

1. Nguyễn Thanh Cường, Phạm Văn Trịnh, Tạ Văn Bình. "Đánh giá tác dụng điều trị bong gân - đứt gân phần mềm của cao tiêu thũng chỉ thống." Y học thực hành. 2008, 9: 55-60.
2. Nguyễn Thị Thùy Dung. "Đánh giá tác dụng của kem "Chấn thương BsQ" trong điều trị chấn thương phần mềm. Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2013.
3. Phạm Thị Thu Hằng. "Nghiên cứu tính an toàn và hiệu quả giảm đau của mỡ bôi da cây thuốc giầu." Tạp chí Dược liệu. 2013, 5: 27-31.
4. Lê Ngân, Lê Thành Tài. Nghiên cứu tình hình chấn thương cơ quan vận động tại phòng khám ngoại trú, Khoa Chấn thương - Chính hình, Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai năm 2018. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2021, 36: 89-95.
5. Võ Ngọc Toàn, Trần Nguyễn Du, Phạm Văn Linh. Đặc điểm bệnh nhân chấn thương cơ quan vận động tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2020-2021. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2022, 46: 1-8.
6. Kobayashi T. Pathophysiology and management of soft tissue injury. J Orthop Sci. 2018, 23(5):819-823. doi:10.1016/j.jos.2018.03.015
7. Vuurberg G, Hoorntje A et al. "Diagnosis, treatment and prevention of ankle sprains." BMJ Journals, 2018.
8. World Health Organization. Global status report on road safety 2018. 2018
9. 杨海燕. "活血消肿膏不同剂量外敷治疗急性软组织损伤的临床疗效对比研究". 2020.

ĐẶC ĐIỂM CẮT LỚP VI TÍNH VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CÓ HẸP ĐỘNG MẠCH CẢNH ĐOẠN NGOÀI SỌ

Lương Quang Triết¹, Hồ Xuân Tuấn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hẹp động mạch cảnh đoạn ngoài sọ là một yếu tố nguy cơ quan trọng, góp phần gây ra khoảng 10-20% các trường hợp nhồi máu não do xơ vữa mạch lớn. Trong bối cảnh cấp cứu, chụp cắt lớp vi tính sọ não giữ vai trò trung tâm trong việc đánh giá ban đầu. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm cắt lớp vi tính và đánh giá mối liên quan với kết quả điều trị ở bệnh nhân nhồi máu não có hẹp động mạch cảnh đoạn ngoài sọ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 46 bệnh nhân nhồi máu não có hẹp động mạch cảnh ngoài sọ nhập viện và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ từ 09/2022 đến 08/2023. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 46 bệnh nhân nhồi máu não có hẹp động mạch cảnh ngoài sọ với tuổi trung bình là $64,72 \pm 15,84$. Kết quả chụp cắt lớp vi tính sọ não ghi nhận đa số bệnh nhân có nhiều ổ nhồi máu (84,8%) và không có ổ nhồi máu cũ (80,4%), vị trí nhồi máu chủ yếu ở nhiều vị trí trong não (91,3%), phân bố theo tuần hoàn vùng động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất (37%). Kết cục xuất viện sau 1 tháng theo thang điểm RANKIN hiệu chỉnh thuận lợi và không thuận lợi bằng nhau. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có kết cục điều trị thuận lợi và không thuận lợi sau 1 tháng xuất viện về tuổi, giới, số lượng ổ nhồi máu mới hay cũ, vị trí nhồi máu và vùng động mạch tổn thương ($p > 0,05$); tuy nhiên, thang điểm NIHSS có mối liên quan chặt chẽ với tiên lượng, điểm càng nhẹ thì tỷ lệ hồi phục thuận lợi càng cao ($p < 0,001$). **Kết luận:** Bệnh nhân nhồi máu não có hẹp động

mạch cảnh đoạn ngoài sọ thường có nhiều ổ nhồi máu mới phân bố rộng, chủ yếu tại tuần hoàn động mạch não giữa trên cắt lớp vi tính sọ não. Thang điểm NIHSS lúc nhập viện liên quan chặt chẽ với kết quả điều trị sau 1 tháng. **Từ khóa:** Chụp cắt lớp vi tính sọ não, kết quả điều trị, nhồi máu não, hẹp động mạch cảnh đoạn ngoài sọ.

