

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NHỒI MÁU NÃO ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ CƠ CỞ 2

Lê Trọng Chiếu¹, Phan Thị Thúy Nhiên¹, Hoàng Thị Thu Ngân¹,
Nguyễn Thị Hiền¹, Vương Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não. Tìm hiểu các yếu tố liên quan khởi phát bệnh nhồi máu não điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2.

Phương pháp nghiên cứu: Đề tài được tiến hành theo phương pháp hồi cứu và tiến cứu mô tả cắt ngang trong thời gian từ tháng 10/2016 đến tháng 9/2017.

Kết quả và bàn luận: Nghiên cứu 64 bệnh nhân nhồi máu não (NMN) giai đoạn cấp trong đó có bệnh xảy ra ở nhiều độ tuổi, nhiều nhất ở nhóm trên 70 tuổi là 58,7%; nam nữ tương đương nhau. Bệnh xảy ra quanh năm, nhiều nhất là tháng 11,12. Bệnh vào viện muộn sau 4,5 giờ là 76,57%. Bệnh xảy ra đột ngột chiếm 60,93%; liệt nửa người 78,12%; rối loạn ý thức 54,7%. Tổn thương 1 bán cầu 92,18%; tổn thương 1 ổ 85,93%. Tiền sử tăng huyết áp (THA) 79,68%, rối loạn lipid máu 46,87%.

Kết luận: Bệnh nhân nhập viện trước giờ vàng thấp. Yếu tố nguy cơ THA và rối loạn lipid máu là hay gặp nhất.

Từ khóa: nhồi máu não.

ABSTRACT

RESEARCH CLINICAL CHARACTERISTICS, SUBCLINICAL AND RELATED FACTORS IN CEREBRAL INFARCTION TREATMENT IN HUE CENTRAL HOSPITAL – BASE 2

Le Trong Chieu¹, Phan Thi Thuy Nien¹, Hoang Thi Thu Ngan¹,
Nguyen Thi Hien¹, Vuong Dung¹

Objectives: To describe the clinical and laboratory characteristics of patients with cerebral infarction. To understand the factors related to onset of cerebrovascular infiltration in Hue Central Hospital base 2.

Research methodology: The topic was conducted by retrospective and cross-sectional descriptive study from October 2016 to September 2017.

Results and discussion: A study of 64 patients with acute stage necrosis in which age-related disease occurred, the highest in the age group of 70 years was 58.7%; men and women are equal. The disease occurs throughout the year, most in November and December. Patients hospitalized after 4.5 hours were 76.57%. The disease occurred suddenly accounted for 60.93%; half people 78.12%; 54.7% consciousness disorder. 1 hemisphere injury 92.18%; lesion of 1, 85.93%. Prevalence of hypertension 79.68%, dyslipidemia 46.87%.

1. BVTW Huế cơ sở 2

- Ngày nhận bài (Received): 27/5/2018; Ngày phản biện (Revised): 11/6/2018;
- Ngày đăng bài (Accepted): 25/6/2018
- Người phản hồi (Corresponding author): Lê Trọng Chiếu
- Email: letrongchieu2007@yahoo.com; ĐT: 0918704573

Conclusion: Patients hospitalized before low golden hours. Risk factors for hypertension and dyslipidemia are most common.

Key word: cerebral infarction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não (NMN) là một thể của tai biến mạch máu não (TBMMN). TBMMN là sự xảy ra đột ngột các thiếu sót chức năng thần kinh, thường là khu trú hơn là lan tỏa, tồn tại trên 24 giờ hoặc gây tử vong trong vòng 24 giờ. TBMMN là vấn đề thời sự của ngành y tế trên toàn Thế giới, vì có tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong và tàn phế rất cao, ảnh hưởng nhiều đến kinh tế, tâm lý của gia đình và toàn xã hội [1].

