

## Phân tích một số đặc điểm của bệnh nhân đột quy tại Khoa Đột quy, Bệnh viện C Đà Nẵng, năm 2021-2022

Analysis of some characteristics of stroke patients at the Stroke Department  
of Da Nang C Hospital in 2021-2022

Võ Thị Bích Liên, Nguyễn Thị Mai Diệu\*  
Vo Thi Bich Lien, Nguyen Thi Mai Dieu\*

*Khoa Dược, Trường Y Dược, Đại học Duy Tân, Đà Nẵng, Việt Nam  
Faculty of Pharmacy, College of Medicine and Pharmacy, Duy Tan University, Da Nang, 550000, Vietnam*

*(Ngày nhận bài: 03/10/2023, ngày phản biện xong: 22/10/2023, ngày chấp nhận đăng: 07/12/2023)*

### Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Đột quy là một trong những nguyên nhân gây tử vong và khuyết tật nghiêm trọng trên thế giới và ở Việt Nam. Bệnh viện C Đà Nẵng là một bệnh viện đa khoa hạng I, tiếp nhận và điều trị nhiều bệnh nhân đột quy, nhưng chưa có nhiều nghiên cứu về tình hình dịch tễ bệnh trong những năm gần đây. Nghiên cứu "Phân tích một số đặc điểm bệnh nhân đột quy tại Khoa Đột quy Bệnh viện C Đà Nẵng năm 2021-2022" nhằm phân tích chi tiết các đặc điểm của bệnh nhân đột quy từ đó có thể đóng góp vào dữ liệu dịch tễ bệnh đột quy tại Đà Nẵng nói riêng và các tỉnh miền Trung nói chung.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu thông tin của bệnh nhân đột quy được chẩn đoán dựa vào phân loại bệnh tật quốc tế (ICD10), được ghi chép trong "Bảng kê chi phí điều trị nội trú" hai năm 2021 và 2022, lưu tại phần mềm khoa Đột quy Bệnh viện C Đà Nẵng.

**Kết quả:** Bệnh nhân nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất năm 2021, 2022, lần lượt là 85,94%, 85,13%. Số lượng bệnh nhân năm 2022 cao gấp 1,4 lần so với năm 2021. Tuổi thấp nhất ghi nhận ở bệnh nhân là 20, tuổi trung bình là 72,11 vào năm 2010 và 72,22 vào năm 2022. Tỷ lệ bệnh nhân nam bị đột quy lần lượt là 59,38%, 53,01% cao hơn tỷ lệ bệnh nhân nữ (40,63% và 46,99). Bệnh lý nhồi máu não chiếm phần lớn tỷ lệ (89,45% và 91,37%), xuất huyết não chiếm tỷ lệ nhỏ (10,55% và 8,63%). Bệnh tăng huyết áp là bệnh lý đứng đầu trong nhóm bệnh mắc kèm (89,45% và 94,94%). Bệnh nhân điều trị từ 8 -14 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (40,63% và 49,18%), số ngày điều trị trung bình lần lượt là 11,85 ngày và 11,98 ngày.

*Từ khóa: Bệnh đột quy, độ tuổi, ngày điều trị, nhồi máu não, tăng huyết áp, xuất huyết não.*

### Abstract

Hospital C is a class I general hospital, receiving and treating many stroke patients, but there has not been much research on the epidemiological situation in recent years. The study "Analysis of some characteristics of stroke patients at the stroke department of Da Nang C Hospital in 2021-2022" aims to analyze in detail the characteristics of stroke patients, thereby contributing to translation data of Epidemiology of stroke in Da Nang in particular and central provinces in general.

\*Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Mai Diệu  
Email: maidienguyen1996@gmail.com

**Research subjects and methods:** Retrospective descriptive study of information on stroke patients diagnosed based on the international classification of diseases (ICD10), recorded in the "Inpatient treatment cost list" 2021 and 2022, saved in the stroke department software of Da Nang Hospital C.

**Results:** The age group over 60 accounts for the highest percentage in 2021 and 2022 at 85,94%, 85,13% respectively. The number of patients in 2022 is 1,4 times higher than in 2021. The lowest age recorded in patients is 20 years old, the average age is 72,11 in 2010 and 72,22 in 2022. The percentages of male stroke patients are 59,38% and 53,01% respectively, which is higher than the those of female patients (40,63% and 46,99). Cerebral infarction accounts for the majority (89,45% and 91,37%), and cerebral hemorrhage accounts for a small percentage (10,55% and 8,63%). Hypertension is the leading disease in the group of comorbid diseases (89,45% and 94,94%). Patients treated for 8-14 days accounted for the highest proportion (40,63% and 49,18%), the average number of days of treatment was 11,85 days and 11,98 days, respectively.

