

KHẢO SÁT TỈ LỆ XUẤT HUYẾT NÃO CÓ TRIỆU CHỨNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN RẤT CAO TUỔI NHỒI MÁU NÃO CẤP ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TÁI TƯƠI MÁU

Ngô Thị Kim Trinh^{1,2}, Lê Thị Tố Oanh³, Nguyễn Huy Thắng⁴

¹Khoa Y, Đại Học Nguyễn Tất Thành, TP Hồ Chí Minh

²Đơn vị Lão khoa - Đột Quỵ, Bệnh viện 1A, TP Hồ Chí Minh

³Khoa Nội thần kinh, Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp, tỉnh Đồng Tháp

⁴Khoa Bệnh lý mạch máu não, Bệnh viện Nhân Dân 115

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị tái tưới máu nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu sợi huyết rt-PA đường tĩnh mạch và/hoặc can thiệp nội mạch đã được chứng minh hiệu quả và an toàn cho các bệnh nhân không cao tuổi. Tuy nhiên, phương pháp điều trị này cho những bệnh nhân ≥ 80 tuổi vẫn chưa được nghiên cứu ở Việt Nam. Đề tài nhằm khảo sát tỉ lệ xuất huyết não có triệu chứng và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân rất cao tuổi nhồi máu não cấp được điều trị tái tưới máu bằng tiêu sợi huyết rt-PA đường tĩnh mạch và/hoặc can thiệp nội mạch.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên tất cả bệnh nhân ≥ 80 tuổi được chẩn đoán nhồi máu não cấp nhập viện và điều trị nội trú tại khoa Bệnh lý mạch máu não của bệnh viện Nhân Dân 115, Thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ tháng 12 năm 2019 đến tháng 12 năm 2020.

Kết quả: Tỷ lệ biến chứng xuất huyết não bất kỳ sau điều trị tái tưới máu trong nghiên cứu là 38,2% ($n = 26$), trong đó xuất huyết não có triệu chứng chiếm 8,8% ($n = 6$) và xuất huyết não không triệu chứng là 29,4% ($n = 20$). Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất chiếm 88,2% ($n = 60$), tiếp theo là rung nhĩ 25% ($n = 17$), bệnh đái tháo đường 20,6% ($n = 14$) và tiền căn đột quỵ trước đó 16,2% ($n = 11$). Hai nguyên nhân tắc động mạch chiếm tỷ lệ cao nhất là xơ vữa động mạch lớn chiếm 54,4% ($n = 37$) và thuyên tắc từ tim 41,2% ($n = 28$). Hầu hết bệnh nhân đạt được tái thông mạch máu thành công sau thủ thuật lấy huyết khối với thang điểm mTICI = 2b hoặc 3 là 60 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 88,3%. Biến chứng bất lợi trong khi thực hiện thủ thuật được ghi nhận là huyết khối gây thuyên tắc đoạn xa với 2 bệnh nhân (2,9%). mTICI sau can thiệp, thời gian cửa - bện, thời gian can thiệp - tái thông, thang điểm NIHSS, huyết áp tâm thu lúc nhập viện không có sự khác biệt giữa 2 nhóm xuất huyết não có triệu chứng ($n = 6$) với nhóm xuất huyết não và không xuất huyết não có triệu chứng ($n = 62$). Tuy nhiên, khi xét trên nguyên nhân nhồi máu não theo phân loại TOAST thì có sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p = 0,021$).

Kết luận: Tỷ lệ xuất huyết não có triệu chứng trong nghiên cứu của chúng tôi là 8,8% và nguyên nhân nhồi máu não theo phân loại TOAST là yếu tố có liên quan đến xuất huyết não có triệu chứng trên bệnh nhân rất cao tuổi nhồi máu não cấp được điều trị tái tưới máu bằng tiêu sợi huyết rt-PA đường tĩnh mạch và/hoặc can thiệp nội mạch.

Từ khóa: Nhồi máu não cấp, xuất huyết não có triệu chứng, rất cao tuổi, điều trị tái tưới máu.

ABSTRACT

SURVEY ON THE RATE OF SYMPTOMATIC INTRACEREBRAL HEMORRHAGE AND SOME RELATED FACTORS IN VERY ELDERLY PATIENTS WITH ACUTE CEREBRAL INFARCTION TREATED WITH REPERFUSION THERAPY

Ngô Thị Kim Trinh^{1,2}, Lê Thị Tố Oanh³, Nguyễn Huy Thắng⁴

Ngày nhận bài: 27/5/2023. Ngày chỉnh sửa: 30/7/2023. Chấp thuận đăng: 06/8/2023

Tác giả liên hệ: Ngô Thị Kim Trinh. Email: ntkttrinh@ntt.edu.vn. SĐT: 0918280379

Khảo sát tỉ lệ xuất huyết não có triệu chứng và một số yếu tố...

