

- sống thắt lưng L4-L5 bằng phẫu thuật lấy đĩa đệm, cố định cột sống, ghép xương liên thân đốt. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Parker, S.L, et al.** Utility of minium clinically important difference in assessing pain, disability, and health state transforaminal lumbar interbody fusion for degenerative lumbar spondylolithesis. *Journal of Neurosurgery*. 2011;14(5):598-604.
  3. **Chandra Vemula VR, Prasad BC, Jagadeesh MA, Vuttarkar J, Akula SK.** Minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion using bone cement-augmented pedicle screw for lumbar spondylolithesis in patients with osteoporosis. Case series and review of literature. *Neural India*. 2018;66(1):118-125.
  4. **Nguyễn Vũ (2015).** Nghiên cứu điều trị trượt đốt sống thắt lưng bằng phương pháp cố định cột sống qua cuống kết hợp hàn xương liên thân đốt. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
  5. **Phan Trọng Hậu.** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bệnh trượt đốt sống thắt lưng do hở eo ở người trưởng thành. Học viện Quân Y. Published online 2006.
  6. **Manual Of Spine Surgery,** Cement Augmentation of Pedicle Screw Fixation, Springer Heidelberg New York Dordrecht London, 351-359.
  7. **Dai F, Liu Y, Zhang F, et al.** Surgical treatment of the osteoporotic spine with bone cement-injectable cannulated pedicle screw fixation: technical description and preliminary application in 43 patients. *Clinics (Sao Paulo)*. 2015;70(2): 114 – 119.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO CẤP MỨC ĐỘ NHẸ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH YÊN BÁI NĂM 2024

**Lê Đức Thuận<sup>1</sup>, Hoàng Tiên Hảo<sup>1</sup>,  
Ngô Hùng Cường<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Chúc<sup>1</sup>**

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nhồi máu não cấp mức độ nhẹ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Đối tượng nghiên cứu** là những bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhồi máu não cấp trong vòng 24 giờ từ khi khởi phát có NIHSS  $\leq 4$  điểm, trên 18 tuổi, điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái từ tháng 1/2024 đến tháng 7/2024, theo dõi kết cục lâm sàng sau khi ra viện 03 tháng. **Kết quả:** Tổng số đối tượng nghiên cứu là 33 bệnh nhân, trong đó tỉ lệ nam/nữ = 1,35/1. Tuổi trung bình:  $66.52 \pm 12.97$ , nhóm tuổi trên 45 tuổi chiếm tỉ lệ 90,9%, nhóm tuổi dưới 45 tuổi chiếm tỉ lệ 9,1%. Số bệnh nhân nhập viện 6 giờ - 24 giờ sau khởi phát chiếm tỉ lệ cao nhất 45,5%. Trong các yếu tố nguy cơ, thường gặp nhất là tăng huyết áp và rối loạn chuyển hóa lipid lần lượt là 90,9% và 84,8%, đái tháo đường 15,2% và đột quỵ não cũ 21,2%. Phân loại theo <sup>1</sup>TOAST, nguyên nhân bệnh mạch máu nhỏ chiếm tỉ lệ cao nhất 63,6%, thuyên tắc mạch từ tim chiếm 12,1%. Tại thời điểm ra sau ra viện 03 tháng, bệnh nhân phục hồi tốt có điểm mRS 0 -1 chiếm 87,9%. Bệnh nhân có tiền sử đột quỵ trước đó và hẹp mạch máu lớn có nguy cơ tiến triển nặng và kết quả phục hồi thần kinh kém. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy các đặc điểm lâm sàng riêng biệt ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não mức độ nhẹ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái với tỷ lệ hồi phục cao, căn nguyên mạch máu nhỏ

chiếm phần lớn. Tiền sử đột quỵ não cũ và hẹp mạch máu lớn là yếu tố tiên lượng nguy cơ tiến triển nặng và kết quả phục hồi thần kinh kém ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não mức độ nhẹ.

