

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF PATIENTS WITH MILD ACUTE ISCHEMIC STROKE AT THE EMERGENCY DEPARTMENT OF TRANSPORT HOSPITAL IN 2024

Le Hoang Linh*, Bui Hong Giang, Nguyen Thi Thu Huong

Transportation Hospital - 169 Huynh Thuc Khang, Lang Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 16/08/2025

Revised: 27/08/2025; Accepted: 05/09/2025

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and treatment outcomes of patients with mild acute ischemic stroke at the Emergency Department of Transport Hospital.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 31 patients aged ≥ 18 years diagnosed with mild acute ischemic stroke (NIHSS ≤ 4) admitted within 24 hours of symptom onset and treated at Transport Hospital from July 2023 to October 2024. Data collected included clinical manifestations, laboratory findings, neuroimaging results, TOAST classification, treatment approaches, and discharge status. Data analysis was performed using SPSS 20.0, with statistical significance set at $p < 0.05$.

Results: Patients' ages ranged from 49 to 93 years, with a nearly equal male-to-female ratio (48.4% vs. 51.6%). The most common symptoms were hemiparesis (32.3%), dysarthria (22.6%), and sensory disturbances (19.4%). Hypertension was the predominant risk factor ($>75\%$). Brain lesions were mainly located in the basal ganglia (45.2%), cerebral lobes (25.8%), and subcortical regions (16.1%). Small-vessel disease was the most frequent etiology (48.3%). All patients received conservative medical treatment, with no deaths or referrals reported.

Conclusion: Mild acute ischemic stroke has favorable short-term outcomes; however, potential risks of disability and recurrence remain. Early detection, strict vascular risk factor control, and long-term management strategies are essential.

Keywords: Ischemic stroke, mild stroke, risk factors, prognosis.

*Corresponding author

Email: linhletrshs@gmail.com **Phone:** (+84) 982990747 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3052**

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP MỨC ĐỘ NHẸ TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN GIAO THÔNG VẬN TẢI NĂM 2024

Lê Hoàng Linh*, Bùi Hồng Giang, Nguyễn Thị Thu Hường

Bệnh viện Giao thông vận tải - 169 Huỳnh Thúc Kháng, P. Láng, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 16/08/2025

Ngày sửa: 27/08/2025; Ngày đăng: 05/09/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân nhồi máu não cấp mức độ nhẹ tại Khoa Cấp cứu – Bệnh viện Giao thông vận tải.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 31 bệnh nhân ≥ 18 tuổi, chẩn đoán nhồi máu não cấp mức độ nhẹ (NIHSS ≤ 4), nhập viện trong vòng 24 giờ kể từ khởi phát triệu chứng và điều trị tại Bệnh viện Giao thông vận tải từ 7/2023–10/2024. Dữ liệu thu thập bao gồm đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh học, phân loại nguyên nhân theo TOAST, phương pháp điều trị và tình trạng ra viện. Phân tích số liệu bằng SPSS 20.0, với $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

Kết quả: Tuổi bệnh nhân dao động từ 49–93, tỷ lệ nam/nữ gần tương đương (48,4% và 51,6%). Liệt nửa người (32,3%), nói khó (22,6%) và rối loạn cảm giác (19,4%) là triệu chứng thường gặp. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất ($>75\%$). Tổn thương chủ yếu ở hạch nền (45,2%), thùy não (25,8%) và dưới vỏ (16,1%). Nguyên nhân mạch máu nhỏ chiếm tỷ lệ cao nhất (48,3%). Tất cả bệnh nhân được điều trị nội khoa, không có trường hợp tử vong hay chuyển tuyến.

Kết luận: Nhồi máu não cấp mức độ nhẹ có tiên lượng ngắn hạn khả quan, song vẫn tiềm ẩn nguy cơ di chứng và tái phát. Cần tăng cường phát hiện sớm, kiểm soát yếu tố nguy cơ mạch máu và xem xét chiến lược quản lý lâu dài.

Từ khóa: Nhồi máu não, đột quỵ nhẹ, yếu tố nguy cơ, tiên lượng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật dài hạn và đứng hàng thứ hai về nguyên nhân tử vong toàn cầu, ảnh hưởng đến hơn 15 triệu người mỗi năm, trong đó khoảng 5 triệu người tử vong và 5 triệu người để lại di chứng nặng nề [1]. Gánh nặng bệnh tật do đột quỵ đang gia tăng, đặc biệt ở các quốc gia thu nhập thấp và trung bình, nơi tỷ lệ tử vong và tàn phế cao hơn rõ rệt so với các nước phát triển [1].