Background: Treatment of acute cerebral infarction reperfusion with intravenous rt-PA fibrinolysis and/or endovascular intervention has been shown to be effective and safe in non - elderly patients. However, this treatment for patients ≥ 80 years old has not been studied in Vietnam. This study investigate the rate of symptomatic intracerebral hemorrhage and some related factors in very elderly patients with acute cerebral infarction treated with reperfusion with intravenous rt-PA fibrinolysis and/or endovascular intervention.

Methods: A descriptive, cross - sectional study on all patients ≥ 80 years old diagnosed with acute cerebral infarction admitted to inpatient treatment at the Department of Cerebrovascular Diseases of People's Hospital 115, Ho Chi Minh City during the period from December 2019 to December 2020.

Results: The rate of any complication of intracerebral hemorrhage after reperfusion therapy in the study was 38.2% ($n = 26$), of which symptomatic intracerebral hemorrhage accounted for 8.8% ($n = 6$) and asymptomatic intracerebral hemorrhage was 29.4% ($n = 20$). Hypertension was the most common risk factor accounting for 88.2% ($n = 60$), followed by atrial fibrillation at 25% ($n = 17$), diabetes at 20.6% ($n = 14$), and previous stroke at 16.2% ($n = 11$). The two causes of arterial occlusion accounted for the highest rate: large artery atherosclerosis 54.4% ($n = 37$) and embolism from the heart 41.2% ($n = 28$). Successful revascularization, indicated by an mTICI score of 2b or 3, was achieved in 88.3% of patients ($n = 60$). The adverse complication during the procedure was thromboembolism causing distal embolism in 2 patients (2.9%). mTICI after reperfusion therapy, door - to - inguinal time, door - to - angiographic reperfusion time, NIHSS score, and systolic blood pressure at admission did not differ between the 2 groups of symptomatic intracerebral hemorrhage ($n = 6$) and the asymptomatic with and without hemorrhage ($n = 62$). However, there was a statistically significant difference in the cause of cerebral infarction based on the TOAST classification ($p = 0.021$) between the two groups.

Conclusions: In our study, the rate of symptomatic intracerebral hemorrhage was 8.8% in very elderly patients with acute cerebral infarction treated with reperfusion therapy, including intravenous rt-PA fibrinolysis and/or endovascular intervention. The cause of cerebral infarction, according to the TOAST classification, was identified as a contributing factor.

Keywords: Acute cerebral infarction, symptomatic intracerebral hemorrhage, very elderly patient, reperfusion therapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các thể đột quỵ thì đột quỵ thiếu máu não chiếm tỉ lệ cao nhất với 84,4%, trong đó nhồi máu não do tắc mạch máu lớn là một trong những nguyên nhân gây tử vong cao và để lại di chứng nặng nề [1, 2]. Tuổi cao là yếu tố nguy cơ của đột quỵ, do đó những người rất cao tuổi (≥ 80 tuổi) có nguy cơ đột quỵ rất cao, theo ước tính có khoảng 30% đột quỵ cấp xảy ra ở bệnh nhân ≥ 80 tuổi [3]. Rung nhĩ là một trong những căn nguyên thường gặp nhất của tắc mạch máu lớn trong số ở bệnh nhân cao tuổi [4]. Bằng chứng lâm sàng đã chứng minh điều trị tái tưới máu hiệu quả trong tắc mạch máu lớn liên quan chặt chẽ tới khả năng cải thiện dự hậu cũng như mức độ phục hồi chức năng sau đột quỵ [5]. Tuy nhiên, việc đánh giá về tính an toàn của điều trị tái tưới máu trên bệnh nhân ≥ 80 tuổi cũng chưa có nhiều công bố và trước đây chỉ có vài nghiên cứu được ghi nhận [6, 7]. Hơn nữa, phương pháp điều trị can thiệp nội mạch cho bệnh nhân rất cao tuổi có đặc điểm chung là khó và thường xảy ra nhiều biến chứng [8]. Gần đây, một nghiên cứu so sánh điều trị

tái tưới máu đột quỵ bằng can thiệp nội mạch cho bệnh nhân ≥ 80 tuổi cho thấy tỷ lệ tử vong cao so với bệnh nhân ≤ 80 tuổi (51% so với 22%), nhưng tỷ lệ xuất huyết não có triệu chứng lại không cao hơn ở người ≤ 80 tuổi (5,5% so với 5,9%) [9].