**Từ khóa:** Nhồi máu não cấp

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS, PROCOLICYLISTS, RESULTS OF TREATMENT OF PERSONS WITH MILD ACUTE CEREBRAL INFARCTION

**Objective:** To find out the clinical, paraclinical and treatment results of mild acute cerebral infarction at the Yên Bái Province hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study. The study subjects were patients with confirmed diagnosis of acute cerebral infarction within 24 hours of onset with NIHSS score  $\leq 4$ , over 18 years old, treated at Yên Bái Province hospital since 1/ 2024 to 8/2024, follow-up clinical outcomes after 3 months of discharge. **Results:** The total number of study subjects was 33 patients, in which the male/female ratio = 1,35/1. Mean age:  $66.52 \pm 12.97$ , the age group over 45 years old accounted for the largest rate 90,9%, the age group under 45 years old accounted for the lowest rate 9.1%. The number of patients hospitalized after onset 6 hours - 24 hours after onset accounted for the highest rate of 45,5%. Among the risk factors, the most common were hypertension and lipid metabolism disorders, respectively 90,9% and 84,8%, diabetes 15,2% and old cerebral stroke 21,2%. Classification according to TOAST, the cause of small vessel disease accounted for the highest rate of 63,6%, embolism from the heart accounted for 12,1%. At the time of discharge after 3 months of discharge, patients with good recovery had mRS score of 0 -1, accounting for 87,9%. Patients with pre-medical history stroke and

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Thuận

Email: ducthuanhvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024

large artery stenosis are the prognostic factors for risk of severely progression and poorly neurologic outcome. **Conclusion:** The study showed the distinct clinical characteristics in the group of patients with mild cerebral infarction at the Yên Bái Province hospital with a high recovery rate, with small vascular etiology accounting for the majority. Patients with pre-medical history stroke and large artery stenosis are the prognostic factors for risk of severely progression and poorly neurologic outcome.

**Keywords:** Acute cerebral infarction

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não được coi là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba sau bệnh tim mạch và ung thư, đồng thời là nguyên nhân gây khuyết tật hàng đầu tại các nước phát triển<sup>1</sup>. Đột quỵ nhồi máu não (NMN) chiếm 80% tổng số ca đột quỵ. Trong nhồi máu não, 2/3 số người bệnh có biểu hiện mức độ nhẹ NIHSS  $\leq 4$  điểm<sup>2</sup>. Trong khi người bệnh đột quỵ có biểu hiện nặng ngay từ đầu được hưởng lợi từ thuốc tiêu sợi huyết và can thiệp nội mạch thì đa số người bệnh bị đột quỵ nhồi máu não mức độ nhẹ lại thường bị bỏ sót hoặc không được quản lý tích cực. Chính vì vậy các quyết định trong xử trí nhồi máu não mức độ nhẹ có tác động đáng kể đến kết quả lâm sàng, chất lượng cuộc sống và chi phí chăm sóc người bệnh.

Tại Việt Nam, chưa có những thống kê hệ thống về nhồi máu não cấp mức độ nhẹ. Xuất phát từ thực tiễn lâm sàng đó, với mong muốn mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị của người bệnh đột quỵ nhồi máu não nhẹ và đánh giá kết quả điều trị sau 03 tháng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị người bệnh nhồi máu não cấp mức độ nhẹ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái năm 2024" với hai mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh học ở người bệnh nhồi máu não cấp mức độ nhẹ.

- Nhận xét kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan ở người bệnh nhồi máu não cấp mức độ nhẹ.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định NMN cấp tính trong vòng 24 giờ kể từ khi khởi phát đột quỵ dựa vào định nghĩa Đột quỵ não của Tổ chức y tế thế giới, có độ tuổi trên 18 tuổi và có điểm NIHSS nhập viện  $\leq 4$  điểm trong thời gian từ tháng 1/2024 - 7/2024. Tiêu chí loại trừ: - Người bệnh có chuyển dạng chảy máu - Người bệnh bệnh mắc bệnh lý nền nặng có tiên lượng sống

không quá 3 tháng.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

**Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái.

**Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện. Chọn các hồ sơ bệnh án BN được chẩn đoán: Đột quỵ NMN cấp tính trong vòng 24 giờ kể từ khi khởi phát, tuổi trên 18 tuổi, có điểm NIHSS nhập viện  $\leq 4$  điểm điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái từ 1/2024 - 7/2024.

