Biểu đồ 1. Bán cầu não tổn thương

Nhận xét: Tổn thương ở 1 bán cầu chiếm ưu thế (78%), bên trái và phải là tương đương nhau chiếm 39%; tổn thương cả 2 bán cầu là 20%.

3.2.6. Tổn thương nhồi máu não

Bảng 7. Tổn thương NMN

Tổn thương nhồi máu		Số BN (n=96)	Tỷ lệ (%)
Số lượng ổ nhồi máu	1	61	63,5
	2	19	19,8
	≥3	16	16,6
Loại nhồi máu	Ổ khuyết	43	44,8
	Không phải ổ khuyết	53	55,2
Động mạch cấp máu	ĐM não giữa	55	57,3
	ĐM não trước	26	27,1
	ĐM não sau	6	6,2
	Khác	9	9,4

Nhận xét: Tỷ lệ NMN 1 ổ là 63,5% và ≥ 3 ổ là 16,6%; tổn thương ĐM não giữa là nhiều nhất (57,3%), ĐM não trước là 27,1% và ĐM não sau là ít nhất (6,2%).

3.2.7. Vị trí tổn thương xuất huyết não

Bảng 8. Vị trí tổn thương XHN

Vị trí xuất huyết		Số BN (n=19)	Tỷ lệ (%)
Xuất huyết trong não	Nhân xám trung ương bao trong, đồi thị	9	47,4
	Thùy não	5	26,3
	Khác	3	15,8
Xuất huyết dưới nhện		2	10,5

Nhận xét: XH trong não chiếm tỷ lệ cao nhất (89,5%) chủ yếu ở các nhân xám trung ương, bao trong, đồi thị chiếm 47,3%.

3.3. Mối liên quan giữa mức độ THA với các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

3.3.1. Mối liên quan giữa mức độ THA và thể bệnh

Bảng 9. Phân độ THA và thể bệnh

		Thể bệnh		Tổng	Tỷ lệ (%)
		NMN (n=96)	XHN (n=19)		
Phân độ THA	Độ 1	45 (84,9%)	8 (15,1%)	53 (46,1%)	0,067
	Độ 2 trở lên	51 (82,3%)	11 (17,7%)	62 (53,9%)	

Nhận xét: THA từ độ 2 trở lên chiếm 53,9%; THA phân độ 2 trở lên có biến chứng XHN cao hơn so với THA phân độ 1, tương ứng 17,7% so với 15,1%; tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.3.2. Mối liên quan giữa mức độ THA và thang điểm Glasgow

Bảng 10. Phân độ THA và thang điểm Glasgow

		Glasgow		Tổng	Tỷ lệ (%)
		13-15	9-12		
Phân độ THA	Độ 1	51 (96,2%)	2 (3,8%)	53 (46,1%)	0,638
	Độ 2	57 (91,9%)	5 (8,1%)	62 (53,9%)	
Tổng		108 (93,9%)	7(6,1%)	115	

Nhận xét: Không có BN nào trong nghiên cứu có rối loạn ý thức mức độ nặng; phần lớn BN có rối loạn ý thức nhẹ (13-15) chiếm 93% theo thang điểm Glassgow; tỷ lệ BN có HA từ độ 2 trở lên có rối loạn ý thức trung bình cao hơn so với nhóm có HA mức độ 1, tương ứng 8,1% và 3,8%); tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.3.3. Mối liên quan giữa phân độ THA và mức độ nặng theo thang điểm NIHSS

Bảng 11. Phân độ THA và mức độ nặng theo thang điểm NIHSS

		Điểm NIHSS			Tổng	Tỷ lệ (%)
		0	1-4	5-15		
Phân độ THA	Độ 1	3 (5,7%)	20 (37,7%)	30 (56,6%)	53 (46,1%)	0,767
	Độ 2	5 (8,1%)	19 (30,6%)	38 (61,3%)	62 (53,9%)	
Tổng		8 (7%)	39 (33,9%)	68 (59,1%)	115	

