

Đánh giá thực trạng cấp cứu và điều trị đột quỵ não tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp: Kết quả từ nghiên cứu sổ bộ về quản lý chất lượng điều trị đột quỵ (RES-Q)

The current state of emergency and treatment of acute stroke patients at the Stroke Department of Viet Tiep Friendship Hospital: Data from RES-Q registry

Nguyễn Thị Thu Huyền*

Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng cấp cứu và điều trị bệnh nhân đột quỵ não tại Khoa Đột quỵ, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả trên 640 bệnh nhân được chẩn đoán đột quỵ não cấp điều trị tại Khoa Đột quỵ, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ tháng 10 năm 2023 đến tháng 3 năm 2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình $67,2 \pm 14,7$, nam giới 59,9%. Các yếu tố nguy cơ hay gặp là tăng huyết áp (65,0%), rối loạn lipid máu (45,7%), đái tháo đường (35,1%), rung nhĩ (21,6%). Nhồi máu não (83,0%), xuất huyết não (17,0%). Tỷ lệ tiêu sợi huyết 29,0% và lấy huyết khối là 20,9%. Thời gian cửa kim trung bình là 40,0 phút. Thời gian cửa bẹn trung bình là 55,0 phút. Điểm NIHSS trung bình lúc vào viện 7,2 lúc ra viện 3,0 điểm. Sự hồi phục sau 03 tháng với điểm mRS (0-2) chiếm 68,0%, di chứng nặng, tử vong mRS (5-6) chiếm 12,3%. **Kết luận:** Áp dụng quy trình chăm sóc đột quỵ não theo chuẩn RES-Q liên quan đến tỷ lệ điều trị tái thông cao hơn và thời gian điều trị tái thông ngắn hơn trong thực hành lâm sàng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.

Từ khóa: Quy trình chăm sóc, đột quỵ não, nhồi máu não, xuất huyết não.

Summary

Objective: To evaluate the current state of emergency and treatment of acute stroke patients at the Stroke Department of Viet Tiep Friendship Hospital. **Subject and method:** Prospective, descriptive study on 640 patients diagnosed with acute stroke treated at the Stroke Department of Viet Tiep Friendship Hospital, Hai Phong from October 2023 to March 2024. **Result:** Mean age: 67.2 ± 14.7 , Male 59.9%. Common risk factors being hypertension (65.0%), diabetes (35.1%), atrial fibrillation (21.6%). Ischemic stroke (83.0%), intracerebral hemorrhage (ICH) (17.0%). Intravenous thrombolysis 29.0% and mechanical thrombectomy treatment 20.9%. Median door to-needle time was 40.0 minutes. The median door-to-groin time was 55.0 minutes. The average NIHSS score at admission was 7.2 and at discharge 3.0 points. Outcome after 3 months with mRS (0-2) accounts for 68.0%, severe sequelae, death mRS (5-6) accounts for 12.3%. **Conclusion:** Implementation of the RES-Q-based stroke care protocol at Viet Tiep Friendship Hospital was associated with higher

Ngày nhận bài: 16/9/2025, ngày chấp nhận đăng: 30/9/2025

* Tác giả liên hệ: thuhuyenhaiphong@gmail.com - Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

reperfusion therapy rates and shorter treatment times, contributing to improved quality of acute stroke management.