**2.3. Xử lý số liệu.** Theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích số liệu.

Thu tuyển được 33 bệnh án có đủ tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng**

Đặc điểm lâm sàng	Bệnh nhân (N=33)
<b>Đặc điểm chung</b>	
Tuổi trung bình	66.52 $\pm$ 12,97
Nữ giới – Không (%)	14(42,4%)
Điểm NIHSS trung vị nhập viện	3(2-4)
<b>Đặc điểm thời gian khởi phát đến khi nhập viện</b>	
Trước 4,5 giờ	11 (33,3%)
4,5 - trước 6 giờ	7 (21,2%)
6 - 24 giờ	15 (45,5%)
<b>Đặc điểm tiền sử</b>	
Tăng huyết áp	30 (90,9%)
Đái tháo đường	5 (15,2%)
Bệnh lý tim mạch	4 (12,1%)
Rối loạn lipid máu	28(84,8%)
Đột quỵ não cũ	7 (21,2%)
Hút thuốc lá	13 (39,4%)
<b>Nguyên nhân theo phân loại TOAST</b>	
Bệnh mạch máu lớn	5 (15,2%)
Bệnh mạch máu nhỏ	21 (63,6%)
Căn nguyên tim mạch	4(12,1%)
Nguyên nhân không xác định	3(9,1%)

**Nhận xét:** Tuổi trung bình: 66.52 $\pm$ 12,97, Nam 57,6%, Nữ 42,4%. Tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu thứ tự là (90,9% và 84,8%). Điểm NIHSS trung vị thời điểm nhập viện là 3 (2-4) điểm (thấp nhất 1 điểm và cao nhất 4 điểm). Nhập viện sau phát từ 6 đến 24 giờ: 45,5%. Số BN đến trong giờ vàng của tiêu huyết khối: 11 (33,3%). Đái tháo đường, đột quỵ não cũ (15,2% và 21,2%). Tiền sử bệnh lý tim mạch 4 (12,1%). Bệnh mạch máu nhỏ 63,6%. Bệnh mạch máu lớn 15,2%. Nguyên nhân không xác

định 9,1%. Huyết khối từ tim 12,1%.

### 3.2. Đặc điểm hình ảnh học

**Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh học.**

Đặc điểm hình ảnh học	Bệnh nhân (N=33)
Hẹp động mạch nội sọ $\geq 50\%$	3 (9,09%)
Hẹp động mạch ngoại sọ $\geq 70\%$	2 (6,06%)

**Nhận xét:** Có 15,15% bệnh nhân có hẹp mạch lớn có ý nghĩa, trong đó có 3 bệnh nhân hẹp mạch nội sọ  $\geq 50\%$  chiếm 9,09% và 2 bệnh nhân hẹp mạch ngoại sọ  $\geq 70\%$  chiếm 6,06%.

### 3.3. Kết quả điều trị

**Bảng 3. Phương pháp điều trị**

Phương pháp điều trị	Số người bệnh	Tỉ lệ
Nội khoa tối ưu	27	81,8%
Tiêu huyết khối đường tĩnh mạch	3	9,2%
Can thiệp mạch lấy huyết khối	1	3,0%
Đặt stent động mạch cảnh	2	6,0%

**Nhận xét:** 81,8% BN đột quy NMN mức độ nhẹ được điều trị nội khoa. Số BN sử dụng phương pháp tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch 9,2%, lấy huyết khối cơ học 3% và 6% được đặt stent động mạch cảnh.

**Bảng 4. Kết cục lâm sàng theo thang điểm mRS tại thời điểm 3 tháng**

mRS thời điểm 3 tháng	Số trường hợp	Tỉ lệ %
0-1	29	87,9%
2-6	4	12,1%

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân phục hồi tốt (mRS từ 0-1): 84%; (mRS từ 2-3); Phải phụ thuộc một phần vào người chăm sóc: 15%; Số BN phải phụ thuộc hoàn toàn, phục vụ tại giường 3 (1%). Không có BN nào tử vong trong vòng 3 tháng.