**Keywords:** Stroke, age, day of treatment, cerebral infarction, hypertension, cerebral hemorrhage.

## 1. Đặt vấn đề

Tai biến mạch máu não, thường được gọi là đột quy, là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong (xếp hạng thứ ba sau bệnh tim và ung thư), và đứng đầu về tình trạng gây khuyết tật [12]. Tại Việt Nam, trong những năm gần đây, tình trạng mắc và tử vong do đột quy đã trở nên đáng lo ngại, ghi nhận thêm 200.000 trường hợp mắc mới và 11.000 trường hợp tử vong hàng năm [2]. Đáng chú ý, có nhiều trường hợp mắc đột quy ở những người trẻ dưới 40 tuổi, thường xuất phát từ những tình trạng bẩm sinh như phình mạch não, biến dạng mạch máu não, hoặc các vấn đề tim bẩm sinh khác.

Bệnh viện C Đà Nẵng là bệnh viện đa khoa hạng I thuộc quản lý của Bộ Y tế, tọa lạc tại trung tâm của thành phố Đà Nẵng, hằng năm tiếp nhận và điều trị cho một lượng bệnh nhân đột quy không nhỏ. Trong những năm qua, công tác nghiên cứu khoa học tại đơn vị này đã và đang được tập trung phát triển mạnh mẽ, tuy nhiên, việc tiến hành các nghiên cứu để khảo sát và đánh giá tình hình của bệnh nhân đột quy trong quá trình điều trị tại bệnh viện vẫn chưa được thực hiện. Với mục tiêu phân tích chi tiết về các đặc điểm của bệnh nhân đột quy để bổ sung cho cơ sở dữ liệu về dịch tễ học đột quy ở Đà Nẵng và các tỉnh miền Trung, phục vụ cho các nghiên cứu chuyên sâu hơn sau này, nghiên cứu "Phân tích một số đặc điểm bệnh nhân đột quy tại Khoa Đột quy Bệnh viện C Đà Nẵng năm 2021-2022" được tiến hành.

## 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Thông tin được ghi chép trong "Bảng kê chi phí điều trị nội trú" của bệnh nhân được chẩn đoán đột quy được lưu tại phần mềm khoa Đột quy Bệnh viện C Đà Nẵng.

- Bệnh nhân đột quy được chẩn đoán dựa vào phân loại bệnh tật quốc tế ICD10, gồm:

+ Bệnh nhồi máu não (I63);

+ Bệnh xuất huyết não (I60, I61 và I62).

\* Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán đột quy theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế có hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ, rõ ràng.

\* Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân từ khoa khác chuyển đến hoặc chuyển sang khoa khác trong thời gian điều trị; bệnh nhân nằm điều trị gián đoạn, bỏ nằm viện.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang dựa trên các thông tin dữ liệu được ghi chép trong "Bảng kê chi phí điều trị nội trú" của các bệnh nhân đạt tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, nhập viện điều trị trong hai năm 2021 và 2022, qua đó đánh giá tình hình đột quy tại Khoa Đột quy Bệnh viện C Đà Nẵng. Các biến số nghiên cứu được thể hiện trong Bảng 2.1.

### 2.2.2. Các biến nghiên cứu

Bảng 2.1. Các biến nghiên cứu

STT	Tên biến	Khái niệm
1	Tuổi	Tuổi của bệnh nhân
2	Giới tính	Giới tính nam/nữ
3	Bệnh mắc kèm	Bệnh đi kèm có thể chỉ ra một bệnh tồn tại đồng thời nhưng độc lập với một bệnh khác hoặc một tình trạng bệnh lý phát sinh có liên quan.
4	Phân loại bệnh	Phân loại bệnh đột quy theo Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quy não của Bộ Y tế năm 2020
5	Số ngày điều trị	Số ngày bệnh nhân nằm viện tại khoa điều trị

### 2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu: nghiên cứu toàn bộ hồ sơ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

### 2.4. Phương pháp chọn mẫu

Thông kê tất cả người bệnh đột quy đang điều trị tại Khoa Đột quy Bệnh viện C Đà Nẵng đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện theo

trình tự thời gian, bệnh nhân điều trị nội trú từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2022.

Trong quá trình nghiên cứu, mọi thông tin thu thập chỉ sử dụng cho mục đích khoa học và các thông tin liên quan cá nhân sẽ được giữ bí mật.

## 3. Kết quả phân tích và bàn luận đặc điểm của mẫu nghiên cứu

### 3.1. Nhóm tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi trong 2 năm 2021 và 2022

STT	Nhóm tuổi	Năm 2021		Năm 2022	
		Số BN (N=256)	Tỷ lệ (%)	Số BN (N=336)	Tỷ lệ (%)
1	20-40	2	1	5	1
2	40-60	34	13	45	13
3	60-101	220	86	316	94
4	Tuổi thấp nhất	38		20	
5	Tuổi cao nhất	101		97	
6	Tuổi trung bình	72,11		72,22	

Bảng 3.1 cho thấy nhóm tuổi giữa hai năm 2021-2022 chênh lệch là không đáng kể. Trong đó nhóm tuổi 60-101 có tỷ lệ bị cao nhất (85,94% và 85,13%). Kết quả nghiên cứu tương đồng với kết quả của một số tác giả khác lần lượt như là: Nguyễn Văn Thà, Trần Văn Tuấn với tỷ lệ đột quy gặp nhiều ở nhóm > 60 tuổi chiếm 75% và 83,0% [11], [17]; nghiên cứu tại Ấn Độ năm 2012 cho thấy 74,0% bệnh nhân đột quy ở nhóm tuổi 60-99 [21]; năm 2020 tại Mumbai, tuổi trung bình của bệnh nhân đột quy là 60,81

tuổi, dao động từ 34,0-79,0 tuổi với 52,1% ở độ tuổi trên 65 tuổi [27] (kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu có thể do số tuổi trung bình của bệnh nhân tại Bệnh viện C Đà Nẵng cao hơn 72,11% và 72,22%).