Nhận xét: Không có BN nào trong NC thuộc nhóm nặng (16-20) và nhóm rất nặng (21-42) theo thang điểm NIHSS; tỷ lệ BN có điểm NIHSS mức độ trung bình là cao nhất (59,1%); tỷ lệ BN nhóm trị số trung bình HA mức độ 2 trở lên có điểm NIHSS mức trung bình của TBMMN đánh giá bằng thang điểm NIHSS cao hơn nhóm HA độ 1, tương ứng 61,3% và 56,6%; tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Qua kết quả nghiên cứu ở bảng 3.1 và 3.2, chúng tôi nhận thấy tỷ suất nam:nữ là 1,21, tỷ lệ bệnh nhân ≥ 50 chiếm 94,9%. Tỷ lệ bệnh nhân sống ở thành thị và nông thôn khá tương đồng, 46% so với 54%. Bệnh nhân có ít nhất một yếu tố nguy cơ kèm theo là khá cao 71%, con số này ở nghiên cứu của Phạm Thị Lệ Quyên là 75,8% [8]. Rõ ràng TBMMN là một bệnh do sự kết hợp của nhiều yếu tố nguy cơ gây nên.

Rối loạn lipid máu là thường gặp nhất với 47%, ít gặp nhất là đái tháo đường (9,6%), tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Nguyệt: rối loạn lipid máu 62,5%, hút thuốc lá 35,2%, TIA 30,7%, và ĐTĐ là 13,6% [9]. Đây cũng là nhóm 10 yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được chiếm đến 90 % của TBMMN theo INTERSTROKE [4].

4.2. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Về thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện, tỷ lệ bệnh nhân nhập viện trước 6 giờ là 33%, khá tương đồng so với nghiên cứu của tác giả Lê Trần Thắng thì tỷ lệ này là 29,5% [10].

Về thể bệnh, NMN chiếm ưu thế (83,5%). Tỷ

lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Bá Thắng và Lê Văn Thành ở thành phố Hồ Chí Minh: NMN chiếm 45,3%, XHN chiếm 54,7% [11]. Tỷ lệ BN nhóm XHN nhập viện sớm cao hơn nhóm NMN ($p < 0,05$).

Xét mối liên quan giữa thể bệnh và thời gian khởi phát – nhập viện cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nhóm XHN đến viện sớm cao hơn nhóm NMN, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Kết quả này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của từng thể bệnh.

Về triệu chứng lâm sàng: triệu chứng hay gặp nhất là yếu liệt nửa người (82,6%), tiếp theo là liệt mặt trung ương và nói khó. Kết quả này phù hợp với các dấu hiệu phát hiện sớm TBMMN trong cộng đồng là yếu tay, liệt mặt, nói ngọng (FAST). Các triệu chứng như rối loạn tri giác, đau đầu, buồn nôn, nôn và Babinski dương tính thường gặp ở thể XHN hơn NMN. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Điều này cũng phù hợp với cơ sở lý thuyết.

Huyết áp lúc vào viện: về huyết áp lúc vào viện, cho thấy cả HATT và HATT_r trung bình ở bệnh nhân XHN đều lớn hơn so với bệnh nhân NMN, phù hợp với cơ chế bệnh sinh của bệnh. Chúng tôi so sánh với hai nghiên cứu của các tác giả khác như sau:

Bảng 12. So sánh các nghiên cứu

Nghiên cứu	Chúng tôi		Phạm Thị Lệ Quyên [8]		Nguyễn Bá Thắng [12]	
	NMN	XHN	NMN	XHN	NMN	XHN
Huyết áp						
HATT (mmHg)	154,11	166,58	163	165	137,5	158,8
HATT _r (mmHg)	87,08	95,79	90,6	93	81,2	91,9

Các chỉ số cận lâm sàng: kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy chưa có sự khác biệt về các chỉ số glucose máu, cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C, và triglycerid ở hai thể bệnh ($p > 0,05$).

