

NGHIÊN CỨU THỜI GIAN KHỞI PHÁT ĐẾN NHẬP VIỆN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP TẠI CÁC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TUYẾN TỈNH, TỈNH LÂM ĐỒNG, VIỆT NAM

Đặng Thị Anh Thu¹, Nguyễn Kỳ Sơn²

¹Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y - Dược, Đại học Huế, Việt Nam

²Khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lâm Đồng, Việt Nam

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát thời gian khởi phát đến khi nhập viện cho bệnh nhân (BN) nhồi máu não cấp tính, xác định tỷ lệ nhập viện muộn (NVM) và tìm yếu tố liên quan đến NVM.

Đối tượng, Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang tại Bệnh viện Đa khoa Lâm Đồng, Lâm Đồng II với 253 BN và người thân được chẩn đoán nhồi máu não cấp tính từ 7/2022 đến 4/2023.

Kết quả: Thời gian khởi phát-nhập viện trung bình là 5,6 giờ (IQR 3,3 - 13,0), ngắn nhất là 0,4 và dài nhất là 176 giờ. 47,4% BN NVM hơn 6 giờ. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy yếu tố liên quan đến khả năng NVM: Trình độ học vấn dưới THPT (OR = 3,4, 95% CI: 1,5 - 8,1; $p < 0,05$); khởi phát mà không có triệu chứng yếu chi (OR = 3,6, 95% CI: 1,6 - 8,4; $p < 0,05$); khởi phát mà không có triệu chứng rối loạn nhận thức (OR = 3,0, 95% CI: 1,1 - 8,4; $p < 0,05$); không tìm kiếm sự giúp đỡ trong giờ đầu tiên (OR = 22,9, 95% CI: 8,3 - 63,2; $p < 0,001$); khởi phát các triệu chứng trong khi ngủ (OR = 3,8, 95% CI: 1,3 - 10,0; $p < 0,05$).

Kết luận: 50% BN nhập viện sau 6 giờ từ khi khởi phát triệu chứng. Ngành y tế cần tăng cường phổ biến kiến thức về các triệu chứng của đột quỵ và cần thiết phải nhập viện ngay lập tức đối với nhồi máu não cấp.

Từ khóa: Nhồi máu não; Nhập viện; thời gian khởi phát - nhập viện; Đột quỵ; Việt Nam.

ABSTRACT

STUDY ON THE ONSET-TO-ADMISSION TIME AND ASSOCIATED FACTORS IN ACUTE CEREBRAL INFARCTION PATIENTS AT PROVINCIAL GENERAL HOSPITALS IN LAM DONG, VIET NAM

Dang Thi Anh Thu¹, Nguyen Ky Son²

Objectives: This study aimed to examine the onset-to-admission time for patients with acute cerebral infarction, determine the rate of late hospital admissions, and to explore factors associated with late hospitalization in the study subjects.

Methods: A cross-sectional survey was conducted at Lam Dong General Hospital and Lam Dong II Hospital involving 253 patients and their family members diagnosed with acute cerebral infarction from July 2022 to April 2023.

Results: The median onset-to-hospitalization time was 5.6 hours (IQR: 3.3 - 13.0), ranging from a minimum of 0.4 hours and to a maximum 176 hours. Overall, 47.4% of patients were admitted to the hospital more than 6 hours after symptom onset. Multivariate logistic regression analysis revealed several factors significantly associated with delayed hospitalization ($p < 0.05$), including: Education level below high school (OR = 3.4, 95% CI: 1.5 - 8.1; $p < 0.05$); onset without limb weakness symptoms (OR = 3.6, 95% CI: 1.6 - 8.4; $p < 0.05$); onset without perception disorder symptoms (OR = 3.0, 95% CI: 1.1 - 8.4; $p < 0.05$); failure to seek help within the first hour (OR = 22.9, 95% CI: 8.3 - 63.2; $p < 0.001$); and symptom onset during sleep (OR = 3.8, 95% CI: 1.3 - 10.0; $p < 0.05$).

