

# KHẢO SÁT MỐI LIÊN QUAN GIỮA LỰC MẠCH VÀ BÊN LIỆT TRÊN BỆNH NHÂN ĐỘT QUY TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Thanh Tùng<sup>1</sup>, Hạ Chí Lộc<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Hương Dương<sup>1</sup>, Tăng Khánh Huy<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm nhân khẩu học và mối liên quan giữa lực mạch và bên liệt trên bệnh nhân đột quy tại bệnh viện Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng-Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 93 bệnh nhân tại bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Nam giới chiếm 54,8%, 50,5% bệnh nhân liệt phải, Tuổi thấp nhất là 40, cao nhất là 88 với độ tuổi trung bình là  $64,68 \pm 9,319$  (tuổi trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn). Trong các bệnh lý thì tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất với 93,5%, chiếm tỷ lệ cao nhất là 46,23% bệnh nhân có BMI bình thường, tỷ lệ cao nhất bệnh nhân thuộc giai đoạn mạn tính với 49,56%, Sinh hiệu trong giới hạn bình thường chiếm đa số, trong đó mạch, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, nhịp thở, nhiệt độ bình thường chiếm lần lượt là 97,84%, 87,09%, 88,17%, 86,02%, 98,93%. Đối với lực mạch bên trái và bên phải, có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$  giữa bên liệt và lực mạch với Cramér's V lần lượt là 0,438 và 0,379. Mối liên hệ ở mức trung bình. **Kết luận:** Bệnh nhân đột quy vào viện có sinh hiệu trong giới hạn bình thường chiếm tỷ lệ cao. Có mối liên hệ giữa lực mạch và bên liệt, mối liên hệ ở mức trung bình. **Từ khóa:** đột quy, lực mạch, bên liệt, y học cổ truyền

## SUMMARY

### INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PULSE STRENGTH AND THE HEMIPLEGIC SIDE IN STROKE PATIENTS AT HO CHI MINH CITY TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL

**Objective:** To investigate the demographic characteristics and the relationship between pulse strength and the hemiplegic side in stroke patients at Ho Chi Minh City Traditional Medicine Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 93 stroke patients at Ho Chi Minh City Traditional Medicine Hospital. **Results:** Males accounted for 54,8% of the sample, and 50,5% of patients had right-sided hemiplegia. The youngest patient was 40 years old, and the oldest was 88 years, with a mean age of  $64,68 \pm 9,319$  years (mean  $\pm$  standard deviation). Hypertension was the most common comorbidity, present in 93,5% of patients. A normal Body Mass Index (BMI) was found in 46,23%

of the patients. The chronic stage of stroke accounted for the highest proportion of patients, with 49,56%. The majority of patients had vital signs within normal limits, with normal pulse rate, systolic blood pressure, diastolic blood pressure, respiratory rate, and body temperature found in 97,84%, 87,09%, 88,17%, 86,02%, and 98,93% of cases, respectively. Regarding pulse strength on the left and right sides, there was a statistically significant association between the hemiplegic side and pulse strength, with  $p < 0,001$ . The Cramér's V values were 0,438 and 0,379 for the left and right sides, respectively, indicating a moderate correlation. **Conclusion:** Most stroke patients admitted to the hospital had vital signs within normal limits. There is a statistically significant and moderate relationship between pulse strength and the hemiplegic side. **Keywords:** stroke, pulse strength, hemiplegia, traditional medicine

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy theo y học cổ truyền được xếp vào chứng trúng phong do các nguyên nhân ngoại phong, nội phong, tình chí, lao lực và ẩm thực thất điều kết quả là phong động mà gây bệnh. Theo Vương Thanh Nhậm thì bản thân bất toại do nguyên khí bị hư tổn mà phát ra, nếu nguyên khí bị hư tổn và trống rỗng trong kinh lạc thì khó tránh khỏi nguyên khí sẽ dồn sang một bên, quy tụ một bên cơ thể gây ra tình trạng bản thân bất toại [3]. Theo Định Ninh mạch phải có khí huyết thì mạch mới có nguồn sinh lực, xem thấy mạch thịnh thì biết khí huyết của người ấy mạnh, xem thấy mạch suy thì biết khí huyết người ấy đã yếu [4], để hiểu rõ hơn đặc điểm mạch chẩn trên bệnh nhân đột quy để từ đó có thể ứng dụng kết quả nghiên cứu trong thực hành lâm sàng, chúng tôi thực hiện đề tài "*Khảo sát mối liên quan giữa lực mạch và bên liệt trên bệnh nhân đột quy*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu.** Người bệnh từ đủ 18 tuổi, có chẩn đoán đột quy và điều trị tại bệnh viện Y học cổ truyền TP.HCM.