Nhồi máu não cấp chiếm khoảng 80–87% tổng số trường hợp đột quỵ [2]. Trong số này, khoảng 2/3 người bệnh có biểu hiện lâm sàng mức độ nhẹ (NIHSS ≤ 4 điểm) [3]. Mặc dù tổn thương ban đầu nhẹ, nhóm bệnh nhân này vẫn tiềm ẩn nguy cơ biến chứng nặng hoặc tàn phế nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Một số nghiên cứu cho thấy, có

tới 30% bệnh nhân nhồi máu não nhẹ hoặc cơn thiếu máu não thoáng qua (TIA) có diễn biến xấu trong thời gian theo dõi [3].

Tại Việt Nam, dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nhóm bệnh nhân nhồi máu não cấp mức độ nhẹ còn hạn chế. Việc nghiên cứu nhóm bệnh nhân này giúp nhận diện sớm yếu tố nguy cơ, tối ưu chiến lược xử trí và cải thiện tiên lượng. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với các mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học của bệnh nhân nhồi máu não cấp mức độ nhẹ (NIHSS ≤ 4). 2. Đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân nhồi máu não cấp mức độ nhẹ.

*Tác giả liên hệ

Email: linhletrshs@gmail.com Điện thoại: (+84) 982990747 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3052>

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán nhồi máu não cấp mức độ nhẹ (NIHSS ≤ 4 điểm), nhập viện trong vòng 24 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng, điều trị tại Khoa Cấp cứu – Bệnh viện Giao thông vận tải từ 07/2023 đến 10/2024.

- *Tiêu chuẩn chọn mẫu*

+ Tuổi ≥ 18 .

+ Chẩn đoán nhồi máu não xác định bằng lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ sọ não hoặc CT scanner.

+ Điểm NIHSS khi nhập viện ≤ 4 điểm.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn loại trừ*

+ Đột quỵ xuất huyết hoặc bệnh lý thần kinh khác.

+ Có bệnh gan, thận, máu nặng hoặc ung thư giai đoạn cuối.

+ Hồ sơ bệnh án không đầy đủ dữ liệu cần thiết.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế: Mô tả cắt ngang.

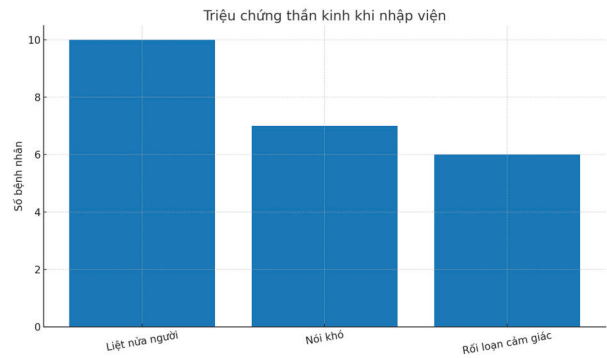
- Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện toàn bộ 31 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Biến số nghiên cứu: Tuổi, giới, nghề nghiệp, tiền sử bệnh, thời gian từ khởi phát đến nhập viện, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh học, phân loại nguyên nhân theo TOAST, phương pháp điều trị, tình trạng ra viện.

2.4. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0; các biến định lượng được trình bày bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD) hoặc trung vị; biến định tính trình bày bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm; so sánh sự khác biệt với $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

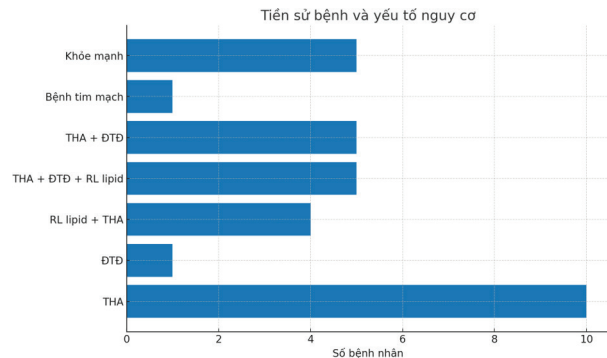
2.5. Đạo đức nghiên cứu: Thông tin người bệnh được bảo mật tuyệt đối, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học; tất cả người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp đều đồng ý tham gia.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



