

**SO SÁNH ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG GIỮA THIẾU MÁU NÃO CÓ
TĂNG HUYẾT ÁP VÀ THIẾU MÁU NÃO KHÔNG TĂNG HUYẾT ÁP**

Nguyễn Anh Tài^{*}, Nguyễn Thị Phương Thúy (BCV)^{}**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết cục của bệnh nhân thiếu máu não (TMN) ở hai nhóm: có tăng huyết áp (THA) và không THA (tình trạng THA được xác định tại thời điểm nhập viện) và phân tích các yếu tố liên quan tới kết cục ở bệnh nhân TMN có THA và không THA

Phương pháp: Khảo sát tiền cứu, phân tích trên 210 bệnh nhân TMN điều trị tại Khoa Nội thần kinh- bệnh viện Chợ Rẫy và Khoa Bệnh Lý Mạch Máu Não- Bệnh Viện Nhân Dân 115.

Kết quả: Về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: TMN có THA và TMN không THA có khác biệt về các tỉ lệ: TACI, LACI, suy tim, bệnh van tim, thay đổi ý thức, hội chứng lỗ khuyết, dày thất trái trên điện tâm đồ, kích thước ổ nhồi máu, tử vong tại bệnh viện, kết cục tại thời điểm xuất viện, các biến chứng viêm phổi và loét. Yếu tố liên quan tới kết cục ở bệnh nhân TMN có THA là: huyết áp tâm thu lúc nhập viện trên 180 mmHg; Không tìm thấy yếu tố liên quan với kết cục ở bệnh nhân TMN không THA.

Kết luận: tăng huyết áp có liên quan đến tử vong và kết cục xấu ở bệnh nhân TMN

Từ khóa: tăng huyết áp, thiếu máu não

**COMPARISON OF CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS
BETWEEN HYPERTENSIVE ISCHEMIC STROKE AND NON- HYPERTENSIVE
ISCHEMIC STROKE**

ABSTRACT

Targets: The aim of this study is to describe the differences in clinical and workup between hypertensive ischemic stroke and non- hypertensive ischemic stroke (Hypertension is defined at the

^{*} TS, Khoa Thần Kinh BV. Chợ Rẫy

^{**} BS, BVĐK. Khu Vực 333 Đắc Lắc, ĐT: 0905 577 148, Email: phuongthuyk99@gmail.com

first day admitten to hospital) and determined the predictors of hypertensive ischemic stroke and non- hypertensive ischemic stroke.

Methods: Prospective and analyzed study on 210 ischemic stroke patients admitted on Department of Neurology – Cho Ray Hospital and Department of Cerebrovascular diseases – 115 People’s hospital.

Results: Differences between hypertensive ischemic stroke and non- hypertensive ischemic stroke include: incidence of TACI, LACI, congestive heart failure, heart valvular disease, consciousness decrease, lacunar syndrome, left ventricular hypertrophy on ECG, in- hospital mortality, outcome, complication (pneumonia and pressure sore). Pridictor of hypertensive ischemic stroke is blood pressure more than 180 mmHg at the first day admitten to hospital. There was not any pridictors of non-hypertensive ischemic stroke founded in this study.

Conclusion: hypertension has relation with mortality and bad outcome in ischemic stroke

Keyword: hypertension, ischemic stroke

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chúng ta biết rằng, tình trạng THA phản ứng đóng vai trò quan trọng trong tái thông cũng như bàng hệ cho vùng não đang thiếu máu, đặc biệt là cho vùng tranh tối tranh sáng⁽¹⁰⁾. Do đó, chỉ số huyết áp lúc nhập viện là một yếu tố tiên lượng quan trọng ở bệnh nhân TMN, và việc điều chỉnh huyết áp ở bệnh nhân TMN đóng vai trò quan trọng trong điều trị. Một số nghiên cứu cho thấy có sự liên quan giữa chỉ số huyết áp lúc nhập viện với kết cục^(5,8), một số nghiên cứu lại cho thấy: tình trạng THA lúc nhập viện cũng liên quan với sự khác biệt về triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của TMN⁽¹⁾. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào so sánh sự khác biệt giữa TMN có THA và TMN không có THA, và về mối liên quan giữa chỉ số huyết áp lúc nhập viện với kết cục. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm so sánh về lâm sàng, cận lâm sàng, giữa hai nhóm TMN: có THA và không THA (tình trạng THA được xác định tại thời điểm nhập viện); đồng thời chúng tôi cũng tìm các yếu tố liên quan tới kết cục ở hai nhóm TMN: có THA và không THA.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang phân tích, tiền cứu