**2.2. Tiêu chuẩn chọn vào và tiêu chuẩn loại trừ**

### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn vào:

- Bệnh nhân được chẩn đoán đột quy (dựa vào CT scan hoặc MRI) và chỉ liệt một bên.
- Người bệnh từ đủ 18 tuổi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

Người bệnh có

<sup>1</sup>Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Tăng Khánh Huy

Email: khanhhuy073@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2025

Ngày duyệt bài: 11.9.2025

một trong các tiêu chuẩn sau: đang mắc các bệnh lý cấp tính, người bệnh có rối loạn ngôn ngữ, rối loạn tri giác hoặc sa sút trí tuệ không thể giao tiếp với thầy thuốc hoặc không thực hiện được y lệnh.

**2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

**Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 01 năm 2025 đến tháng 05 năm 2025

**Địa điểm:** bệnh viện Y học truyền TP.HCM

**2.4. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang

**Cỡ mẫu:** Tính theo công thức:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \frac{q \cdot p(1-p)}{d^2}}$$

Z: trị số phân phối chuẩn với độ tin cậy 80% (Z=1,28), α: xác suất sai lầm loại 1 (α=0,2), d: sai số cho phép (d=0,05), p: trị số mong muốn của tỷ lệ (p=0,5). Do không có sẵn trị số của p nên giả định p=0,5 số lượng mẫu cần là 164 người. Dự trừ mất mẫu 10% nên số lượng mẫu cần là 180 người.

**2.5. Quy trình nghiên cứu:** Người bệnh đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu được tiến hành phỏng vấn, khám lâm sàng và ghi nhận kết quả.

**2.6. Phương pháp xử lý số liệu**

- Phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 16.

- Dùng kiểm định Chi-square và kiểm định Fisher Exact để khảo sát mối liên quan giữa 2 biến định tính. Các sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi giá trị p < 0,05.

- Dùng phép kiểm Cramér's V để đánh giá mức độ liên hệ giữa hai biến định tính, đặc biệt sau khi thực hiện kiểm định Chi-square. Kết quả của phép kiểm không cho thấy mối quan hệ nhân quả, mà chỉ cho biết mức độ chặt chẽ của mối liên hệ.

**2.7. Y đức.** Nghiên cứu này được tiến hành sau khi được sự cho phép của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. (4308/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 27/12/2024)

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của mẫu nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n=93)**

<b>Giới#</b>	Nam	51 (54,8%)
--------------	-----	------------

**Bảng 2. Mối liên quan giữa lực mạch và bên liệt (n=93)**

	Lực mạch	Liệt trái [N(%)]	Liệt phải [N(%)]	p	Cramér's V
<b>Mạch bên trái</b>	Hữu lực	7 (15,2%)	27 (57,4%)	0,000	0,438
	Vô lực	39 (84,8%)	20 (42,6%)		

