

phân bố multimer bất thường ($p < 0,001$). Với ngưỡng cut off vWF CB/Ag là 0,7, độ nhạy của tỷ lệ này là 99% với bất thường multimer ở nhóm nghiên cứu⁵. Qua nghiên cứu này, các tác giả khuyến nghị có thể dùng vWF CB thay thế cho xét nghiệm đánh giá vWF multimer, tuy nhiên cần thêm những nghiên cứu để đánh giá đầy đủ hơn vai trò của vWF: CB. Theo tác giả Favalaro, vWF: CB có mối tương quan tốt hơn với sự hiện diện của vWF trọng lượng phân tử cao và nên kết hợp vWF CB cùng với xét nghiệm hoạt tính gắn GPIb tiểu cầu trong chẩn đoán. Tỷ lệ vWF CB/Ag bình thường và vWF Act/Ag giảm, khả năng cao do bất thường GPIb trong type 2M; Cả 2 tỷ số này đều giảm thì khả năng do thiếu vWF trọng lượng phân tử cao gặp trong type 2A, 2B⁷.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng tỷ số vWF CB/Ag và vWF Act/Ag trong phân loại vWD type 2. Theo bảng 3, 80% bệnh nhân type 2 có giảm đồng thời vWF CB/Ag và vWF Act/Ag, 3 bệnh nhân (20%) có giảm vWF Act/Ag nhưng vWF CB/Ag bình thường. Đặc điểm xét nghiệm của 3 bệnh nhân này phù hợp với vWD type 2M, tức là có giảm hoạt tính gắn GPIb nhưng không thiếu vWF trọng lượng phân tử cao.

Chức năng gắn collagen và gắn với GPIb tiểu cầu là 2 chức năng độc lập, bất thường 1 trong 2 chức năng thì tiểu cầu đều không thể gắn với collagen thành mạch bị tổn thương.

Biểu đồ 2 cho thấy mối tương quan chặt chẽ giữa vWF CB và vWF Act với r^2 là 0,773. Kết quả của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của tác giả Christoph Sucker khi phân tích 300 mẫu bệnh nhân, hệ số tương quan giữa 2 chỉ số này là 0,91⁴.

V. KẾT LUẬN

- Nồng độ hoạt tính liên quan đến khả năng gắn GPIb (vWF: Act) và gắn collagen đều giảm ở đối tượng nghiên cứu, cao nhất ở type 1 và thấp

nhất ở type 3.

- Tỷ lệ vWF CB/Ag và vWF Act/Ag ở bệnh nhân type 2 thấp hơn so với type 1, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

100% bệnh nhân type 2 có tỷ lệ vWF Act/Ag giảm, trong đó 20% có vWF CB/Ag bình thường. Có thể sử dụng kết hợp vWF CB/Ag và vWF Act/Ag trong phân loại vWD type 2.

- vWF: CBA và vWF: Act có mối tương quan chặt chẽ với $r^2 = 0,773$

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ng C, Motto DG, Di Paola J.** Diagnostic approach to von Willebrand disease. *Blood*. 2015;125(13):2029-2037. doi:10.1182/blood-2014-08-528398
2. **James PD, Connell NT, Ameer B, et al.** ASH ISTH NHF WFH 2021 guidelines on the diagnosis of von Willebrand disease. *Blood Adv*. 2021;5(1):280-300. doi:10.1182/bloodadvances.2020003265
3. **Favalaro EJ, Pasalic L, Curnow J.** Laboratory tests used to help diagnose von Willebrand disease: an update. *Pathology (Phila)*. 2016;48(4):303-318. doi:10.1016/j.pathol.2016.03.001
4. **Sucker C, Senft B, Scharf RE, Zotz RB.** Determination of von Willebrand factor activity: evaluation of the HaemosIL assay in comparison with established procedures. *Clin Appl Thromb Off J Int Acad Clin Appl Thromb*. 2006;12(3):305-310. doi:10.1177/1076029606291428
5. **Flood VH, Gill JC, Friedman KD, et al.** Collagen binding provides a sensitive screen for variant von Willebrand disease. *Clin Chem*. 2013;59(4):684-691. doi:10.1373/clinchem.2012.199000
6. **Federici AB.** Current and emerging approaches for assessing von Willebrand disease in 2016. *Int J Lab Hematol*. 2016;38 Suppl 1:41-49. doi:10.1111/ijlh.12540
7. **Favalaro EJ.** Utility of the von Willebrand factor collagen binding assay in the diagnosis of von Willebrand disease. *Am J Hematol*. 2017;92(1):114-118. doi:10.1002/ajh.24556