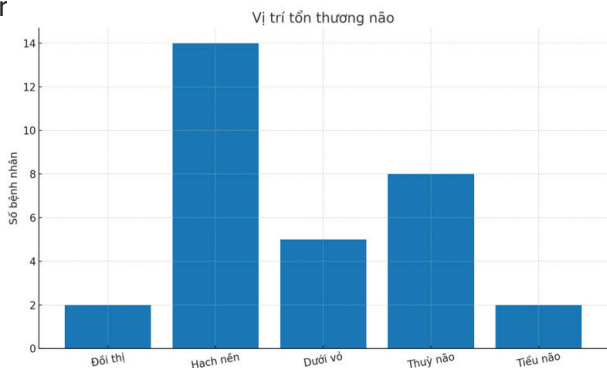
Hình 1. Triệu chứng thần kinh khi nhập viện

Nhận xét: Liệt nửa người là triệu chứng thường gặp nhất (32,3%), tiếp theo là nói khó (22,6%) và rối loạn cảm giác (19,4%). Kết quả này phù hợp với đặc điểm lâm sàng thường gặp của nhồi máu não cấp mức độ nhẹ, trong đó các dấu hiệu vận động và ngôn ngữ nổi trội hơn so với rối loạn thị giác.



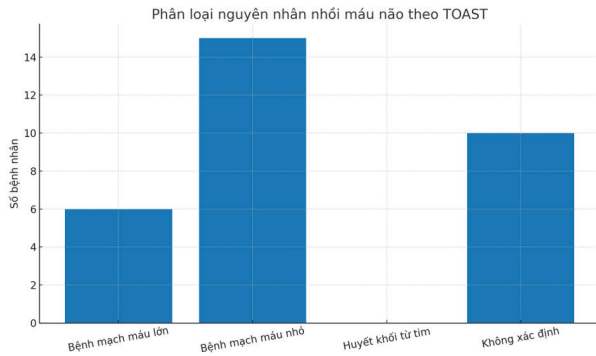
Hình 2. Tiền sử bệnh và yếu tố nguy cơ

Nhận xét: Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất, gặp ở đa số bệnh nhân (tổng cộng trên 75% nếu tính cả các nhóm phối hợp với ĐTD hoặc rối loạn lipid máu). Tỷ lệ bệnh nhân hoàn toàn khỏe mạnh trước đột quỵ chiếm 16,1%. Kết quả này cho thấy vai trò của bệnh lý mạch máu và rối loạn chuyển hóa tr



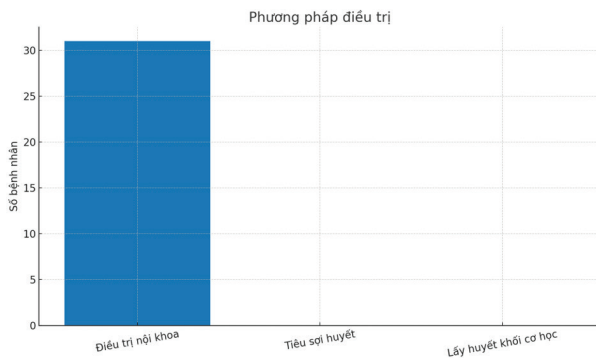
Hình 3. Vị trí tổn thương não trên hình ảnh học

Nhận xét: Tổn thương tập trung chủ yếu ở vùng hạch nền (45,2%), tiếp đến là thùy não (25,8%) và dưới vỏ (16,1%). Đồi thị và tiểu não ít gặp hơn (6,5%). Phân bố này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế, cho thấy vùng hạch nền thường bị ảnh hưởng trong đột quỵ do bệnh mạch máu nhỏ.



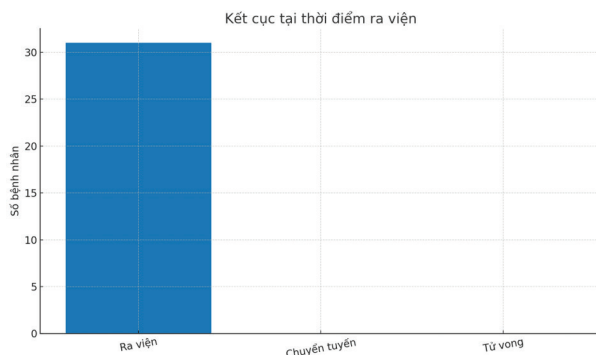
Hình 4. Phân loại nguyên nhân nhồi máu não theo TOAST

Nhận xét: Bệnh mạch máu nhỏ chiếm tỷ lệ cao nhất (48,3%), tiếp theo là bệnh mạch máu lớn (19,3%) và nguyên nhân không xác định (32,2%). Không có trường hợp huyết khối từ tim trong nhóm nghiên cứu, có thể do tiêu chuẩn chọn bệnh nhân NIHSS ≤ 4 và loại trừ bệnh nhân đột quỵ nặng.