<b>Bên liệt#</b>	Nữ	42 (45,2%)
	Bên trái	46 (49,5%)
	Bên phải	47 (50,5%)
<b>Tuổi##</b>		64,68±9,319
<b>Bệnh lý mạn tính#</b>	Tăng huyết áp	87 (93,5%)
	Đái tháo đường	43 (46,2%)
	Rối loạn lipid máu	79 (84,9%)
<b>BMI#</b>	Nhẹ cân	5 (5,37%)
	Bình thường	43 (46,23%)
	Thừa cân	22 (23,66%)
	Béo phì độ I	17 (18,28%)
	Béo phì độ II	6 (6,46%)
<b>Giai đoạn#</b>	Giai đoạn cấp	0 (0%)
	Giai đoạn phục hồi sớm	34 (36,56%)
	Giai đoạn phục hồi muộn	13 (13,98%)
	Giai đoạn mạn tính	49 (46,49%)
<b>Mạch#</b>	Chậm	0 (0%)
	Bình thường	91 (97,84%)
	Nhanh	2 (2,16%)
<b>Huyết áp tâm thu#</b>	Thấp	0 (0%)
	Bình thường	81 (87,09%)
	Cao	12 (12,91%)
<b>Huyết áp tâm trương#</b>	Thấp	0 (0%)
	Bình thường	82 (88,17%)
	Cao	11 (11,83%)
<b>Nhịp thở#</b>	Chậm	12 (12,9%)
	Bình thường	80 (86,02%)
	Nhanh	1 (1,08%)
<b>Nhiệt độ#</b>	Thấp	1 (1,07%)
	Bình thường	92 (98,93%)
	Sốt	0 (0%)

Ghi chú: # n (%); ## trung bình ± độ lệch chuẩn

**Nhận xét:** Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn với 54,8%, có 50,5% bệnh nhân liệt phải, Tuổi thấp nhất là 40, tuổi cao nhất là 88 với độ tuổi trung bình là 64,68 ± 9,319 (tuổi trung bình ± độ lệch chuẩn). Trong các bệnh lý và rối loạn kèm theo thường gặp trên bệnh nhân đột quy não thì tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất với 93,5%, bệnh nhân có BMI bình thường chiếm đa số với 46,23%, Chiếm tỷ lệ cao nhất bệnh nhân thuộc giai đoạn mạn tính với 49,56%, Sinh hiệu trong giới hạn bình thường chiếm đa số, trong đó mạch bình thường chiếm 97,84%, huyết áp tâm thu bình thường chiếm 87,09%, huyết áp tâm trương bình thường chiếm 88,17%, nhịp thở bình thường chiếm 86,02%, nhiệt độ bình thường chiếm 98,93%.

**3.2. Mối liên quan giữa lực mạch và bên liệt**

<b>Mạch bên phải</b>	Hữu lực	34 (73,9%)	17 (36,2%)	0,000	0,379
	Vô lực	12 (26,1%)	30 (63,8%)		

**Nhận xét:** - Đối với lực mạch bên trái, tỷ lệ mạch vô lực ở bệnh nhân liệt trái 84,4% cao hơn ở bệnh nhân liệt phải 42,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

+ Ở mạch bên trái, có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa bên liệt và lực mạch. Với Cramér's  $V = 0,438$  mỗi liên hệ ở mức trung bình. Như vậy bên liệt có mối liên hệ với lực mạch bên trái, mức độ liên hệ trung bình.

- Đối với lực mạch bên phải, tỷ lệ mạch vô lực của những người liệt phải 63,8% cao hơn so với bệnh nhân liệt trái 26,1%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

+ Ở mạch bên phải, có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa bên liệt và lực mạch. Với Cramér's  $V = 0,379$  mỗi liên hệ ở mức trung bình. Như vậy bên liệt có mối liên hệ với lực mạch bên phải, mức độ liên hệ trung bình.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân đột quỵ.** Kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là  $64,68 \pm 9,319$  (tuổi trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn), có sự tương đồng với nghiên cứu trước đó của Dương Khánh Hà (2020) [2] ghi nhận độ tuổi trung bình là  $63,4 \pm 10,1$ . Tuổi thấp nhất là 40, tuổi cao nhất là 88. Theo Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não của Bộ y tế ban hành ngày 23 tháng 12 năm 2020, tuổi thuộc nhóm các yếu tố nguy cơ không thay đổi được của bệnh lý đột quỵ. Nguy cơ đột quỵ tăng theo tuổi, nhất là những người trên 65 tuổi, 2/3 số đột quỵ xảy ra ở người trên 65 tuổi [1]. Tỷ lệ nam giới đột quỵ não (54,8%) cao hơn nữ giới (45,2%), tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ là 1,21 nam:1 nữ, tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ trong các nghiên cứu trong nước cũng cho kết quả tương đương, nghiên cứu của Dương Khánh Hà (2020) [2] nam giới chiếm 51,9% nữ giới chiếm 48,1%. Theo hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não của Bộ y tế (2020), giới tính cũng thuộc nhóm các yếu tố nguy cơ không thay đổi được của bệnh lý đột quỵ, nam giới có nguy cơ đột quỵ cao hơn phụ nữ. Nam giới có tỷ lệ đột quỵ là 62,8/100.000 dân, tử vong 26,3% trong khi nữ giới có tỷ lệ đột quỵ là 59/100.000 dân và tỷ lệ tử vong là 39,2% [1]. Trong ba bệnh lý và rối loạn đi kèm được khảo sát trên bệnh nhân tai biến mạch máu não thì tăng huyết áp có 87 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 93,5%, đái tháo đường có 43 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 46,2%, rối loạn lipid máu có 79 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 84,9%. Kết quả nghiên cứu có sự