Theo WHO, đột quy não có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi. Tuổi càng cao nguy cơ đột quy não càng lớn, ít xảy ra trước tuổi 40 và thường xảy ra ở độ tuổi từ 65 trở lên; sau 55 tuổi thì cứ sau mỗi mười năm thì nguy cơ đột quy não tăng gấp đôi [17], [30]. Theo Hồ Hữu Lương đột quy não ở người

dưới 50 tuổi là 28,7%; người trên 50 tuổi là 72,1% [9]. Theo Nguyễn Văn Đăng đột quy não ở nhóm dưới 50 tuổi chiếm 9,5% tại cộng đồng nhưng lại chiếm tỷ lệ cao 36% ở trong bệnh viện [4]. Tuổi được cho là yếu tố nguy cơ quan trọng của bệnh đột quy, tỷ lệ đột quy tăng lên theo tuổi. Sự phối hợp nhiều yếu tố liên quan trên một bệnh nhân cao tuổi thường làm cho tỷ lệ mắc đột quy tăng lên, diễn biến của đột quy phức tạp và nặng hơn [5].

Năm 2021, nhóm tuổi từ 20-40 tuổi có 2 bệnh nhân, trong khi đó năm 2022 có sự tăng nhẹ lên 5 người, tuy nhiên tỷ lệ không thay đổi, cùng chiếm 1%, vì cùng chung với xu thế tăng lên của số lượng bệnh nhân đột quy. Theo Tổ chức Đột

quy Mỹ, khoảng 15% bệnh nhân bị đột quy có độ tuổi trong khoảng từ 18 tới 45, tăng hơn 40% trong vòng 10 năm qua [2]. Nghiên cứu của Merel S, Ekker và cộng sự (năm 2019) cũng cho kết quả tỷ lệ bệnh nhân đột quy từ 18-24 tuổi chiếm tỷ lệ nổi bật với 38,3% bệnh nhân đột quy do nhồi máu não và 34,0% xuất huyết não [29]. Hoàng Trọng Tuệ và cộng sự nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai cho kết quả nhóm tuổi 36-45 chiếm tỷ lệ cao nhất (70,3%) [18]. Nguyên nhân đột quy ngày càng trẻ hóa và gia tăng xuất phát từ việc lạm dụng rượu, bia và sử dụng các chất kích thích, đi kèm với lối sống lười vận động làm gia tăng tình trạng béo phì, cũng như các bệnh lý khác [18], [34].

### 3.2. Giới tính

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính trong 2 năm 2021 và 2022

STT	Giới tính	Năm 2021		Năm 2022	
		Số BN (N=256)	Tỷ lệ (%)	Số BN (N=336)	Tỷ lệ (%)
1	Nam	152	59,38	194	53,01
2	Nữ	104	40,63	172	46,99

Bảng 3.2 cho kết quả tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ trong hai năm lần lượt là 59,38%, 40,63% và 53,01%, 46,63%. Như vậy, tỷ lệ nam bị đột quy cao hơn nữ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của một số tác giả khác. Các nghiên cứu dịch tễ học ở khu vực Tây Âu đã chỉ ra rằng đột quy phổ biến ở nam giới hơn nữ giới, tỷ lệ mắc đột quy ở nam giới cao hơn khoảng 30% so với nữ giới [32]. Nghiên cứu của Cho K.H và cộng sự (2014) cho kết quả tỷ lệ nam giới (59,0%) và nữ giới (41,0%) [23]. Theo nghiên cứu của Hoàng Trọng Hanh tại Bệnh viện Trung ương Huế năm trong thời gian từ 4/2011 - 02/2014, nam giới chiếm tỷ lệ 57,1% và nữ giới chiếm 42,9% [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hiền và cộng sự cho kết quả tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 54% và 46% đối với bệnh nhân nữ [7]. Có thể lý giải do nam giới thường có nhiều yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, uống rượu bia và sử dụng các chất

kích thích nhiều hơn so với nữ giới nên tỷ lệ đột quy cũng cao hơn [31].

Năm 2022, tỷ lệ nam giảm, tỷ lệ nữ tăng. Đột quy có xu hướng nghiêm trọng hơn ở phụ nữ, với tỷ lệ tử vong trong 1 tháng là 24,7% so với 19,7% ở nam giới [32]. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ bệnh nhân nữ bị đột quy cao hơn nam là do tuổi thọ của nữ giới cao hơn nam [19], [28], bệnh mắc kèm nhiều hơn và sống một mình thường xuyên hơn nam [28], [31], [37]. Ngoài ra còn có những khác biệt quan trọng liên quan đến giới tính liên quan đến nguyên nhân đột quy ở phụ nữ thường bị rung tâm nhĩ và đột quy do tim mạch sau đó [31].