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA NHỒI MÁU NÃO TÁI PHÁT DO TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thị Huyền¹, Phan Văn Đức²

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huyền

Email: huyennguyentk251@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 11.10.2022

Ngày duyệt bài: 21.10.2022

Nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa gây suy giảm chức năng thần kinh, tăng tỷ lệ tàn phế, tử vong và chi phí điều trị gấp nhiều lần so với nhồi máu não lần đầu. Việc đánh giá các yếu tố nguy cơ đóng vai trò vô cùng quan trọng trong việc dự phòng nhồi máu não tái phát. **Mục tiêu:** Xác định một số yếu tố nguy cơ của nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 77 bệnh nhân nhồi máu não tái phát do tổn thương

động mạch não giữa tại Trung tâm Thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022. **Kết quả:** Có 22 bệnh nhân nữ và 55 bệnh nhân nam với độ tuổi trung bình 65 ± 11 tuổi, chủ yếu phân bố tuổi 61 – 70 tuổi (chiếm 44,2 %). Số bệnh nhân tái phát lần thứ nhất chiếm tỷ lệ cao nhất (64,9%). Thời gian tính từ lần nhồi máu não gần nhất tới lần nhồi máu não tái phát 12 tháng – 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (33,8%). Nhánh động mạch tổn thương chủ yếu là nhánh M1 (40,3%). Tăng huyết áp và rối loạn lipid máu là hai yếu tố nguy cơ chủ yếu. Bệnh nhân nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa có tình trạng điều trị dự phòng tái phát không hiệu quả. **Kết luận:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhồi máu não do tổn thương động mạch não giữa có nhiều yếu tố nguy cơ hơn và điều trị dự phòng tái phát kém hiệu quả.

Từ khóa: nhồi máu não, tái phát, động mạch não giữa, yếu tố nguy cơ, dự phòng tái phát.

SUMMARY

RESEARCH ON SOME RISK FACTORS OF RECURRENT ISCHEMIC STROKE DUE TO MIDDLE CEREBRAL ARTERY IN BACH MAI HOSPITAL

Recurrent ischemic stroke due to damaged middle cerebral artery (MCA) causes neurological impairment, increases the rate of disability, death and treatment costs many times higher than that of the first ischemic stroke. The assessment of risk factors plays an extremely important role in the prevention of recurrent cerebral infarction. **Objective:** To determine some risk factors for recurrent cerebral infarction due to damaged middle cerebral artery. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 77 patients diagnosed with recurrent ischemic stroke due to damaged middle cerebral artery at the Neurology Center - Bach Mai Hospital from July 2021 to August 2022. **Results:** There were 22 female patients and 55 male patients with an average age of 65 ± 11 years old, mainly aged 61 - 70 years old (44,2%). The first recurrent stroke account for the highest rate (64,9%). The time from the most recent cerebral infarction to the recurrence of cerebral infarction from 12 months - 5 years accounts for the highest rate (33,8%). The main damaged arterial branch is M1 branch (40,3%). Hypertension and hyperlipidemia are two mainly risk factors. Patients with recurrent ischemic stroke due to MCA have an ineffective state of prevention of recurrence. **Conclusion:** In our study, cerebral infarction due to middle cerebral artery lesions had more risk factors and less effective prevention of recurrence.