Ngày nhận bài: 28/3/2025. Ngày chỉnh sửa: 17/4/2025. Chấp thuận đăng: 20/5/2025

Tác giả liên hệ: Đặng Thị Anh Thu. Email: dtathu@huemed-univ.edu.vn. ĐT: 0914481212

Conclusions: Nearly half of the patients were admitted to the hospital more than 6 hours after symptom onset. These findings highlight the need for public health initiatives to raise community awareness about stroke symptoms and the urgency of seeking immediate medical care, particularly for acute cerebral infarction.

Keywords: Cerebral infarction; Hospitalization; The onset-to-admission time; Stroke; Vietnam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là một tình trạng phổ biến và là một trường hợp khẩn cấp về thần kinh có thể đe dọa tính mạng, cần được khám và điều trị kịp thời. Đây cũng là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây ra khuyết tật, ảnh hưởng đến khả năng làm việc và tạo gánh nặng kinh tế, tâm lý cho bệnh nhân, gia đình và xã hội. Trên Thế giới, khoảng 16,9 triệu người bị đột quỵ mỗi năm, tương ứng với tỷ lệ mắc bệnh toàn cầu là 258 trên 100.000 người mỗi năm [1].

Điều trị nhồi máu não cấp tính đã phát triển đáng kể trong ba thập kỷ qua, bao gồm điều trị trong các đơn vị đột quỵ với tiêu huyết khối tĩnh mạch trong vòng 4,5 giờ và/hoặc cắt huyết khối nội động mạch trong vòng 6 giờ. “Thời gian là não” đã trở thành tín ngưỡng toàn cầu để điều trị nhồi máu não cấp tính, và hầu như tất cả các kết quả đều phụ thuộc nhiều vào thời gian nhập viện để điều trị. Nhiều nghiên cứu trên Thế giới, bao gồm cả ở Việt Nam, đã chỉ ra rằng những bệnh nhân bị nhồi máu não cấp tính được nhập viện sớm và được điều trị tái thông có kết quả tốt hơn, với hiệu quả và an toàn cao hơn, tỷ lệ tử vong và tàn tật thấp hơn so với những người không được can thiệp [2]. Tuy nhiên, các nghiên cứu trong nước báo cáo rằng tỷ lệ nhập viện sớm đối với bệnh nhân nhồi máu não vẫn khá hạn chế [3, 4].

Do đó, để tìm hiểu các yếu tố liên quan và cải thiện thời gian nhập viện muộn sau nhồi máu não cấp tính, chúng tôi đã thực hiện một nghiên cứu có tiêu đề: “Nghiên cứu thời gian khởi phát đến nhập viện và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhồi máu não cấp tại một số bệnh viện ở Tây Nguyên Việt Nam”. Với mục tiêu điều tra thời gian khởi phát đến khi nhập viện cho bệnh nhân nhồi máu não cấp tại các bệnh viện ở vùng Tây Nguyên Việt Nam và xác định tỷ lệ nhập viện muộn; và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến việc nhập viện chậm trễ tại địa bàn nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu và người tham gia

Một nghiên cứu cắt ngang đã được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Lâm Đồng và Bệnh viện Lâm

Đồng II. Chọn mẫu thuận tiện là toàn bộ 253 bệnh nhân và người chăm sóc được chẩn đoán bị nhồi máu não cấp tính từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 4 năm 2023.

2.2. Thu thập và đo lường dữ liệu

Sử dụng bảng câu hỏi đã chuẩn bị sẵn để phỏng vấn bệnh nhân hoặc người thân/người chăm sóc của họ về các đặc điểm, bao gồm các đặc điểm chung, đặc điểm nhập viện của bệnh nhân, tiền sử đột quỵ cá nhân và gia đình, và một số đặc điểm liên quan đến lối sống như sử dụng rượu và thuốc lá, v.v.