Trên thế giới, NMN thường chiếm 80-90% tỷ lệ TBMMN ở các nước phát triển. Tỷ lệ NMN hiện mắc vào khoảng 1,3‰, tỷ lệ mắc mới là 22/100.000 người/năm. Tại Việt Nam, giai đoạn 2003-2012, tuổi trung bình NMN là $69,07 \pm 13,41$; tỷ lệ tử vong chung trong 3 ngày đầu của NMN 18,5%; vào viện với tình trạng hôn mê Glasgow ≤ 8 chiếm tỷ lệ 53,2% [2].

Mục tiêu nghiên cứu:

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm tuổi và giới

Bảng 1: Đặc điểm phân bố theo tuổi và giới tính

Giới	Nam	Nữ	Tổng cộng	%
Tuổi				
40-49	02	01	03	4,7
50-59	04	05	09	14,1
60-69	09	06	15	23,4
≥ 70	15	22	37	58,7
Tổng	30(46,87%)	34(53,12%)	64(100%)	100(100%)
Tuổi trung bình	$71,97 \pm 12,79$			

Tuổi là một yếu tố nguy cơ của NMN, vì tuổi cao thì tích lũy càng nhiều yếu tố nguy cơ, phù hợp với khuyến cáo của WHO và của nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước.

NMN xảy ra ở nhiều nhóm tuổi, trẻ nhất 44 tuổi, cao nhất 95 tuổi, tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu $71,97 \pm 12,79$; và tăng dần theo tuổi; nhóm

- Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não khi vào viện.

- Tìm hiểu các yếu tố liên quan khởi phát bệnh nhồi máu não.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 64 bệnh nhân được chẩn đoán NMN cấp với lâm sàng dựa vào tiêu chuẩn lâm sàng của Tổ chức Y tế thế giới (WHO 1989). Thời gian nghiên cứu từ tháng 10 năm 2016 đến hết tháng 9 năm 2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu và tiến cứu

- Đặc điểm nghiên cứu được thu thập theo mẫu bệnh án đã soạn thống nhất.

- Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

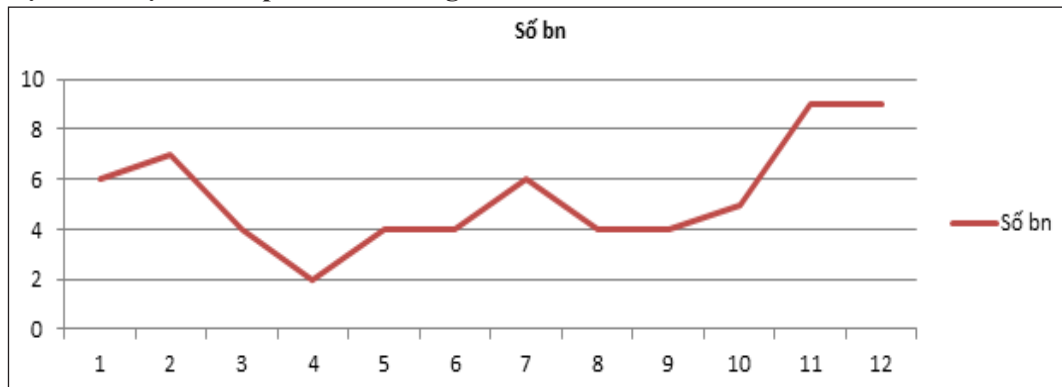
cao nhất là trên 70 tuổi chiếm tỷ lệ 58,7%; nữ mắc bệnh nhiều hơn nam, nam/nữ = 0,88. Phù hợp với Lê Thanh Đức [5] tuổi mắc đột quỵ trung bình là 71,2. Nguyễn Thị Bảo Liên [3] là 63,7 tuổi. Huỳnh Thị Phương Minh [6] là 68,8 tuổi và cũng cao hơn kết quả theo dõi 10 năm của tác giả Nguyễn Văn Thông [2] là 69,07 tuổi. Theo Hoàng Trọng Hanh