Keywords: ischemic stroke, recurrence, middle cerebral artery, risk factors, recurrence prevention

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não tái phát là tình trạng nhồi máu não xảy ra trên các bệnh nhân đã bị nhồi máu não. Các nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ tái phát thay đổi từ 7%-20% trong 1 năm đến 16%-35% trong 5 năm [1]. Nhồi máu não tái phát gây suy

giảm chức năng thần kinh, tăng tỷ lệ tàn phế, tử vong và chi phí điều trị gấp nhiều lần so với nhồi máu não lần đầu. Tại Hoa Kỳ, đột quỵ tái phát chiếm khoảng 25% trong tổng số gần 800.000 trường hợp đột quỵ não. Trong các vùng động mạch chi phối, nhồi máu não tái phát thuộc vùng chi phối của động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất cũng ảnh hưởng nặng nề nhất tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau nhồi máu não. Tại Việt Nam, các nghiên cứu thường tập trung nghiên cứu nhồi máu não tái phát thuộc tất cả các vùng động mạch cấp máu, chưa có nghiên cứu nào đi sâu vào nghiên cứu nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa. Chính vì những lí do trên, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Xác định một số yếu tố nguy cơ của nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa tại Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 77 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa tại Trung tâm Thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tiêu chuẩn lâm sàng: Thỏa mãn định nghĩa cập nhật về đột quỵ não theo đồng thuận chuyên gia của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ/Hiệp hội đột quỵ não Hoa Kỳ năm 2013; đồng thời thỏa mãn tiêu chuẩn tái phát: xuất hiện sau 24 giờ kể từ lần được chẩn đoán nhồi máu não trước đó, loại trừ những trường hợp bệnh nặng lên do phù não, hiệu ứng khối choán chỗ, chảy máu trong ổ nhồi máu.

- Tiêu chuẩn hình ảnh học: trên cộng hưởng từ não có hình ảnh nhồi máu não mới và nhồi máu não cũ.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không thu thập được đầy đủ các thông số cần cho nghiên cứu

- Các trường hợp không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

Bệnh nhân được hỏi bệnh và khám bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu:

- Nghiên cứu lâm sàng: đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (tuổi, giới), số lần tái phát, thời gian kể từ lần nhồi máu não gần nhất tới lần nhồi máu não tái phát, đặc điểm lâm sàng (triệu

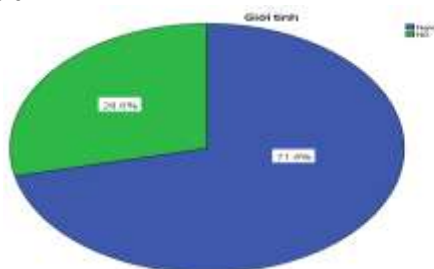
chứng thần kinh), các yếu tố nguy cơ, tình trạng điều trị dự phòng nhồi máu não tái phát.

- Nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng Hình ảnh học cộng hưởng từ não, Xét nghiệm lipid máu, CRP hs.

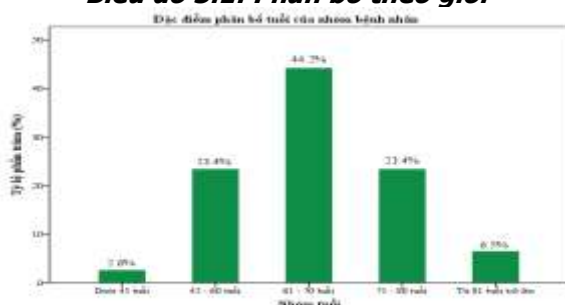
Phương pháp thống kê và xử lý số liệu: xử lý và phân tích số liệu theo phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu



Biểu đồ 3.1: Phân bố theo giới



Biểu đồ 3.2: Phân bố theo nhóm tuổi

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ nam và nữ lần lượt là 71,4% và 28,6%. Trong 77 bệnh nhân, bệnh nhân thấp tuổi nhất là 26 tuổi, cao tuổi nhất là 87 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 65 ± 11. Nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 61 – 70 tuổi (44,2 %).

