DOI: https://doi.org/10.59294/HIUJS2025067

Đặc điểm lâm sàng, kết quả chăm sóc người bệnh đột quỵ nhồi máu não tại Bệnh viện Thống Nhất năm 2024

Trần Thu Nguyệt*, Nguyễn Thị Tường Vi, Tạ Thị Hòa, Đoàn Thị Hoa Thủy

Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kết quả chăm sóc điều trị đột quỵ nhồi máu não chịu tác động của nhiều yếu tố, trong đó có vai trò của điều dưỡng. Mục tiêu nghiên cứu: Xác định đặc điểm lâm sàng, kết quả chăm sóc và một số yếu tố liên quan trên người bệnh nhồi máu não tại Bệnh viện Thống Nhất năm 2024. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 155 người bệnh đột quỵ nhồi máu não tại Khoa Nội Thần kinh từ 9/2024 đến 5/2025. Kết quả: Yếu tố nguy cơ chính là tăng huyết áp chiếm 86.5%, rối loạn lipid máu là 41.3% và đái tháo đường là 39.4%. Triệu chứng phổ biến: Yếu liệt nửa người chiếm 71%, nói khó là 40% và rối loạn ngôn ngữ là 9%. Có 83.2% người bệnh có kết quả chăm sóc điều trị tốt, cải thiện điểm NIHSS khi xuất viện (NIHSS < 5 đạt 77.4%, NIHSS > 9 là 5.8%). Tỉ lệ biến chứng: Viêm phổi là 7.1%, nhiễm trùng tiểu là 3.2%, huyết khối tĩnh mạch và loét tì đè là 0.6%. Các yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc là đái tháo đường type 2, nhồi máu não cũ, rối loạn ngôn ngữ và điểm NIHSS ngày 3. Kết luận: Đa số người bệnh đạt kết quả chăm sóc tốt. Điều dưỡng nên ưu tiên theo dõi chặt chẽ và can thiệp sớm ở những bệnh nhân đái tháo đường type 2, tiền sử đột quỵ, rối loạn ngôn ngữ và điểm NIHSS ngày 3 cao để giảm thiểu biến chứng và tối ưu hóa kết quả chăm sóc.

Từ khoá: *đột quỵ thiếu máu não, chăm sóc điều dưỡng, người bệnh đột quỵ, biến chứng*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ hai nhưng là nguyên nhân tàn phế hàng đầu trên thế giới cũng như tại Việt Nam [1]. Tỉ lệ người bệnh bị đột quỵ não mỗi năm vào khoảng 90/100,000 dân, trong đó có tới 80% người bệnh đột quỵ thiếu máu não. Đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp tính được đặc trưng bởi sự mất lưu thông máu đột ngột đến một khu vực của não do tắc nghẽn mạch bởi huyết khối hoặc cục máu đông ở động mạch não dẫn đến mất chức năng thần kinh tương ứng [2].

Chẩn đoán và điều trị đột quỵ càng sớm thì tiên lượng của bệnh nhân càng tốt. Việc điều trị bệnh nhồi máu não là cuộc chạy đua với thời gian nhằm tái thông mạch máu não đã bị tắc nghẽn, từ đó khôi phục hoặc hạn chế sự lan rộng vùng não bị tổn thương tránh biến chứng tàn phế và tử vong. Đối với người bệnh bị đột quỵ thời gian vàng cho điều trị tiêu sợi huyết là từ 3 - 6 giờ, đã được chứng minh cải thiện tỉ lệ sống và giảm nguy cơ tàn phế [2, 3]. Điều dưỡng cần theo dõi sát dấu sinh hiệu, dấu hiệu thần kinh theo quy định:

- Theo dõi phản ứng phụ của thuốc, dấu hiệu chảy máu, đáp ứng nhu cầu cơ bản của người bệnh, cung cấp dinh dưỡng đủ. Thực hiện các hoạt động cơ bản hàng ngày, tắm, vệ sinh răng miệng.
- Nếu người bệnh không tự chủ đại tiểu tiện, điều dưỡng cần chăm sóc đường tiểu, phòng ngừa táo bón, kiểm soát nhiễm khuẩn [2 - 4].