Bệnh viện Trung ương Huế

[7] là 68,14 tuổi. Theo Nguyễn Văn Thông [2] với tỷ lệ mắc NMN ở độ tuổi ≥ 70 là 51,6%. Nam mắc bệnh 46,87%, nữ mắc bệnh chiếm tỷ lệ 53,12%; tỷ lệ nam nữ gần tương đương. Lê Thanh Đức [5]

có 48,2% nam mắc bệnh và 51,8% bệnh nhân nữ. Huỳnh Thị Phương Minh [6], nữ chiếm 53,57% và nam chiếm 46,43% trên 140 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

3.2. Đặc điểm bệnh khởi phát theo tháng



Biểu đồ 1: Đặc điểm bệnh theo tháng

Bệnh xảy ra quanh năm, cao nhất tháng 11,12, chiếm tỷ lệ 14,06%. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của tác giả Trần Văn Tuấn ở Thái Nguyên (2007) là bệnh xảy ra quanh năm, nhiều nhất là tháng 11 chiếm tỷ lệ 15,5%.

3.3. Đặc điểm thời gian khởi phát đến lúc nhập viện

Bảng 2: Đặc điểm thời gian khởi phát đến lúc vào viện

Thời gian khởi phát	n	%
$\leq 4,5$ giờ	15	23,43
$>4,5$ giờ	49	76,57
Tổng	64	100

Theo kết quả có 23,43% bệnh nhân nhập viện trước 4,5 giờ, đây là khung giờ vàng để đưa vào các thang điểm đột quỵ và các chống chỉ định thuốc để có chỉ định thuốc tiêu sợi huyết nhằm tái tưới máu khu vực bị nhồi máu. So với kết quả của tác giả Lê Thanh Đức ở Vĩnh Long [5] nhóm bệnh nhân nhập viện trước 3 giờ là 25,9% và trước 4,5 giờ là 32,1%, thì nhóm nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Đây là khung giờ rất quan trọng có khả năng ảnh hưởng đến kết quả điều trị, đặc biệt là chỉ định tiêu sợi huyết.

3.4. Đặc điểm tính chất khởi phát

Bảng 3: Đặc điểm tính chất khởi phát

Tính chất khởi phát	n	%
Đột ngột	39	60,93
Từ từ	25	39,07
Tổng cộng	64	100

Có 60,93% bệnh khởi phát đột ngột, kết quả này thấp hơn đáng kể so với nhóm nghiên cứu Huỳnh Thị Phương Minh [6] là 89,3%. Theo Nhữ Đình Sơn[4] nghiên cứu bệnh nhân vào viện với bệnh cảnh NMN có hôn mê thì có tới 77,5% có khởi phát đột ngột và nặng ngay từ đầu. Khởi phát đột ngột là một đặc điểm của đột quỵ, nếu được phát hiện sớm và cấp cứu tại các trung tâm đột quỵ với đội ngũ chuyên nghiệp thì khả năng phục hồi là đáng kể vì “*trong đột quỵ thời gian là não*”.

3.5. Đặc điểm lâm sàng khi vào viện.

Bảng 4: Đặc điểm lâm sàng khi vào viện

Triệu chứng		n= 64	%
Đau đầu		34	53,12
Nôn mửa		27	41,18
Ý thức	GCS < 9	05	07,8
	GCS 9-12	30	46,9
	GCS > 12	29	45,3
	Trung bình	11,89 ± 2,13	
Liệt nửa người	Phải	28	43,75
	Trái	22	34,37
	Không liệt	14	21,87
Tăng huyết áp	Độ I	11	17,2
	Độ II	18	28,1
	Độ III	23	35,9

- Triệu chứng lâm sàng hay gặp là biểu hiện liệt nửa người chiếm 78,12%; triệu chứng này thường xuất hiện từ đầu hay từ từ nặng lên. Kết quả này phù hợp với Nhữ Đình Sơn[4] vào viện có liệt nửa người chiếm tỷ lệ 87,5% ; cao hơn kết quả của tác giả Lê Văn Sơn[8] nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai là 73,1% và cao hơn đáng kể so với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Bảo Liên [3] là 64,3%. Điều đáng chú ý là có 21,87% không có biểu hiện yếu liệt nhưng có tổn thương trên chụp cắt lớp vi tính sọ não, các trường hợp này thường do ổ nhồi máu nhỏ hay NMN vùng tiểu não, cầu não. Kết quả phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Văn Sơn[8] tại Bệnh viện Bạch Mai.