SUMMARY

COMPUTED TOMOGRAPHY CHARACTERISTICS AND THEIR ASSOCIATION WITH CLINICAL OUTCOMES IN ISCHEMIC STROKE PATIENTS WITH EXTRACRANIAL INTERNAL CAROTID ARTERY STENOSIS

Background: Extracranial internal carotid artery stenosis is a significant risk factor, contributing to approximately 10-20% of ischemic strokes caused by large artery atherosclerosis. In the acute setting, non-contrast computed tomography (CT) of the brain plays a central role in the initial evaluation of these patients. **Objectives:** To describe the computed tomography characteristics and evaluate their association with clinical outcomes in ischemic stroke patients with extracranial internal carotid artery stenosis. **Materials and methods:** This was a descriptive cross-sectional study conducted on 46 patients diagnosed with ischemic stroke and extracranial internal carotid artery stenosis, who were admitted to and treated at Can Tho S.I.S General Hospital between September 2022 and August 2023. **Results:** The study included 46 ischemic stroke patients associated with extracranial carotid artery stenosis, with a mean age of 64.72 ± 15.84 years. Cranial computed tomography (CT) findings revealed that the majority of patients had multiple infarcts (84.8%) and no evidence of chronic infarcts (80.4%). Infarct locations were predominantly distributed across multiple brain regions (91.3%), with the highest incidence observed in the middle cerebral

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Xuân Tuấn

Email: hxtuan@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025

artery (MCA) territory (37%). At one month post-discharge, outcomes assessed using the modified Rankin Scale (mRS) were equally distributed between favorable and unfavorable prognoses. There were no statistically significant differences between the favorable and unfavorable outcome groups regarding age, sex, number of new or old infarcts, infarct location, or affected vascular territory ($p > 0.05$). However, the National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) scores were strongly correlated with prognosis, with lower NIHSS scores associated with a significantly higher likelihood of favorable recovery ($p < 0.001$). **Conclusion:** Patients with ischemic stroke and extracranial internal carotid artery stenosis commonly exhibited multiple new infarcts with widespread distribution, predominantly affecting the middle cerebral artery territory on brain computed tomography. The NIHSS score at admission was strongly associated with clinical outcomes at one month. **Keywords:** Brain computed tomography, clinical outcomes, ischemic stroke, extracranial internal carotid artery stenosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não (NMN) cấp hiện là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế và tử vong trên toàn cầu. Trong số các yếu tố nguy cơ, hẹp động mạch cảnh (ĐMC) đoạn ngoài sọ đóng vai trò đặc biệt quan trọng, được ghi nhận chiếm khoảng 10–20% trường hợp NMN do cơ chế xơ vữa mạch máu lớn [2]. Đáng lưu ý, các cơn đột quỵ liên quan đến hẹp ĐMC có triệu chứng thường có nguy cơ tái phát cao và yêu cầu phải được xử trí kịp thời [7].

Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não là phương tiện hình ảnh chủ lực trong tiếp cận chẩn đoán ban đầu đối với bệnh nhân NMN cấp. Chụp cắt lớp vi tính không chỉ giúp loại trừ nhanh chóng các nguyên nhân xuất huyết nội sọ, mà còn có thể giúp xác định sớm các ổ nhồi máu, phát hiện di chứng nhồi máu cũ, đồng thời đánh giá mức độ lan rộng và phân bố các tổn thương não. Một số mẫu hình tổn thương đặc trưng trên hình ảnh học – đặc biệt là nhồi máu vùng ranh giới giữa hai hệ động mạch lớn – thường xuất hiện ở những bệnh nhân có hẹp ĐMC nặng, với tỷ lệ dao động từ 19% đến 64%, gợi ý cơ chế bệnh sinh phối hợp giữa giảm tưới máu và tắc mạch do mảng xơ vữa. Bên cạnh đó, hình ảnh nhồi máu đa ổ lan tỏa cũng được ghi nhận phổ biến ở nhóm bệnh nhân có mảng xơ vữa động mạch cảnh phức tạp, vốn dễ tạo huyết khối và dẫn đến thuyên tắc vi mạch não [1].