Kiến thức về đột quỵ được đánh giá thông qua 6 khía cạnh khác nhau, bao gồm hiểu biết chính xác về các triệu chứng nhồi máu não của bệnh nhân hoặc các thành viên trong gia đình của họ, các yếu tố nguy cơ, nguyên nhân, tiên tri, giờ vàng, sơ cứu và phương tiện di chuyển. Mỗi câu/khía cạnh đúng được 1 điểm và tổng điểm là 6. Đánh giá “Đạt”: khi tổng điểm số $\geq 50\%$, “Không đạt”: khi tổng điểm số $< 50\%$.

Thông tin về tình trạng bệnh lý và một số chỉ số cận lâm sàng như huyết áp, lượng đường trong máu, bệnh động mạch vành, rung nhĩ, rối loạn lipid, được trích xuất từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân. Lựa chọn điểm cắt 6 giờ để đánh giá tình trạng nhập viện, trong đó “Nhập viện sớm”: là thời gian khởi phát - nhập viện nằm trong cửa sổ điều trị tái thông mạch máu não ≤ 6 giờ và “Nhập viện muộn”: là thời gian khởi phát - nhập viện > 6 giờ.

2.3. Phân tích thống kê

Thống kê mô tả, bao gồm tần số, tỷ lệ phần trăm, trung bình và độ lệch chuẩn, được tính toán cho tất cả dữ liệu. Mô hình hồi quy logistic đa biến đã được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến nhập viện muộn, lựa chọn các biến có $p < 0,05$ trong mô hình đơn biến để đưa vào mô hình đa biến. Mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ đã được đặt để xác định ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này đã được Hội đồng Y đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế, Việt Nam xem xét và phê duyệt (Số H2022/357).

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của người tham gia

Bảng 1 cho thấy độ tuổi trung bình của những người tham gia nghiên cứu là $67,9 \pm 13,5$ tuổi; tuổi trẻ nhất là 30 và người lớn tuổi nhất là 100. Nhóm tuổi 60 - 79 có tỷ lệ cao nhất (52,2%). Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới với 54,9%. 64% số

người tham gia có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống. Tỷ lệ hộ nghèo và cận nghèo là 7,5%. Các yếu tố nguy cơ tim mạch phổ biến nhất là tăng huyết áp (81,0%), tiếp theo là các bệnh đi kèm khác như đái tháo đường (26,9%) và rối loạn lipid máu (15,8%). 21,3% bệnh nhân có tiền sử đột quỵ trước đó và 19,4% có tiền sử gia đình bị đột quỵ.

Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng tham gia (n = 253)

	Biến số	n (%)
Tuổi	< 60	66 (26,1)
	60 - 79	132 (52,2)
	≥ 80	55 (21,7)
	Trung bình $\pm$ SD	$67,9 \pm 13,5$
	Nhỏ nhất - Lớn nhất	30 - 100
Giới tính	Nữ	114 (45,1)
	Nam	139 (54,9)
Trình độ học vấn	Trung học cơ sở trở xuống	162 (64,0)
	Trung học phổ thông trở lên	91 (36,0)
Tình trạng kinh tế	Cận nghèo/ngèo	19 (7,5)
	Không cận nghèo/ngèo	234 (92,5)
Yếu tố nguy cơ tim mạch	Tăng huyết áp	205 (81,0)
	Tiểu đường	68 (26,9)
	Rối loạn lipid máu	40 (15,8)
	Tiền sử cá nhân bị đột quỵ	54 (21,3)
	Tiền sử gia đình bị đột quỵ	49 (19,4)

Các triệu chứng khởi phát đầu tiên là yếu chi (45,8%), rối loạn ngôn ngữ (35,2%) và đau đầu (26,1%), các triệu chứng khác xuất hiện với tỷ lệ thấp hơn. Hầu hết các trường hợp khởi phát bệnh xảy ra khi bệnh nhân tỉnh táo (63,6%). Trong nhóm nghiên cứu, có đến 75,1% không nhận ra các triệu chứng của nhồi máu não khi bắt đầu. Ngoài ra, 33,6% đối tượng không tìm kiếm sự giúp đỡ từ người khác và 46,6% không phải nhập viện ngay lập tức, chủ yếu là vì họ nghĩ rằng các triệu chứng sẽ thoái lui (40,7%). Kết quả chi tiết được trình bày trong Bảng 2. Thời gian khởi phát - nhập viện và tỷ lệ nhập viện muộn của bệnh nhân nhồi máu não cấp vào viện tại các bệnh viện tuyến tỉnh, tỉnh Lâm Đồng.