- Thang điểm Glasgow (GCS) có liên quan đến mức độ rối loạn ý thức, điểm Glasgow càng thấp thì rối loạn ý thức càng nặng. Rối loạn ý thức trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi GCS < 9 : 7,8% và GCS 9-12: 46,9% và GCS trung bình khi vào viện là 11,89. Kết quả nghiên cứu của nhóm chúng tôi cao hơn nhóm nghiên cứu của tác giả Hoàng Trọng Hanh là 10,12 [7] và cao hơn của tác giả Huỳnh Thị Phương Minh là 13,69 [6].

Khi thang điểm Glasgow < 9 là bệnh nhân có biểu hiện hôn mê, cần can thiệp thông khí nhân tạo để tránh các biến chứng, là biểu hiện nặng trong bệnh cảnh NMN. Kết quả của nhóm chúng tôi có GCS < 9 là 7,8%; thấp hơn đáng so với tác giả Nguyễn Thị Bảo Liên là 23,8%[3] và của tác giả Lê Văn Sơn là 26,1% [8].

- Tăng huyết áp là một trong các yếu tố nguy cơ hàng đầu của bệnh NMN, đặc biệt là tăng huyết áp không được kiểm soát và điều trị liên tục. Kết quả nghiên cứu của nhóm chúng tôi có tăng HA độ I: 17,2%; tăng HA độ II 28,1%; tăng HA độ III 35,9%; tổng số bệnh nhân có tăng huyết áp khi vào viện là 81,2%; kết quả này phù hợp với kết quả của Lê Văn Sơn là 84,9% bệnh nhân có tăng huyết áp khi vào viện [8] và cao hơn so với kết quả của Nguyễn Thị Bảo Liên là 64,3% [3]. Trong đó tăng huyết áp độ III của nhóm chúng tôi là 35,9% cao hơn kết quả của Lê Văn Sơn là 11,8% [8] và Nguyễn Thị Bảo Liên là 9,5% [3]. Tăng huyết áp trong đột quỵ NMN do bệnh lý tăng huyết áp và tăng huyết áp phản ứng trong bệnh cảnh NMN.

3.6. Đặc điểm rối loạn lipid máu khi vào viện

Bảng 5: Đặc điểm rối loạn lipid máu

Rối loạn lipid máu	n	%
Tăng cholesterol	21	32,81
Tăng triglycerid	9	14,06
Tăng CT + tăng TG	4	6,25

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 32,81% tăng cholesterol, 14,06% tăng triglycerid và tăng cả hai loại chiếm tỷ lệ 6,25%. Kết quả này có khác biệt so với một số tác giả; Nguyễn Thị Bảo Liên có 64,3% bệnh nhân có tăng Cholesterol [3] và tác giả Hoàng Trọng Hanh có 41,8% bệnh nhân NMN có tăng Cholesterol [7]. Lê Văn Sơn [8] có 28,6% bệnh nhân có tăng Cholesterol, thấp hơn không đáng kể so với kết quả của chúng tôi. Trong khi đó số bệnh nhân có tăng triglycerid

của nhóm chúng tôi thấp hơn đáng kể so với các tác giả Hoàng Trọng Hanh là 49% [7], tác giả Nguyễn Thị Bảo Liên là 69% tăng triglycerid [3], tác giả Lê Văn Sơn [8] có 24,2% bệnh nhân tăng triglycerid.

Rối loạn chuyển hóa lipid là yếu tố nguy cơ cao gây NMN, đã có nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước trong hơn 30 năm qua đã chỉ rõ rối loạn chuyển hóa lipid dẫn đến tăng tần số xơ vữa động mạch làm tăng nguy cơ NMN.