Bảng 3.1. Tỷ lệ lần tái phát của nhóm nghiên cứu

Lần tái phát	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	50	64,9
2	16	20,8
Từ 3 lần trở lên	11	14,3
Tổng	77	100

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, 50 bệnh nhân nhồi máu não tái phát lần 1, chiếm tỷ lệ cao nhất (64,9%). Có 1 bệnh nhân nhồi máu não tái phát lần thứ 5 và 2 bệnh nhân nhồi máu não tái phát lần thứ 4.

Bảng 3.2: Thời gian từ lần nhồi máu não gần nhất tới nhồi máu não tái phát

Thời gian tái phát	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dưới 1 tháng	6	7,8

1 tháng - < 3 tháng	13	16,9
3 tháng - < 12 tháng	22	28,6
12 tháng - < 5 năm	26	33,8
Từ 5 năm trở lên	10	13,0
Tổng	77	100,0

Nhận xét: Nhồi máu não tái phát xảy ra sau lần nhồi máu não gần nhất từ 12 tháng đến dưới 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (33,8%); tái phát xảy ra dưới 1 tháng chiếm tỷ lệ thấp nhất (7,8%). Tác giả Hata (Nhật Bản) 35,3% nhồi máu não tái phát trong 5 năm [2]. Theo Xu G, Liu X nhồi máu não tái phát trong năm đầu tiên là 11,2 % [3].

Bảng 3.3: Tỷ lệ nhồi máu não tái phát theo các nhánh của động mạch não giữa

Nhánh động mạch	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhánh M1	31	40,3
Nhánh M2 nhánh trên	9	11,7
Nhánh M2 nhánh dưới	8	10,4
Nhánh M3 – M4	4	5,2
Nhánh nhân đậu – thể vân	25	32,5

Nhận xét: Nhánh động mạch bị tổn thương nhiều nhất là nhánh M1 với 31 bệnh nhân chiếm 40,3%; các nhánh xiên của động mạch não giữa hay nhánh nhân đậu – thể vân chiếm 32,5%. Chỉ có 4 bệnh nhân tổn thương nhánh M3 – M4 (chiếm 5,2%).

3.2. Một số yếu tố nguy cơ của nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa

Bảng 3.4: Một số yếu tố nguy cơ của nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa

Yếu tố nguy cơ	NMNTP	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp: Không	9	11,7
	68	88,3
Điều trị thường xuyên	49	63,6
Điều trị không thường xuyên	19	24,7
Đái tháo đường: Không	42	54,5
	35	45,5
Điều trị thường xuyên	24	31,2
Điều trị không thường xuyên	11	14,3
Rung nhĩ: Không	69	89,6
	6	7,8
Điều trị thường xuyên	4	5,2
Điều trị không thường xuyên	2	2,6
Mới phát hiện trong lần tái phát	2	2,6
Hẹp van hai lá: Không	75	97,4
	1	1,3
	1	1,3
Mới phát hiện trong lần tái phát	1	1,3
Rối loạn lipid máu: Không	39	50,6
	38	49,4

Bệnh lý tăng hồng cầu/tăng tiểu cầu: Không	72	93,5
Có	5	6,5
Tiền sử nhồi máu cơ tim		
Không	67	87,0
Có	10	13,0
Hút thuốc lá: Không	45	58,4
Có	32	41,6
Có và vẫn đang hút	17	22,1
Có nhưng đã bỏ	15	19,5
Nghiện rượu: Không	58	75,3
Có	19	24,7
Có và vẫn đang uống	11	14,3
Có nhưng đã bỏ	8	10,4
Béo phì: Không	59	76,6
Có	18	23,4
Không tập thể dục thường xuyên	69	89,6
Chế độ ăn uống không lành mạnh	70	90,9

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân không tập thể dục thường xuyên (89,6%) và chế độ ăn uống không lành mạnh (90,9%). Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ gặp với tỷ lệ cao nhất (88,3%); rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ đứng thứ hai (49,4%); đái tháo đường là yếu tố nguy cơ đứng thứ ba (45,5 %).