Vai trò điều dưỡng rất quan trọng trong việc theo dõi liên tục để phát hiện và chăm sóc phòng ngừa biến chứng. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với 3 mục tiêu: (1) Xác định đặc điểm lâm sàng trên người bệnh đột quỵ nhồi máu não tại Bệnh viện Thống Nhất năm 2024; (2) Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh đột quỵ nhồi máu não; (3) Xác định một số yếu tố liên quan giữa đặc điểm lâm sàng đến kết quả chăm sóc người bệnh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trong khảo sát có 155 người bệnh đột quỵ nhồi máu não được điều trị tại Khoa Nội Thần kinh Bệnh viện Thống Nhất từ 9/2024 đến 5/2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người bệnh ≥ 18 tuổi được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não cấp, nhập viện theo hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não của Bộ Y tế năm 2020. Người bệnh, người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có kết hợp các bệnh lý như xuất huyết não, u não, viêm não, áp xe

Tác giả liên hệ: Trần Thu Nguyệt
Email: nguyettt@hiu.vn

não, chấn thương sọ não, người bệnh nhồi máu não trong tình trạng suy hô hấp, suy tuần hoàn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.3.1. Cỡ mẫu

Với công thức tính cỡ mẫu ước tính một tỉ lệ:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2}\frac{p \times (1-p)}{d^2}$$

Trong đó: $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$; d = 0.07; p = 0.75 tỉ lệ người bệnh có kết quả chăm sóc tốt (theo nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Thúy năm 2021).

2.3.2. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả người bệnh đột quỵ nhồi máu não nhập viện điều trị thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và được người bệnh, người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3.3. Nội dung nghiên cứu

Khảo sát đặc điểm chung của người bệnh gồm tuổi, giới tính, BMI và đặc điểm lâm sàng gồm: Tiền sử bệnh, thời gian khởi phát - nhập viện, phương pháp điều trị, triệu chứng lâm sàng khi nhập viện, kết quả điều trị chăm sóc.

Các thang điểm đánh giá đột quỵ được theo dõi khi nhập viện, mỗi 3 ngày và khi xuất viện gồm: Điểm NIHSS, đánh giá mức độ suy giảm chức năng thần kinh, điểm từ 0 (không có triệu chứng) đến 42 điểm (nặng nhất).

Điểm Glasgow: Đánh giá tình trạng ý thức, gồm 3 yếu tố, đáp ứng bằng mắt, lời nói, vận động. Tổng điểm 15 điểm, từ 3 điểm (hôn mê rất sâu) đến 15 điểm (bình thường).

Điểm mRANKIN đánh giá tình trạng tàn phế trong và sau đột quỵ gồm 7 mức độ từ 0 - 6, từ 0 (không triệu chứng), đến mức 5 (tàn phế trầm trọng) và mức 6 (tử vong).

Điểm Guss, phát hiện rối loạn nuốt và nguy cơ hít sặc ở người bệnh đột quỵ não, từ 0 - 20 điểm, điểm càng thấp thì mức độ khó nuốt nặng, nguy cơ hít sặc cao.

Áp dụng quy trình điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh đột quỵ nhồi máu não theo các bước:

Khoa Cấp cứu: Nhận định người bệnh có triệu chứng đột quỵ cấp, quy trình "Code Stroke"- Mã Đột quỵ được kích hoạt cho "Nhóm đột quỵ". Bác sĩ chuyên sâu đột quỵ có mặt trong 5 phút.

Bác sĩ: Đánh giá người bệnh từng bước theo qui tắc A,B,C. Nếu có tình trạng nguy cấp, điều dưỡng hỗ trợ thực hiện các can thiệp cấp cứu, hỗ trợ tuần hoàn và hô hấp, thực hiện chỉ định cận lâm sàng, chụp cắt lớp hay chụp MRI.

Nếu có chỉ định điều trị thuốc tiêu sợi huyết, bác sĩ báo điều dưỡng chuyên sâu về đột quỵ của Khoa Nội Thần kinh nhanh chóng có mặt trong 5 phút, với dụng cụ "Stroke KIT"- Túi đột quỵ, tiến hành tiêm thuốc cho người bệnh theo chỉ định. Điều dưỡng theo dõi sát huyết áp mỗi 15 phút trong 2 giờ, sau đó mỗi 30 phút trong 6 giờ tiếp, mỗi giờ một lần trong 16 giờ tiếp theo, báo bác sĩ ngay khi HA > 175/100 mmHg, theo dõi dấu hiệu thần kinh mỗi giờ trong 24 giờ đầu, theo dõi dấu hiệu chảy máu.

Trong giai đoạn tiếp theo: Theo dõi dấu sinh hiệu thường quy, đánh giá thang điểm té ngã (John Hopkin), loét tì đè (Braden), thực hiện chăm sóc phòng ngừa loét, té ngã. Đánh giá sàng lọc nuốt, đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh. Thực hiện y lệnh điều trị, tư vấn, phục hồi chức năng.

Đánh giá kết quả lâm sàng, người bệnh không bị các biến chứng nhiễm trùng đường hô hấp, nhiễm trùng niệu, loét tì đè.