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu không xác suất.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Các khác biệt giữa hai nhóm thiếu máu não: có THA và không tăng huyết áp

Bảng 1: Các đặc điểm của hai nhóm TMN: có THA và không THA

Đặc điểm	Nhóm		p	
	Có THA	Không THA		
Hút thuốc lá	45 (34,6%)	23 (28,8%)	0,23	
Tiền căn THA	95 (73,1%)	53(66,3 %)	0,15	
Tiền căn đái tháo đường	20 (15,4%)	9 (11,2%)	0,26	
Tiền căn đột quy	23 (17,7%)	22 (27,5%)	0,07	
Phân loại Bamford	TACI	12 (9,2%)	19 (23,8%)	0,001
	PACI	32 (24,6%)	29 (36,2%)	0,14
	POCI	9 (6,9%)	2 (2,5%)	0,14
	LACI	77 (59,2%)	30 (37,5%)	0,002
RLCH Lipid	72 (76%)	35 (43,8%)	0,07	
Đái tháo đường	24 (18,5%)	9 (11,2%)	0,11	
Đường huyết (TB ± DLC)	136 ± 43	145 ± 46	0,26	
Rung nhĩ	12 (9,2%)	14(17,5 %)	0,06	
Suy tim	2(1,5%)	8(10%)	0,007	
Xơ vữa ĐM cảnh	72 (55,4%)	42(52,5 %)	0,40	
Bệnh van tim	10(7,7%)	20(25%)	0,001	
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	29 (22,3%)	13 (16,2%)	0,20	
Triệu chứng thần kinh	Thay đổi ý thức	10(7,7%)	15(18,8 %)	0,02
	Mất ngôn ngữ	33(25,4 %)	28(35,0 %)	0,09
	Loạn vận ngôn	39 (32,0%)	16 (21,9%)	0,09
	Liệt VII	73	44	0,08

	trung ương	(56,2%)	(55,0%)	
	Liệt vận nhân	9 (6,9%)	2 (2,5%)	0,14
	Bán manh	38 (29,2%)	32 (40,0%)	0,07
	Rung giật nhân cầu	5 (3,8%)	3 (3,8%)	0,63
	Liệt nửa người	126 (96,9%)	78 (97,5%)	0,58
	Dấu Babinski	83 (63,8%)	60 (75,0%)	0,06
	Rối loạn cảm giác	63 (50,8%)	46(63,0 %)	0,06
	Thất điều	5 (4,1%)	3(4,3%)	0,61
	Hội chứng lỗ khuyết	77 (59,2%)	30 (37,5%)	0,002
Kích thước ổ nhồi máu	< 1.5cm	74 (56,9%)	34 (42,5%)	0,03
	1.5 cm – 3cm	23 (17,7%)	10 (12,5%)	0,21
	> 3cm	33 (25,4%)	36 (45%)	0,003
Nguyên nhân	Thuyên tắc tử tim	12(9,2%)	18(22,5 %)	<0,001
	Bệnh động mạch lớn	23(17,7 %)	12(15%)	0,42
	Bệnh động mạch nhỏ	38(29,2 %)	9(11,3%)	0,002
	Nguyên nhân hiếm gặp	1(0,8%)	3 (3,7%)	0,16
	Không xác định	56(43,1 %)	38(47,5 %)	0,31
Kết cục	Tử vong tại bệnh viện	5 (3,8%)	12 (15%)	0,005
	Kết cục xấu	106 (81,5%)	73 (91,3%)	0,04
Biến chứng	Viêm phổi	14 (10,8%)	18 (22,5%)	0,001
	Loét	10 (7,7%)	14 (17,5%)	0,03

Nhận xét: Các khác biệt giữa hai nhóm thiếu máu não: có THA và không THA gồm:

- Về phân loại Bamford: Tỷ lệ TACI cao hơn ở nhóm không THA; Tỷ lệ LACI cao hơn ở nhóm THA