**Bảng 5. Ảnh hưởng của một số đặc điểm chung tới kết quả điều trị**

Yếu tố		Điểm mRS		p
		2-6	0-1	
Giới	Nam	1 (5,3%)	18 (94,7%)	0,288
	Nữ	3 (21,4%)	11 (78,6%)	
Tuổi	$\leq 45$	0 (21,4%)	3 (100%)	1
	$> 45$	4 (13,3%)	26 (86,7%)	
Hẹp mạch lớn	Có	3 (60%)	2 (40%)	0.007
	Không	1 (3,6%)	27 (96,4%)	

**Nhận xét:** Nam có tỷ lệ phục hồi tốt cao hơn nữ với ( $p = 0,288$ ); Tuổi thấp hơn có tỷ lệ hồi phục tốt hơn ( $p > 0,05$ ); Nhóm hẹp mạch lớn có tỉ lệ hồi phục sau 3 tháng kém hơn nhóm không hẹp mạch lớn ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 6. Mức độ phục hồi theo nguyên nhân tại thời điểm 03 tháng**

Yếu tố nguy cơ	mRS	p
----------------	-----	---

		2-6	0-1	
Tăng huyết áp	Có	4 (13.3%)	26 (86.7%)	
	Không	0 (0%)	3 (100%)	0.670
Đái tháo đường	Có	0 (0%)	5 (100%)	0.5
	Không	4 (14.3%)	24 (85.7%)	
Bệnh lý tim mạch	Có	1 (25%)	3 (27%)	0.42
	Không	3 (10.3%)	26 (89.7%)	
Rối loạn lipid máu	Có	3 (10.7%)	25 (89.3%)	0.5
	Không	1 (20%)	4 (80%)	
Đột quỵ não cũ	Có	4 (66.7%)	2 (33.3%)	0.00
	Không	0 (0%)	27 (100%)	
Hút thuốc lá	Có	1 (7.7%)	12 (92.3%)	0.481
	Không	3 (15%)	17 (85%)	

**Nhận xét:** Người bệnh có tiền sử đột quỵ não trước đó có tỉ lệ hồi phục không tốt cao hơn nhóm không có tiền sử đột quỵ não sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p$  nhỏ hơn 0.05. Ở các nhóm tiền sử bệnh khác không có sự khác biệt về tỷ lệ phục hồi tốt đủ mức ý nghĩa thống kê, với  $p$  lớn hơn 0,05.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm của bệnh nhân.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, gần 2/3 đối tượng nghiên cứu là nam giới (57,6%), tuổi trung bình là  $66.52 \pm 12.97$  từ các số liệu trên cho thấy có thể tuổi thọ trung bình của người Việt Nam đang tăng lên hoặc dân số đang già hoá. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu CHANCE<sup>3</sup> và POINT<sup>4</sup>, tuổi trung bình là 63,2 (55,0-72,9) và tỉ lệ nam giới 60,8%.

Nhóm BN có thời gian từ khởi phát đến khi nhập viện 6-24 giờ chiếm 45,5% do biểu hiện ban đầu nhẹ, tâm lý người bệnh chủ quan đến muộn và một số cơ sở y tế bỏ sót quản lý người bệnh đột quỵ. Khi có triệu chứng tiến triển mới đưa đến viện, thường quá thời gian tiêu huyết khối đường tĩnh mạch.

Tăng huyết áp và rối loạn chuyển hóa lipid là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất, lần lượt là 90,9% và 94,8%, Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường, có xu hướng thấp hơn nghiên cứu CHANCE và POINT, tuy nhiên tiền sử tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu lại có xu hướng cao hơn, lý giải nguyên nhân này có thể do chế độ ăn khác nhau và nhiều bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chưa được kiểm soát tốt huyết áp trước đó.