Việc phân tích kỹ lưỡng đặc điểm hình ảnh học trên CLVT sọ não trong giai đoạn cấp không chỉ cung cấp giá trị chẩn đoán tức thời mà còn góp phần dự đoán tiên lượng lâm sàng. Từ những cơ sở trên, chúng tôi tiến hành nghiên

cứu này nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh CLVT sọ não ở nhóm bệnh nhân NMN cấp có hẹp ĐMC đoạn ngoài sọ, đồng thời phân tích mối liên quan giữa các đặc điểm này với kết quả điều trị được đánh giá theo thang điểm RANKIN hiệu chỉnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân NMN có hẹp ĐMC ngoài sọ nhập viện và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ từ 09/2022 đến 08/2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân tuổi từ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia hoặc được người thân cho phép tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được điều trị nội khoa và/hoặc can thiệp đặt stent động mạch cảnh.

Tiêu chuẩn lâm sàng: Có các triệu chứng của NMN xảy ra đột ngột; không có yếu tố chấn thương sọ não.

Tiêu chuẩn cận lâm sàng: Có dấu hiệu của NMN trên phim chụp CLVT sọ não hoặc chụp cộng hưởng từ sọ não. Khi chụp CLVT sọ não chưa thấy tổn thương, hoặc tổn thương chưa rõ ràng thì tiến hành chụp cộng hưởng từ sọ não [7]. Siêu âm Doppler có hẹp ĐMC đoạn ngoài sọ từ 50% trở lên hoặc hình ảnh tổn thương hẹp ĐMC đoạn ngoài sọ ($\geq 50\%$) cùng bên với tổn thương NMN gợi ý qua chụp CLVT sọ não hoặc cộng hưởng từ sọ não [2].

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có xuất huyết não kèm theo được chẩn đoán trên CLVT hoặc cộng hưởng từ.

Bệnh nhân chấn thương sọ não.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 46 đối tượng phù hợp.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính, hút thuốc lá, thừa cân béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường.

Đặc điểm CLVT sọ não: Số lượng ổ nhồi máu mới, ổ nhồi máu cũ, vị trí nhồi máu cũ, vị trí động mạch tổn thương (động mạch não trước, não giữa, não sau, sống nền, nhiều động mạch và chưa ghi nhận được).

Tình trạng ý thức: Dựa theo thang điểm đột quỵ não của Viện sức khỏe Hoa Kỳ (NIHSS - National Institutes of Health Stroke Scale) [5]. Thang điểm NIHSS chia thành 5 mức độ: 0 điểm (tốt), 1-4 điểm (nhẹ), 5-15 điểm (trung bình), 16-20 điểm (nặng vừa), 21-42 điểm (rất nặng).

Thang điểm RANKIN hiệu chỉnh [5]: Điểm 0 (không triệu chứng); Điểm 1 (tàn phế tối thiểu, mặc dù còn các triệu chứng thần kinh nhẹ và tâm thần, nhưng có khả năng làm mọi công việc hàng ngày); Điểm 2 (tàn phế nhẹ, bệnh nhân không thể hoàn thành mọi công việc như trước kia nhưng có khả năng tự chăm sóc bản thân); Điểm 3 (tàn phế vừa, cần trợ giúp nhưng vẫn có thể tự đi lại); Điểm 4 (tàn phế nặng, không thể tự đi lại và phải phụ thuộc vào người khác); Điểm 5 (tàn phế trầm trọng, nằm liệt giường, loét cứng cụt, tiêu tiểu không tự chủ và cần chăm sóc đặc biệt); Điểm 6 (tử vong).

Ghi nhận điểm RANKIN (mRS) của bệnh nhân sau 01 tháng xuất viện. Bệnh nhân được đánh giá là "kết cục thuận lợi" khi điểm mRS ≤ 2 , không thuận lợi khi mRS > 2 điểm.