Keywords: Processes of care, ischemic stroke, intracerebral hemorrhage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là một bệnh lý cấp tính tỷ lệ tử vong cao đứng thứ hai sau ung thư, đồng thời để lại những di chứng tàn tật lâu dài, làm giảm chất lượng sống của người bệnh và tạo nên gánh nặng cho xã hội. Đối với những bệnh nhân đến sớm hiện nay có hai phương pháp điều trị tái thông gồm: Tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch và lấy huyết khối bằng dụng cụ đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu, được chấp nhận là phương pháp tiêu chuẩn. Đối với những bệnh nhân vào viện ngoài cửa sổ tái thông điều trị nội khoa kết hợp phục hồi chức năng (PHCN) sớm là yếu tố quyết định kết quả. Để theo dõi và cải thiện chất lượng chăm sóc đột quỵ tại Bệnh viện chúng tôi đã tham gia nhập số liệu vào nghiên cứu sổ bộ về quản lý chất lượng điều trị đột quỵ (RES-Q) được phát triển bởi Hội Đột quỵ Châu Âu (ESO) từ năm 2021. Thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: “*Đánh giá thực trạng cấp cứu và kết quả điều trị bệnh nhân đột quỵ não cấp theo tiêu chuẩn RES-Q tại khoa Đột quỵ bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Gồm 640 bệnh nhân được chẩn đoán đột quỵ não cấp, điều trị nội trú tại khoa Đột quỵ, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng 10/2023 đến tháng 03/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán đột quỵ não cấp theo tiêu chuẩn của WHO³ kết hợp khám lâm sàng và hình ảnh trên CT sọ, CT mạch não hoặc MRI sọ não.

Bệnh nhân và gia đình đồng ý.

Tiêu chuẩn loại trừ

Đột quỵ não không phải giai đoạn cấp, bệnh nhân và người nhà không đồng ý tham gia.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả một loạt ca bệnh.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Mẫu toàn bộ, chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện, ngẫu nhiên, không xác suất, tích lũy theo thời gian. Qua nghiên cứu, đề tài thu thập được 640 bệnh nhân.

Các chỉ tiêu, biến số nghiên cứu, phương pháp lượng giá và cách thu thập số liệu

Phương pháp thu thập dữ liệu được tiêu chuẩn hóa và nhập dữ liệu qua nghiên cứu sổ bộ về quản lý chất lượng điều trị đột quỵ (RES-Q)⁴.

Tất cả các bệnh nhân khám lâm sàng, đánh giá các yếu tố nguy cơ, chụp CT sọ não và mạch não/cộng hưởng từ, theo dõi các biến cố (loét, viêm phổi, chảy máu não, tử vong) trong thời gian tại viện. Số liệu được thu thập số liệu theo mẫu bệnh án thống nhất bao gồm các thông số:

Tuổi, giới, tiền sử, các yếu tố nguy cơ (tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, rung nhĩ...), thời điểm khởi phát, thời điểm nhập viện, thời gian cửa kim, thời gian cửa bện, thời gian can thiệp, thời gian tái thông.

Đánh giá các thông số phản ánh mức độ khiếm khuyết thần kinh theo thang điểm NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale).

Đánh giá mức độ tái thông trên ảnh chụp mạch số hóa xóa nền ngay sau can thiệp theo thang điểm TICl, chia 2 mức thông tốt (2b-3); không tốt (0-2a).

Đánh giá tổn thương nhu mô não dựa trên hình ảnh cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ bằng thang điểm ASPECT.

Đánh giá mức độ phục hồi tại thời điểm ra viện, 03 tháng theo thang điểm Rankins sửa đổi (mRS), chia hai mức: Phục hồi tốt (0-2 điểm), không tốt (3-4 điểm), di chứng nặng, tử vong (5-6 điểm).

2.3. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y học. Dữ liệu được phân tích bằng SPSS 22.0. Biến liên tục có phân phối gần chuẩn trình bày bằng $\text{mean} \pm \text{SD}$, biến không chuẩn bằng median (IQR). So sánh giữa 2 nhóm dùng t-test (hoặc Mann-

Whitney U nếu không chuẩn); so sánh tỉ lệ dùng χ^2 test hoặc Fisher exact. Để xác định yếu tố độc lập liên quan tới kết quả tốt (mRS 0-2 at 90-days), tiến hành phân tích hồi quy logistic đa biến (biến kiểm soát: tuổi, giới, NIHSS khởi đầu, thời gian cửa-kim, rung nhĩ, đái tháo đường). Ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	Kết quả
Tuổi trung bình	$67,2 \pm 14,7$
Nam giới	383/640 (59,9%)
Tăng huyết áp	416/640 (65,0%)
Rối loạn lipid máu	292/640 (45,7%)
Hút thuốc lá	295/640 (46,1%)
Đái tháo đường	326/640 (35,1%)
Rung nhĩ	138/640 (21,6%)
Bệnh mạch vành	57/640 (8,9%)
Suy tim	57/640 (8,9%)
Xe cấp cứu trở từ nhà/ nơi đột quỵ	325/640 (50,8%)
Thông báo trước viện bởi cấp cứu ngoại viện	288/640 (45,0%)
Loại đột quỵ	
Xuất huyết não	114/ 640 (17,8%)
Nhồi máu não	531/640 (83,0%)
Nhồi máu não tuần hoàn trước	438/531 (82,7%)
Nhồi máu não tuần hoàn sau	93/531 (17,5%)