tương đồng với các nghiên cứu trước đó như nghiên cứu của Dương Khánh Hà (2020) [2] tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất là 92,2%, rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ 76,6% thấp nhất là đái tháo đường chiếm tỷ lệ 42,9%. Theo Bộ y tế, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu là các yếu tố nguy cơ xơ vữa động mạch và bệnh lý tim mạch, trong đó bệnh lý tăng huyết áp được xem là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất trong các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được trên người bệnh đột quỵ [1]. Trong tổng số 93 bệnh nhân đột quỵ não, về bên liệt thì tỷ lệ liệt bên trái và bên phải gần bằng nhau với liệt bên phải cao hơn với 50,5%, liệt bên trái có tỷ lệ là 49,5%. Nghiên cứu trên 93 bệnh nhân đột quỵ cho thấy tỷ lệ nhẹ cân chiếm 5,37%, tỷ lệ bình thường chiếm 46,23%, tỷ lệ thừa cân béo phì chiếm 48,4% tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thà [5] có tỷ lệ bình thường chiếm 48,5% và tỷ lệ thừa cân béo phì chiếm 48,5%. Có 36,56% bệnh nhân thuộc giai đoạn phục hồi sớm, 13,98% bệnh nhân thuộc giai đoạn phục hồi muộn, chiếm tỷ lệ cao nhất là bệnh nhân thuộc giai đoạn mạn tính với 49,46%. Kết quả cho thấy phần lớn bệnh nhân sau đột quỵ đều có dấu hiệu sinh tồn ổn định, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thà [5] cho thấy mạch bình thường 99%. Huyết áp tâm thu bình thường 82,8%. Huyết áp tâm trương bình thường 100%. Nhịp thở bình thường 98,5%. Nhiệt độ bình thường 100%.

**4.2. Mối liên quan giữa lực mạch và bên liệt.** Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng đối với bệnh nhân liệt trái thì mạch bên trái vô lực chiếm tỷ lệ cao hơn với 84,8%, còn mạch bên phải hữu lực chiếm tỷ lệ cao hơn là 73,9%, còn đối với bệnh nhân liệt phải thì mạch bên trái hữu lực chiếm tỷ lệ cao hơn với 57,4%, còn mạch bên phải vô lực chiếm tỷ lệ cao hơn là 63,8%. Ở cả mạch bên trái và bên phải đều có kết luận bên liệt có mối liên hệ với lực mạch, mức độ liên hệ trung bình (giá trị Cramér's  $V$  lần lượt là 0,438 và 0,379). Từ kết quả nghiên cứu ta thấy trên bệnh nhân đột quỵ bên liệt thường có mạch yếu hơn so với bên không liệt. Theo Sandra Billinger và cộng sự (2010) [6], có bằng chứng cho thấy ở những người bị di chứng đột quỵ có hiện tượng giảm lưu lượng máu và giảm đường kính động mạch ở chi bị liệt nửa người. Nghiên cứu của Samuel Haixiong Lee và cộng sự (2015) [8] so sánh các đặc điểm của mạch đập và lưỡi ở bệnh nhân trầm cảm sau đột quỵ và những người tình nguyện khỏe mạnh cũng có kết luận rằng tỷ lệ