### 3.3. Bệnh mắc kèm

Bệnh mắc kèm được thống kê tại thời điểm nhập viện và kể cả bệnh mắc phải trong thời gian điều trị bệnh đột quy tại viện. Vì số lượng bệnh

mắc kèm rất đa dạng nên nghiêm cứu lựa chọn phân tích trọng tâm vào nhóm các bệnh tim mạch và nhóm chiếm tỷ lệ cao, đồng thời năm 2021-2022 diễn ra đại dịch COVID-19 đây là một

bệnh mới, cần ghi nhận thông tin để quan sát, tiến hành phân tích chuyên sâu trong tương lai nên hai mã bệnh U07.2 và U07.2 cũng được lựa chọn để đưa vào phân tích.

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân về đặc điểm bệnh mắc kèm

ST T	Bệnh lý phân loại theo ICD 10		Năm 2021		Năm 2022		
	Tên bệnh	Mã bệnh	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
1	Tăng huyết áp vô căn		I10	229	89,45	319	94,94
2	Tăng huyết áp động mạch phổi thứ phát		I27.2	0	0	1	0,29
2	Đái tháo đường	Bệnh đái tháo đường không phụ thuộc insulin type 2	E11	78	30,47	121	36,01
		Bệnh đái tháo đường phụ thuộc insulin type 1	E10	12	4,69	6	1,79
		Bệnh đái tháo đường phụ thuộc insulin (có biến chứng thận)	E10.2	0	0,00	1	0,30
		Bệnh đái tháo đường không phụ thuộc insulin (có hôn mê)	E11.0	1	0,39	0	0,00
		Bệnh đái tháo đường không phụ thuộc insulin (có nhiễm toan ceton).	E11.1	0	0,00	4	1,19
3	Suy tim		I50	50	19,53	35	10,42
4	Rung nhĩ	Rung nhĩ kịch phát	I48.0	1	0,39	2	0,60
Rung nhĩ mạn tính		I48.2	8	3,13	3	0,89	
Rung nhĩ và cuồng nhĩ		I48	23	8,98	13	3,87	
Rung nhĩ và cuồng nhĩ, không đặc hiệu		I48.9	1	0,39	0	0,00	
5	Bệnh van tim	Hẹp hở van hai lá	I05.2	1	0,34	1	0,30
		Bệnh van hai lá khác	I05.8	0	0,00	3	0,89
		Hẹp van hai lá	I05.0	0	0,00	1	0,05
6	Cơn thiếu máu	Cơn thiếu máu não thoáng qua không đặc hiệu	G45.9	5	1,95	1	0,30
		Cơn thiếu máu não thoáng qua khác và hội chứng liên quan	G45.8	1	0,39	0	0,00
		Cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua và hội chứng liên quan	G45	0	0,00	1	0,30
7	Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn		I25	55	21,48	125	37,20
8	Rối loạn	Rối loạn tích lũy lipid khác	E75.5	3	1,17	7	2,08
		Rối loạn tích lũy lipid, không đặc hiệu	E75.6	1	0,39	0	0,00

	lipid máu	Rối loạn chuyển hóa lipoprotein và tình trạng tăng lipid máu khác	E78	32	12,50	16	4,76
9	Nghẽn tắc và hẹp động mạch cảnh		I65.2	1	0,39	1	0,30
10	Liệt nửa người		G81	82	32,03	127	37,80
11	Rối loạn chức năng tiền đình		H81	36	14,06	77	22,92
12	COVID-19 chưa xác định virus		U07.2	155	60,55	256	76,19
13	COVID-19, xác định có virus		U07.1	0	0	8	2,38
14	Viêm phế quản cấp		J20	176	68,75	142	42,26
15	Bệnh trào ngược dạ dày thực quản		K21	164	64,06	82	24,4
16	Các bệnh khác			631		555	

Theo kết quả Bảng 3.3, trong cả hai năm 2020 và 2021, tăng huyết áp vô căn là bệnh mắc kèm chiếm tỷ lệ nhiều nhất (89,45% và 94,94%). Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Thà và Trần Thanh Phong (2022) tại Bệnh viện Tim mạch An Giang, tăng huyết áp là bệnh mắc kèm có tỷ lệ mắc cao nhất (99,5%) [11]. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu cũng cho thấy rằng tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của đột quy theo Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quy não của Bộ Y tế [1].

Các nghiên cứu cho thấy tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ độc lập, ổn định của đột quy não. Theo Raph L, khi huyết áp tâm thu > 165/95mmHg khả năng bị đột quy não tăng từ 2,5 - 4 lần [33]. Các nghiên cứu đều thống nhất điều trị tăng huyết áp là ưu tiên hàng đầu cho việc giảm tỷ lệ mắc đột quy não. Những thử nghiệm lâm sàng từ 1970 - 1980 với 48.000 bệnh nhân tham gia đã chứng minh: Kiểm soát huyết áp có thể ngăn ngừa đến 75% khả năng bị đột quy não [15], [20]. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất ở những bệnh nhân đột quy này. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hàng đầu ở bệnh nhân đột quy [35].