Nhận xét: Tuổi trung bình $67,2 \pm 14,7$. Nam giới chiếm 59,9%. Các yếu tố nguy cơ hay gặp THA 65,0%, hút thuốc lá 46,1%, RL lipid máu 45,7%, ĐTĐ 35,1%, rung nhĩ 21,6%. Tỷ lệ thông báo bởi cấp cứu ngoại viện 45,0%. Nhồi máu não chiếm 83,0%.

Bảng 2 . Tỷ lệ điều trị tái thông mạch

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Điều trị tái thông	Tiêu sợi huyết đơn thuần	119	22,4	43,3
	Lấy huyết khối bắc cầu (TSH+LHK)	35	6,6	
	Lấy huyết khối đơn thuần	76	14,3	
Không điều trị tái thông		301	56,7	
Tổng		531	100	

Nhận xét: Tỷ lệ tiêu sợi huyết là 29,0% (gồm tiêu sợi huyết đơn thuần và tiêu sợi huyết kèm lấy huyết khối). Tỷ lệ lấy huyết khối 20,9% (gồm lấy huyết khối đơn thuần và lấy huyết khối kèm tiêu sợi huyết).

Bảng 3. Một số thông số thời gian và kết quả điều trị tái thông

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian trung bình (phút)	
Thời gian khởi phát đến viện (n = 640)	482,0 ± 90,1
Thời gian nhập viện đến chụp CT/MRI (n = 640)	23 ± 22,4
Thời gian nhập viện tiêu sợi huyết tĩnh mạch (n = 154)	40,0 ± 26,4
Thời gian nhập viện- chọc mạch đùi (n = 111)	55,0 ± 35,2
Thời gian can thiệp lấy huyết khối (n = 111)	60,3 ± 22,3
Điểm NIHSS trung bình lúc nhập viện	7,2 ± 4,7
Điểm NIHSS trung bình ra viện	3,0 ± 2,5
Tái thông mạch TICl 2b-3	92/111 (82,9%)

Nhận xét: Thời gian cửa kim 40,0 phút, thời gian cửa bẹn 55,0 phút, thời gian lấy huyết khối 60,3 phút. Điểm NIHSS trung bình khi vào viện $7,2 \pm 4,7$, điểm NIHSS trung bình khi ra viện: $3,0 \pm 2,5$. Tỷ lệ tái thông mạch tốt (TICl 2b-3) 82,9%.

Bảng 4. Các biến chứng trong điều trị

Biến chứng	Số BN	Tỷ lệ %
Chảy máu não sau điều trị tái thông (n = 230)	12	5,2
Viêm phổi bệnh viện (n = 640)	21	3,3
Loét tỳ đè (n = 640)	13	2,0
Tử vong (n = 640)	20	3,1

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong là 3,1%, tỷ lệ viêm phổi bệnh viện là 3,3%, tỷ lệ chảy máu não sau can thiệp tái thông mạch là 5,2%.