Tại Việt Nam, nghiên cứu về xuất huyết não sau điều trị tái tưới máu bằng tiêu sợi huyết rt-PA đường tĩnh mạch và/hoặc can thiệp nội mạch trên bệnh nhân rất cao tuổi chưa được thực hiện. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu khảo sát tỷ lệ xuất huyết não có triệu chứng và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân rất cao tuổi nhồi máu não cấp được điều trị tái tưới máu bằng tiêu sợi huyết rt-PA đường tĩnh mạch và/hoặc can thiệp nội mạch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân từ 80 tuổi trở lên bị nhồi máu não cấp được điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết rt-PA đường tĩnh mạch và/hoặc can thiệp nội mạch nhập khoa Bệnh lý mạch máu não Bệnh viện Nhân dân 115 trong thời gian từ tháng 12 năm 2019 đến tháng 12 năm 2020.

Khảo sát tỉ lệ xuất huyết não có triệu chứng và một số yếu tố...

Tiêu chuẩn chọn mẫu: (1) Bệnh nhân bị nhồi máu não cấp từ 80 tuổi trở lên; (2) Bệnh nhân được điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết rt-PA đường tĩnh mạch trong vòng 4,5 giờ kể từ khi các triệu chứng thiếu máu não cấp khởi phát và can thiệp nội mạch; (3) Bệnh nhân được can thiệp nội mạch; (4) Hình ảnh CT scan sọ não không ghi nhận xuất huyết não hoặc xuất huyết dưới nhện; (5) Bệnh nhân hoặc người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân có bệnh lý huyết học gây tình trạng dễ chảy máu, đang dùng thuốc kháng đông đường uống với INR > 3, số lượng tiểu cầu trước thủ thuật dưới 50.000/ μ L; (2) Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa giai đoạn cuối hoặc các bệnh lý tâm thần, thần kinh làm ảnh hưởng đánh giá thần kinh và mức độ hồi phục chức năng sau can thiệp; (3) Thang điểm ASPECTS nhỏ hơn 6 trên hình ảnh cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ; (4) Bằng chứng hình ảnh học các bệnh lý u não, dị dạng động tĩnh mạch, xuất huyết nội sọ cấp tính, bóc tách động mạch cảnh trong hay cung động mạch chủ; (5) Tắc động mạch có triệu chứng cấp tính ở nhiều hơn một vùng phân bố mạch máu xác định trên CTA hay MRA.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả, cắt ngang với cỡ mẫu 68 bệnh nhân.

Thu thập dữ liệu từ bệnh nhân: chúng tôi tiến hành ghi nhận đầy đủ các thông tin về mặt lâm sàng bao gồm các triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, tiền căn bệnh lý; các xét nghiệm cận lâm sàng bao gồm sinh hóa máu, hình ảnh học như CT-scan sọ não hoặc MRI não; ghi nhận tình trạng xuất huyết não dựa trên hình ảnh học (CT-scan hoặc MRI não), các biến cố nặng trong thời gian nằm viện bao gồm tử vong và các trường hợp bệnh nặng xin về thì xem như là tử vong.

III. KẾT QUẢ

Đặc điểm chung của mẫu dân số nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm chung của các bệnh nhân ≥ 80 tuổi nhồi máu não cấp tham gia nghiên cứu.

Đặc điểm	Giá trị
Giới nam, n (%)	29 (42,6)
Tuổi (TB $\pm$ DLC)	84,4 $\pm$ 3,9
Huyết áp tâm thu lúc nhập viện ≥ 180 mmHg, n (%)	5 (7,4)
Huyết áp tâm trương lúc nhập viện ≥ 110 mmHg, n (%)	1 (1,5)

Thu thập dữ liệu từ bệnh nhân: chúng tôi tiến hành ghi nhận đầy đủ các thông tin về mặt lâm sàng bao gồm các triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, tiền căn bệnh lý; các xét nghiệm cận lâm sàng bao gồm sinh hóa máu, hình ảnh học như CT-scan sọ não hoặc MRI não; ghi nhận tình trạng xuất huyết não dựa trên hình ảnh học (CT-scan hoặc MRI não), các biến cố nặng trong thời gian nằm viện bao gồm tử vong và các trường hợp bệnh nặng xin về thì xem như là tử vong.

- Các biến số nghiên cứu bao gồm: Nhồi máu não; Tăng huyết áp; Thang điểm đột quỵ của Viện Sức khỏe quốc gia (NIHSS) trước điều trị can thiệp, NIHSS sau 24 giờ, NIHSS sau 7 ngày hoặc khi xuất viện; Thời gian cửa - kim (phút); Động mạch não bị tắc nghẽn; Dụng cụ cơ học lấy huyết khối; Mức độ tái thông mạch máu não: đánh giá trên DSA khi kết thúc thủ thuật theo thang điểm mTICI; Biến chứng liên quan đến thủ thuật; Xuất huyết nội sọ bất kỳ; Xuất huyết não có triệu chứng theo định nghĩa của ECASS III; Nguyên nhân cơ bản của nhồi máu não.