Xếp sau tăng huyết áp là nhóm bệnh đái tháo đường (35,55% và 39,29%). Đái tháo đường làm tỷ lệ mắc đột quy tăng từ 2-6,5 lần [8]. Nghiên cứu của Nguyễn Thành Công cho thấy đái tháo đường chiếm tỷ lệ 2,3% xếp sau tăng huyết áp [3].

Nghiên cứu của Ngô Thị Kim Trinh và cộng sự đối với 480 bệnh nhân có tình trạng xuất huyết não cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường chiếm 8,1% [14]. Nghiên cứu Ishikawa R trên người có độ tuổi từ 30 - 60 cũng cho thấy đái tháo đường type 2 làm tăng tỷ lệ mắc đột quy não 03 lần ở nam và 4 - 4,5 lần ở nữ [26]. Thomas Jeerakathil (2007) còn khẳng định đái tháo đường làm tăng tỷ lệ mắc đột quy não từ 2 - 6,5 lần, tăng tỷ lệ tử vong lên 2 lần, tác giả cũng nhấn mạnh việc kiểm soát bệnh đái tháo đường là biện pháp làm giảm nguy cơ mắc đột quy não [36].

Bên cạnh đó các bệnh tim mạch: suy tim, rung nhĩ cũng là những yếu tố nguy cơ của bệnh đột quy, chiếm tỷ lệ lần lượt là 19,53%; 12,89% (2021) và 10,42%; 5,36% (2022) [2]. Đột quy là biến chứng nghiêm trọng và nặng nề nhất của rung nhĩ [2]. Nghiên cứu của Oreoluwa Oladiran cũng chỉ ra rằng 20-30% ca tai biến mạch máu não có nguyên nhân do rung nhĩ gây ra, ngoài ra rung nhĩ cũng là một nguyên nhân làm tăng nguy cơ suy tim cho bệnh nhân [2]. Với hầu hết các vùng địa lý, các nghiên cứu đều đưa ra bằng chứng cho thấy bệnh lý tim mạch như hẹp hai lá và/ hoặc rung nhĩ do thấp tim, bệnh mạch vành có nhồi máu cơ tim là yếu tố nguy cơ chắc chắn của đột quy não (WHO - 1989) [37]. Các bệnh tim mạch khác có thể là nguy cơ gây tai biến mạch máu não thể nhồi máu não như bệnh cơ tim giãn, bệnh van tim, bệnh tim bẩm sinh, nhồi máu cơ tim. Đột quy não liên quan chặt chẽ với các bệnh tim có triệu chứng và không có triệu chứng [25].

Trào ngược dạ dày thực quản (GERD) chiếm tỷ lệ tương đối cao: 48,83% và 34,23%. Một nghiên cứu tại Đài Loan giai đoạn 2000-2006 đã chứng minh rằng đột quy nhồi máu não và xuất huyết não có liên quan đáng kể với việc mắc

GERD, tỷ lệ mắc GERD cao hơn gần 1,51 lần ở những người bị đột quy [22]. Bệnh mắc kèm trên đường tiêu hóa có thể xảy ra nhưng ít được chú ý hơn.