Xử lý và phân tích dữ liệu: Các số liệu được làm sạch, mã hóa bằng phần mềm Microsoft Excel và phân tích bằng phần mềm SPSS 27.0. Thống kê mô tả tần số, tần suất, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Sử dụng phép kiểm Chi-square (χ^2) để so sánh mối liên quan giữa 2 biến định tính. Nếu ô có vọng trị < 5 chiếm tỉ lệ hơn 20% hay ô có vọng trị < 1 thì sử dụng phép kiểm định Fisher. Sử dụng hồi qui logistic đơn biến phân tích mối liên quan giữa các yếu tố.

2.3. Vấn đề y đức: Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Đồng thời, nghiên cứu cũng được Ban giám đốc Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S phê duyệt là nơi tiến hành lấy mẫu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 9/2022 đến 8/2023 tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ, chúng tôi thu thập được 46 bệnh nhân NMN có hẹp ĐMC đoạn ngoài sọ thỏa tiêu chuẩn. Kết quả nghiên cứu ghi nhận tuổi trung bình là $64,72 \pm 15,84$, nhóm tuổi dưới 70 chiếm đa số với 58,7% và tỷ lệ nam/nữ bằng 1,5.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Hút thuốc lá	Có	12 (26,1)
	Không	34 (73,9)
Tăng huyết	Có	43 (93,5)

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến kết cục xuất viện sau 1 tháng

Đặc điểm	Thuận lợi	Không thuận lợi	p	
Nhóm tuổi	≥ 70 tuổi	9 (47,4)	10 (52,6)	1 ^a
	< 70 tuổi	14 (51,9)	13 (48,1)	
Giới tính	Nam	14 (50,0)	14 (50,0)	1 ^b

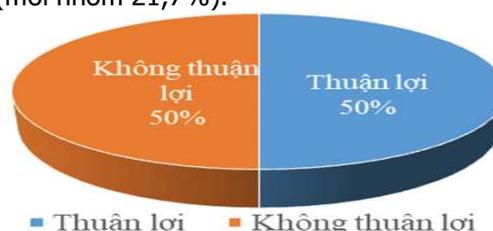
áp	Không	3	6,5
Đái tháo đường	Có	4	8,7
	Không	42	91,3
Thừa cân béo phì	Có	28	50,9
	Không	18	49,1

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ hút thuốc lá thấp (26,1%), tăng huyết áp hiện diện ở hầu hết đối tượng (93,5, chỉ 8,7% có đái tháo đường và khoảng một nửa số bệnh nhân bị thừa cân béo phì (50,9%).

Bảng 2. Đặc điểm nhồi máu não trên CLVT

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng ổ mới	Một ổ	7 (15,2)
	Nhiều ổ	39 (84,8)
Ổ nhồi máu cũ	Có	9 (19,6)
	Không	37 (80,4)
Vị trí ổ nhồi máu	Vỏ não	1 (2,2)
	Dưới vỏ	2 (4,3)
	Trên lều	1 (2,2)
	Nhiều vị trí	42 (91,3)
Vị trí động mạch tổn thương	Não trước	6 (13,0)
	Não giữa	17 (37,0)
	Não sau	2 (4,3)
	Sống nền	1 (2,2)
	Nhiều động mạch	10 (21,7)
Chưa ghi nhận được	10 (21,7)	

Nhận xét: Về đặc điểm NMN ở bệnh nhân có hẹp ĐMC đoạn ngoài sọ, chúng tôi ghi nhận đa số bệnh nhân có nhiều ổ nhồi máu (84,8%) và không có ổ nhồi máu cũ (80,4%), các ổ nhồi máu chủ yếu phân bố ở nhiều vị trí (91,3%), phân bố theo tuần hoàn động mạch thì vùng động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất (37%), tiếp theo là nhiều động mạch và chưa xác định rõ (mỗi nhóm 21,7%).



Biểu đồ 1. Kết cục xuất viện sau 1 tháng theo mRS

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận kết cục sau xuất viện 1 tháng theo mRS thuận lợi và không thuận lợi tương đương nhau.