- Về các bệnh lý kèm theo: Tỷ lệ suy tim cao hơn ở nhóm không THA; Tỷ lệ bệnh van tim cao hơn ở nhóm không THA; Tỷ lệ dày thất trái trên điện tâm đồ cao hơn ở nhóm THA
- Về triệu chứng thần kinh: Tỷ lệ có thay đổi ý thức cao hơn ở nhóm không THA; Tỷ lệ hội chứng lỗ khuyết cao hơn ở nhóm THA.
- Về kích thước ổ nhồi máu: Tỷ lệ ổ nhồi máu có kích thước > 3 cm cao hơn ở nhóm không THA; Tỷ lệ ổ nhồi máu có kích thước < 1.5 cm cao hơn ở nhóm THA.
- Về nguyên nhân: Nguyên nhân thuyên tắc từ tim thường gặp hơn ở nhóm không THA.; Nguyên nhân lỗ khuyết thường gặp hơn ở nhóm có THA.
- Về kết cục: Tỷ lệ tử vong tại bệnh viện và kết cục xấu tại thời điểm xuất viện cao hơn ở nhóm không THA.
- Về biến chứng: Biến chứng viêm phổi và biến chứng loét ở thường gặp hơn ở nhóm không THA.

2. Các yếu tố liên quan tới kết cục ở hai nhóm TMN: có THA và không THA.

Bảng 2: Kết quả phân tích đơn biến các yếu tố liên quan với kết cục ở nhóm THA

Các yếu tố tiên lượng kết cục		Kết cục điều trị		P
		Xấu	Tốt	
Tuổi (TB, ĐLC)		65,98±13,04	62,75±14,31	0,93
Giới nam		18(75%)	59(55,7%)	0,06
Thời gian nhập viện sau khởi bệnh (TB, ĐLC)		26,42±9,50	27,5±10	0,47
Tiền căn đột quy		19(18%)	4(16,7%)	0,57
Tiền căn THA		24(95,8%)	81(76,4%)	0,09
Tiền căn ĐTD		17(16,0%)	3(12,5%)	0,90
HA tâm thu lúc nhập viện	trên 180mmHg	23 (21,7%)	0(0%)	0,03
	trên 200 mmHg	6(5,7%)	0(0%)	0,29
	Suy tim	2(1,9%)	0(0%)	0,66
Nguyên nhân	Thuyên tắc từ tim	11(10,4%)	1(4,2%)	0,31
	Bệnh động mạch lớn	24(22,6%)	1(4,2%)	0,05
	Bệnh động mạch nhỏ	29(27,4%)	9(37,5%)	0,23
	Nguyên	1(0,94%)	0(0%)	0,82

	nhân hiểm gặp			
	Không xác định	43(40,6%)	13(54,2%)	0,16
	Thay đổi ý thức	17(16,0%)	1(4,2%)	0,11
	Bệnh van tim	9(8,5%)	1(4,2%)	0,42
	Đường huyết (TB, ĐLC)	132,8(43,3)	160,5(50,2)	0,06

Nhận xét: Sau khi phân tích đơn biến, chúng tôi chỉ tìm thấy một yếu tố có liên quan với kết cục là: huyết áp tâm thu lúc nhập viện trên 180 mmHg.

Bảng 3: Kết quả phân tích đơn biến các yếu tố liên quan với kết cục ở nhóm không THA

Các yếu tố tiên lượng kết cục	Kết cục điều trị		P
	Xấu	Tốt	
Tuổi (TB, ĐLC)	58,2 (16,2)	59,1 (9,1)	0,13
Giới nam	40 (54,8%)	4 (57,1%)	0,61
Thời gian nhập viện sau khởi bệnh (TB, ĐLC)	36,0 (8,7)	30,4 (10,9)	0,77
Tiền căn đột quy	21 (28,8%)	1 (14,3%)	0,37
Tiền căn tăng huyết áp	39 (53,4%)	5 (71,4%)	0,52
Tiền căn ĐTD	0 (0%)	9 (1,2%)	0,27
HA tâm thu lúc nhập viện dưới 120 mmHg	28 (38,3%)	2(28,6%)	0,47
Suy tim	6(8,2%)	2 (28,6%)	0,14
Thuyên tắc từ tim	16 (21,9%)	2(28,6%)	0,50
Bệnh động mạch lớn	11 (15,1%)	1(14,3%)	0,72
Bệnh động mạch nhỏ	9 (12,3%)	0 (0%)	0,42
Nguyên nhân hiểm gặp	3 (4,1%)	0(0%)	0,76
Không xác định	34 (46,6%)	4(57%)	0,44
Thay đổi ý thức	12(16,4%)	0 (0%)	0,31
Bệnh van tim	18 (24,7%)	2 (28,6%)	0,56
Đường huyết (TB, ĐLC)	121,8(40,3)	149,5(45,3)	0,06

Nhận xét: Sau khi phân tích đơn biến, chúng tôi không tìm thấy yếu tố liên quan với kết cục ở bệnh nhân TMN không THA.