Về tổn thương các bán cầu não: Chúng tôi nhận thấy tổn thương ở bán cầu não trái và ở bán cầu não phải là tương đương nhau chiếm 39%, còn tổn

thương ở hai bán cầu chiếm 20%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hùng trên 181 bệnh nhân NMN cho biết vị trí nhồi máu bán cầu não phải chiếm 35,9%, bán cầu não trái chiếm 51,9%, tổn thương hai bán cầu chiếm 12,2% [13]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Duy Bách trên 208 bệnh nhân, nhồi máu bán cầu não phải chiếm 40,18%, nhồi máu bán cầu não trái

chiếm 32,14%, tổn thương hai bên bán cầu chiếm 27,68% [14]. So sánh với hai nghiên cứu trên thì không có sự tương đồng nào về vị trí bán cầu tổn thương ưu thế hơn bên nào.

Về tổn thương nhồi máu não: Tỷ lệ bệnh nhân có 1 ổ nhồi máu là 63,5% $\geq$ 3 ổ nhồi máu là 16,6%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Duy Bách, 61,61% và 10,71% [14]. Tổn thương động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất 57,3%, động mạch não trước là 27,1% và động mạch não sau chiếm thấp nhất 6,2%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Duy Bách, các con số này lần lượt là 64,3%, 25%, 10,7% [14]. Cả hai nghiên cứu đều cho thấy tần suất tổn thương từ cao đến thấp là động mạch não giữa, động mạch não trước và động mạch não sau. Kết quả này phù hợp với ý văn và nhiều nghiên cứu khác trên thế giới.

Vị trí tổn thương xuất huyết não: xuất huyết trong não chiếm tỷ lệ cao tuyệt đối so với xuất huyết dưới nhện, trong đó xuất huyết ở các nhân xám trung ương, bao trong, đồi thị chiếm 47,3%. So với nghiên cứu của Nguyễn Duy Bách, con số này là 56,25% [14]. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của XHN ở bệnh nhân THA.

4.3. Mối liên quan giữa mức độ THA và thể bệnh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, THA độ 2 trở lên chiếm phần lớn (53,9%). Tỷ lệ bệnh nhân độ 2 có biến chứng XHN là 17,7%, cao hơn nhóm HA mức độ 1 (15,1%), tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Không có BN nào trong nghiên cứu có rối loạn ý thức mức độ nặng; phần lớn bệnh nhân có mức độ rối loạn ý thức nhẹ (điểm Glasgow 13-15) chiếm 93,9%. Nhóm có phân độ HA độ 2 trở lên có tỷ lệ rối loạn ý thức mức độ trung bình (điểm Glasgow 9-12) là 8,1%, cao hơn nhóm phân độ HA độ 1 (3,8%) ($p>0,05$).

Không có BN nào trong NC thuộc nhóm nặng (16-20) và nhóm rất nặng (21-42) theo thang điểm NIHSS. Tỷ lệ bệnh nhân có điểm NIHSS mức độ trung