	Nữ	9 (50,0)	9 (50,0)	
Số lượng ổ mới	Một ổ	2 (28,6)	5 (71,4)	0,414 ^b
	Nhiều ổ	21 (53,8)	18 (46,2)	
Số lượng ổ cũ	Có	3 (33,3)	6 (66,7)	0,459 ^b
	Không	20 (54,1)	17 (45,9)	
Vị trí ổ nhồi máu	Vỏ não	0 (0,0)	1 (100)	0,739 ^c
	Dưới vỏ	1 (50,0)	1 (50,0)	
	Trên lều	0 (0,0)	1 (100)	
	Nhiều vị trí	22 (52,4)	20 (47,6)	
Vị trí động mạch tổn thương	Não trước	3 (50,0)	3 (50,0)	0,051 ^c
	Não giữa	9 (52,9)	8 (47,1)	
	Não sau	0 (0,0)	2 (100,0)	
	Sống nền	1 (100)	0 (0,0)	
	Nhiều động mạch	2 (20,0)	8 (80,0)	
	Chưa ghi nhận được	8 (80,0)	2 (20,0)	
NISSH	Nhẹ	2 (85,7)	4 (100)	<0,001 ^c
	Trung bình	15 (68,2)	11 (84,6)	
	Nặng vừa	2 (15,4)	7 (31,8)	
	Rất nặng	0 (0,0)	1 (14,3)	

^aChi-square test, ^bFisher's Exact test, ^cFisher Freeman Halton Exact test

Nhận xét: Chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm thuận lợi và không thuận lợi sau 1 tháng xuất viện về tuổi, giới, số lượng ổ nhồi máu mới hay cũ, vị trí nhồi máu và vùng động mạch tổn thương ($p > 0,05$); tuy nhiên, thang điểm NIHSS có mối liên quan chặt chẽ với tiên lượng, điểm càng nhẹ thì tỷ lệ hồi phục thuận lợi càng cao ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi thu thập được 46 bệnh nhân NMN có hẹp ĐMC đoạn ngoài sọ. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân có nhiều ổ nhồi máu (84,8%) và không có ổ nhồi máu cũ (80,4%), các ổ nhồi máu đa số phân bố ở nhiều vị trí (91,3%), trong đó tuần hoàn động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất (37%). Kết cục sau xuất viện 1 tháng theo mRS thuận lợi và không thuận lợi tương đương nhau. Đáng chú ý, thang điểm NIHSS có mối liên quan chặt chẽ với tiên lượng, khi điểm càng nhẹ thì tỷ lệ hồi phục thuận lợi càng cao ($p < 0,001$).

Ở bệnh nhân nhồi máu não có hẹp ĐMC trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận đa số bệnh nhân có tăng huyết áp, trong khi tỷ lệ đái tháo đường và hút thuốc lá tương đối thấp. Điều này phù hợp với các báo cáo dịch tễ cho thấy tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ chủ yếu trong đột quỵ thiếu máu não (trên 90% bệnh nhân NMN có tăng huyết áp) [7]. Xu hướng này tương đồng với kết quả của Akl AZ và cs (2024) [2] và Nguyễn Thế Anh (2018) [3], các tác giả cũng xác định tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, hút thuốc lá và béo phì là những yếu tố nguy cơ phổ biến nhất ở bệnh nhân NMN. Như