Bảng 2: Triệu chứng đầu tiên ở bệnh nhân nhập viện muộn và các trường hợp phát hiện bệnh (n = 253)

Đặc điểm		n (%)
Đặc điểm rối loạn	Tri giác	51 (20,2)
	Cảm giác	37 (14,6)
	Ngôn ngữ	89 (35,2)
	Yếu chi	116 (45,8)
	Liệt mặt	64 (25,3)
	Chứng nhức đầu	66 (26,1)
	Khác	30 (11,9)
Hoàn cảnh khởi phát	Trong khi ngủ	32 (12,6)
	Khi thức dậy	60 (23,7)
	Khi tỉnh táo	161 (63,6)
Nhận biết các triệu chứng nhồi máu não khi khởi phát	Có	63 (24,9)
	Không	190 (75,1)
Tìm kiếm sự giúp đỡ trong giờ đầu tiên	Có	168 (66,4)
	Không	85 (33,6)
Lý do không nhập viện ngay lập tức (n=121)	Không biết	47 (39,8)
	Các triệu chứng suy nghĩ sẽ thoái lui	48 (40,7)
	Không thể gọi trợ giúp	3 (2,5)
	Sử dụng các phương pháp truyền thống	8 (6,8)
	Cần sắp xếp các công việc gia đình	10 (8,5)
	Khác	2 (1,7)

Kết quả trong Bảng 3 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nhập viện trong vòng 6 giờ là 52,6%; trong vòng 4,5 giờ là 41,1%; và trong vòng 3 giờ là 23,3%. Tỷ lệ nhập viện muộn, được định nghĩa là nhập viện quá 6 giờ, là 47,4%.

Bảng 3: Thời gian nhập viện của đối tượng nghiên cứu (n = 253)

Thời gian nhập viện	n (%)
Trong vòng 6 giờ	133 (52,6)
Trong vòng 4,5 giờ	104 (41,1)
Trong vòng 3 giờ	59 (23,3)
Trung bình (IQR) (giờ)	5.6 (3,3 -13,0)
Tối thiểu - Tối đa (giờ)	0,4 - 176

3.2. Các yếu tố liên quan đến nhập viện muộn của bệnh nhân nhồi máu não cấp

Kết quả trong Bảng 4 cho thấy các yếu tố có khả năng làm tăng tỷ lệ nhập viện muộn ở các đối tượng nghiên cứu ($p < 0,05$) bao gồm: trình độ học vấn dưới trung học phổ thông (OR = 3,4, 95% CI: 1,5 - 8,1;

Nghiên cứu thời gian khởi phát đến nhập viện và các yếu tố liên quan...

$p < 0,05$); không có các triệu chứng liệt chi khi khởi phát (OR = 3,6, 95% CI: 1,6 - 8,4; $p < 0,05$); không có các triệu chứng suy giảm nhận thức khi khởi phát (OR = 3,0, 95% CI: 1,1 - 8,4; $p < 0,05$); không tìm kiếm sự giúp đỡ trong giờ đầu tiên (OR = 22,9, 95% CI: 8,3 - 63,2; $p < 0,001$); và khởi phát triệu chứng trong khi ngủ (OR = 3,8, 95% CI: 1,3 - 10,0; $p < 0,05$).