Điểm NIHSS trung vị của đối tượng nghiên cứu là 3 điểm, có xu hướng cao hơn nghiên cứu CHANCE do nghiên cứu CHANCE chỉ lựa chọn bệnh nhân có NIHSS  $\leq 3$  điểm.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, bệnh mạch máu nhỏ chiếm ưu thế với tỷ lệ mắc lên

đến 63.6%. Bệnh mạch máu lớn chiếm 15.2%. Huyết khối từ tim chiếm 12.1%. Nguyên nhân không xác định chiếm tỷ lệ nhỏ với 3%. Không có trường hợp nào có nguyên nhân ít gặp. Phân loại TOAST<sup>5</sup> cổ điển của bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cho kết quả nguyên nhân mạch máu lớn chiếm 25%, mạch máu nhỏ chiếm 25%, thuyên tắc mạch từ tim chiếm 20%, nguyên nhân hiếm 5% và nguyên nhân không xác định chiếm 25%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh lý mạch máu nhỏ chiếm ưu thế phù hợp với biểu hiện triệu chứng lâm sàng của nhồi máu ổ khuyết chiếm đa số. Căn nguyên tim mạch chỉ chiếm 12.1% có thể do đa số bệnh nhân căn nguyên tim biểu hiện nặng ngay từ đầu với NIHSS > 4 điểm hoặc có thể một số bệnh nhân đột quỵ thiếu máu mức độ nhẹ đã căn nguyên tim chưa được phát hiện do theo dõi tim dài hạn không được thực hiện khi nhập viện như: theo dõi Holter điện tim, siêu âm tim qua thực quản,... điều này sẽ dẫn đến phân loại TOAST bị nhầm lẫn..

**4.2. Đặc điểm hình ảnh học.** Có 15.15% bệnh nhân có hẹp mạch lớn có ý nghĩa, trong đó có 3 bệnh nhân hẹp mạch nội sọ  $\geq 50\%$  chiếm 9,09% và 2 bệnh nhân hẹp mạch ngoại sọ  $\geq 70\%$  chiếm 6,06%.

**4.3. Kết quả điều trị.** Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân phục hồi tốt, các hoạt động hàng ngày độc lập hoàn toàn (mRS từ 0 đến 1) đạt 87.9%. Mức tàn tật trung bình đến nặng (mRS từ 2 đến 5), tức phải phụ thuộc một phần đến hoàn toàn vào người chăm sóc, chiếm 12.1%, không có bệnh nhân tử vong tại thời điểm theo dõi.

BN đột quỵ não mức độ nhẹ tiền sử đột quỵ là một yếu tố nguy cơ độc lập với tiên lượng hồi phục kém ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não nhẹ, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với một nghiên cứu lớn tại Trung Quốc có cỡ mẫu 12.415 bệnh nhân đột quỵ do nhồi máu não chia thành 2 nhóm, nhóm 1 gồm 8181 bệnh nhân (chiếm 65,9%) không có tiền sử đột quỵ và nhóm 2 gồm 4234 bệnh nhân (chiếm 34,1%) có tiền sử đột quỵ trước đó, kết quả nghiên cứu này cho thấy trong thời gian nằm viện, bệnh nhân có tiền sử đột quỵ tỷ lệ tử vong cao hơn (3,6% so với 2,4%,  $p = 0,0002$ ) và nguy cơ tái phát cao hơn (5,8% so với 3,1%,  $p < 0,0001$ ) so với bệnh nhân không bị đột quỵ trước đó. Nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng, so với cơn đột quỵ đầu tiên, tỷ lệ tử vong của bệnh nhân có tiền sử đột quỵ vẫn cao hơn đáng kể sau 6 và 12 tháng theo dõi và mRs 0-3 điểm liên tục cao hơn tại bất kỳ thời điểm theo dõi nào, điều này cho thấy tiên

lượng của bệnh nhân có tiền sử đột quỵ là nghiêm trọng hơn cơn đột quỵ đầu tiên<sup>6</sup>. Điều này càng nhấn mạnh thêm tầm quan trọng của việc phòng ngừa thứ phát đột quỵ.