Phân tích thống kê: Các số liệu thu thập sẽ được xử lý trên phần mềm SPSS 25.0. Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm, dùng phép kiểm χ^2 hoặc phép kiểm chính xác Fisher. Với các biến số định lượng, dùng phép kiểm t với các biến số có phân phối chuẩn hoặc phép kiểm phi tham số Mann - Whitney với biến số không có phân phối chuẩn. Tìm mối liên quan giữa xuất huyết não có triệu chứng với các yếu tố liên quan bằng phân tích hồi quy đơn biến. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Y đức nghiên cứu: đề tài đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học số 187/HĐĐĐ-TĐHYKPNT ngày 11 tháng 12 năm 2019 của trường Đại Học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

Khảo sát tỉ lệ xuất huyết não có triệu chứng và một số yếu tố...

Đặc điểm	Giá trị
Tiền căn bệnh lý và các yếu tố nguy cơ, n (%)	
Tăng huyết áp	60 (88,2)
Đái tháo đường	14 (20,6)
Rung nhĩ	17 (25)
Đột quỵ trước đó	11 (16,2)
Nguyên nhân nhồi máu não theo phân loại TOAST, n (%)	
Thuyên tắc từ tim	28 (41,2)
Xơ vữa động mạch lớn	37 (54,4)
Nguyên nhân xác định khác	2 (2,9)
Nguyên nhân không xác định	1 (1,5)
Điểm NIHSS trước điều trị (TB $\pm$ DLC)	17,4 $\pm$ 5,4
Điểm ASPECT $\geq$ 8 trước điều trị, n (%)	37 (67,3)
Glucose lúc nhập viện > 140 mg%, n (%)	30 (45)
INR > 1,7, n (%)	2 (3)
Thời gian nhập viện và điều trị (phút), (TB $\pm$ DLC)	
Từ khởi phát đến khi nhập viện	283,8 $\pm$ 179,75
Thời gian cửa - kim (n = 21)	53,1 $\pm$ 21,2
Thời gian cửa - bện	214,6 $\pm$ 122,97
Thời gian can thiệp - tái thông	62,13 $\pm$ 20,63
Tử vong nội viện, n (%)	10 (14,7)
Chú thích: TB: trung bình; DLC: Độ lệch chuẩn	

Trong dân số nghiên cứu, tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất với tỉ lệ 88,2% (n = 60), tiếp theo là rung nhĩ 25% (n = 17). Hai yếu tố nguy cơ ít gặp hơn là bệnh đái tháo đường và tiền căn đột quỵ trước đó với tỷ lệ lần lượt là 20,6% và 16,2%. Hai nguyên nhân tắc động mạch chiếm tỷ lệ cao nhất là xơ vữa động mạch lớn với 54,4% (n = 37) và thuyên tắc từ tim với 41,2% (n = 28). Điểm NIHSS trung bình trước điều trị can thiệp trong nghiên cứu này là 17,4 $\pm$ 5,4, trong đó điểm NIHSS thấp nhất là 4 điểm, và cao nhất là 28 điểm. Phần lớn bệnh nhân có mức độ đột quỵ vừa và nặng chiếm 61,8% (n = 42). Có 21 bệnh nhân có mức độ đột quỵ rất nặng, chiếm 42,7%.

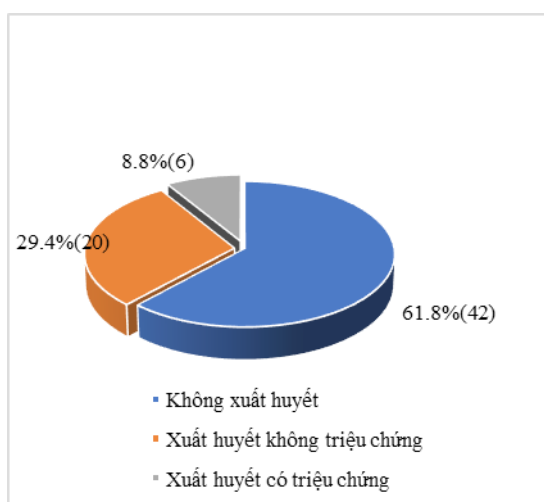
Bảng 2 cho thấy trong mẫu nghiên cứu, số bệnh nhân tắc động mạch não giữa đoạn M1 là 25 bệnh nhân (36,8%), chiếm tỉ lệ cao hơn so với tắc tandem có 14 bệnh nhân và tắc thân nền có 13 bệnh nhân với tỷ lệ tương đương nhau là 20,6% và 19,1%. Dụng cụ lấy huyết khối cơ học được ghi nhận hầu hết là dụng cụ lấy huyết khối dạng stent Solitaire hoặc Trevo, chiếm tỉ lệ cao 76,5% (n = 52). Dụng cụ can thiệp dạng hút Penumbra cũng được dùng trên 16 bệnh nhân (23,5%). Các thủ thuật kết hợp khi can thiệp như nong bóng chiếm 44,1% và đặt stent 7,8% (n = 5).