3.7. Đặc điểm rối loạn đường máu lúc vào viện

Bảng 6: Liên quan giữa tiền sử ĐTĐ và đường máu lúc vào viện

Tiền sử ĐTĐ	Đường máu lúc vào viện		Tổng cộng	Trung bình mmol/l	p
	≥ 7mmol/l	< 7mmol/l			
Có	7(87,5%)	1(12,5%)	8(12,5%)	13,35±5,8	<0,01
Không	25(44,64%)	31(55,35%)	56(87,5%)	7,02±1,7	
Tổng cộng	32(50%)	32(50%)	64(100%)	7,82±3,7	

Tăng đường máu lúc nhập viện là rất phổ biến ở giai đoạn cấp của NMN và được xem là một yếu tố tiên lượng. Tăng đường máu có thể do bệnh lý đái tháo đường hay tăng đường máu phản ứng trong NMN. Nghiên cứu của nhóm chúng tôi, đường máu trung bình lúc nhập viện là 7,82±3,7mmol/l; trong đó 50% bệnh nhân có đường máu ≥ 7mmol/l; đường máu của bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường ≥ 7mmol/l là 87,5%

và đường máu trung bình là 13,35±5,8mmol/l; cao hơn nhóm không có tiền sử đái tháo đường 7,02±1,7mmol/l; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Lê Văn Sơn [8] có 49,5% bệnh nhân NMN vào viện có đường máu ≥ 7mmol/l và 91,7% bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường có đường máu ≥ 7mmol/l lúc vào viện. Theo tác giả Hoàng Trọng Hanh [7] có 72,4% bệnh nhân có tăng đường lúc vào viện.

3.8. Đặc điểm tổn thương não trên hình ảnh học

Bảng 7: Đặc điểm tổn thương não trên chụp cắt lớp vi tính

Tổn thương nhu mô não	n	%
1 ổ	55	85,93
2 ổ	3	3,12
Bán cầu não P	22	34,37
Bán cầu não T	32	50,00

Động mạch tổn thương	ĐM não giữa	43	67,18
	Các ĐM khác	14	21,87
	Hệ sống-nền	6	9,37
	Nhiều ĐM chi phối	1	1,56

Chụp cắt lớp vi tính sọ não (CT sọ não) đang là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán NMN, ưu điểm của CT sọ não là tiện lợi, chính xác và nhanh chóng. Chỉ định chẩn đoán hình ảnh não kịp thời là rất quan trọng để đánh giá và chẩn đoán các bệnh nhân nghi ngờ đột quỵ thiếu máu não. Kết quả chụp não bao gồm kích thước, vị trí và phân phối mạch máu của nhồi máu, sự hiện diện của chảy máu kèm theo, mức độ nghiêm trọng của đột quỵ não thiếu máu cục bộ và có hay không sự hiện diện của tắc mạch máu lớn, ảnh hưởng đến quyết định điều trị trước mắt và lâu dài.

Kết quả nghiên cứu của nhóm chúng tôi có tổn thương một ổ chiếm tỷ lệ cao nhất 85,93%; tổn thương bán cầu chiếm tỷ lệ 84,37%. Tương đương với kết quả của Nguyễn Thị Bảo Liên [3] là 83,3% bệnh nhân có tổn thương 1 ổ. Khác xa với các tác giả khác như tổn thương một ổ chiếm 46,4% của Huỳnh Thị Phương Minh [6] và của tác giả Nhữ Đình Sơn [4] có 55% tỷ lệ tổn thương não một ổ ở nhóm bệnh nhân NMN có hôn mê. Có 84,37% tổn

thương một bán cầu, tổn thương 2 bán cầu chiếm tỷ lệ thấp 4,68% và tổn thương vùng thân não và tiểu não chiếm tỷ lệ 10,93%. Kết quả của nhóm chúng tôi có khác so với các tác giả Nguyễn Thị Bảo Liên [3] có tổn thương một bán cầu chiếm tỷ lệ 71,4% và tổn thương 2 bán cầu là 28,6%. Trong khi đó bệnh nhân hôn mê do NMN có tổn thương bán cầu là 75%, tổn thương thân não và tiểu não 25% [4].