Tiên lượng của bệnh nhân có tiền sử đột quỵ kém hơn, có thể liên quan đến đáp ứng kém với điều trị dự phòng huyết khối hoặc không tuân thủ điều trị của bệnh nhân/ gia đình tuy nhiên cơ chế cụ thể cần được làm rõ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có sự khác biệt về kết cục hồi phục lâm sàng giữa 2 nhóm có hẹp mạch lớn và không hẹp mạch lớn có ý nghĩa thống kê trong đó nhóm bệnh nhân nhồi máu não mức độ nhẹ kèm có hẹp mạch lớn có kết cục hồi phục thần kinh kém hơn 40.5 lần nhóm bệnh nhân không hẹp mạch lớn với  $p = 0.007 < 0.05$ .

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu CICAS nhóm hẹp mạch nội sọ có đột quỵ nặng hơn, nằm viện lâu hơn và có nguy cơ đột quỵ tái phát cao hơn<sup>7</sup>.

Trong nghiên cứu CATCH người trên trên CTA có hẹp  $\geq 50\%$  hoặc tắc động mạch ngoài sọ hoặc nội sọ của vùng nhu mô não nhồi máu tương ứng có nguy cơ kết cục xấu cao<sup>8</sup>. Người bệnh bị hẹp tắc mạch nội sọ có suy giảm thần kinh sớm cao hơn (19% so với 2% ở những người không bị tắc) và bị tàn tật nhiều hơn khi theo dõi.

Theo khuyến cáo của hội đột quỵ Châu Âu ESO 2021, hẹp mạch lớn là 1 yếu tố nguy cơ tiên lượng tiến triển nặng của đột quỵ nhồi máu mức độ nhẹ, vì vậy đã có 6/8 đồng thuận về sử dụng tiêu sợi huyết ở bệnh nhân nhồi máu não mức độ nhẹ có hẹp mạch lớn dù không có khiếm khuyết thần kinh quan trọng.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy các đặc điểm lâm sàng riêng biệt ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não mức độ nhẹ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái với tỷ lệ hồi phục cao, căn nguyên mạch máu nhỏ chiếm phần lớn 63,6%. Tiền sử đột quỵ não cũ và hẹp mạch lớn là yếu tố tiên lượng nguy cơ tiến triển nặng và kết quả phục hồi thần kinh kém ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não mức độ nhẹ.

Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu đã được công bố. Tuy nhiên vẫn cần tiến hành các nghiên cứu khác để khẳng định kết quả này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Đức Hình.** Chẩn đoán sớm cơn đột quỵ não. Hội San Hội Thần Kinh Học Việt Nam. 2010; 6(1):3-7.
2. **Feigin V. L., Krishnamurthi R. V., Parmar P. et al.** Update on the Global Burden of Ischemic and Hemorrhagic Stroke in 1990-2013.

- Neuroepidemiology. 2015;45(3):161-176.
3. **Wang Y, Wang Y, Zhao X, et al.** Clopidogrel with Aspirin in Acute Minor Stroke or Transient Ischemic Attack. *N Engl J Med.* 2013;369(1):11-19. doi:10.1056/NEJMoa1215340
4. **Tillman H, Johnston SC, Farrant M, et al.** Risk for Major Hemorrhages in Patients Receiving Clopidogrel and Aspirin Compared With Aspirin Alone After Transient Ischemic Attack or Minor Ischemic Stroke. *JAMA Neurol.* 2019;76(7):774-782. doi:10.1001/jamaneurol.2019.0932
5. **Adams HP, Bendixen BH, Kappelle LJ, et al.** Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke.* 1993;24(1): 35-41. doi:10.1161/01.str.24.1.35
6. **Qin H, Wang P, Zhang R, et al.** Stroke History is an Independent Risk Factor for Poor Prognosis in Ischemic Stroke Patients: Results from a Large Nationwide Stroke Registry. *Curr Neurovasc Res.* 2020;17(4): 487. doi:10.2174/1567202617666200817141837
7. **Wang Y, Zhao X, Liu L, et al.** Prevalence and Outcomes of Symptomatic Intracranial Large Artery Stenoses and Occlusions in China. *Stroke.* 2014;45(3): 663-669. doi:10.1161/STROKEAHA.113.003508
8. **Coutts SB, Modi J, Patel SK, et al.** What Causes Disability After Transient Ischemic Attack and Minor Stroke? *Stroke.* 2012;43(11):3018-3022. doi:10.1161/STROKEAHA.112.665141