Bảng 2: Vị trí động mạch não tắc nghẽn và các đặc điểm liên quan đến điều trị nhồi máu não.

Đặc điểm	Giá trị
Vị trí động mạch não tắc nghẽn, n (%)	
Động mạch cảnh trong	10 (14,7)
Tắc nhiều vị trí (tandem)	14 (20,6)
Tắc động mạch thân nền	13 (19,1)
Tắc đoạn M1 của MCA	25 (36,8)
Tắc đoạn M2 của MCA	6 (8,8)

Khảo sát tỉ lệ xuất huyết não có triệu chứng và một số yếu tố...

Đặc điểm	Giá trị
Dùng tiêu sợi huyết, n (%)	21(30,9)
Dụng cụ cơ học lấy huyết khối, n (%)	
Dạng stent Solitaire/Trevo	52 (76,5)
Dạng hút Penumbra	16 (23,5)
Thủ thuật kèm theo, n (%)	
Nong bóng	30 (44,1)
Đặt stent nội sọ hoặc ngoài sọ	5 (7,3)
Mức độ tái thông mạch máu theo mTICI, n (%)	
mTICI 0-1	6 (8,8)
mTICI 2a	2 (2,9)
mTICI 2b	28 (41,2)
mTICI 3	32 (47,1)
Điểm NIHSS sau điều trị (TB $\pm$ DLC)	17,37 $\pm$ 7,47
Chú thích: TB: trung bình; DLC: Độ lệch chuẩn; MCA: động mạch não giữa	



Biểu đồ 1: Tỷ lệ xuất huyết não sau điều trị.

Tỷ lệ biến chứng xuất huyết não được trình bày trong biểu đồ 1. Tỷ lệ biến chứng xuất huyết não bất kỳ sau điều trị tái tưới máu trong nghiên cứu là 38,2% (n = 26), trong đó xuất huyết não có triệu chứng chiếm 8,8% (n = 6) và xuất huyết não không triệu chứng là 29,4% (n = 20).

Bảng 3: Các biến chứng liên quan đến quá trình điều trị.

Đặc điểm	Giá trị
Biến chứng liên quan đến thủ thuật, n (%)	
Bóc tách mạch máu	0 (0)
Thủng mạch máu	0 (0)
Huyết khối gây thuyên tắc đoạn xa	2 (2,9)
Khối máu tụ nơi đường vào mạch máu	2 (2,9)

Khảo sát tỉ lệ xuất huyết não có triệu chứng và một số yếu tố...

Đặc điểm	Giá trị
Xuất huyết não, n (%)	
Tổng số trường hợp	26 (38,2)
HI 1	1 (1,5)
HI 2	10 (14,7)
PH 1	9 (13,2)
PH 2,	6 (8,8)
Xuất huyết dưới nhện	0 (0)
Xuất huyết não thất	0 (0)

Biến chứng bất lợi trong khi thực hiện thủ thuật là huyết khối gây thuyên tắc đoạn xa với 2 bệnh nhân (2,9%). Biến chứng tại nơi đường vào mạch máu gặp ở 2 bệnh nhân (2,9%) nhưng khối máu tụ vùng hạ vị nhỏ, được điều trị kiểm soát bằng ép tại chỗ. Tỷ lệ xuất huyết não bất kỳ trong mẫu nghiên cứu là 38,2% (n = 26), trong đó, dạng HI 2 và PH 1 chiếm đa số với tỷ lệ lần lượt là 14,7% và 13,2% (bảng 3).

Bảng 4 cho thấy trong 21 bệnh nhân có dùng rtPA tiếp nối sau can thiệp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học thì trong nhóm bệnh nhân xuất huyết não có triệu chứng: về liều, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ xuất huyết não có triệu chứng ở nhóm sử dụng liều điều trị chuẩn (0,9mg/kg) và nhóm sử dụng liều thấp (0,6mg/kg). mTICI sau can thiệp, thời gian cửa - bện, thời gian can thiệp - tái thông, thang điểm NIHSS, huyết áp tâm thu lúc nhập viện cũng có sự khác biệt giữa 2 nhóm xuất huyết não có triệu chứng (n = 6) với nhóm xuất huyết và không xuất huyết không có triệu chứng. Tuy nhiên, khi xét trên nguyên nhân nhồi máu não theo phân loại TOAST thì có sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê (p = 0,021).

Bảng 4: Một số yếu tố liên quan đến xuất huyết não trên bệnh nhân ≥ 80 tuổi nhồi máu não cấp được điều trị tái tưới máu.