Bảng 3.5: Tình trạng điều trị các yếu tố nguy cơ của nhồi máu não do tổn thương động mạch não giữa

Yếu tố nguy cơ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Điều trị THA		
Có kiểm soát tốt	24	31,2
Không kiểm soát tốt	44	57,1
Điều trị ĐTDĐ		
Có kiểm soát tốt	12	15,6
Không kiểm soát tốt	22	28,6
Liệu pháp Statin		
Có điều trị thường xuyên	15	19,5
Không điều trị thường xuyên	57	74,02
Liệu pháp chống đông (trên bệnh nhân rung nhĩ)		
Có điều trị thường xuyên	2	2,6
Không điều trị thường xuyên	5	6,5
Liệu pháp KKTTC		
Có điều trị thường xuyên	14	18,2
Không điều trị thường xuyên	63	81,8

Nhận xét: Trong số bệnh nhân nghiên cứu, có 81,8% bệnh nhân không điều trị thuốc kháng kết tập tiểu cầu thường xuyên; 74% bệnh nhân không điều trị statin thường xuyên theo phác đồ.

Bảng 3.6: Các yếu tố liên quan tới xét nghiệm sinh hóa

Các yếu tố	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng nồng độ CRP hs >3 mg/L	41	53,2
Tăng nồng độ D – Dimer	18	23,3
Nồng độ HDL – C thấp	48	62,3
Nồng độ Cholesterol toàn phần cao	8	11,2
Nồng độ Triglycerid cao	39	50,6
Nồng độ LDL – C cao	40	51,9

Nhận xét: Trong các yếu tố liên quan đến viêm, yếu tố nồng độ CRP hs > 3 mg/L (nhóm yếu tố nguy cơ cao theo hội Tim mạch Hoa Kỳ) chiếm tỷ lệ khá cao (53,2%). Trong các thành phần lipid máu, yếu tố nồng độ LDL – C cao chiếm tỷ lệ cao nhất (51,9%), trong khi đó yếu tố nồng độ HDL – C thấp chiếm 62,3,7%, yếu tố nồng độ Triglycerid cao chiếm 50,6%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Trong 77 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nam bị nhồi máu não tái phát nhiều hơn bệnh nhân nữ, với tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1. Tỷ lệ này phù hợp với nhiều nghiên cứu về nhồi máu não tái phát ở Việt Nam và thế giới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 65 ± 11, trong đó bệnh nhân tuổi thấp nhất là 26 tuổi, cao tuổi nhất là 87 tuổi. Nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 74,1% trong đó khoảng tuổi 61 – 70 tuổi bị nhồi máu não tái phát chiếm tỷ lệ cao với 44,2%. Theo nhóm tác giả Nguyễn Văn Chương, Nguyễn Thị Thu Huyền tuổi trung bình của nhóm NMN tái phát là 67,5, bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 78,1% 2. Tuổi là yếu tố tiên lượng nhồi máu não tái phát theo thời gian. Nghiên cứu Hisayama cho kết quả nhóm 60-69 tuổi, 70-79 tuổi, trên 80 tuổi có nguy cơ tái đột quỵ cao hơn nhóm dưới 60 tuổi là 2,0, 2,5 và 2,9 lần [2].

Trong nhóm nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân tái phát lần 1 là cao nhất chiếm 64,9%. Trong số 77 bệnh nhân, chúng tôi gặp 1 bệnh nhân NMN tái phát lần thứ 5 và 2 bệnh nhân tái phát lần thứ 4, không có bệnh nhân nào tái phát lần thứ 6. Theo Nguyễn Văn Chương, Nguyễn Thị Thu Huyền, tỷ lệ nhồi máu não tái phát một lần là cao nhất chiếm 78,1% [4].

Nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa trong nghiên cứu của chúng tôi xảy ra sau lần nhồi máu não gần nhất từ 12 tháng đến dưới 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (33,8%); tái phát xảy ra dưới 1 tháng chiếm tỷ lệ thấp nhất (7,8%). Theo Nguyễn Văn Chương, Nguyễn Thị Thu Huyền, thời gian xảy ra NMN tái phát sau NMN lần đầu từ 1 năm đến 5 năm là tỷ

lệ cao nhất (61,5%), tái phát trong 1 năm là 18,5%. Tác giả Hata (Nhật Bản) 35,3% nhồi máu não tái phát trong 5 năm [2]. Theo Xu G, Liu X nhồi máu não tái phát trong năm đầu tiên là 11,2% [3]. Nhiều tác giả nước ngoài thấy 25% bệnh nhân sau đột quỵ lần đầu sẽ đột quỵ tái diễn trong vòng 5 năm và tỷ lệ này còn cao hơn trong những năm tiếp theo.

Trong các nhánh của động mạch não giữa, nhánh động mạch bị tổn thương nhiều nhất là M1 chiếm 40,3%, nhánh nhân đậu – thể vân chiếm 32,5%. Chúng tôi gặp chỉ 4 bệnh nhân tổn thương nhánh M3 – M4 (chiếm 5,2%).

4.2. Một số yếu tố nguy cơ của nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa. Đa số các bệnh nhân nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa trong nghiên cứu của chúng tôi đều có yếu tố nguy cơ liên quan tới lối sống đó là không tập thể dục thường xuyên (89,6%) và chế độ ăn uống không lành mạnh (90,9%), 41,6% bệnh nhân có hút thuốc lá trong đó chưa đến một nửa số bệnh nhân đã bỏ thuốc lá mặc dù từng bị nhồi máu não.

Trong các yếu tố nguy cơ liên quan tới tiền sử bệnh tật, tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ gặp nhiều nhất với 68 bệnh nhân chiếm 88,3%, trong số đó có 63,6% số bệnh nhân dùng thuốc điều trị huyết áp thường xuyên. Tuy nhiên, trong 68 bệnh nhân này, tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát huyết áp tốt chỉ đạt 31,2%. Theo Nguyễn Văn Chương, Nguyễn Thị Thu Huyền, tỷ lệ bệnh nhân được điều trị theo dõi thường xuyên là 53,10%, còn lại 27% BN trong số tăng huyết áp chỉ uống thuốc khi đo thấy cao huyết áp có triệu chứng khó chịu như đau đầu [4]. Tuy nhiên, một số tác giả khác như nghiên cứu của Đinh Hữu Hùng, Vũ Anh Nhị lại đưa ra kết luận rằng THA không phải là yếu tố nguy cơ của NMN tái phát [5]. Mặc dù vậy, theo khuyến cáo của ASA/AHA năm 2021, mục tiêu kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân từng bị nhồi máu não nên < 130/80 mmHg [6].

Rối loạn lipid máu có 49,4% bệnh nhân, Trong các thành phần lipid máu yếu tố nồng độ LDL – C cao chiếm tỷ lệ cao nhất (51,9%), trong đó yếu tố nồng độ HDL – C thấp chiếm 62,3,7%, yếu tố nồng độ Triglycerid cao chiếm 50,6%. Theo nhóm tác giả Đinh Hữu Hùng, Vũ Anh Nhị, trong các thành phần của Lipid chỉ có nồng độ HDL – C thấp là có liên quan nguy cơ nhồi máu não tái phát [5]. Theo tác giả Nguyễn Thị Thu Huyền, Nguyễn Văn Chương tỷ lệ rối loạn lipid của nhóm nhồi máu não tái phát là 58,5% [4]. Về điều trị liệu pháp Statin, có đến 74% số bệnh nhân không điều trị khi ra viện.

Theo nhóm nghiên cứu Đinh Hữu Hùng, Vũ Anh Nhị khẳng định dùng nhóm Statin sau ra viện làm giảm nguy cơ tái phát [5].