Kết quả chăm sóc điều trị là tốt khi người bệnh thỏa các yếu tố sau: Có tình trạng hồi phục mức độ suy giảm thần kinh (điểm NIHSS giảm > 4) vào thời điểm xuất viện, người bệnh không có các biến chứng liên quan đến chăm sóc và kết quả điều trị là xuất viện. Kết quả là chưa tốt khi người bệnh không đạt các yếu tố trên.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi khảo sát 155 người bệnh đột quỵ não điều trị ở Khoa Nội Thần kinh của Bệnh viện Thống Nhất với kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Giới tính, nhóm tuổi, BMI của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Tần số (n = 155)	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	79	51
	Nữ	76	49
Tuổi	(Trung bình ± độ lệnh chuẩn)	66.54 (± 13.54)	(30 - 96)
Nhóm BMI	Nhẹ cân	13	8.4
	Trung bình	80	51.6

Đặc điểm chung		Tần số (n = 155)	Tỉ lệ (%)
Nhóm BMI	Nguy cơ thừa cân	36	23.2
	Béo phì độ 1	26	16.8

Bảng 1 cho biết người bệnh nam chiếm 51%, tuổi trung bình là 66.54 ± 13.54, nhỏ tuổi nhất là 30, lớn tuổi nhất là 96. BMI trung bình chiếm tỉ lệ cao 51.6%, thừa cân và béo phì độ 1 là 40%, nhẹ cân chỉ chiếm 8.4%.

Bảng 2. Tiền sử của đối tượng tham gia nghiên cứu

Tiền sử	Tần số (n = 155)	Tỉ lệ (%)
Tăng huyết áp	134	86.5
Rối loạn lipid máu	64	41.3
Bệnh lý tim mạch	19	12.3
Đái tháo đường type 2	61	39.4
Nhồi máu não cũ	26	16.8
Tụ máu dưới màng cứng	1	0.6
Khác	21	13.5
Hút thuốc lá	8	5.2
Uống rượu	3	1.9

Bảng 2 cho kết quả tiền sử bệnh tăng huyết áp tỉ lệ cao là 86.5%, rối loạn lipid máu và đái tháo đường type 2 lần lượt là 41.3% và 39.4%. Có 16.8% người bệnh có tiền căn nhồi máu não cũ. Thói quen hút thuốc lá và uống rượu có tỉ lệ thấp là 5.2 và 1.9%.

3.2. Triệu chứng lâm sàng của đối tượng tham gia nghiên cứu

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng khi vào viện

Triệu chứng lâm sàng	Tần số (n = 155)	Tỉ lệ (%)
Đau đầu	15	9.7
Chóng mặt	10	6.5
Nói khó	62	40
Buồn nôn - nôn	4	2.6
Yếu, liệt nửa người	110	71
Liệt dây thần kinh VII	8	5.2
Rối loạn nuốt	11	7.1
Rối loạn ngôn ngữ	14	9.0
Lơ mơ	10	6.5
Tê, yếu nhẹ tay chân	6	3.8

Bảng 3 cho biết tỉ lệ cao là triệu chứng yếu, liệt nửa người là 71% kế đến là nói khó là 40% và rối loạn ngôn ngữ là 9%. Tỉ lệ thấp buồn nôn và nôn là 2.6% và lơ mơ là 6.5%.

3.3. Đánh giá mức độ nặng của đột quỵ theo các thang điểm

Bảng 4. Điểm mRankin, điểm NIHSS của đối tượng nghiên cứu

Thang điểm	Nhập viện (n = 155(%))	Ngày 3 (n = 155 (%))	Xuất viện (n = 155 (%))
Điểm mRankin			
Điểm 0: Không triệu chứng	66 (42.6)	52 (33.5)	51 (32.9)
Điểm 1: Tàn phế tối thiểu	24 (15.5)	31 (20.0)	35 (22.6)
Điểm 2: Tàn phế nhẹ	14 (9.0)	28 (18.1)	21 (13.5)
Điểm 3: Tàn phế vừa	8 (5.2)	11 (7.1)	12 (7.7)
Điểm 4: Tàn phế nặng	28 (18.1)	25 (16.1)	27 (17.4)
Điểm 5: Tàn phế trầm trọng	15 (9.7)	8 (5.2)	9 (5.8)
Điểm NIHSS			
< 5 điểm: Mức độ nhẹ	102 (65.8)	116 (74.8)	120 (77.4)
5 - 9 điểm: Mức độ trung bình	25 (16.1)	27 (17.4)	26 (16.8)
> 9 điểm: Mức độ nặng	28 (18.1)	12 (7.7)	9 (5.8)