mạch hư cao hơn đáng kể ở nhóm bệnh nhân trầm cảm sau đột quy ( $p < 0,01$ ), trong khi nhóm người khỏe mạnh chủ yếu có mạch bình thường ( $p < 0,01$ ). Như vậy kết quả nghiên cứu này phù hợp với quan điểm của các tác giả trên, mạch vô lực chiếm tỷ lệ đa số ở tay bên liệt, cụ thể là đối với bệnh nhân liệt trái thì mạch bên trái vô lực chiếm tỷ lệ cao hơn với 84,8%, đối với bệnh nhân liệt phải thì mạch bên phải vô lực chiếm tỷ lệ cao hơn là 63,8%.

Các đặc điểm của mạch có mối liên hệ chặt chẽ với sự cải thiện chức năng vận động thông qua phục hồi chức năng và liệu pháp vận động, cũng như với những thay đổi trong lưu lượng máu, một số nghiên cứu khác cũng ghi nhận lưu lượng máu và sức căng thành mạch có xu hướng giảm ở chi bên liệt, do giảm hoạt động vận động và yếu cơ cục bộ. Là dấu hiệu đặc trưng của lão hóa mạch máu, độ cứng động mạch làm thay đổi huyết động học của tuần hoàn toàn thân. Độ cứng động mạch, đặc trưng bởi sự giảm elastin và tăng collagen trong động mạch chủ, dẫn đến giảm độ đàn hồi của mạch máu và tăng tốc độ di chuyển của sóng áp suất động mạch chủ từ tim đến các động mạch ngoại vi. Là nền mạch có sức cản thấp và các cơ quan có lưu lượng cao, các mạch máu não dễ bị ảnh hưởng trực tiếp hơn bởi các xung động dòng chảy quá mức. Khi mất tác dụng đệm, các vị trí phản xạ sóng di chuyển gần với vi tuần hoàn, làm tăng lượng sóng áp suất về phía trước và các xung động dòng chảy có thể xuyên qua vi mạch của não và có khả năng gây xuất huyết, bong tróc nội mô và tắc nghẽn do huyết khối. Đặc biệt, các khu vực được tưới máu bởi các tiểu động mạch được cung cấp bởi động mạch não trước và giữa dễ bị giảm tưới máu não hơn do thiếu các kết nối đáng kể. Ngoài ra, độ cứng động mạch và đột quy có các yếu tố nguy cơ tương tự, chẳng hạn như béo phì, hút thuốc, tăng huyết áp, tiểu đường và tăng cholesterol máu, điều này càng củng cố thêm mối liên hệ của chúng [7].

Theo Định Ninh mạch phải có khí huyết thì mạch mới có nguồn sinh lực. Nếu mạch không có khí huyết thì mạch rỗng không vô dụng. Khí huyết phải có mạch thì khí huyết mới có đường hướng vận hành lưu loát. Nếu khí huyết không có đường mạch thì khí huyết vận hành hỗn tạp tán loạn. Mạch là chủ của khí huyết, mà khí huyết là hơi sức và tinh thần của mạch. Mạch là bản thể của khí huyết, mà khí huyết là công dụng của mạch. Ý muốn nói mạch là con đường để khí huyết lưu hành thì đường mạch là bản thể. Khi khí huyết đã vào đường mạch lưu hành thì khí huyết là công dụng của đường mạch.