Đái tháo đường là yếu tố nguy cơ chiếm 45,5% bệnh nhân, trong đó 31,2% bệnh nhân có dùng thuốc điều trị đái tháo đường thường xuyên. Tuy nhiên, trong số những bệnh nhân bị đái tháo đường, chỉ có 15,6% bệnh nhân đạt mức kiểm soát đường máu tối ưu. Theo Nguyễn Thị Thu Huyền, kết hợp đái tháo đường và tăng huyết áp gây nhồi máu não tái phát cao 1,4 lần so với lần đầu [4]. Theo khuyến cáo của ASA/AHA năm 2021, trên những bệnh nhân từng nhồi máu não hoặc TIA có đái tháo đường, kiểm soát đường huyết nên là HbA1c ≤ 7,0%.

Trong 77 bệnh nhân nghiên cứu, chỉ có 8 bệnh nhân có rung nhĩ trong số đó có 2 bệnh nhân phát hiện trong lần nhồi máu não tái phát chứ chưa từng phát hiện trước đó, 1 bệnh nhân có bệnh hẹp van hai lá. Điều này cũng phù hợp với cơ chế thường gặp của nhồi máu não động mạch não giữa phần lớn là do xơ vữa động mạch. Chỉ có 2 bệnh nhân điều trị thuốc chống đông thường xuyên, lí do có thể là: một, các bệnh nhân dùng thuốc chống đông thể hệ cũ phải kiểm tra xét nghiệm INR thường xuyên khiến họ ngại đến viện cũng như dùng thuốc, hai, các bệnh nhân dùng thuốc kháng đông thể hệ mới thì chi phí cao dẫn đến dễ bỏ trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa bỏ thuốc chống kết tập tiểu cầu chiếm tỷ lệ cao nhất 81,8%. Phần lớn bệnh nhân sau bị nhồi máu não các lần trước chỉ điều trị thuốc kháng kết tập tiểu cầu một thời gian rồi bỏ. Thời gian ngắn nhất bị nhồi máu não tái phát chúng tôi gặp là 5 ngày. Điều này còn phản ánh sự hiểu biết của bệnh nhân về tầm quan trọng của thuốc kháng kết tập tiểu cầu còn chưa thực sự hiệu quả.

Trong các yếu tố liên quan đến viêm, yếu tố nồng độ CRP hs > 3 mg/L (nhóm yếu tố nguy cơ cao theo hội Tim mạch Hoa Kỳ) chiếm tỷ lệ khá cao (53,2%). Theo nghiên cứu của Đinh Hữu Hùng, Vũ Anh Nhị một số bệnh lý liên quan với XVDM như NMCT, hẹp nặng ĐM cảnh và sự gia tăng nồng độ hs - CRP đã làm cho nguy cơ tái phát đột quỵ tăng lên rất nhiều lần [5]. Theo Nguyễn Thị Thu Huyền, Nguyễn Văn Chương, nồng độ Hs-CRP trung bình trong huyết tương của nhóm NMN tái phát 15 ± 29 mg/L cao gấp 1,5 lần của nhóm NMN lần đầu là 10 ± 22 mg/L [4].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 77 bệnh nhân nhồi máu não

do tổn thương động mạch não giữa, chúng tôi kết luận: Bệnh nhân nam, tuổi cao là hai yếu tố nguy cơ không thay đổi được của nhồi máu não tái phát nói chung cũng như nhồi máu não do tổn thương động mạch não giữa nói riêng. Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, chế độ ăn uống không lành mạnh, không tập luyện thể dục là các yếu tố nguy cơ gặp với tỷ lệ cao. Việc điều trị các yếu tố nguy cơ và dự phòng tái phát nhồi máu não còn kém hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mohan K.M., Wolfe C.D.A., Rudd A.G. và cộng sự. (2011).** Risk and Cumulative Risk of Stroke Recurrence. *Stroke*, 42(5), 1489–1494.
2. **Hata J., Tanizaki Y., Kiyohara Y. và cộng sự. (2005).** Ten year recurrence after first ever stroke in a Japanese community: the Hisayama study. *J*