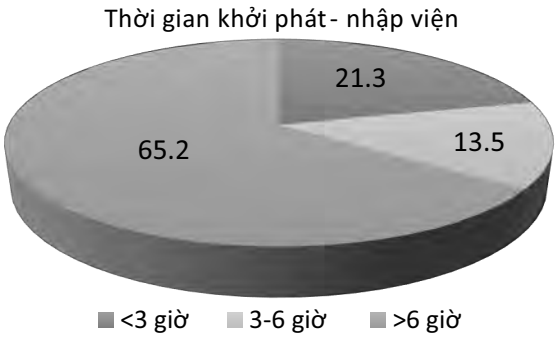
Bảng 4 cho thấy điểm mRankin của người bệnh điều trị khi xuất viện tình trạng tàn phế nặng và trầm trọng đều giảm, tăng tỉ lệ tàn phế tối thiểu, nhẹ, vừa. Đối với thang điểm NIHSS, khi xuất viện có xu hướng cải thiện, người bệnh suy giảm thần kinh mức độ nhẹ tăng 77.4%, suy giảm thần kinh mức độ nặng giảm nhiều từ 18.7% xuống còn 5.8%.

Bảng 5. Điểm Braden, điểm Guss của đối tượng nghiên cứu

Thang điểm	Nhập viện (n = 155(%))	Ngày 3 (n = 155 (%))	Xuất viện (n = 155 (%))
Điểm Braden			
≥ 17: Không nguy cơ	92 (59.4)	111 (71.6)	109 (70.3)
15 - 16: Nguy cơ thấp	19 (12.3)	19 (12.3)	21 (13.5)
13 - 14: Nguy cơ trung bình	20 (12.9)	8 (5.2)	7 (4.5)
10 - 12: Nguy cơ cao	7 (4.5)	16 (10.3)	8 (5.2)
6 - 9: Nguy cơ rất cao	17 (11)	1 (0.6)	10 (6.5)
Điểm Guss			
20: Không nguy cơ	86 (55.5)	111 (71.6)	116 (74.8)
15 - 19 : Nguy cơ hít sặc thấp	37 (23.9)	19 (12.3)	17 (11.6)
10 - 14: Nguy cơ hít sặc trung bình	12 (7.7)	8 (5.2)	6 (3.9)
0 - 9: Nguy cơ hít sặc cao	20 (12.9)	17 (11)	16 (10.3)

Khi xuất viện người bệnh không có nguy cơ loét tì đè và không nguy cơ hít sặc đều tăng tỉ lệ đáng kể là 70.3% và 74.8% ở Bảng 5 . Nguy cơ loét rất cao vào ngày 3 đã giảm còn 0.6% nhưng khi xuất viện đã tăng đáng kể lên 6.5%. Điều này có thể do tình trạng người bệnh có thời gian nằm viện kéo dài, bị suy mòn, kèm tình trạng yếu liệt, hạn chế vận động nên làm tăng cao nguy cơ loét tì đè.

3.4. Thời gian khởi phát - nhập viện và phương pháp điều trị



Hình 1. Thời gian từ lúc khởi phát đột quỵ đến khi nhập viện

Hình 1 cho thấy đa số người bệnh nhập viện trên 6 giờ là 65.2%, chỉ có 21.3% người bệnh nhập viện trong khảng thời gian vàng (< 3 giờ), 34.8% là nhập viện trong khoảng 6 giờ.

Hình 2. Phương pháp điều trị

Hình 2 cho thấy có 9% người bệnh được điều trị bằng tiêu sợi huyết và 91% là điều trị nội khoa.

3.5. Kết quả điều trị của đối tượng nghiên cứu

Bảng 6. Kết quả điều trị của đối tượng tham gia nghiên cứu

Kết quả điều trị	Tần số (n = 155)	Tỉ lệ (%)
Ngày điều trị (Trung bình ± độ lệnh chuẩn)	10.34 (± 5.44)	(4 - 36)
< 7 ngày	30	19.4
7 - 14 ngày	100	64.5
15 - 21 ngày	15	9.7
> 22 ngày	10	6.5
Kết cục điều trị		
Chuyển khoa	1	0.6
Xuất viện	153	98.7
Nặng xin về	1	0.6
Biến chứng		
Viêm phổi	11	7.1
Nhiễm trùng tiểu	5	3.2
Huyết khối tĩnh mạch sâu	1	0.6
Loét tì đè	1	0.6

Bảng 6 cho thấy ngày điều trị trung bình là khoảng 10.34 ± 5.44 trong đó nhóm có số ngày điều trị 7 - 14 ngày chiếm tỉ lệ cao là 64.5%, chỉ có 6.5% đối tượng có ngày điều trị trên 22 ngày. Số người bệnh xuất viện sao khi điều trị chiếm 98.7%. Bệnh nhân chuyển khoa và nặng xin về có cùng tỉ lệ là 0.6%. Biến chứng liên quan đến chăm sóc tỉ lệ cao là viêm phổi chiếm 7.1%, kế đến là nhiễm trùng tiểu chiếm 3.2%.