Các yếu tố	Tổng số bệnh nhân (n = 68)		Giá trị p
	Xuất huyết não có triệu chứng (n = 6)	Xuất huyết và không xuất huyết não không có triệu chứng (n = 62)	
NIHSS nhập viện (TB $\pm$ ĐLC)	17,67 $\pm$ 4,8	17,37 $\pm$ 5,6	0,901
NIHSS sau 24 giờ (TB $\pm$ ĐLC)	23 $\pm$ 4,1	16,8 $\pm$ 7,5	0,052
HATT nhập viện (TB $\pm$ ĐLC)	132,8 $\pm$ 10,7	141 $\pm$ 23	0,401
HATTr nhập viện (TB $\pm$ ĐLC)	74,67 $\pm$ 10,6	80,16 $\pm$ 10,3	0,219
Nguyên nhân nhồi máu não theo phân loại TOAST, n (%)			
Thuyên tắc từ tim	1 (16,7)	27 (43,5)	0,021*
Xơ vữa động mạch lớn	3 (50)	34 (54,8)	
Nguyên nhân xác định khác	1 (16,7)	1 (1,6)	
Nguyên nhân không xác định	1 (16,7)	0 (0)	
Số lượng tiểu cầu (K/ μ L) (TB $\pm$ ĐLC)	229,5 $\pm$ 44,3	228,4 $\pm$ 76,5	0,973
INR (TB $\pm$ ĐLC)	1,08 $\pm$ 0,11	1,12 $\pm$ 0,19	0,660

Khảo sát tỉ lệ xuất huyết não có triệu chứng và một số yếu tố...

Các yếu tố	Tổng số bệnh nhân (n = 68)		Giá trị p
Creatinin ($\mu\text{mol/L}$) (TB $\pm$ ĐLC)	92,2 $\pm$ 12,5	90,3 $\pm$ 23,1	0,843
Đường huyết lúc nhập viện (TB $\pm$ ĐLC)	140,8 $\pm$ 40,1	145,2 $\pm$ 49,9	0,836
Điểm ASPEC (TV, KTPV)	8 (6 - 10)	8 (7 - 10)	0,426
Sử dụng thuốc tiêu sợi huyết (n = 21) Liều 0,6 mg/kg, n (%) Liều 0,9 mg/kg, n (%)	1 (11,1) 2 (16,7)	8 (88,9) 10 (83,3)	1 *
Thời gian khởi phát đến khi nhập viện (phút) (TB $\pm$ ĐLC)	327,3 $\pm$ 196,7	279,5 $\pm$ 179,2	0,538
Thời gian cửa - bện (phút) (TB $\pm$ ĐLC)	271 $\pm$ 111,3	209,1 $\pm$ 100,9	0,242
Thời gian can thiệp - tái thông (phút) (TB $\pm$ ĐLC)	61,6 $\pm$ 21,6	62,1 $\pm$ 20,7	0,954
Thời gian khởi phát đến tái thông(phút) (TB $\pm$ ĐLC)	660,0 $\pm$ 427,0	552,4 $\pm$ 250,1	0,351
Thời gian nằm viện (ngày) (TV, KTPV)	6 (4-8)	7 (5 - 9)	0,309
Can thiệp thất bại, n (%) Có Không	0 (0,0) 6 (100)	7 (100) 55 (90,2)	1 *
mTICI sau can thiệp, n (%) 3 2b 2a 1 - 0	2 (33,3) 4 (66,7) 0 (0,0) 0 (0,0)	30 (48,4) 24 (38,7) 2 (3,2) 6 (9,6)	0,625*
Chú thích: * Test chính xác Fisher; TB: trung bình; ĐLC: Độ lệch chuẩn; TV: trung vị, KTPV: khoảng tứ phân vị; HATT: huyết áp tâm thu; HATTr: huyết áp tâm trương.			

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân xuất huyết não có triệu chứng theo định nghĩa của ECASS III là 8,8% (n = 6), kết quả này tương tự với nghiên cứu của Hilditch CA [10]. Tuy nhiên, kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Trương Lê Tuấn Anh [11] ở nhóm bệnh nhân ≥ 70 tuổi là 11,1%, nghiên cứu của Phạm Nguyên Bình (11,1%) [12] nhưng trên bệnh nhân < 80 tuổi. Tái tưới máu thành công là một yếu tố quan trọng cho dự đoán kết cục tốt [13]. Nhưng sau điều trị thủ thuật can thiệp tái thông

biến chứng xuất huyết não có triệu chứng là một trong những biến cố bất lợi quan trọng thường gặp và có liên quan đến tỷ lệ tàn phế và tử vong cao [14]. Hơn nữa, ở bệnh nhân cao tuổi thì tình trạng xơ vữa động mạch nội sọ, mạch máu xoắn vặn càng làm cản trở đường đi của các dụng cụ cơ học, gây khó khăn khi thực hiện thủ thuật làm tăng nguy cơ biến chứng và tổn thương thành mạch gây chảy máu não [15]. Trong một phân tích tổng hợp của Hilditch CA [10] trên 860 bệnh nhân ≥ 80 tuổi can thiệp tái tưới máu cho thấy tỷ lệ xuất huyết não có triệu chứng là