### 3.4. Phân loại bệnh

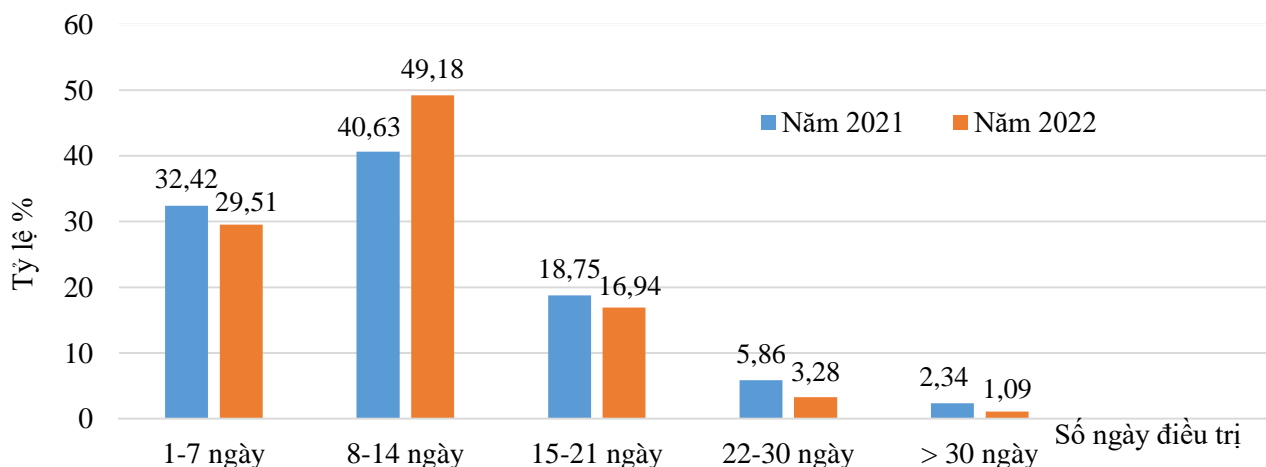
Bảng 3.4. Phân loại bệnh đột quy

STT	Bệnh lý	Năm 2021		Năm 2022	
		Số BN (N=256)	Tỷ lệ (%)	Số BN (N=336)	Tỷ lệ (%)
1	Nhồi máu não (I63)	229	89,45	307	91,37
2	Xuất huyết não (I60, I61 và I62)	27	10,55	29	8,63

Bảng 3.4 cho kết quả nhồi máu não chiếm tỷ lệ 89,45% (2021) và 91,37% (2022), xuất huyết não chiếm 10,55% và 8,63%. Nghiên cứu của Lê Thị Thu Trang (nhồi máu não 92,5%, xuất huyết não 7,5%), Vũ Thị Tâm (nhồi máu não 71,67%, xuất huyết não 28,33%) [10], [13]. Đột quy do nhồi máu não chiếm 87% tổng số ca đột quy ở Hoa Kỳ, theo Derek Barthels [24]. Một nghiên cứu được thực hiện trên 100 bệnh nhân năm 2009 cũng cho thấy nhồi máu não gặp ở 72% bệnh nhân trong khi xuất huyết não xảy ra ở 28% bệnh nhân [35]. Nhồi máu não thường liên quan đến vấn đề về tuần hoàn máu, như tắc mạch máu não hoặc huyết khối ở động mạch não, trong khi

đó, xuất huyết não thường xảy ra khi một động mạch nhỏ bị xơ vữa và chủ yếu do tăng huyết áp động mạch mạn tính. Vì vậy, các nguyên nhân gây ra xuất huyết não ít gặp hơn và không phổ biến như nguyên nhân gây ra nhồi máu não. Bên cạnh đó, trong tình huống bệnh nhân mắc phải nhồi máu não, có cơ hội chữa khỏi, đặc biệt khi chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời. Ngược lại, bệnh nhân mắc xuất huyết não thường đối diện với nguy cơ tử vong hoặc tàn phế cao hơn, vì quá trình can thiệp và điều trị cho xuất huyết não thường phức tạp và không hiệu quả như trong trường hợp nhồi máu não.

### 3.5. Số ngày điều trị



Hình 3.1. Số ngày điều trị

Trong hai năm 2021 và 2022, bệnh nhân đột quỵ điều trị chủ yếu từ 8-14 ngày chiếm tỷ lệ 40,63% và 49,18% (Hình 3.1). Tỷ lệ bệnh nhân điều trị trên 30 ngày chiếm 2,34% và 1,09%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn trên 133 bệnh nhân với 50,4% bệnh nhân nằm viện từ 7-14 ngày, bệnh nhân điều trị trên 28 ngày chiếm 5,3% [16]. Thời gian trung bình nằm viện trong nghiên cứu lần lượt là 11,85 và 11,98. Kết quả này tương thích với nghiên cứu trong nước của tác giả Nguyễn Anh Tuấn - với 12,8 ngày [16]. Thời gian điều trị nội trú trung bình của người bệnh tại Mumbai Ấn Độ là 10,7 ngày [27]. Một số yếu tố ảnh hưởng đến thời gian điều trị tai biến của bệnh nhân đột quỵ gồm có mức độ nặng nề và mức ảnh hưởng của tai biến đối với chức năng của bệnh nhân đóng vai trò trong việc xác định thời gian điều trị. Các trường hợp tai biến nặng có thể cần thời gian điều trị và phục hồi lâu hơn so với các trường hợp nhẹ, điều này dẫn đến các phương pháp điều trị có thể ảnh hưởng đến thời gian điều trị. Điều trị có thể bao gồm vật lý trị liệu, trị liệu nói và trị liệu nhận thức. Tần suất và thời lượng của các liệu pháp này, theo chỉ định của các chuyên gia y tế, có thể thay đổi dựa trên nhu cầu cá nhân và phản ứng với điều trị. Tốc độ và mức độ phục hồi cũng là những yếu tố quan trọng. Một số bệnh nhân có thể đạt được sự cải thiện chức năng đáng kể trong thời gian ngắn, trong khi những trường hợp khác có thể cần thời gian điều trị dài hơn.

Bên cạnh đó các bệnh lý kèm theo cũng có thể kéo dài thời gian điều trị. Ví dụ, nếu bệnh nhân phát triển viêm phổi hoặc gặp khó khăn về nuốt sau tai biến, việc điều trị và phục hồi có thể kéo dài. Cuối cùng các yếu tố đặc biệt của bệnh nhân như tuổi tác, tình trạng sức khỏe tổng quát, sự động viên và sự hỗ trợ của xã hội có thể ảnh hưởng đến thời gian điều trị. Bệnh nhân trẻ tuổi hoặc trong tình trạng sức khỏe tổng quát tốt có thể yêu cầu thời gian điều trị ngắn hơn, trong khi bệnh nhân cao tuổi hoặc đang có các bệnh kèm theo đáng kể có thể cần thời gian phục hồi lâu hơn.