vậy, kết quả của chúng tôi tiếp tục khẳng định vai trò hàng đầu của tăng huyết áp trong cơ chế bệnh sinh của NMN. Bên cạnh đó, các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, thừa cân, béo phì, lối sống ít vận động, tiền sử bệnh lý mạn tính, bệnh tim mạch, sử dụng rượu bia, hút thuốc lá, đái tháo đường và rối loạn lipid máu đều là những yếu tố đã được chứng minh có liên quan chặt chẽ đến sự hình thành và tiến triển của xơ vữa động mạch [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên bệnh nhân NMN có hẹp ĐMC đoạn ngoài sọ, đặc điểm nổi bật là tỷ lệ nhồi máu nhiều ổ rất cao, tỷ lệ không có ổ nhồi máu cũ cũng chiếm ưu thế, và phần lớn tổn thương phân bố ở nhiều vùng trong não. Khi phân tích theo hệ tuần hoàn động mạch, vùng chi phối bởi động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất. Các kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Thị Hòa Bình, ghi nhận tỷ lệ nhồi máu nhiều ổ ở người cao tuổi là 67,85% và nhồi máu một ổ là 32,2% [4]. Nguyễn Thế Anh (2018) cũng báo cáo tỷ lệ nhiều ổ nhồi máu mới cao (75,89%) và tỷ lệ không có ổ nhồi máu cũ là 76,67% [3]. Tương tự, Trịnh Tiến Lực (2020) ghi nhận tổn thương nhồi máu nhiều ổ chiếm 49% các trường hợp [6]. Đặc điểm nhiều ổ nhồi máu mới có thể phản ánh cơ chế bệnh sinh liên quan đến hình thành nhiều huyết khối tại nhiều vùng não. Về vị trí tổn thương, các nghiên cứu đều cho thấy động mạch não giữa là vùng chi phối tổn thương chủ yếu. Lê Thị Hòa Bình (2010) ghi nhận tỷ lệ nhồi máu động mạch não giữa là 73,6%, cao hơn động mạch não trước (11,8%) và động mạch não sau (9,7%)

[4]. Tuy nhiên, Nguyễn Thế Anh (2018) lưu ý rằng phần lớn ổ nhồi máu tập trung ở khu vực trên lều [3]. Các dữ liệu này nhất quán với cơ chế bệnh sinh của hẹp ĐMC là sự bong vỡ của mảng xơ vữa tạo nhiều cục huyết khối nhỏ rơi vào các động mạch não xa, đồng thời mức độ hẹp nặng làm giảm tưới máu vùng ranh giới. Nhồi máu nhiều ổ và nhồi máu vùng ranh giới do thiếu máu cục bộ là mô hình tổn thương đặc trưng ở bệnh nhân hẹp ĐMC nặng [8].

Kết quả điều trị ghi nhận tỷ lệ kết quả thuận lợi theo mRS (≤ 2) và không thuận lợi là tương đương. Tỷ lệ thuận lợi ở thời điểm 1 tháng của nghiên cứu chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Pai và cộng sự, có 64,1% bệnh nhân đạt kết quả mRS thuận lợi tại 1 tháng [7]. Trong nghiên cứu của tác giả Lê Đức Thuận và cộng sự (2022) ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân phục hồi tốt (mRS từ 0-1) chiếm tỷ lệ vượt trội với 84%; (mRS từ 2-3), phải phụ thuộc một phần vào người chăm sóc chiếm 15%, số BN phải phụ thuộc hoàn toàn, phục vụ tại giường là 3 bệnh nhân tương đương 1% [10]. Sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về thời gian đánh giá. Nhìn chung, tỷ lệ hồi phục khả quan khoảng 50% phản ánh mức độ nhồi máu nặng trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Trong phân tích một số yếu tố liên quan đến kết cục điều trị sau 1 tháng, chúng tôi ghi nhận thang điểm NIHSS ban đầu có liên quan chặt chẽ với tiên lượng ($p < 0,001$) trong khi các yếu tố khác như tuổi, giới, số lượng ổ nhồi máu hay vị trí tổn thương trên cắt lớp vi tính không phân biệt rõ giữa các kết cục. Điều này phù hợp với nhiều báo cáo cho thấy điểm NIHSS ban đầu là yếu tố dự đoán quan trọng nhất đối với kết quả chức năng sau đột quỵ. Cụ thể, các nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng thang điểm NIHSS tăng cao ban đầu tương quan mạnh với tỷ lệ tử vong và kết quả xấu hơn ở 3-6 tháng. Tương tự như quan sát trong nghiên cứu của Pai và cộng sự (2024) cho thấy điểm NIHSS ≤ 10 dự đoán kết quả thuận lợi ($p < 0,05$) [7]. Theo tác giả Nguyễn Bá Thắng và Vũ Anh Nhị (2007) đã nghiên cứu tiên đoán hồi phục chức năng trong nhồi máu động mạch não giữa trên 149 trường hợp bệnh nhân cho thấy rằng điểm NIHSS là yếu tố có giá trị tiên đoán độc lập kết cục hồi phục chức năng sau nhồi máu động mạch não giữa, tuy cần được kiểm chứng thêm [9]. Theo Adams HP, ở bệnh nhân NMN thì điểm NIHSS có liên quan chặt chẽ đến kết cục của bệnh nhân, với mỗi một điểm NIHSS lúc nhập viện tăng lên làm giảm 24% khả năng hồi phục tốt ở ngày thứ 7 và 17% hồi phục tốt sau 3 tháng [1]. Kết quả nghiên cứu của