Bảng 5. Đánh giá kết quả hồi phục sau 3 tháng kể từ khi ra viện

Kết quả hồi phục	Số BN (n= 640)	Tỷ lệ %
Tốt (mRS 0 - 2)	435	68,0
Trung bình (mRS 3 - 4)	126	19,7
Di chứng nặng, tử vong (mRS 5 - 6)	79	12,3

Nhận xét: Sau 03 tháng ra viện, tỷ lệ hồi phục tốt là 68,0%; hồi phục trung bình 19,7%, di chứng nặng hoặc tử vong 12,3%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình: $67,2 \pm 14,7$ tương đồng với nghiên cứu của

Yamanashi H ($64,6 \pm 13,1$)⁸, Thang Huy Nguyen ($65,0 \pm 13,1$)², nghiên cứu DIRECT- SAFE (nhóm can thiệp dụng cụ trực tiếp là 61,78; bắc cầu 60,79)⁶. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 61-70 tuổi (chiếm 31,53%). Nhóm tuổi trẻ dưới 50 tuổi chiếm 7,64%. Đặc biệt NMN do tắc mạch lớn gặp ở tuổi còn rất trẻ (BN trẻ tuổi nhất là 31 tuổi). Nam giới 59,9% tương đương nghiên cứu của Yamanashi H⁸.

Các yếu tố nguy cơ hay gặp là THA chiếm 65,0%, đái tháo đường chiếm 35,1%, hút thuốc lá chiếm 46,1%, rung nhĩ là 21,6% tương đồng như các nghiên cứu của Yamanashi H⁸, Bùi Thị Huyền¹.

Tỷ lệ đột quỵ nhồi máu não chiếm 83,0% có cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Huy Thắng⁴ là 79,9%, nghiên cứu của Putaala J là 81,2%. Vị trí tổn thương tuần hoàn trước chiếm 82,5% kết quả này cũng tương đồng kết quả của Bùi Thị Huyền, Vũ Đình Duy¹, nghiên cứu của Soliman RH và cộng sự⁵.

Tỷ lệ điều trị tái thông mạch là 43,3% (tiêu sợi huyết đơn thuần: 22,4 %, lấy huyết khối bắc cầu: 6,6%, lấy huyết khối đơn thuần: 14,3%). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Bùi Thị Huyền, Vũ Đình Duy tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2019 là 19,55%¹ nghiên cứu của Thang Huy Nguyen là 11,6%⁴. Thời gian cửa kim là 40,0 phút, thời gian cửa bện là 55,0 phút khá nhanh so với một số nghiên cứu Thang Huy Nguyen là 45,0 phút và 78,0 phút⁴, nghiên cứu DIRECT- SAFE là 54,0 phút và 65 phút⁶. Sự rút ngắn được thời gian này phụ thuộc vào từng bệnh viện ví dụ như: Thành lập đội cấp cứu đột quỵ, ưu tiên máy cắt lớp vi tính cho các bệnh nhân cấp cứu, ưu tiên máy can thiệp (DSA) dành cho cấp cứu mạch não. Chúng tôi đã rút ngắn đáng kể thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện trung bình 8,1 giờ so với nghiên cứu Thang Huy Nguyen năm 2019 là 15,7 giờ⁴ do đã tích cực tuyên truyền để người dân nhận biết đột quỵ và đưa đến bệnh viện sớm. Mặt khác thành lập các nhóm zalo kết nối với các bác sĩ cấp cứu, hồi sức tuyến trước trên địa bàn Thành Phố cung cấp thông tin và báo

động các bác sĩ đột quỵ và kịp can thiệp sớm nhất. Thành lập nhóm zalo Khoa Đột quỵ quản lý tất cả các bệnh nhân và người nhà đã điều trị tại khoa hướng dẫn nhập viện ngay khi đột quỵ xảy ra. Những yếu tố trên giúp làm tăng tỷ lệ bệnh nhân được điều trị tái thông mạch.