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LIỆT DÂY THANH MỘT BÊN Ở NGƯỜI LỚN: TỔNG QUAN LUẬN ĐIỂM

Nguyễn Trần Lâm<sup>1,2</sup>, Phạm Trần Anh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu này nhằm mô tả, tổng hợp các phương pháp điều trị liệt dây thanh một bên ở người lớn. Chiến lược tìm kiếm kết hợp các thuật ngữ về (1) Unilateral vocal cord paralysis, (2) Treatment trên PubMed/MEDLINE, Embase và Science Direct. Sơ đồ PRISMA được sử dụng để thực hiện đánh giá phạm vi của một số cơ sở dữ liệu. Qua tìm kiếm và phân tích 18 công trình nghiên cứu cho thấy tổng cộng có 08 nghiên cứu áp dụng phương pháp tiêm vật liệu làm đầy dây thanh, 05 nghiên cứu chỉnh hình sụn giả, 03 nghiên cứu sử dụng phương pháp luyện giọng, 01 nghiên cứu chỉnh hình sụn giáp kết hợp khép sụn phễu và 01 nghiên cứu áp dụng phương pháp khép sụn phễu. Các phương pháp điều trị này không chỉ giúp giảm đáng kể tần số, biên độ giọng nói, mà còn cải thiện thời gian phát âm tối đa và các chỉ số đánh giá chất lượng giọng nói. **Từ khóa:** Liệt dây thanh một bên, UVFP, điều trị, người lớn

### SUMMARY

#### A SCOPING REVIEW OF THE TREATMENT OF UNILATERAL VOCAL FOLD PARALYSIS IN ADULTS

This research to describe and summarize the treatment methods for unilateral vocal cord paralysis in adults. The search strategy combined the terms (1) Unilateral vocal cord paralysis, (2) Treatment on PubMed/MEDLINE, Embase and Science Direct. The PRISMA principles were used to perform a scoping

evaluation of several medical database. Through searching and analyzing 18 studies, a total of 08 studies applied the method of injecting laryngoplasty, 05 studies of thyroplasty, 03 studies using voice therapy, 01 study of thyroplasty and arytenoid adduction and 01 study applied the method of arytenoid adduction surgery. These treatments not only significantly reduce the frequency and amplitude of voice, but also improve the maximum phonation time and indicators of voice quality.

**Keywords:** Unilateral vocal fold paralysis, Thyroplasty, Laryngeal injection.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt dây thanh một bên là tình trạng mất khả năng vận động của 1 dây thanh, biểu hiện bằng dây thanh cố định ở gần đường giữa.<sup>1</sup> Nguyên nhân thường gặp nhất là các tổn thương gây ra trong phẫu thuật vùng đầu cổ đặc biệt là phẫu thuật tuyến giáp, ngoài ra còn do các bệnh lý như ung thư thanh quản hoặc ngoài thanh quản, các bệnh ký thần kinh khác nhau ( xơ cứng cột bên teo cơ, hội chứng shy-drager,...) hoặc vô căn<sup>2-4</sup>. Triệu chứng lâm sàng biểu hiện bằng sự thay đổi giọng nói của bệnh nhân, giọng nói trở nên khàn, yếu, thì thào, cường độ trầm. Trong trường hợp có kèm theo tổn thương thần kinh thanh quản trên, bệnh nhân có thêm biểu hiện nuốt khó, nuốt sặc. Sự thay đổi giọng nói làm giảm khả năng giao tiếp, hòa nhập xã hội và gây ảnh hưởng tiêu cực đến tâm lý của họ.

Hiện nay, chưa có số liệu chính xác về tỷ lệ mắc liệt dây thanh một bên, tỷ lệ mắc ước tính là 5/100000 mỗi năm. Với sự tăng số lượng các ca phẫu thuật tuyến giáp và cột sống cổ hàng năm, tỷ lệ mắc liệt dây thanh một bên cũng tăng theo.

<sup>1</sup>Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trần Lâm

Email: bsamtamuihong@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024