Hình 5. Phương pháp điều trị

Nhận xét: 100% bệnh nhân được điều trị nội khoa, không có trường hợp sử dụng thuốc tiêu sợi huyết hoặc can thiệp lấy huyết khối cơ học. Điều này phản ánh đặc điểm nhập viện muộn của phần lớn bệnh nhân và mức độ nhẹ của triệu chứng khi vào viện.



Hình 6. Thời điểm ra viện

Nhận xét: 100% bệnh nhân ra viện sau điều trị, không ghi nhận tử vong hoặc chuyển tuyến. Kết quả này cho thấy tiên lượng ngắn hạn của nhồi máu não cấp mức độ nhẹ tương đối khả quan khi được quản lý và điều trị nội khoa phù hợp.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy toàn bộ bệnh nhân nhồi máu não cấp mức độ nhẹ đều ở nhóm trên 45 tuổi, dao động từ 49–93 tuổi, với tỷ lệ nam/nữ gần tương đương (48,4% và 51,6%). Độ tuổi trung bình ở nữ cao hơn đáng kể so với nam ($75,44 \pm 2,95$ so với $64,27 \pm 8,77$), phản ánh xu hướng già hóa dân số và sự gia tăng tuổi thọ tại Việt Nam [1]. Các nghiên cứu quốc tế cũng ghi nhận tỷ lệ mắc đột quỵ ở người cao tuổi ngày càng tăng, đặc biệt ở nữ giới do tuổi thọ dài hơn và thời gian phơi nhiễm yếu tố nguy cơ kéo dài [2,3].

Phần lớn bệnh nhân nhập viện muộn, ngoài “cửa sổ vàng” điều trị tái tưới máu, với 87% đến viện sau 6 giờ, trong đó gần một nửa (48,4%) đến viện ở khoảng 6–24 giờ. Nguyên nhân có thể liên quan đến triệu chứng ban đầu nhẹ, dẫn đến tâm lý chủ quan của người bệnh và sự bỏ sót trong phát hiện sớm ở một số cơ sở y tế ban đầu. Điều này tương đồng với báo cáo của Johnston và cs., khi có đến 30% bệnh nhân nhồi máu não nhẹ hoặc TIA tiến triển xấu trong thời gian ngắn nếu không được điều trị kịp thời [4]. Một phân tích tại Trung Quốc cũng chỉ ra rằng nhập viện muộn là yếu tố tiên lượng xấu độc lập ở bệnh nhân đột quỵ nhẹ [5].

Điểm NIHSS trung vị của nghiên cứu là 3, cao hơn nghiên cứu POINT (NIHSS 2), có thể do tiêu chuẩn chọn bệnh nhân của chúng tôi bao gồm cả những trường hợp NIHSS = 4 hoặc 5 [4]. Mức độ nhẹ của điểm NIHSS giải thích cho việc tất cả bệnh nhân được điều trị nội khoa bảo tồn, không trường hợp nào được tiêu sợi huyết hoặc lấy huyết khối cơ học, nhưng đồng thời cũng đặt ra nguy cơ bỏ lỡ cơ hội điều trị tái tưới máu ở một số bệnh nhân phù hợp [6].

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ nổi bật nhất, gặp ở hơn 75% bệnh nhân (tính cả các trường hợp phối hợp với đái tháo đường hoặc rối loạn lipid máu). Đây là yếu tố nguy cơ hàng đầu của đột quỵ theo các nghiên cứu dịch tễ quy mô lớn [7]. Tỷ lệ bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ phối hợp cao, củng cố giả thuyết rằng tích lũy gánh nặng mạch máu và rối loạn chuyển hóa đóng vai trò then chốt trong cơ chế bệnh sinh của nhồi máu não nhẹ.