## 4. Kết luận và đề xuất

### 4.1. Kết luận

- Nhóm tuổi 60-101 chiếm tỷ lệ cao nhất trong năm 2021, 2022 lần lượt là 85,94%, 85,13%. Số lượng bệnh nhân năm 2022 cao gấp 1,4 lần so với năm 2021. Tuổi thấp nhất ghi nhận ở bệnh nhân là 20, bệnh nhân cao tuổi nhất là 101, tuổi trung bình là 72,11 và 72,22.

- Tỷ lệ bệnh nhân nam bị đột quỵ lần lượt là 59,38%, 53,01% cao hơn tỷ lệ bệnh nhân nữ (40,63% và 46,99%).

- Về bệnh lý mắc kèm, bệnh tăng huyết áp là bệnh lý đứng đầu trong hai năm (89,45% và 94,94%).

- Bệnh lý nhồi máu não chiếm phần lớn tỷ lệ (89,45% và 91,37%), năm 2022 có số bệnh nhân tăng nhẹ. Xuất huyết não chiếm tỷ lệ nhỏ (10,55% và 8,63%).

- Bệnh nhân điều trị từ 8-14 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,63% năm 2021, tỷ lệ này tăng nhẹ lên 49,18% vào năm 2022. Số ngày điều trị trung bình lần lượt là 11,85 ngày và 11,98 ngày.

### 4.2. Đề xuất

Tiếp tục nghiên cứu chuyên sâu hơn nữa bằng cách tiến hành áp dụng các phương pháp tìm mối quan hệ giữa bệnh mắc kèm và giới tính, phân loại bệnh, số ngày nằm viện, và sử dụng các phương pháp tính toán hồi quy để tìm kiếm mối quan hệ giữa các biến số với ý nghĩa thống kê.

### Tài liệu tham khảo

- [1] Bộ Y tế. (2020). Số: 5331/QĐ-BYT quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não”.
- [2] Nguyễn Văn Chi. (2016). Cập nhật chẩn đoán và xử trí đột quỵ não cấp. Tạp chí Hội nghị tim mạch toàn quốc 2016.
- [3] Cục quản lý Dược. (2017). Công văn số 3794/BHXH-DVT thống nhất tỷ lệ sử dụng biệt dược gốc tại các tuyến điều trị theo chỉ đạo của Chính phủ.
- [4] Nguyễn Tiến Đoàn, Nguyễn Huy Ngọc, Nguyễn Văn. (2018). Nghiên cứu một số yếu tố liên quan với hậu quả của đột quỵ thiếu máu cục bộ não cấp ở người cao tuổi. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 38.