chúng tôi một lần nữa góp phần khẳng định rằng điểm NIHSS ban đầu là yếu tố tiên lượng mạnh mẽ đối với kết quả hồi phục chức năng sau NMN, phản ánh chính xác mức độ tổn thương thần kinh cấp tính và khả năng bù trừ của não bộ ngay từ thời điểm nhập viện.

Nghiên cứu còn một số hạn chế như cỡ mẫu tương đối nhỏ và thời gian theo dõi ngắn, chưa đánh giá được kết cục dài hạn sau nhồi máu não. Thứ hai, nghiên cứu chỉ được tiến hành ở một trung tâm nên thiếu tính đại diện, hạn chế khả năng khái quát kết quả cho các quần thể khác. Tuy nhiên, kết quả thu được đã góp phần làm rõ đặc điểm hình ảnh học trên cắt lớp vi tính và mối liên quan giữa thang điểm NIHSS ban đầu với tiên lượng phục hồi chức năng, từ đó cung cấp cơ sở thực tiễn quan trọng cho việc đánh giá và định hướng điều trị bệnh nhân nhồi máu não có hẹp ĐMC đoạn ngoài sọ.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân nhồi máu não có hẹp động mạch cảnh đoạn ngoài sọ chủ yếu có đặc điểm nhiều ổ nhồi máu mới, phân bố rộng trong nhu mô não, với tuần hoàn động mạch não giữa là vùng tổn thương thường gặp nhất trên chụp cắt lớp vi tính sọ não. Thang điểm NIHSS lúc nhập viện có mối liên quan chặt chẽ với kết quả điều trị sau 1 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Adams HP Jr, Davis PH, Leira EC, et al.** Baseline NIH Stroke Scale score strongly predicts outcome after stroke: A report of the Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST). *Neurology*. 1999;53(1): 126-131. doi:10.1212/wnl.53.1.126.
2. **Akl AZ, Shehata MSA, Saber AR et al.** Prognostic significance of carotid artery stenosis in anterior circulation ischemic stroke patients. *Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg* 60, 121 (2024). <https://doi.org/10.1186/s41983-024-00895-9>.
3. **Nguyễn Thế Anh.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhồi máu não ở người cao tuổi có bệnh đái tháo đường, Luận án Tiến sĩ Y học. Viện Nghiên cứu khoa học Y dược lâm sàng 108. 2018.
4. **Lê Thị Hòa Bình.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thiếu máu não cục bộ ở người cao tuổi tại Bệnh viện Thống Nhất, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y-Dược TP. Hồ Chí Minh. 2010.
5. **Chalos V, van der Ende NAM, Lingsma HF, et al.** National Institutes of Health Stroke Scale: An Alternative Primary Outcome Measure for Trials of Acute Treatment for Ischemic Stroke. *Stroke*. 2020;51(1): 282-290. doi:10.1161/STROKEAHA.119.026791.
6. **Trịnh Tiên Lực.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch não, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội. 2020.
7. **Pai AR, Ramachandran P, Rai A, Sripadma**