Bảng 7. Kết quả chăm sóc điều trị của đối tượng nghiên cứu

Nội dung	Tần số (n = 155)	Tỉ lệ (%)
Kết quả chăm sóc điều trị đạt tốt	129	83.2
Kết quả chăm sóc điều trị đạt chưa tốt	26	16.8

Bảng 7 cho thấy 83.2% người bệnh có kết quả chăm sóc tốt. Người bệnh này thỏa các tiêu chí cải thiện mức độ suy giảm thần kinh (NIHSS > 4), không có biến chứng và kết quả điều trị là xuất viện.

3.6. Các yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc điều trị

Bảng 8. Một số yếu tố liên quan giữa đặc điểm lâm sàng với kết quả chăm sóc điều trị

Nội dung	B	p	OR	95%CI
Đái tháo đường type 2	0.969	**0.039**	2.636	1.04 - 6.62
Nhồi máu não cũ	1.501	**0.004**	4.485	1.61 - 12.44
Rối loạn ngôn ngữ	3.190	**0.000**	24.278	5.07 - 116
Điểm NIHSS ngày 3				
Điểm NIHSS từ 5 - 9	2.277	**0.004**	9.744	2.087 - 45.48
Điểm NIHSS >9	3.078	**0.007**	21.71	1.32 - 202.7

Phân tích hồi quy logistic trong nghiên cứu cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$) giữa kết quả chăm sóc điều trị với một số đặc điểm lâm bao gồm: Tiền sử đái tháo đường, nhồi máu não cũ, rối loạn ngôn ngữ và điểm NIHSS vào ngày 3 (Bảng 8).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu người bệnh là nam giới, chiếm 51%. Độ tuổi trung bình là 66.54 ± 13.54 tuổi. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Hà Quang Bình vói tỷ lệ nam chiếm 50.96%, tuổi trung bình là 66.50 ± 11.97 (33 - 94) [5]. Theo nghien cứu của tác giả Đỗ thị Hải Vân, tỷ lệ nam là 61.2%, tuổi trung bình là 63 ± 13.37 (21 - 95). Những dữ liệu này cho thấy tuổi và giới tính là yếu tố nguy cơ ít thay đổi trong đột quỵ, đồng thời phản ánh xu hướng đặc điểm chung của nhóm bệnh lý này tại Việt Nam. Người bệnh có BMI trung bình là 51.6%, thừa cân và béo phì chiếm 40%, kết quả này tương đương nghiên cứu của Đỗ Thị Thúy, người bệnh có BMI trung bình là 55%, thừa cân, béo phì 43.5% [7]. Thừa cân, béo phì là một trong các yếu tố nguy cơ có thể can thiệp và phòng ngừa được. Tình trạng thừa cân, béo phì gây biến chứng là các mảng xơ vữa trong lòng mạch làm tắc nghẽn mạch máu và dẫn đến đột quỵ, do đó cần gia tăng nhận thức cộng đồng về tầm soát dinh dưỡng, kiểm soát các yếu tố nguy cơ chuyển hóa.

Trong nghiên cứu này, các yếu tố nguy cơ thường gặp ở người bệnh đột quỵ nhồi máu não bao gồm: Tiền sử tăng huyết áp là 86.5%, rối loạn lipid máu là 41.3%, đái tháo đường là 39.4% và nhồi máu não cũ là 16.8% Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hà Quang Bình với tỉ lệ tăng huyết áp là 98.7%, rối loạn lipid máu là 47.2%, đái tháo đường là 21.1%

và nhồi máu não cũ là 18.2% [5]. Tỉ lệ người bệnh tăng huyết áp thấp hơn khoảng 12% so với nghiên cứu của Hà Quang Bình. Điều này phản ánh xu hướng cải thiện trong phát hiện sớm và kiểm soát bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng. Đáng chú ý, tỉ lệ người bệnh đái tháo đường trong nghiên cứu đạt 39.4%, tăng khoảng 18% so với nghiên cứu [5 và cho thấy xu hướng ngày càng tăng tỉ lệ người bệnh đái tháo đường type 2 tại Việt Nam. Các nghiên cứu trước đây đã chứng minh đái tháo đường là yếu tố nguy cơ gây đột quỵ não do cơ chế gây tổn thương mạch máu, đẩy nhanh quá trình xơ vữa động mạch, tăng tích tụ các mảng xơ vữa trong lòng mạch và gây tắc nghẽn. Tỉ lệ người bệnh có tiền sử nhồi máu não cũ trong nghiên cứu (16.8%) gần tương đương với nghiên cứu tương tự [5] (18.2%) cho thấy nhóm người bệnh có tiền sử đột quỵ chiếm tỉ lệ đáng kể trong tổng số các ca đột quỵ mới. Đây là nhóm đối tượng có nguy cơ tái phát cao nếu người bệnh không tuân thủ điều trị và kiểm soát các yếu tố nguy cơ. Do vậy, việc tăng cường giáo dục sức khỏe về các yếu tố nguy cơ, các biện pháp kiểm soát tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường và tuân thủ điều trị phòng ngừa tái phát đột quỵ.