bình chiếm tỷ lệ cao nhất với 59,1%. Tỷ lệ BN phân độ HA mức độ 2 trở lên có điểm NIHSS mức độ trung bình cao hơn nhóm HA độ 1, tương ứng 61,3% và 56,6%; tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Qua đó, chúng tôi nhận thấy rằng: nhóm phân độ THA độ 1 sẽ có tỷ lệ XHN thấp hơn, điểm NIHSS và điểm Glasgow tốt hơn so với nhóm phân độ THA độ 2 trở lên ($p>0,05$). Cơ sở lý thuyết cũng như nghiên cứu thực tiễn lâm sàng đề cập đến mối liên quan giữa mức độ THA với mức độ nặng của bệnh trên lâm sàng theo thang điểm Glasgow hay NIHSS. Kết quả nghiên cứu của đã chúng tôi phần nào cho thấy được mối liên quan đó. Tuy nhiên là do thời gian nghiên cứu ngắn, cỡ mẫu chưa đủ lớn, phân bố mẫu chưa chuẩn nên mối liên quan đó chưa thực sự được bộc lộ rõ ràng. Vì vậy chúng tôi đề nghị mở rộng nghiên cứu với kích thước mẫu lớn, phân bố chuẩn để làm rõ mối liên quan này.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 115 bệnh nhân tai biến mạch máu não điều trị tại khoa Nội, bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế cho thấy: không có trường hợp nào thuộc nhóm mức độ nặng theo thang điểm NIHSS (16-42) và thang điểm Glasgow (< 9). Các chỉ số glucose và lipid chưa cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Thể nhồi máu não chiếm đa số (83,5%) và tổn thương 1 bán cầu chiếm ưu thế. Trong thể nhồi máu não, đa số là tổn thương 1 vị trí, thường gặp là động mạch não giữa. Trong thể xuất huyết não, xuất huyết trong não chiếm tỷ lệ cao nhất, trong đó xuất huyết ở các nhân xám trung ương, bao trong, đồi thị. Huyết áp lúc vào viện của nhóm nhồi máu não thấp hơn so với nhóm xuất huyết não ($p<0,05$). Nhóm huyết áp phân độ 2 trở lên có tỷ lệ biến chứng xuất huyết não, điểm Glasgow mức độ trung bình và điểm NIHSS mức độ trung bình cao hơn so với nhóm huyết áp phân độ 1. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, et al (2015), "Heart disease and stroke statistics 2015 update: a report from the American Heart Association" *Circulation*, 131(4), pp. e29-322.
2. World Health Organization (2016), *Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015*, Geneva.
3. Hoàng Khánh, Nguyễn Đình Toàn (2015), *Giáo trình nội thần kinh*, NXB Đại học Huế, Huế.
4. O'Donnell, M.J., et al (2016), "Global and regional

effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study", *The Lancet*, 388(10046), pp. 761-775.

5. Hội Tim Mạch học Việt Nam (2016), *Kết quả mới nhất điều tra tăng huyết áp toàn quốc năm 2015 – 2016*, Hội nghị Tăng huyết áp Việt Nam lần thứ 11.

6. Adrian J.Goldszmidt, Louis R.Caplan, Nguyễn Đạt Anh biên dịch (2012), *Cẩm nang xử trí tai biến mạch máu não*, NXB Y học, Hà Nội.

7. ACC/AHA (2013), "Guideline on the Treatment

of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults”, *Circulation*, pp. 1-84.

8. Phạm Thị Lệ Quyên (2010), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, điện tâm đồ ở bệnh nhân tai biến mạch máu não do tăng huyết áp nguyên phát*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chính quy, Trường Đại học Y Dược Huế, Huế.

9. Nguyễn Thị Nguyệt (2013), *Đối chiếu thang điểm đột quỵ của Allen với hình ảnh chụp não cắt lớp vi tính ở bệnh nhân tai biến mạch máu não*, Luận văn bác sĩ chính quy, Trường Đại học Y Dược Huế, Huế.

10. Lê Trần Thắng (2014), “Nhận xét đặc điểm lâm sàng và hình ảnh của nhồi máu não”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 18, số 3, tr 53-56.

11. Nguyễn Bá Thắng, Lê Văn Thành (2006), “Kiểm chứng giá trị thang điểm lâm sàng chẩn đoán phân biệt nhồi máu não và xuất huyết não trên lều”, *Y học thực hành thành*

phố Hồ Chí Minh, Chuyên đề thần kinh học số 1(7), 15.

12. Nguyễn Bá Thắng, Lê Văn Thành, Trần Ngọc Tài (2004), “Đề nghị thang điểm lâm sàng chẩn đoán phân biệt thiếu máu cục bộ não và xuất huyết não trên lều”, Hội nghị khoa học công nghệ tuổi trẻ các Trường Đại học Y Dược Việt Nam lần thứ 12, tr 239-247.

13. Nguyễn Thị Hùng (1999), *Góp phần nghiên cứu đặc điểm hình thái học và tiền lượng của nhồi máu não qua kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính*, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.

14. Nguyễn Duy Bách, Bùi Văn Vĩ, Dương Thanh Bình, Hoàng Minh Lợi, Lê Trọng Khoan (2009), “Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não ở bệnh nhân tai biến mạch máu não giai đoạn cấp tại bệnh viện hữu nghị Việt Nam - Cu Ba, Đồng Hới”, *Tạp chí khoa học*, Đại học Huế, số 52.