- PV. Clinical characteristics and imaging patterns of cerebral infarction with outcomes of carotid artery stenting in symptomatic carotid stenosis: An eight-year journey. *J Neurosci Rural Pract.* 2024;15:468-76. doi: 10.25259/JNRP_627_2023.
8. Pensato U, Demchuk AM, Menon BK, et al. Cerebral Infarct Growth: Pathophysiology, Pragmatic Assessment, and Clinical Implications. *Stroke.* 2025;56(1): 219-229. doi:10.1161/STROKEAHA.124.049013.
9. Nguyễn Bá Thắng, Vũ Anh Nhị. Tiên đoán hồi phục chức năng trong nhồi máu động mạch não giữa: khảo sát tiền cứu 149 trường hợp. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh.* 2007;11(1):314-319.
10. Lê Đức Thuận, Mai Duy Tôn, Đào Việt Phương và các cộng sự. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị người bệnh nhồi máu não cấp mức độ nhẹ", *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2022. 519(10). 152-159.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN TRẺ EM UNG THƯ TUYẾN GIÁP ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐƯỜNG MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Xuân Hậu^{1,2,3}, Nguyễn Xuân Hiền^{1,2},
Đàm Thị Liên¹, Lê Văn Quảng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân ung thư tuyến giáp trẻ em được phẫu thuật nội soi qua đường miệng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 15 bệnh nhân tại Trung tâm Ung Bướu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 2/2020 đến tháng 9/2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 16,2±2,1 (11-18) tuổi, với 13 bệnh nhân nữ (86,7%) và 2 bệnh nhân nam (13,3%). 12 bệnh nhân (80%) được cắt thùy eo tuyến giáp và vét hạch cổ trung tâm cùng bên, 3 bệnh nhân (20%) được cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ trung tâm 2 bên. Số lượng hạch vét được và hạch di căn lần lượt là 8,3±5,4 và 2,9±3,5 hạch, với tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn là 53,3%. Kích thước u trung bình trong nhóm nghiên cứu và nhóm có di căn hạch lần lượt là 11,7±6,2 mm và 13±6,2 mm. Hai bệnh nhân (13,3%) có ung thư đa ổ ở hai thùy tuyến giáp. Giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy 14 bệnh nhân (chiếm 93,3%) ung thư tuyến giáp thể nhú thông thường, 1 trường hợp (6,7%) ung thư tuyến giáp thể nhú biến thể xơ hóa lan tỏa. 20% trường hợp có viêm giáp kèm theo. **Kết luận:** Ung thư tuyến giáp ở trẻ em được phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường miệng thường được phát hiện ở nhóm trẻ lớn, với các đặc điểm như khối u lớn, tính đa ổ và tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn cao.

Từ khóa: TOETVA, ung thư tuyến giáp trẻ em, đặc điểm lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: nguyentuanhau@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025

CHARACTERISTICS OF PEDIATRIC THYROID CANCER PATIENTS UNDERGOING TRANSORAL ENDOSCOPIC SURGERY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of pediatric thyroid cancer patients undergoing transoral endoscopic thyroidectomy (TOETVA) at Hanoi University of Medicine Hospital. **Method:** A cross-sectional study was conducted on 15 patients at the Oncology Center, Hanoi University of Medicine Hospital from February 2020 to September 2024. **Results:** The average age in the study group was 16.2±2.1 (11-18) years, with 13 female patients (86.7%) and 2 male patients (13.3%). Twelve patients (80%) underwent thyroid lobectomy with central neck dissection on the same side, and 3 patients (20%) had total thyroidectomy with bilateral central neck dissection. The average number of lymph nodes retrieved and the number of metastatic nodes were 8.3±5.4 and 2.9±3.5, respectively, with an occult lymph node metastasis rate of 53.3%. The average tumor size in the study group and the metastatic node group were 11.7±6.2 mm and 13±6.2 mm, respectively. Two patients (13.3%) had multifocal thyroid cancer. Postoperative histopathology showed that 14 patients (93.3%) had conventional papillary thyroid carcinoma, 1 patient (6.7%) had diffuse sclerosing variant papillary thyroid carcinoma, and 20% had concomitant thyroiditis. **Conclusion:** Pediatric thyroid cancer treated with transoral endoscopic thyroidectomy is commonly detected in older children, with characteristics such as large tumor size, multifocality, and a high rate of occult lymph node metastasis.

Keywords: TOETVA, pediatric thyroid cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp ở trẻ em được xác định là ung thư tuyến giáp ở những bệnh nhân <18 tuổi. Theo GLOBALCAN 2022, ung thư tuyến giáp