Định Ninh cũng giải thích thêm ví như cái vỏ chai để đựng rượu thì vỏ chai là bản thể. Khi rượu đã đổ vào trong chai thì rượu là công dụng của chai. Bởi những lẽ đó mà nói rằng khí huyết thịnh thì mạch thịnh, nếu khí huyết suy thì mạch suy, khí huyết hòa thì mạch bình, nếu khí huyết loạn thì mạch bệnh. Ta xem thấy mạch thịnh thì ta biết khí huyết của người ấy mạnh. Ta xem thấy mạch suy thì ta biết khí huyết người ấy đã yếu, xem thấy mạch bình, ta biết khí huyết người ấy bình thường [4]. Điều này hoàn toàn phù hợp với mô tả của y gia Vương Thanh Nhậm; bệnh bán thân bất toại do nguyên khí bị hư tổn mà phát ra, nếu nguyên khí bị hư tổn và trống rỗng trong kinh lạc thì khó tránh khỏi nguyên khí sẽ dồn sang một bên, quy tụ một bên cơ thể gây ra tình trạng bán thân bất toại. Cũng như theo Kim quỹ yếu lược nguyên nhân của trúng phong đa số do chính khí khuy hư, ngẫu nhiên bị ngoại tà xâm phạm mà thành bệnh. Do vậy phong ở đây là yếu tố thúc đẩy và có thể kết hợp với các nguyên nhân khác gây ra triệu chứng của trúng phong. Hay theo Lý Đông Viên giải thích trúng phong là do khí hư, vì thế nên phong mới trúng vào cơ thể được [3]. Điều đó cũng giải thích tại sao lực mạch bên liệt thường yếu hơn so bên không liệt.

**4.3. Hạn chế và kiến nghị.** Kết quả của nghiên cứu này chỉ dựa trên dữ liệu cắt ngang, vì vậy nên tiến hành các nghiên cứu theo chiều dọc để xác nhận những mối liên quan đã phát hiện. Trong nghiên cứu này chỉ khảo sát lực mạch, do đó các đặc điểm mạch khác (tế, sáp, hoạt, trầm...) nên được đánh giá trong các nghiên cứu tiếp theo. Cỡ mẫu của nghiên cứu khá nhỏ chỉ 93 mẫu và chỉ được thực hiện tại một bệnh viện. Vì vậy, để kết quả nghiên cứu có thể đại diện cho dân số chung nên cần cỡ mẫu lớn hơn và lấy mẫu đa trung tâm.

## V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân đột quy vào viện có sinh hiệu trong giới hạn bình thường chiếm tỷ lệ cao. Đối với lực mạch bên trái và bên phải, có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$  giữa bên liệt và lực mạch với Cramér's V lần lượt là 0,438 và 0,379. Mối liên hệ ở mức trung bình. Như vậy bên liệt có mối liên hệ với lực mạch, mức độ liên hệ trung bình.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Quyết định số 5331/QĐ – BYT. Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quy não. 2020:11,14 – 20
2. **Dương Khánh Hà.** Khảo sát các dạng thể chất YHCT trên bệnh nhân nhồi máu não. Luận văn tốt nghiệp đại học. Đại học Y dược TP HCM. 2020

3. **Phạm Thị Bình Minh, Trịnh Thị Diệu Thường.** Phục hồi vận động sau đột quỵ. Trịnh Thị Diệu Thường. Bệnh học điều trị kết hợp hệ thần kinh. Nhà xuất bản y học. 2021
4. **Đình Ninh Lê Đức Thiệp.** Đình Ninh Tô Học Mạch. Nhà xuất bản Dân Trí. 2020
5. **Nguyễn Văn Thà, Trần Văn Phong.** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và vấn đề chăm sóc của điều dưỡng ở bệnh nhân tai biến mạch máu não tại BVTM An Giang năm 2022. 2022. Bệnh viện tỉnh An Giang. 2022;352-374
6. **Billinger S.** Cardiovascular regulation after stroke: evidence of impairment, trainability, and implications for rehabilitation. *Cardiopulm Phys Ther J.* 2010;21(1):22-24.
7. **Gu Y, Han X, Liu J, et al.** Estimated Pulse Wave Velocity and Stroke Among Middle-Aged and Older Population: Insights From 3 Prospective Cohorts. *J Am Heart Assoc.* 2025;14(5):e038376. doi:10.1161/JAHA.124.038376
8. **Lee SH, Niu T, Yang X, Li H, Zhu Q, Niu X.** A Quantitative Investigation of Pulse and Tongue Features in Post-Stroke Depressive Patients and Healthy Volunteers: An Observational Pilot Study. *Forsch Komplementmed.* 2015;22(5):292- 297. doi:10.1159/000440892