Tỷ lệ bệnh nhân lấy huyết khối bắc cầu 6,6%, thời gian can thiệp lấy huyết khối trung bình là 60,3 phút, tỷ tái thông mạch thành công tốt (TICI 2b-3) lên tới 82,9% tương đương các nghiên cứu Trần Thị Minh Hằng (86%)¹, DIRECT- SAFE (89%)⁶, DIRECT MT là (88%)⁵. Tắc động mạch thân nền có 18 bệnh nhân trong đó 09 bệnh nhân đều có kết quả xấu (mRS 5-6), tắc thân nền thường có kết cục xấu và tỷ lệ tử vong thường cao trong các nghiên cứu BAOCHE. Điểm NIHSS trung bình khi vào viện là $7,2 \pm 4,7$ tương ứng với nghiên cứu của Thang Huy Nguyen (NIHSS trung bình là 7)⁴ và có sự cải thiện điểm NIHSS so với khi BN vào viện (giảm trung bình > 4 điểm) nhất là ở nhóm điều trị tái thông mạch. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,1% tương đương của Thang Huy Nguyen (3,1%)⁴. Đánh giá mức độ hồi phục sau 03 tháng, kết quả hồi phục tốt (mRS 0-2) chiếm 68,0% cao hơn nghiên cứu Yamanashi H⁸ là 58,0%, tương đương với nghiên cứu Bùi Thị Huyền, Vũ Đình Duy tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2019 là 70,0%¹, tỷ lệ hồi phục kém hoặc tử vong 12,3% thấp hơn của Bùi Thị Huyền, Vũ Đình Duy là 15,0%¹, nghiên cứu NINDS nhóm tái thông là 21,7%, nhóm giả được là 17,5%.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 640 bệnh nhân đột quỵ não cấp tại Khoa Đột quỵ, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng 10/2023 đến tháng 03/2024 kết quả thu được:

Tuổi trung bình: $67,2 \pm 14,7$; tỷ lệ nam cao hơn nữ; tăng huyết áp 65,0%; đái tháo đường 35,1%; rung nhĩ 21,6%, điểm NIHSS trung bình khi vào viện $7,2 \pm 4,7$, ra viện là $3,0 \pm 2,5$ Tỷ lệ tử vong của nhóm nghiên cứu là 3,1%.

Tỷ lệ tiêu sợi huyết 29,0% và lấy huyết khối là 20,9%; Thời gian cửa kim trung bình 40,0 phút. Thời gian cửa bện trung bình 55,0 phút.

Tỷ lệ bệnh nhân phục tốt (mRS 0-2) sau 03 tháng 68,0%, tỷ lệ di chứng nặng và tử vong là 12,3%.

Nghiên cứu ghi nhận việc áp dụng quy trình chăm sóc đột quỵ não theo chuẩn RES-Q liên quan đến tỷ lệ điều trị tái thông cao hơn và thời gian điều trị tái thông ngắn hơn trong thực hành lâm sàng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Thị Huyền, Vũ Đình Duy và cộng sự (2022) *Đánh giá kết quả điều trị tại Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên*. Tạp chí Y học Việt Nam tập 519, tr. 175-181.
2. Nguyễn Huy Thắng, Trần Thị Minh Hằng, Nguyễn Quốc Trung (2022) *Kết quả điều trị can thiệp nội mạch lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học trên bệnh nhân nhồi máu não cấp trong cửa sổ từ 6 đến 24 giờ*. tạp chí Y học Việt Nam tập 519, tr. 37-43.
3. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T et al (2019) *Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association*. Stroke: Str00000000000000211.
4. Nguyen TH, Seana Gall, Cadilhac DA et al (2019) *Processes of Stroke Unit Care and Outcomes at Discharge in Vietnam: Findings from the Registry of Stroke Care Quality (RES-Q) in a Major Public Hospital*. Journal of Stroke Medicine: 1-9.
5. Soliman RH, Oraby MI, Fathy M et al (2018) *Risk factors of acute ischemic stroke in patients presented to Beni-Suef University Hospital: prevalence and relation to stroke severity at presentation*. Egypt J Neurol Psychiatr Neurosurg 54: 8.
6. Mitchell PJ, Yan B et al (2022) *DIRECT-SAFE: A Randomized Controlled Trial of DIRECT Endovascular Clot Retrieval Versus Standard Bridging Thrombolysis With Endovascular Clot Retrieval*. Journal of Stroke 24(1): 57-64.
7. Nguyen TN, Fischer U (2021) *DIRECT MT Treatment Effect of Intravenous Thrombolysis Bridging to Mechanical Thrombectomy on Vessel Occlusion Site*. Journal of Stroke 53: 17-19.
8. Yamanashi H, Ngoc MQ, Huy TV et al (2016) *Population-based incidence rates of first-ever stroke in central Vietnam*. Plos One 11(8): 0160665.