4.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu là rất cần thiết cho thấy các triệu chứng khởi phát thường gặp nhất là yếu hoặc liệt nửa người (71%), nói khó (40%), rối loạn ngôn ngữ (9%). Tỉ lệ này tương đồng với các nghiên cứu trước đó, cụ thể như nghiên cứu của Đỗ Thị Hải Vân [6] với liệt nửa người là 76%, nói khó là 40%, Hà Quang Bình liệt nửa người là 90.9%, rối loạn ngôn ngữ là 74.8% [5]. Những số liệu này cho thấy triệu chứng liệt nửa người hoặc yếu một phần cơ thể là biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất ở bệnh nhân đột quỵ. Dấu hiệu dễ nhận thấy là mặt bệnh nhân bị méo, có cảm giác tê, cứng nửa bên mặt hoặc 1/4 mặt dưới. Rối loạn ngôn ngữ cũng là triệu chứng thường gặp, phát sinh khi vùng ngôn ngữ của não bị tổn thương do dòng máu bị gián đoạn. Tùy vào vùng và mức độ tổn thương, người bệnh có thể mất khả năng nói, hiểu, đọc hoặc viết ở các mức độ khác nhau. Theo thống kê, ít nhất 25% người bệnh đột quỵ gặp phải rối loạn ngôn ngữ, bao gồm cả diễn đạt và tiếp nhận ngôn ngữ [2]. Tỉ lệ người bệnh nhập viện trước 6 giờ là 34.8% và tương tự với nghiên cứu của tác giả Phạm Hữu Hiển với 37.9 % nhập viện trước 6 giờ [8], nhưng thấp hơn so với 46.4% của tác giả Đỗ Thị Hải Vân [6]. Tỉ lệ nhập viện trước 6 giờ thấp làm giảm số người bệnh có chỉ định điều trị tiêu sợi huyết. Trong nghiên cứu có 9% người bệnh được điều trị với tiêu sợi huyết, thấp hơn so với 15% của tác giả Hà Quang Bình [5]. Theo tác giả và nhóm nghiên cứu, một trong các yếu tố liên quan đến thời gian khởi phát - nhập viện là đối tượng nghiên cứu có hiểu biết về điều trị tiêu sợi huyết.

Theo khuyến cáo, điều trị tiêu sợi huyết hiệu quả nhất khi người bệnh nhập viện trong vòng 3 giờ và có thể được xem xét trong khoảng 4 - 5 giờ sau khởi phát triệu chứng [9]. Đơn vị điều trị đột quỵ của Bệnh viện Thống Nhất đã đạt chứng nhận Bạch Kim do tổ chức Angels trao tặng, khẳng định năng lực chuyên môn, hệ thống trang thiết bị và quy trình điều trị đột quỵ cấp đạt chuẩn quốc tế. Tuy nhiên, thực tế cho thấy một bộ phận lớn người bệnh vẫn bỏ lỡ "thời gian vàng" cho các phương pháp tái thông mạch. Nguyên nhân có thể liên quan đến hạn chế trong nhận thức cộng đồng về dấu hiệu sớm của đột quỵ, hiểu biết về lợi ích của điều trị tiêu sợi huyết, cùng với phạm vi khảo sát chỉ tại Khoa Nội Thần kinh nên chưa phản ánh đầy đủ các trường hợp điều trị phối hợp (tiêu sợi huyết tĩnh mạch kết hợp lấy huyết khối nội mạch). Vì vậy việc tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe cộng đồng, và phát triển mạng lưới cấp cứu ngoại viện là cần thiết. Những giải pháp này nhằm rút ngắn thời gian khởi phát - nhập viện và nâng cao cơ hội tiếp cận phương pháp điều trị kịp thời.

4.3. Kết quả chăm sóc điều trị người bệnh

Trong nghiên cứu, tỉ lệ biến chứng viêm phổi nhiều nhất đạt 7.1%, nhiễm trùng tiểu là 3.2%. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Đào Xuân Lương về biến chứng của người bệnh nhồi máu não cấp điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết là viêm phổi 7.5% [10]. Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Hải Vân, biến chứng nhiễm khuẩn hô hấp là 2.2% và tiết niệu chiếm 1.8% [6]. Theo ghi nhận của tác giả Nguyễn Quốc Thành, biến chứng viêm phổi chiếm tỷ lệ cao là 12.7%, kế đến nhiễm trùng tiểu là 6.7%, thấp nhất là loét tì đè với 0.7% [11]. Kết quả này cho thấy biến chứng viêm phổi và nhiễm trùng tiết niệu vẫn còn phổ biến ở người bệnh đột quỵ. Nguyên nhân gây viêm phổi có thể do tình trạng liệt làm hạn chế vận động, ứ đọng dịch tiết, có rối loạn nuốt cần hỗ trợ ăn qua sonde, được đặt thông tiểu lưu, hạn chế chăm sóc vệ sinh cá nhân, tiểu không kiểm soát dễ dẫn đến nhiễm trùng tiểu ngược dòng. Do đó điều dưỡng cần lưu ý việc

phòng ngừa và phát hiện sớm các biến chứng trong chăm sóc bệnh đột quỵ nhồi máu não.