BÀN LUẬN

- Về triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng :

Tỉ lệ TACI thấp hơn và tỉ lệ LACI chiếm cao hơn trong nhóm TMN có THA có thể được giải thích do: thật sự khoảng 89% bệnh nhân nhồi máu não lỗ khuyết là thứ phát sau THA⁽³⁾ mà trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có TC THA trong nhóm bệnh nhân có THA chiếm tỉ lệ cao hơn nhóm không THA; theo tác giả Di Carlo và cộng sự, THA là yếu tố nguy cơ của LACI và cũng là yếu tố liên quan nghịch với TACI⁽⁶⁾. Tỉ lệ bệnh van tim ở nhóm không THA cao hơn nhóm THA có thể được lý giải do: bệnh van tim đã được xác định là yếu tố nguy cơ của nhóm TMN có nguyên nhân thuyên tắc từ tim và cũng là yếu tố nguy cơ của nhóm TMN không THA⁽⁴⁾. Triệu chứng thay đổi ý thức chiếm tỉ lệ cao hơn ở nhóm không THA và hội chứng lỗ khuyết chiếm tỉ lệ cao hơn ở nhóm THA; Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của A. Arboix và cộng sự⁽¹⁾. Tỉ lệ hội chứng lỗ khuyết trong nhóm THA cao hơn có thể được giải thích như sau: khoảng 89% bệnh nhân nhồi máu não lỗ khuyết là thứ phát sau tăng huyết áp⁽³⁾; Tỉ lệ thay đổi ý thức ở nhóm không THA cao hơn có thể do trong nhóm không THA, tỉ lệ bệnh van tim cũng như nhóm nguyên nhân thuyên tắc từ tim cao hơn, thường là nguyên nhân gây tổn thương TMN diện rộng, với bệnh cảnh lâm sàng là nhồi máu não tuần hoàn trước toàn bộ, có sự kết hợp của ba nhóm triệu chứng lâm sàng, trong đó có triệu chứng thay đổi ý thức. Kích thước ổ nhồi máu dưới 1,5 cm chiếm tỉ lệ cao hơn ở nhóm THA và kích thước ổ nhồi máu trên 3 cm chiếm tỉ lệ cao hơn ở nhóm không THA; Kết quả này có thể lý giải như sau: trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ LACI của nhóm THA cao hơn trong nhóm không THA, và tỉ lệ TACI trong nhóm không THA lại cao hơn trong nhóm THA; mà LACI sẽ có tổn thương tương ứng trên hình ảnh học là những ổ nhồi máu có kích thước dưới 1,5 cm, và TACI thường có biểu hiện tổn thương rộng toàn bộ vùng não chi phối bởi tuần hoàn trước, và kích thước ổ nhồi máu trên 3cm.

- *Về nguyên nhân:* sở dĩ nguyên nhân thuyên tắc từ tim thường gặp ở nhóm không THA hơn vì ở nhóm không THA, bệnh van tim và suy tim thường gặp hơn và tình trạng suy tim và bệnh van tim là yếu tố nguy cơ của nguồn thuyên tắc từ tim; và nguyên nhân bệnh động mạch nhỏ

thường gặp ở nhóm THA vì THA là một trong những nguyên nhân gây ra bệnh động mạch nhỏ thông qua cơ chế lắng đọng hyalin ⁽⁷⁾.