Vị trí tổn thương do động mạch chi phối là yếu tố hết sức quan trọng trong tiên lượng. Mức độ nghiêm trọng lâm sàng của đột quỵ liên quan đến động mạch chi phối và kích thước của tổn thương. Kết quả cho thấy tổn thương vùng động mạch não giữa chiếm 67,18%; các động mạch khác chiếm 31,24% và kết hợp nhiều động mạch chi phối 1,56%.

Hoàng Trọng Hanh [7] nghiên cứu trên 98 bệnh nhân cho thấy tổn thương vùng động mạch não giữa chiếm 77,6%. Huỳnh Thị Phương Minh [6] nghiên cứu 140 bệnh nhân NMN có vị trí tổn thương vùng động mạch não giữa là 80%.

3.9. Tiền sử bệnh trước lúc vào viện

Bảng 8: Đặc điểm tiền sử bệnh trước lúc vào viện.

Tiền sử bệnh	n=64	%
Tăng huyết áp	51	79,68
Đái tháo đường	8	12,5
TBMMN	13	20,31
Rối loạn lipid máu	30	46,87
Rung nhĩ	12	18,75

- Tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ độc lập quan trọng nhất của đột quỵ thiếu máu não và chảy máu não. Tăng huyết áp mạn tính làm tăng sinh tế bào cơ trơn, dày lớp áo giữa, gây hậu quả xấu tới tình trạng huyết động làm tiền đề cho sự kiện thiếu máu ở đoạn động mạch ngoại vi ổ tắc, tạo huyết khối tắc mạch dễ gây ra NMN. Tăng huyết áp còn thúc đẩy quá trình xơ vữa động mạch, các mảng xơ

vữa từ quai động mạch chủ và từ động mạch cảnh di trú theo dòng máu lên não gây tắc các động mạch não. Tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ đột quỵ não độc lập rất mạnh.

Kết quả có 79,68% bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp. Kết quả này tương đương với kết quả của Huỳnh Thị Phương Minh [6] là 78,6% có tiền sử tăng huyết áp. Theo tác giả Lê Văn Sơn[8] tăng

Bệnh viện Trung ương Huế

huyết áp là yếu tố nguy cơ hàng đầu của NMN, có 72,3% bệnh nhân NMN có tiền sử tăng huyết áp. Theo Nguyễn Văn Thông [2] trong số bệnh nhân tử vong do NMN có 74,2% có tiền sử tăng huyết áp.

- Ngày nay bằng các phương pháp khảo sát mạch máu qua siêu âm, chụp động mạch đã cho thấy mối liên quan đến tăng nồng độ lipid máu với xơ vữa động mạch là một trong những nguyên nhân hàng đầu của NMN. Kết quả có 46,8% có rối loạn lipid máu, thấp hơn so với kết quả của Huỳnh Thị Phương Minh [6] là 80%. Tương đương với các tác giả Nguyễn Thị Bảo Liên [3] có rối loạn lipid máu là 42,85% và của tác giả Lê Văn Sơn [8] là 59,3%.

- Tiền sử đột quỵ là một trong các yếu tố nguy cơ có thể gây đột quỵ não tái phát và khả năng tái phát sớm trong các thời gian đầu sau đột quỵ. Kết quả nghiên cứu chúng tôi có 20,31% có tiền sử đột quỵ não. Kết quả của nhóm chúng tôi tương đương với Huỳnh Thị Phương Minh [6] có tiền sử đột quỵ cũ là 19,3%; thấp hơn kết quả của tác giả Lê Văn Sơn [8] là 31,9%; và cao hơn tác giả Nguyễn Thị Bảo Liên [3] là 9,52%.

- Tắc mạch máu não là một quá trình bệnh lý, trong đó cục tắc được phát tán từ nơi khác di chuyển theo dòng máu tới và cư trú tại một vị trí của động mạch não có đường kính nhỏ hơn đường kính của nó và làm mất tưới máu vùng não do động mạch đó phân bố.