8%, xuất huyết não bất kì là 24% và một vài nghiên cứu khác cũng ghi nhận tỷ lệ xuất huyết não có triệu chứng dao động từ 9 - 11% [16, 17]. Nghiên cứu của Erasmia Broussalis [18] so sánh 2 nhóm bệnh nhân ≥ 80 và < 80 tuổi sau can thiệp tái tưới máu cho thấy tỷ lệ xuất huyết não có triệu chứng lần lượt là 18% và 10%. Nghiên cứu của Kihwan Hwang [19] tại Hàn Quốc trên 156 bệnh nhân ≥ 80 tuổi mục tiêu so sánh hiệu quả của can thiệp và điều trị bảo tồn cho thấy tỷ lệ xuất huyết não có triệu chứng lần lượt là 10,7% và 2% ở hai nhóm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiền căn rung nhĩ chiếm tỷ lệ 25%, xuất huyết não có triệu chứng ở nhóm bệnh nhân có rung nhĩ trên điện tâm đồ lúc nhập viện là 4%, thấp hơn nhóm không có rung nhĩ (11,6%). Tuy nhiên, không ghi nhận có sự liên quan giữa yếu tố rung nhĩ và biến chứng xuất huyết não có triệu chứng. Trong nhóm biến chứng xuất huyết não có triệu chứng thì nguyên nhân xơ vữa động mạch lớn chiếm tỷ lệ nhiều nhất (50%), các nguyên nhân khác và nguyên nhân không xác định chiếm tỷ lệ thấp hơn, điều này trái ngược với kết luận của một nghiên cứu về tiên lượng chuyển dạng xuất huyết: bệnh nhân nhồi máu não được điều trị bằng tiêu sợi huyết đường động mạch có rung nhĩ sẽ có nguy cơ chảy máu não gấp 1,6 lần bệnh nhân không có rung nhĩ [14].

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 68 bệnh nhân ≥ 80 tuổi được điều trị can thiệp ghi nhận tai biến liên quan đến thủ thuật chiếm tỷ lệ 5,8% (n = 2), huyết khối gây thuyên tắc đoạn xa 2,9% (n = 2), máu tụ nơi đường vào mạch máu 2,9% (n = 2). Tỷ lệ này tương đương nghiên cứu của Kihwan Hwang là 5,4% (n = 3), thủng mạch 2 bệnh nhân, bóc tách 1 bệnh nhân [19]. Điều này cho thấy tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi là thấp hay bằng với một số nghiên cứu khác trên thế giới. Nghiên cứu của Mehdi KR [20] cho thấy biến chứng sau can thiệp trên bệnh nhân ≥ 80 tuổi với tỷ lệ biến chứng là 14% so với bệnh nhân < 80 tuổi là 9% với p = 0,34; nghiên cứu của Eve Drouard [21] ghi nhận tỷ lệ biến chứng quanh can thiệp là 16,5% (n = 20) trong đó có 6 bệnh nhân bị vi thuyên tắc mạch nhánh mới, 1 bệnh nhân bị vi thuyên tắc trên cùng nhánh, 5 bệnh nhân thủng mạch, 2 bệnh nhân co thắt mạch, 2 bệnh nhân bóc tách mạch và 4 bệnh nhân bị biến chứng khác như 3 bệnh nhân bị máu tụ nơi đường vào và 1 bệnh nhân xuất huyết dưới nhện.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số điểm hạn chế là vì lý do y đức nên nghiên cứu không có nhóm đối chứng song song. Nghiên cứu cỡ mẫu nhỏ, có thể ảnh hưởng đến việc phân tích số liệu. Một số bệnh nhân đã bị loại khỏi nghiên cứu do không được đồng ý của thân nhân hoặc vì lý do tài chính có thể gây ảnh hưởng sai lệch đến kết quả của nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ xuất huyết não có triệu chứng trong nghiên cứu của chúng tôi là 8,8% và nguyên nhân nhồi máu não theo phân loại TOAST là yếu tố có liên quan đến xuất huyết não có triệu chứng trên bệnh nhân rất cao tuổi nhồi máu não cấp được điều trị tái tưới máu bằng tiêu sợi huyết rt-PA đường tĩnh mạch và/hoặc can thiệp nội mạch. Cần có thêm nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá hiệu quả và an toàn của phương pháp điều trị tái tưới máu trên những bệnh nhân rất cao tuổi nhồi máu não cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hacke W, Schwab S, Horn M, et al. Malignant middle cerebral artery territory infarction: clinical course and prognostic signs. Arch Neurol. 1996; 53(4): 309-315.
2. Johnson CO, Nguyen Minh, Roth GA, et al. Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. AJNR Am J Neuroradiol. 2019; 18(5): 439-458.
3. Bonita R, Anderson CS, Broad JB, et al. Stroke incidence and case fatality in Australasia. A comparison of the Auckland and Perth population-based stroke registers. Stroke. 1994; 25(3): 552-557.
4. Drouard-de RE, Lucas L, Richard S, et al. Impact of Reperfusion for Nonagenarians Treated by Mechanical Thrombectomy: Insights From the ETIS Registry. Stroke. 2019; 50(11): 3164-3169.
5. Rha JH, Saver JL. The impact of recanalization on ischemic stroke outcome: a meta-analysis. Stroke. 2007; 38(3): 967-973.
6. Saver JL, Goyal M, Bonafe A, et al. Stent-retriever thrombectomy after intravenous t-PA vs. t-PA alone in stroke. N Engl J Med. 2015; 372(24): 2285-2295.
7. Kawabata Y, Nakajima N, Miyake H, et al. Endovascular treatment of acute ischaemic stroke in octogenarians and nonagenarians compared with younger patients. Neuroradiol J. 2019; 32(4): 303-308.
8. Chandra RV, Leslie-Mazwi TM, Mehta BP, et al. Clinical outcome after intra-arterial stroke therapy in the very