Kết quả phân tích hồi quy logistic của nghiên cứu cho thấy, các yếu tố lâm sàng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả chăm sóc điều trị ở người bệnh đột quỵ não gồm: Tiền sử đái tháo đường type 2, nhồi máu não cũ, điểm NIHSS vào ngày 3 và rối loạn ngôn ngữ. Những kết quả này phù hợp với báo cáo của Nguyễn Quốc Thành khi ghi nhận các yếu tố tiên lượng biến chứng sau đột quỵ gồm tiền sử đái tháo đường, tiền sử xuất huyết não, dạng đột quỵ, điểm Glasgow, điểm mRankin và điểm NIHSS [11]. Đái tháo đường làm gia tăng quá trình xơ vữa động mạch, gây tổn thương cả vi mạch và đại mạch, làm giảm tưới máu não và tăng nguy cơ tái phát đột quỵ [2]. Nhóm người bệnh này thường đi kèm nhiều bệnh lý mạn tính khác như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, bệnh thận mạn..., đòi hỏi kế hoạch chăm sóc toàn diện, kiểm soát đường huyết chặt chẽ ngay từ khi nhập viện để hạn chế phù não và tiến triển ổ nhồi máu. Tiền sử nhồi máu não cũ phản ánh tình trạng tổn thương mạch máu não mạn tính, làm giảm khả năng tái tạo thần kinh và gia tăng nguy cơ tái phát. Điểm NIHSS ngày thứ 3 cao cho thấy mức độ tổn thương thần kinh nặng ngay cả sau giai đoạn điều trị cấp, tiên lượng khả năng hồi phục thấp. Triệu chứng rối loạn ngôn ngữ, cơ chế liên quan chủ yếu do tổn thương diện rộng ở bán cầu não, bao gồm vùng Broca/Wernicke, dễ kèm suy giảm chức năng hô hấp và nuốt, làm tăng nguy cơ viêm phổi hít và suy hô hấp. Đây đều là các chỉ số phản ánh mức độ nặng và khả năng hồi phục, cần được đánh giá sớm và theo dõi chặt chẽ, từ đó xây dựng kế hoạch chăm sóc cá thể hóa, dự phòng và phát hiện sớm các biến chứng nhằm giảm tỉ lệ biến chứng và cải thiện chất lượng chăm sóc.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Người bệnh đột quỵ nhồi máu não tham gia nghiên cứu là nam giới chiếm 51%, tuổi trung bình là 66.54 ± 13.54 (30 - 96 tuổi). Các yếu tố nguy cơ hàng đầu bao gồm: Tăng huyết áp (86.5%), rối loạn lipid máu (41.3%) và đái tháo đường (39.4%). Triệu chứng lâm sàng yếu liệt nửa người tỉ lệ cao (71%), nói khó (40%) và rối loạn ngôn ngữ (9%). Có 65.2% người bệnh nhập viện trên 6 giờ, chỉ 9% người bệnh được điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết. Kết quả điều trị và chăm sóc ghi nhận cải thiện điểm NIHSS mức độ nhẹ tăng 77.4%, điểm NIHSS mức độ nặng, điểm mRankin tàn phế trầm trọng đều giảm còn 5.8%. Tỉ lệ người bệnh có kết quả điều trị và chăm sóc tốt đạt 83.2%.

Các biến chứng như: viêm phổi (7.1%), nhiễm trùng tiểu (3.2%) và huyết khối tĩnh mạch, loét tì đè đều (0.6%). Phân tích cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$) giữa kết quả chăm sóc điều trị với tiền sử đái tháo đường type 2, nhồi máu não cũ, rối loạn ngôn ngữ và điểm NIHSS vào ngày thứ 3.

Phát huy mô hình điều trị - chăm sóc toàn diện tại đơn vị đột quỵ, kết hợp truyền thông và giáo dục sức khỏe cộng đồng nhằm tăng nhận thức, nhận diện sớm dấu hiệu đột quỵ để cải thiện tỉ lệ tiếp cận điều trị kịp thời. Điều dưỡng đóng vai trò quan trọng trong thiết lập kế hoạch chăm sóc cá thể hóa, ưu tiên theo dõi và can thiệp tích cực ở nhóm nguy cơ cao. Tăng cường giám sát, phòng ngừa biến chứng như viêm phổi, nhiễm trùng tiểu, huyết khối tĩnh mạch sâu và loét tì đè. Là rất quan trọng.

LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng cấp kinh phí thực hiện dưới mã số đề tài GVTC18.31.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] World Health Organization. The top 10 causes of death. https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/the-top-10-causes-of-death. Accessed Nov 01, 2020.

[2] Bộ Y tế , *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não, Quyết định 5331/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn*, 2020.

[3] G. Micieli , S. Marcheselli and P. A. Tosi, "Safety and efficacy of alteplase in the treatment of acute ischemic stroke," *Vasc Health Risk Manag*, 5(1):397-409, 2009.

[4] H. T. P. Hồng, T. T. K. Linh, "*Chăm sóc sức khỏe người lớn bệnh lý tim mạch*", Đại học Y Dược thành phố Hồ chí Minh, *Nhà xuất bản y học,* trang

60-69, 2021.

[5] H. Q. Bình và D. P. Lam, "Nghiên cứu tình hình đột quỵ não, yếu tố liên quan và đánh giá kết quả can thiệp quản lý điều trị ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não tại bệnh viện đa khoa tỉnh Sóc Trăng năm 2020 - 2021," *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, số 41, Trang 89-95, 2021.

[6] Đ. T. H. Vân, N. V. Chi, Đ. V. Phương và M. D. Tôn, "Đánh giá công tác điều dưỡng người bệnh đột quỵ thiếu máu não cấp tại Trung Tâm đột quỵ Bệnh viện Bạch Mai," *Tạp chí Y học Việt Nam,* số 2, Trang 48-53, 2022.

[7] Đ. T. Thúy, H. T. T. Trang, N. A. Bảy, N. T. Phương và P. T. Hương, "Đánh giá kết quả chăm sóc, phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ não sau giai đoạn cấp tại Bệnh viện Quân Y 105," *Tạp chí Y học Thực hành và Bỏng,* số 3, trang 89-93, 2023.

[8] P. H. Hiển và H. B. Hải, "Một số yếu tố liên quan đến thời gian khởi phát - nhập viện ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp," *Tạp chí nghiên cứu y học*, 159 (11), 2022.

[9] K. Hajjar, D. M. Kerr, K. R. Lees, "Thrombolysis for acute ischemic stroke," *Journal of Vascular Surgery*, 2011, 54(3):901-907, DOI: 10.1016/j.jvs.2011.04.062

[10] Đ. X. Lương, V. H.Khôi, P. X. Thắng, T. T. Thảo và N. Đ. Hà, "Biến chứng và một số yếu tố liên quan của nhồi máu não cấp điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết tại trung tâm thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai," *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 541, số 2, 2024.

[11] N.Q.Thành, L.T. Điền và B.T. Khanh, "Nghiên cứu tỉ lệ biến chứng sớm và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đột quỵ não tại Bệnh Viện Đa Khoa khu vực Long Khánh năm 2022-2023," *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, số 66, Trang 141-148, 2023.

Clinical characteristics and nursing care outcomes of ischemic stroke patients at Thong Nhat Hospital in 2024

Tran Thu Nguyet, Nguyen Thi Tuong Vi, Ta Thi Hoa, Doan Thi Hoa Thuy

ABSTRACT

Background: The outcomes of care and treatment of cerebral infarction are affected by many factors, including the role of nursing. Objective: To determine the clinical characteristics, nursing care outcomes, and related factors in ischemic stroke patients at Thong Nhat Hospital in 2024. Subjects and method: A cross-sectional descriptive study was conducted on 155 ischemic stroke patients treated at the Department of Neurology from September 2024 to May 2025. Results: The main risk factors were hypertension 86.5%, dyslipidemia 41.3% and diabetes 39.4%. Common symptoms included hemiplegia 71%, difficulty speaking 40%, language disorder 9%. Good care outcomes were achieved in 83.2% of patients, improved NIHSS scores upon discharge (NIHSS < 5 reached 77.4%, NIHSS > 9 decreased by 5.8%). Complication included pneumonia 7.1%, urinary tract infection 3.2%, venous thrombosis and pressure ulcers 0.6%. Factors associated with care outcomes were type 2 diabetes, previous ischemic stroke, language disorder and NIHSS score on day 3. Conclusion: Most patients achieved good nursingcare outcomes. Nurses should prioritize close monitoring and early intervention in patients with type 2 diabetes, prior ischemic stroke, language impairment, and high NIHSS scores on day 3 to minimize complications and optimize the outcomes of care.

***Keywords**: ischemic strokes, nursing care, stroke patients, complications*

Received: 17/6/2025
Revised: 11/8/2025
Accepted for publication: 15/8/2025