Bảng 4: Phân tích hồi quy đa biến của các yếu tố liên quan đến nhập viện muộn

Yếu tố	OR (95% CI)	Giá trị p
Trình độ học vấn		
Trung học cơ sở trở lên	1	0,004
Dưới trung học cơ sở	3,4 (1,5 - 8,1)	
Khởi phát với các triệu chứng yếu chi		
Có	1	0,003
Không	3,6 (1,6 - 8,4)	
Khởi phát với các triệu chứng nhận thức thay đổi		
Có	1	0,036
Không	3,0 (1,1 - 8,4)	
Tìm kiếm sự giúp đỡ trong vòng một giờ đầu tiên		
Có	1	< 0,001
Không	22,9 (8,3 - 63,2)	
Hoàn cảnh khởi phát		
Khi thức dậy/khi thức	1	0,015
Trong khi ngủ	3,8 (1,3 - 10,0)	

Các biến có trong mô hình hồi quy bao gồm tất cả các yếu tố được phát hiện có liên quan đến nhập viện muộn trong phân tích đơn biến (trình độ học vấn, khởi phát với các triệu chứng yếu chi, rối loạn nhận thức, liệt mặt, nhức đầu, người xác định bệnh, hoàn cảnh khởi phát, nhận biết các triệu chứng ban đầu, tìm kiếm sự giúp đỡ trong giờ đầu tiên, nhập viện ngay, khoảng cách từ địa điểm khởi phát đến bệnh viện, kiến thức của các thành viên trong gia đình về đột quỵ do thiếu máu cục bộ).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, để đánh giá nhập viện sớm so với nhập viện muộn, chúng tôi đã sử dụng mốc 6 giờ, dựa trên khả năng điều trị tại các địa điểm nghiên cứu và các khuyến nghị của các mối liên hệ đột quỵ, trong đó chỉ định 6 giờ là thời gian quan trọng để sử dụng thuốc tiêu huyết khối và can thiệp nội mạch cho bệnh nhân nhồi máu não. Chúng tôi phát hiện ra rằng 47,4% bệnh nhân nhập viện muộn, quá 6 giờ. Kết quả này phù hợp với kết quả của Lê Trần Vinh (2017), với tỷ lệ 47,0% [5] và Nguyễn Đức Phúc (2021), báo cáo 35,7% [6]. Tương tự, các nghiên cứu của Bia Jiang (2016)

[7] và Tanzer Korkmaz [8] tỷ lệ tìm thấy lần lượt là 49,6% và 41,9%. Tuy nhiên, tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả của Phạm Hữu Hiền (2022) ở mức 62,1% [9], Haiqiang Jin ở mức 63,0% [10] và Ryu Matsuo ở mức 63,9% [11]. Sự khác biệt về thời gian nhập viện và tỷ lệ nhập viện muộn giữa các nghiên cứu có thể phụ thuộc vào các yếu tố như thiết kế nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu, cỡ mẫu và sự khác biệt về địa lý, cũng như tình trạng kinh tế xã hội và cơ sở hạ tầng chăm sóc sức khỏe của khu vực và quốc gia.

Kết quả từ phân tích hồi quy logistic đa biến chỉ ra rằng một số yếu tố có liên quan đáng kể đến việc

tăng khả năng nhập viện muộn ($p < 0,05$). Những yếu tố này bao gồm: có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông, không có các triệu chứng yếu chi, không có các triệu chứng suy giảm nhận thức khi khởi phát; không tìm kiếm sự giúp đỡ trong giờ đầu tiên; và khởi phát triệu chứng trong khi ngủ. Cụ thể:

Về trình độ học vấn, bệnh nhân có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông có nguy cơ nhập viện muộn cao gấp 3,4 lần (95% CI: 1,5 - 8,1; $p < 0,05$) so với những người có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên. Phát hiện này phù hợp với nghiên cứu của Lê Trần Vinh, cũng báo cáo kết quả tương tự [5]. Nguyễn Thanh Trung cũng nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhập học sớm so với muộn giữa các cấp học khác nhau ($p < 0,05$), trong đó bệnh nhân mù chữ có tỷ lệ nhập viện muộn cao (85,0%), trong khi những người có trình độ sau trung học có tỷ lệ thấp hơn là 40,0% [12]. Ngoài ra, nghiên cứu của Asharf trên 264 bệnh nhân đột quỵ cấp, sử dụng mốc thời gian 4 giờ, cho thấy những bệnh nhân có trình độ học vấn cao hơn có tỷ lệ nhập viện sớm cao hơn so với những người có trình độ học vấn thấp hơn ($p < 0,05$) [13].