- elderly: why is it so heterogeneous?. *Front Neurol*. 2014; 5(60).
9. Groot AE, Treurniet KM, Jansen IGH, et al. Endovascular treatment in older adults with acute ischemic stroke in the MR CLEAN Registry. *Neurology*. 2020; 95(2): e131-e139.
 10. Hilditch CA., Nicholson P, Murad MH, et al. Endovascular Management of Acute Stroke in the Elderly: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2018; 39(5): 887-891.
 11. Trương Lê Tuấn Anh, Lê Văn Thành. Điều trị can thiệp đường động mạch trên bệnh nhân thiếu máu não cục bộ cấp. Luận văn tiến sĩ, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. 2016.
 12. Phạm Nguyên Bình, Vũ Anh Nhị. Đánh giá tính an toàn và hiệu quả phương pháp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học solitaire ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2014; 18: 473-478.
 13. Zaidat OO, Yoo AJ, Khatri P, et al. Recommendations on angiographic revascularization grading standards for acute ischemic stroke: a consensus statement. *Stroke*. 2013; 44(9): 2650-2663.
 14. Nogueira RG, Gupta R, Jovin TG, et al. Predictors and clinical relevance of hemorrhagic transformation after endovascular therapy for anterior circulation large vessel occlusion strokes: a multicenter retrospective analysis of 1122 patients. *Journal of NeuroInterventional Surgery*. 2015; 7(1): 16-21.
 15. Lee JS, Hong JM, Lee KS, et al. Endovascular therapy of cerebral arterial occlusions: intracranial atherosclerosis versus embolism. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2015; 24(9): 2074-2080.
 16. Loh Y, Kim D, Shi Z-S, et al. Higher rates of mortality but not morbidity follow intracranial mechanical thrombectomy in the elderly. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2010; 31(7): 1181-1185.
 17. Kurre W, Aguilar-Pérez M, Niehaus L, et al. Predictors of outcome after mechanical thrombectomy for anterior circulation large vessel occlusion in patients aged ≥ 80 years. *Cerebrovascular Diseases*. 2013; 36(5-6): 430-436.
 18. Broussalis E, Weymayr F, Hitzl W, et al. Endovascular mechanical recanalization of acute ischaemic stroke in octogenarians. *Eur Radiol*. 2016; 26(6): 1742-50.
 19. Hwang K, Hwang G, Kwon OK, et al. Endovascular Treatment for Acute Ischemic Stroke Patients over 80 Years of Age. *J Cerebrovasc Endovasc Neurosurg*. 2015; 17(3): 173-9.
 20. Rezai MK, Advani R, Dalen I, et al. Endovascular Thrombectomy in the Elderly: Do Radiological and Clinical Outcomes Differ from Those in Younger Patients? A Prospective Single-Center Experience. *Cerebrovasc Dis*. 2019;47:65-71.
 21. Drouard-de RE, Lucas L, Richard S, et al. ETIS—Research Investigators. Impact of Reperfusion for Nonagenarians Treated by Mechanical Thrombectomy: Insights From the ETIS Registry. *Stroke*. 2019; 50(11):3164-3169.