- [5] Đào Hữu Đường. (2003). Tìm hiểu tình hình bệnh nhân tai biến mạch máu não tại Viện Lão khoa Bệnh viện Bạch Mai trong 5 năm từ 1998 đến 2002. Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [6] Nguyễn Thị Thu Hiền, Trần Thị Hồng Xiêm. (2019). Nhận xét đặc điểm lâm sàng và mức độ hoạt động độc lập trong sinh hoạt hằng ngày theo thang điểm Barthel của người bệnh tai biến mạch máu não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.
- [7] Lê Đức Hình. (1998). Tình hình tai biến mạch máu não hiện nay tại các nước Châu Á. Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch Mai.
- [8] Doãn Thị Huyền, Nguyễn Văn Tuấn, Hoàng Văn Minh. (2021). Chi phí trực tiếp dành cho điều trị nội trú của người bệnh đột quỵ nhồi máu não tại Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai, năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam, tr 333-336.
- [9] Nguyễn Đức Phúc, Võ Văn Thắng, Nguyễn Thị Hoài Thu. (2022). Tỷ lệ nhập viện muộn và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhồi máu não cấp tại Bệnh viện Đà Nẵng.
- [10] Nguyễn Văn Thà, Trần Thanh Phong. (2022). Khảo sát đặc điểm lâm sàng và vấn đề chăm sóc của điều dưỡng ở bệnh nhân tai biến mạch máu não tại Bệnh viện Tim mạch An Giang năm 2022. Bệnh viện Tim mạch An Giang, 356.
- [11] Nguyễn Văn Thông. (2008). Đột quỵ não cấp cứu, điều trị, dự phòng. Nxb Y học, Hà Nội.
- [12] Thủ tướng chính phủ. (2013). Quyết định số 122/QĐ - TTg của Thủ tướng Chính phủ: Phê duyệt Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011 - 2020, tầm nhìn đến năm 2030.
- [13] Nguyễn Văn Triệu. (2005). Nghiên cứu thực trạng những người sau tai biến mạch máu não và các yếu tố liên quan đến phục hồi chức năng, tái hội nhập cộng đồng. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [14] Lê Văn Tuấn. (2018). Hướng dẫn điều trị sớm nhồi máu não cấp. AHA/ASA 2018.
- [15] Nguyễn Anh Tuấn, Lâm Văn Tà. (2023). Nhận xét kết quả điều trị bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp hệ thống tuần hoàn sau tại khoa cấp cứu. Tạp chí Y học Việt Nam số 1A tập 526, 188.
- [16] Trần Văn Tuấn. (2003). Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học tai biến mạch máu não tại Thái Nguyên.
- [17] Hoàng Trọng Tuệ, Mai Duy Tôn, Nguyễn Anh Tuấn, Đào. (2021). Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết quả điều trị nhồi máu não cấp ở người trẻ tuổi tại Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam, tháng 10 Tập 507, số 2, tr 330.
- [18] Chu Văn Vinh, Nguyễn Anh Tuấn. (2022). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thực tế áp dụng tiêu chuẩn chất lượng về xử trí đột quỵ não ở Việt Nam trên bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não tại Bệnh viện Việt Đức.
- [19] Baldini T, Asioli GM, Romoli M, et al. (2021). Cerebral venous thrombosis and severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 infection: A systematic review and meta-analysis. Eur J Neurol, 28(10):3478-3490. Doi:10.1111/e.ne.14727
- [20] Celin A.T, Seuma J, Ramesh A. (2012). Assessment of Drug Related Problems in Stroke Patients Admitted to a South Indian Tertiary Care Teaching Hospital.
- [21] Chen-Shu Chang, Hsuan-Ju Chen. (2018). Patients with Cerebral Stroke Have an Increased Risk of Gastroesophageal Reflux Disease: A Population-Based Cohort Study. J Stroke Cerebrovasc Dis, 27(5):1267-1274. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.12.001
- [22] Cho K.H, Lee J.Y, Lee K.J, Kang EK. (2014). Factors Related to Gait Function in Post-stroke Patients. J Phys Ther Sci, 26(12):1941-4.
- [23] Derek Barthels, Hiranmoy Das. (2020). Current advances in ischemic stroke research and therapies. Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis, 1866(4):165260. doi:10.1016/j.bbadis.2018.09.012
- [24] European Stroke Organisation. (2022). European Stroke Organisation (ESO) guideline on pharmacological interventions for long-term secondary prevention after ischaemic stroke or transient ischaemic attack. Truy lục ngày 3 1, 2023
- [25] Ishikawa R. (1996). Factors related to ADL of stroke patients three months after discharge. Nippon-Koshu-eise-Zasshis, 354-363.
- [26] Jun Yup Kim, Kyusik Kang, et al. (2018). Executive Summary of Stroke Statistics in Korea 2018: A Report from the Epidemiology Research Council of the Korean Stroke Society. Journal of Stroke 2.
- [27] M. Lee, J. L. Saver, Y. L. Wu, et al. (2017). Utilization of Statins Beyond the Initial Period After Stroke and 1-Year Risk of Recurrent Stroke. J Am Heart Assoc.
- [28] Merel S. Ekker, Jamie I. Verhoeven, et al. (2019). Stroke incidence in young adults according to age, subtype, sex, and time trends. Neurology.
- [29] Michael Szarek, Pierre Amarenco, et al. (2020). Atorvastatin Reduces First and Subsequent Vascular Events Across Vascular Territories: The SPARCL Trial". J Am Coll Cardiol, 75(17):2110-2118. doi: 10.1016/j.jacc.2020.03.015
- [30] Morgenstern LB, Hemphill JC 3rd, et al. (2010). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 41(9):2108-29.

- [31] P.Laloux. (2013). Risk and benefit of statins in stroke secondary prevention. *Curr Vasc Pharmacol*, 11(6), pp. 812-6.
- [32] Pierre Amaréncó. (2007). Atorvastatin in prevention of stroke and transient ischaemic attack. *Expert Opin Pharmacother*, 8(16):2789-97. doi:10.1517/14656566.8.16.2789
- [33] Ridker PM, Cook NR, Lee IM, Gordon D, et al. (2005). A randomized trial of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in women. *N Engl J Med*, 352(13):1293-304."
- [34] Ruo-Li Chen, Joyce S. Balami, et al. (2010). Ischemic stroke in the elderly: an overview of evidenSt. *Nature Reviews Neurology*, p.256-265.
- [35] Svensson E, Nielsen RB, Hasvold P, et al. (2015). Statin prescription patterns, adherence, and attainment of cholesterol treatment goals in routine clinical care: a danish population-based study. *Clin Epidemiol* 2015, 7:213-23. doi:10.2147/CLEP.S7814
- [36] Towfighi A, Saver JL. (2011). Stroke declines from third to fourth leading cause of death in the United States: historical perspective and challenges ahead. *Stroke*, 42(8):2351-5.
- [37] Vivek Nambiar; Manu Raj; Damodaran Vasudevan; Renj. (2022). One-year mortality after acute stroke: a prospective cohort study from a comprehensive stroke care centre, Kerala, India. Được truy lục từ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9710353>.