3. **Xu G., Liu X., Wu W. và cộng sự. (2007).** Recurrence after ischemic stroke in chinese patients: impact of uncontrolled modifiable risk factors. *Cerebrovasc Dis*, 23(2–3), 117–120.
4. **Nguyễn Thị Thu Huyền và Nguyễn Văn Chương (2012),** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học thần kinh và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân tái đột quỵ nhồi máu não, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.
5. **Đình Hữu Hùng và Vũ Anh Nhi (2014),** Nguy cơ tái phát sau đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp theo phần tăng một số yếu tố liên quan, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
6. **Kleindorfer D.O., Towfighi A., Chaturvedi S. và cộng sự. (2021).** 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 52(7), e364–e467.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA HÌNH ẢNH HỌC VÀ TIÊN LƯỢNG CỦA NHỒI MÁU NÃO HỆ ĐỘNG MẠCH THÂN NỀN

Trần Quang Bình¹, Nguyễn Văn Tuấn^{2,3}, Trần Anh Tuấn^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét mối liên quan giữa hình ảnh học và tiên lượng của nhồi máu não hệ động mạch thân nền. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu được thực hiện trên 110 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não hệ động mạch thân nền được điều trị tại trung tâm Thần kinh - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 7 năm 2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 63,70±14,23. Tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1. Số bệnh nhân có tổn thương động mạch thân nền trên hình ảnh học là 36 bệnh nhân (32,7%), trong đó tổn thương đoạn gần có 11,1%, đoạn giữa 8,3%, đoạn đỉnh 19,4%, toàn bộ động mạch thân nền 61,1%. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, nhóm có điểm pc – ASPECTs = 8 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất (22,2%). Không có bệnh nhân nào có điểm pc – ASPECTs thuộc nhóm 1, 9 và 10 điểm. Có mối liên quan giữa đặc điểm tổn thương động mạch thân nền, thang điểm pc-ASPECTs và mức độ tàn tật sau 90 ngày. Bệnh nhân có tắc động mạch thân nền có khả năng bị tàn tật nặng cao gấp 15,4 lần bệnh nhân chỉ có hẹp động mạch thân nền. Bệnh nhân có điểm pc – ASPECTs < 8 có khả năng bị tàn tật nặng cao gấp 10 lần bệnh nhân

có điểm pc – ASPECTs = 8. **Kết luận:** Tổn thương nhồi máu não trên cộng hưởng tử thuộc khu vực tưới máu hệ động mạch thân nền càng nhiều thì mức độ tàn tật càng nhiều.

Từ khóa: Nhồi máu não hệ động mạch thân nền, hình ảnh học, tiên lượng nhồi máu não hệ động mạch thân nền.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN IMAGE AND PROGNOSIS OF CEREBRAL BASILAR ARTERY INFARCTION

Objectives: Evaluate the relationship between imaging and prognosis of cerebral basilar artery infarction. **Subjects and method:** A prospective, descriptive study of 110 patients with cerebral basilar artery infarction treated at the Neurological Center, Bach Mai Hospital from July 2021 to July. **Results:** The average age of the study group was 63.70 ± 14.23. The male/female ratio is 1.6/1. The number of patients with basilar artery lesions on imaging was 36 patients (32.7%), of which there were 4 patients with inferior lesion, 3 patients with the middle lesions, 7 patients with the superior lesions, the entire basilar artery was 22 patients. In the study, the group with pc score – ASPECTs = 8 points accounted for the highest rate (22.2%). None of the patients had pc-ASPECTs scores in groups 1, 9 and 10. There is a relationship between the characteristics of basilar artery lesions, the pc-ASPECTs score and the degree of disability after 90 days. Patients with basilar artery occlusion were 15.4 times more likely to have severe disability than patients with only basilar stenosis. Patients with pc-ASPECTs < 8 are 10 times more likely to have severe disability than patients with pc-

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Thần Kinh - Bệnh viện Bạch Mai

³Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

⁴Trung tâm Điện Quang - Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Bình
Email: tranquangbinh10hoachl@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.8.2022

Ngày phản biên khoa học: 11.10.2022

Ngày duyệt bài: 24.10.2022