Cục tắc mạch máu có thể có thành phần, độ lớn và nguồn gốc khác nhau. Cục tắc từ hệ tim mạch tới mạch não trong bệnh tim mắc phải như hẹp hai lá, rung nhĩ, loạn nhịp, viêm nội tâm mạc...

Kết quả của nhóm chúng tôi có biểu hiện rung nhĩ là 18,75% trên điện tim. Thấp hơn so với kết quả của Nguyễn Thị Bảo Liên [3] là 23,8%.

- Đái tháo đường (ĐTĐ) đã được công nhận là một yếu tố nguy cơ độc lập gây xơ vữa động mạch nói chung trong đó có mạch máu não. Có 12,5% bệnh nhân có tiền sử ĐTĐ, tương đương kết quả Huỳnh Thị Phương Minh [6] là 13,6%; thấp hơn tác giả Nguyễn Thị Bảo Liên [3] là 21,42% và cũng thấp hơn tác giả Lê Văn Sơn [8] là 20,2%.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 64 bệnh nhân NMN giai đoạn cấp tại Khoa HSTC BVTW Huế cơ sở 2, chúng tôi rút ra các kết luận sau: bệnh xảy ra ở nhiều độ tuổi khác nhau, nhiều nhất ở nhóm trên 70 tuổi là 58,7%; nam nữ tương đương nhau. Bệnh xảy ra quanh năm, nhiều nhất là tháng 11,12. Bệnh vào viện muộn sau 4,5 giờ là 76,57%. Bệnh xảy ra đột ngột chiếm 60,93%; liệt nửa người 78,12%; rối loạn ý thức 54,7%. Tồn thương 1 bán cầu 92,18%; tổn thương 1 ổ 85,93%. Tiền sử THA 79,68%, rối loạn lipid máu 46,87%.

V. KIẾN NGHỊ

- Tăng cường công tác truyền thông để người dân biết và hiểu rõ các triệu chứng cơ bản của nhồi máu não để khi xảy ra các triệu chứng nghi ngờ bệnh tật thì đến sớm cơ sở y tế chuyên khoa để được chẩn đoán xác định và can thiệp sớm.

- Tăng huyết áp và rối loạn lipid máu là 2 yếu tố nguy cơ hay gặp và có thể can thiệp được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đột quỵ não (2013), Nguyễn Minh Hiện, Nhà Xuất bản Y học, tr:11.
2. Nguyễn văn Thông, Đinh Thị Hải Hà, Nguyễn Hồng Quân, Dương Chí Chung (2013), “*Tình hình tử vong trong 10 năm (2003-2012) tại Trung tâm Đột quỵ- Bệnh viện TƯQĐ 108*”. www.hoithankinhvietnam.com.vn.
3. Nguyễn Thị Bảo Liên (2013), “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của bệnh nhồi máu não*”, Y Học thực hành(870)-số 5/2013, tr. 62-5.
4. Nhữ Đình Sơn (2015), “*Nhận xét một số triệu chứng lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ở bệnh nhân hôn mê do nhồi máu não*”, Tạp chí Thần Kinh học số 4-5(2016).
5. Lê Thanh Đức, Lê Công Luận, Nguyễn Thị

- Tuyết Minh (2015), “*Nghiên cứu đặc điểm, tần suất yếu tố nguy cơ tai biến mạch máu não tại khoa Nội Tim Mạch- Lão Khoa BVĐK Vĩnh Long*”, Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học Bệnh viện đa khoa Vĩnh Long.
6. Huỳnh Thị Phương Minh (2015), “*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhồi máu não cấp tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang*”, www.hoithankinhvietnam.com.vn.
7. Hoàng Trọng Hanh (2015), “*Nghiên cứu nồng độ protein S100B và NSE huyết thanh ở bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn cấp tại Bệnh viện Trung ương Huế*”, Luận văn Tiến sĩ Y học Đại học Y dược Huế.
8. Lê Văn Sơn (2009), “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị nhồi máu não tại Khoa cấp cứu và điều trị tích cực Bệnh viện Bạch Mai*”, www.hoithankinhvietnam.com.vn.