Bên cạnh đó, tìm thấy mối liên hệ đáng kể giữa trình độ học vấn và thời gian nhập viện. Nguyễn Thị Trà Giang, khi phân tích thời gian nhập viện trung bình của ba nhóm bệnh nhân ở các nhóm trình độ học vấn khác nhau, không quan sát thấy bất kỳ sự khác biệt đáng kể nào [3]. Tương tự, Nguyễn Đức Phúc đã báo cáo kết quả tương tự [6]. Một nghiên cứu khác của Kashif Waqar Faiz cho thấy không có sự khác biệt về thời gian nhập viện trung bình giữa những bệnh nhân có trình độ học vấn trung học trở lên và những người có trình độ học vấn thấp hơn [14]. Ngoài ra, các nghiên cứu về bệnh nhân đột quỵ của Haiqiang Jin [10] và Elena Onana Terecoasa [15] cũng không tìm thấy một mối liên hệ đáng kể. Trình độ học vấn có thể ảnh hưởng đến các khía cạnh khác nhau của bệnh lý nhồi máu não, chẳng hạn như sự hiểu biết, khả năng nhận thức và tuân thủ điều trị. Tuy nhiên, thông tin về bệnh lý có thể được cung cấp bởi nhiều nguồn khác nhau, thông qua các phương tiện thông tin đại chúng, những người xung quanh... Do đó, tùy thuộc vào thiết kế nghiên cứu, kết quả giữa các nghiên cứu có thể khác nhau.

Về yếu tố khởi phát triệu chứng đầu tiên, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những bệnh nhân có

triệu chứng không bao gồm yếu chi hoặc thay đổi nhận thức có khả năng nhập viện chậm cao hơn so với những người có các triệu chứng này ($tr < 0,05$). Tuy nhiên, Nguyễn Thị Trà Giang quan sát thấy bệnh nhân không có triệu chứng đau đầu có tỷ lệ nhập viện chậm thấp hơn ($p = 0,016$) [3]. Tomoko Yanagida phát hiện ra rằng những bệnh nhân có biểu hiện thay đổi ý thức, rối loạn ngôn ngữ, đau đầu hoặc buồn nôn / nôn mửa được nhập viện sớm hơn so với những người không có các triệu chứng này ($p < 0,05$). Ngược lại, các triệu chứng như rối loạn cảm giác và chóng mặt có liên quan đến việc nhập viện chậm ($p < 0,05$) [16]. Elena Onana Terecoasa báo cáo tỷ lệ nhập viện muộn cao hơn ở những bệnh nhân có biểu hiện thất điều và không có các triệu chứng như rối loạn thị giác, yếu chi, liệt mặt, rối loạn ngôn ngữ và rối loạn cảm giác. [15].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hai phần ba bệnh nhân hoặc người thân của họ đã tìm kiếm sự giúp đỡ trong vòng một giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng, với tỷ lệ nhập viện muộn là 25,6% ở nhóm này, so với 90,6% ở những người không tìm kiếm sự giúp đỡ trong giờ đầu tiên. Phân tích đa biến cũng chỉ ra rằng những bệnh nhân không tìm kiếm sự giúp đỡ trong giờ đầu tiên có khả năng nhập viện chậm cao hơn 22,9 lần (95% CI: 8,3 - 63,2; $p < 0,05$) so với những người tìm kiếm sự giúp đỡ trong giờ đầu tiên. Nghiên cứu của Lê Trần Vinh cũng báo cáo rằng những bệnh nhân không có hành động nào trong vòng một giờ sau khi khởi phát đột quỵ có thời gian nhập viện lâu hơn so với những người liên hệ với gia đình, bệnh viện hoặc bác sĩ của họ [5]. Các nghiên cứu trên Thế giới khác cũng cho thấy mối tương quan giữa việc tìm kiếm sự giúp đỡ và nhập viện kịp thời với tỷ lệ nhập viện chậm giảm [13, 17]. Nghiên cứu của Revathi, sử dụng mốc 4,5 giờ, phát hiện ra rằng những bệnh nhân có các hoạt động như cầu nguyện để giảm triệu chứng, chờ đợi để sắp xếp tài chính hoặc do dự do khoảng cách xa đến bệnh viện có liên quan đến việc nhập viện chậm trễ [18].