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA THAI NHI VÀ TRẺ SƠ SINH CỦA THAI PHỤ TIỀN SẢN GIẬT MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Mai Trọng Hưng<sup>1</sup>, Trương Minh Phương<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng của sơ sinh sau mổ lấy thai ở các thai phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả, lựa chọn tất cả các trẻ sơ sinh sau mổ của thai phụ tiền sản giật có tuổi thai từ tuần thứ 20 trở đi, có chỉ định đình chỉ thai nghén. **Kết quả:** Tuổi thai trung bình lúc đình chỉ thai nghén  $34 \pm 2,2$  tuần. Tỷ lệ thai nhi có biểu hiện suy thai trên monitor sản khoa khá cao (70,4% ở nhóm TSG nặng và 23,5% ở nhóm TSG nhẹ), đặc biệt có 2,5% thai nhi có chỉ số não rốn  $< 1$  trên doppler động mạch rốn thai nhi. Trẻ sơ sinh có điểm Apgar tốt (1 phút:  $8,5 \pm 1,4$  và 5 phút:  $9,4 \pm 1,6$ ); không ghi nhận thai chết lưu hoặc trẻ sơ sinh tử vong sau sinh. **Kết luận:** Trẻ sơ sinh sau mổ lấy thai ở thai phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội có tình trạng lâm sàng ổn định, chưa ghi nhận các biến chứng trầm trọng nào xảy ra.

**Từ khóa:** tiền sản giật, sơ sinh, mổ lấy thai

### SUMMARY

#### STUDY OF CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF FETUSES AND NEWBORNS FOLLOWING CESAREAN SECTION IN PREECLAMPTIC PREGNANCY AT HANOI OBSTETRICS & GYNECOLOGY HOSPITAL

**Objective:** Describe the clinical and paraclinical characteristics of fetuses and newborns following cesarean delivery in preeclamptic women at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Methods:** A descriptive study, selecting all neonates delivered by cesarean section from pregnancies complicated by

preeclampsia with gestational age from 20 weeks onwards. **Results:** The mean gestational age at pregnancy termination was  $34 \pm 2,2$  weeks. The rate of fetal distress signs on obstetric monitoring was considerably high (70.4% in the severe preeclampsia group and 23.5% in the mild preeclampsia group), with notably 2.5% of fetuses showing a cerebroplacental ratio  $< 1$  on fetal umbilical artery Doppler. Neonates had good Apgar scores ( $8,5 \pm 1,4$  at 1 minute and  $9,4 \pm 1,6$  at 5 minutes); no case of intrauterine fetal demise or neonatal deaths. **Conclusion:** Neonates delivered by cesarean section from mothers with preeclampsia at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital showed stable clinical conditions, with no severe complications documented.

**Keywords:** preeclampsia, neonates, C-section.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật là một trong 5 cấp cứu sản khoa, có thể gây ra các biến chứng nguy hiểm đến tính mạng cả mẹ và con. Các biến chứng gây ra trên thai phụ như: tăng huyết áp trầm trọng, phù phổi cấp, rối loạn đông máu nặng, suy gan, suy thận, chậm chỉ tử vong. Một vấn đề đáng lưu tâm trong việc điều trị tiền sản giật đó là kết cục của thai nhi, trẻ sơ sinh sau này, bởi lẽ tiền sản giật ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình phát triển của thai nhi như: chậm tăng trưởng, giảm cung cấp oxy, rau bong non; ảnh hưởng gián tiếp như: sinh non, cân nặng sơ sinh thấp,... tăng gánh nặng cho gia đình, xã hội sau này.

Việc phát hiện sớm cũng như lựa chọn phương pháp điều trị tiền sản giật cho thai phụ là một thách thức lớn đối với các bác sĩ sản khoa. Tình trạng trẻ sơ sinh giúp các bác sĩ sản khoa nhận định và đúc rút kinh nghiệm trong thực hành lâm sàng để đưa ra phương án điều trị tối ưu cho các thai phụ tiền sản giật hơn. Chính vì

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mai Trọng Hưng

Email: dr.hungpshn1@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025