Về cận lâm sàng, xét nghiệm huyết học và đông máu phần lớn trong giới hạn bình thường, nhưng đa số bệnh nhân có tăng đường máu và rối loạn lipid máu, phù hợp với cơ chế bệnh mạch máu nhỏ và xơ vữa mạch [8]. Trên hình ảnh học, tổn thương chủ yếu tại vùng hạch nền (45,2%), thùy não (25,8%) và dưới vỏ (16,1%). Đây cũng là các vị trí hay gặp trong đột quỵ do bệnh mạch máu nhỏ theo các nghiên cứu MRI tại châu Á [9]. Phân loại theo TOAST, bệnh mạch máu nhỏ chiếm gần một nửa số ca (48,3%), tiếp đến là nguyên nhân không xác định (32,2%) và bệnh mạch máu lớn (19,3%). Không ghi nhận trường hợp huyết khối từ tim, phù hợp với đặc điểm loại trừ các ca đột

quy nặng và NIHSS cao [4,10]. Điều này cho thấy ở bệnh nhân nhồi máu não nhẹ, nguyên nhân mạch máu nhỏ vẫn chiếm ưu thế, đồng thời nhấn mạnh vai trò của kiểm soát yếu tố nguy cơ mạch máu để dự phòng tái phát.

Nghiên cứu này cung cấp bằng chứng rằng nhồi máu não cấp mức độ nhẹ tuy có tiên lượng ngắn hạn tốt (100% ra viện, không tử vong/chuyển tuyến), nhưng vẫn tiềm ẩn nguy cơ để lại di chứng và cần được quản lý tích cực ngay từ tuyến đầu. Giải pháp chiến lược gồm: (1) nâng cao nhận thức cộng đồng về triệu chứng sớm của đột quỵ; (2) tăng cường năng lực sàng lọc tại tuyến cơ sở; (3) xem xét tiêu chí mở rộng can thiệp tái tưới máu cho một số bệnh nhân nhồi máu não nhẹ nhưng có tắc mạch lớn trên hình ảnh học [6,10].

5. KẾT LUẬN

Nguyên nhân phổ biến nhất là bệnh mạch máu nhỏ, tổn thương chủ yếu ở hạch nền và dưới vỏ. Tiên lượng ngắn hạn tốt nhưng nguy cơ di chứng và tái phát vẫn tồn tại, cần phát hiện sớm, kiểm soát yếu tố nguy cơ và quản lý lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Johnson CO, Nguyen M, Roth GA, Nichols E, Alam T, Abate D, et al. Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 2019;18(5):439-58. doi:10.1016/S1474-4422(19)30034-1.
- [2] Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Gorelick PB, Dichgans M, Wang W, et al. What is the best mix of population-wide and high-risk targeted strategies of primary stroke and cardiovascular disease prevention? *Int J Stroke.* 2020;15(2):205-12. doi:10.1177/1747493019879659.
- [3] Appelros P, Stegmayr B, Terént A. Sex differences in stroke epidemiology: a systematic review. *Stroke.* 2009;40(4):1082-90. doi:10.1161/STROKEAHA.108.540781.
- [4] Johnston SC, Easton JD, Farrant M, Barsan W, Conwit RA, Elm JJ, et al. Clopidogrel and aspirin in acute ischemic stroke and high-risk TIA. *N Engl J Med.* 2018;379(3):215-25. doi:10.1056/NEJMoa1800410.
- [5] Wang Y, et al. Factors associated with delayed hospital arrival in patients with acute ischemic stroke in China: a multicenter cross-sectional study. *Neurol Res.* 2011;33(5):494-9. doi:10.1179/016164111X13007856084405.
- [6] Smith EE, Fonarow GC, Reeves MJ, Cox M, Olson DM, Hernandez AF, et al. Outcomes in mild or rapidly improving stroke not treated with intravenous recombinant tissue-type plasminogen activator: findings from Get With The Guidelines–Stroke. *Stroke.* 2011;42(11):3110-5. doi:10.1161/STROKEAHA.111.613208.
- [7] O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet.* 2010;376(9735):112-23. doi:10.1016/S0140-6736(10)60834-3.
- [8] Amarenco P, Lavallée PC, Labreuche J, Albers GW, Bornstein NM, Canhão P, et al. One-year risk of stroke after transient ischemic attack or minor stroke. *N Engl J Med.* 2016;374(16):1533-42. doi:10.1056/NEJMoa1412981.
- [9] Pantoni L. Cerebral small vessel disease: from pathogenesis and clinical characteristics to therapeutic challenges. *Lancet Neurol.* 2010;9(7):689-701. doi:10.1016/S1474-4422(10)70104-6.
- [10] Coutts SB, Modi J, Patel SK, Demchuk AM, Goyal M, Hill MD, et al. CT/CT angiography and MRI findings predict recurrent stroke after transient ischemic attack and minor stroke: results of the prospective CATCH study. *Stroke.* 2012;43(4):1013-7. doi:10.1161/STROKEAHA.111.637421.