Về bối cảnh khởi phát, nhóm bệnh nhân khởi phát triệu chứng trong khi ngủ có khả năng nhập viện muộn cao gấp 3,8 lần (95% CI: 1,3 - 10,0; $p < 0,05$) so với nhóm khởi phát triệu chứng khi thức/khi thức dậy. Sự khởi phát của các triệu chứng trong khi ngủ có nghĩa là bệnh nhân hoặc người chăm sóc có thể không nhận ra các dấu hiệu của đột quỵ cho

đến khi họ thức dậy và có thể không tìm kiếm sự giúp đỡ từ người chăm sóc hoặc người thân. Do đó, đây được xem là một trong những yếu tố làm chậm thời gian người bệnh đến cơ sở y tế, dẫn đến tăng tỷ lệ tử vong hoặc di chứng nặng hơn ở các nhóm bệnh nhân này.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng thời gian nhập viện trung bình là 5,6 giờ (IQR 3,3 - 13,0); nhập viện sớm nhất là trong vòng 0,4 giờ và muộn nhất là 176 giờ. Gần 50% bệnh nhân nhập viện muộn, sau 6 giờ kể từ khi khởi phát bệnh. Do đó, điều quan trọng là phải nâng cao nhận thức và giáo dục cộng đồng về nhận biết sớm các triệu chứng đột quỵ. Bệnh nhân nên tìm kiếm sự giúp đỡ và gọi dịch vụ cấp cứu ngay lập tức khi nghi ngờ đột quỵ. Ngoài ra, cần nâng cao kiến thức chuyên môn về nhồi máu não, phát triển nguồn lực và cơ sở hạ tầng phù hợp với các cơ sở chăm sóc sức khỏe địa phương, đảm bảo tiếp cận và điều trị nhanh chóng cho bệnh nhân để cải thiện kết quả điều trị. Bên cạnh đó, xem xét triển khai chiến dịch FAST/BE-FAST qua hệ thống loa phát thanh tại các vùng sâu, vùng xa. Đồng thời, việc thiết lập quy trình báo động “Code Stroke” kết nối trực tiếp giữa tổng đài cấp cứu 115 với các bệnh viện tuyến tỉnh có khả năng điều trị đột quỵ là hết sức cần thiết. Những giải pháp này được kỳ vọng sẽ rút ngắn đáng kể thời gian từ khi khởi phát đến khi bệnh nhân được can thiệp y tế chuyên sâu, cải thiện tiên lượng cho người bệnh.

Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu này có một số hạn chế cần được ghi nhận. Thứ nhất, việc xác định thời điểm khởi phát triệu chứng dựa trên trí nhớ của bệnh nhân hoặc người nhà có thể dẫn đến thiên lệch nhớ lại (recall bias), gây sai lệch trong việc ước tính thời gian nhập viện muộn. Thứ hai, nghiên cứu đã loại trừ những trường hợp tử vong trước khi đến bệnh viện, điều này có thể gây ra thiên lệch chọn mẫu (selection bias). Do đó, mẫu nghiên cứu có thể không hoàn toàn đại diện cho toàn bộ quần thể bệnh nhân nhồi máu não, đặc biệt là những trường hợp nặng tử vong nhanh hoặc những người có rào cản lớn trong việc tiếp cận y tế kịp thời.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Béjot Y, Daubail B, Giroud M. Epidemiology of stroke and transient ischemic attacks: Current knowledge and perspectives. *Rev neurol*. 2016; 172(1): 59-68.
2. Nghia NN, Hao NS. Application of thrombolytic therapy alteplase for patients with acute ischemic stroke at Yen Bai provincial general hospital in 2021. *Vietnam Medical Journal*. 2021; 528(1): 212-216.
3. Giang NTT, Factors affecting hospitalization time and clinical outcomes of patients with acute cerebral infarction at Dak Lak Provincial General Hospital. 2017, Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy: Ho Chi Minh City.
4. Loi PTN, Factors affecting hospitalization time in patients with cerebral infarction. 2016, Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy: Ho Chi Minh City.
5. Vinh LT, Research on factors related to late hospitalization time in acute ischemic stroke patients at Thu Duc district hospital in 2016 - 2017. 2017, University of Medicine and Pharmacy, Hue University Hue.
6. Phuc ND, Research on the rate of late hospitalization and related factors in patients with acute cerebral infarction treated at the emergency department, Da Nang hospital in 2020 - 2021. 2021, University of Medicine and Pharmacy, Hue University Hue.
7. Jiang B, Ru X, Sun H, Liu H, Sun D, Liu Y, et al. Pre-hospital delay and its associated factors in first-ever stroke registered in communities from three cities in China. *Scientific reports*. 2016; 6(1).
8. Korkmaz T, Ersoy G, Kutluk K, Erbil B, Akarca FK, Sonmez N, et al. An evaluation of Pre-admission factors affecting the admission time of patients with stroke symptoms. *Turk J Emerg Med*. 2010; 10(3): 106-111.
9. Hien PH, Hai HB. Factors related to the “Onset to door” time in acute ischemic stroke patients. *Journal of Medical Research*. 2022; 159(11): 157-162.
10. Jin H, Zhu S, Wei JW, Wang J, Liu M, Wu Y, et al. Factors associated with prehospital delays in the presentation of acute stroke in Urban China. *Stroke*. 2012; 43: 362-370.
11. Matsuo R, Yamaguchi Y, Tomonaga Matsushita T, Hata J, Kiyuna F, Fukuda K. Association between onset-to-door time and clinical outcomes after ischemic stroke. *Stroke*. 2017; 48(11): 3049-3056.
12. Trung NT, Research on hospitalization time and related factors of patients with acute cerebral infarction treated at the general hospital in the northern mountainous region of

- Quang Nam (2020 - 2021). 2021, University of Medicine and Pharmacy, Hue University Hue.
13. Ashraf VV, Maneesh M, Praveenkumar R, Saifudheen K, Girija AS. Factors delaying hospital arrival of patients with acute stroke. *Annals of Indian academy of neurology*. 2015; 18(2): 162.
14. Faiz KW, Sundseth A, Thommessen B, Ronning OM. Prehospital delay in acute stroke and TIA. *Emergency medicine Journal*. 2013; 30(8): 669-674.
15. Terecoasă EO, Radu RA, Negrilă A, Enache I, Cășaru B, Tiu C. Pre-Hospital Delay in Acute Ischemic Stroke Care: Current Findings and Future Perspectives in a Tertiary Stroke Center from Romania-A Cross-Sectional Study. *Medicina*. 2022; 58.
16. Yanagida T, Fujimoto S, Inoue T, Suzuki S. Prehospital delay and stroke-related symptoms. *Internal medicine*. 2015; 54: 171-177.
17. Khathaami AMA, Mohammad YO, Alibrahim FS, Jradi HA. Factors associated with late arrival of acute stroke patients to emergency department in Saudi Arabia. *SAGE open medicine*. 2018; 6: 1-7.
18. Revathi S, Kavitha MS, Shankar V. Factors Associated with Prehospital Delay in Patients with Acute Stroke in South India. *Indian J Community Med*. 2023; 48: 82-90.