- *Về kết cục và biến chứng:* Tại thời điểm xuất viện, nhóm không THA có kết cục xấu hơn có ý nghĩa so với nhóm THA. Sở dĩ nhóm bệnh nhân không THA có kết cục xấu hơn nhóm THA có thể do: tỉ lệ TACI, tỉ lệ suy tim, tỉ lệ thay đổi ý thức cũng như tỉ lệ kích thước ổ nhồi máu trên 3cm ở nhóm không THA cao hơn nhóm THA. Hơn nữa, tình trạng thay đổi ý thức và HA tâm thu lúc nhập viện dưới 140 mmHg là yếu tố liên quan thuận với kết cục xấu. Nhóm không THA có tỉ lệ các biến chứng loét và viêm phổi cao hơn có ý nghĩa so với nhóm THA. Tỉ lệ biến chứng viêm phổi ở nhóm không THA cao hơn nhóm THA có thể được lý giải do tỉ lệ suy tim ở nhóm không THA cao hơn có ý nghĩa so với nhóm THA mà tình trạng suy tim sẽ dẫn tới sung huyết phổi, là điều kiện thuận lợi cho viêm phổi.. Tỉ lệ biến chứng loét ở nhóm không THA cao hơn nhóm THA có thể lý giải do tỉ lệ bệnh nhân thay đổi ý thức cao hơn ở nhóm không THA dẫn tới việc xoay trở giúp chống loét gặp hạn chế. Tỉ lệ tử vong ở nhóm không THA cao hơn ở nhóm THA, kết quả này có thể do: tỉ lệ nhồi máu tuần hoàn trước toàn bộ, tỉ lệ bệnh nhân thay đổi ý thức, tỉ lệ suy tim, cũng như tỉ lệ ổ nhồi máu có kích thước trên 3cm ở nhóm không THA cao hơn nhóm THA. Và hơn nữa, HA tâm thu lúc nhập viện dưới 140 mmHg là một yếu tố liên quan thuận với kết cục xấu.

KẾT LUẬN

TMN có THA và TMN không THA có khác biệt về các tỉ lệ: TACI, LACI, suy tim, bệnh van tim, thay đổi ý thức, hội chứng lỗ khuyết, dày thất trái trên điện tâm đồ, kích thước ổ nhồi máu, các biến chứng viêm phổi và loét.

Yếu tố liên quan tới kết cục ở bệnh nhân TMN có THA là: huyết áp tâm thu lúc nhập viện trên 180 mmHg; Chúng tôi không tìm thấy yếu tố liên quan với kết cục ở bệnh nhân TMN không THA.

Nhóm TMN không THA có tỉ lệ tử vong tại bệnh viện và tỉ lệ kết cục xấu tại thời điểm xuất viện cao hơn nhóm THA, huyết áp tâm thu lúc nhập viện dưới 140 mmHg là yếu tố liên quan thuận với kết cục xấu ở bệnh nhân TMN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arboixa A, Roiga H, Rossicha R et al (2004). Differences between hypertensive and non-hypertensive ischemic stroke. *European Journal of Neurology* 2004, pp: 687-692.
2. Bamford J, Sandercock P, Denis M, et al (1991). Classification and natural history of clinical identifiable subtype of cerebral infarction. *Lancet* . 337. pp:1521-1526.
3. Boiten J, Lodder J (1991). Lacunar Infarcts. Pathogenesis and validity of the clinical syndromes. *Stroke* 22. pp:1374-1378.
4. Caplan LR, Hier DB, D'Cruz I (1983). Cerebral embolism in the Micheal Reese Stroke Registry. *Stroke* 14. pp: 530-536.
5. Castillo J, Leira R, Garcia MM, et al (2004). Blood pressure decrease during the acute phase of ischemic stroke is associated with brain injury and poor stroke outcome. *Stroke*. 35. pp: 520-527.
6. Di Carlo Di Carlo A, Lamassa M, Baldereschi M, et al (2006). Risk factor and outcome of subtypes of ischemic stroke. Data from a multicenter multinational hospital –based registry. *Journal of the Neurological Sciences*. 244 (1-2). pp: 143-150.
7. Meairs S, Steinke W, Mohr J.P, Hennerici M (1998). Ultrasound Imagine and Doppler Sonography. *Stroke*. Churchill Livingstone. pp: 297-236.
8. Leonardi-Bee J, Bath PM, Phillips SJ, Sandercock PA (2002). IST collaborative group: blood pressure and clinical outcomes in the international stroke trial. *Stroke*. 33. pp:1315-1320.
9. Lê Đức Hình (1997). 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*. tập II. tr. 450-453.
10. Wallace JD, Levy LL (1981). Blood pressure after stroke. *JAMA*. 246. pp: 2117-2180.