

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO DO TẮC ĐỘNG MẠCH THÂN NỀN KHÔNG TÁI TƯỚI MÁU

Lê Thị Hạnh Nguyễn¹, Lê Thị Diễm Tuyết^{2,3}, Phan Hà Quân⁴
và Mai Duy Tôn^{2,4,5,✉}

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Tâm Anh

⁴Bệnh viện Bạch Mai

⁵Trường Đại học Y Dược - Đại học quốc gia Hà Nội

Nhồi máu não do tắc động mạch thân nền thường có triệu chứng lâm sàng không điển hình trong giai đoạn đầu hoặc biểu hiện nặng nề, đe dọa tử vong nhanh. Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân nhồi máu não do tắc động mạch thân nền không tái tưới máu đồng thời phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu trên 52 bệnh nhân nhồi máu não do tắc động mạch thân nền không điều trị tái tưới máu, nhập viện tại Trung tâm Đột quy - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2021 đến 01/03/2023. Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân tử vong và để lại di chứng nặng nề cao (90,4%). Những bệnh nhân nhập viện có triệu chứng liệt tứ chi, điểm NIHSS cao thường có kết quả điều trị xấu. Kết luận: bệnh nhân nhồi máu não do tắc động mạch thân nền không can thiệp tái tưới máu có kết quả điều trị kém, tỉ lệ tử vong 75%.

Từ khóa: Nhồi máu não, động mạch thân nền, kết quả điều trị.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc động mạch thân nền chiếm 10% các trường hợp nhồi máu não do tắc mạch máu lớn.¹ Triệu chứng lâm sàng thường mơ hồ trong giai đoạn đầu hoặc biểu hiện nặng nề, đe dọa tử vong nhanh. Năm 2020, một nghiên cứu trên 11.661 ca mắc đột quy nhồi máu não, có 1.958 ca được điều trị tái tưới máu bao gồm tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch và can thiệp nội mạch chiếm 16,8% tổng số ca nhồi máu não.² Những bệnh nhân không được can thiệp tái tưới máu sẽ điều trị bằng cách: kiểm soát hô hấp, tuần hoàn, đường máu, huyết áp, thân nhiệt; chống phù não; điều trị bằng thuốc kháng kết tập tiểu

cầu, thuốc chống đông máu. Ở Việt Nam, đã có những nghiên cứu về nhồi máu não vùng hố sau nói chung, nhưng còn ít nghiên cứu về nhồi máu não do tắc động mạch thân nền. Trên thế giới, các Hội đột quy lớn vẫn chưa đưa ra khuyến cáo chính thức về điều trị tái tưới máu trong nhồi máu não cấp do tắc động mạch thân nền do chưa đủ bằng chứng thuyết phục, vì vậy chủ đề tái tưới máu động mạch thân nền có thể sẽ thu hút nhiều nghiên cứu viên trong thời gian tới. Những kết quả của nghiên cứu này có thể bổ sung thêm dữ liệu tham khảo và so sánh khi thực hiện các nghiên cứu về tái tưới máu trong tắc động mạch thân nền. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân nhồi máu não do tắc động mạch thân nền không tái tưới máu và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

Tác giả liên hệ: Mai Duy Tôn

Bệnh viện Bạch Mai

Email: Tonresident@gmail.com

Ngày nhận: 23/06/2023

Ngày được chấp nhận: 24/07/2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhồi máu não do tắc động mạch thân nền tại Trung tâm Đột quy - Bệnh viện Bạch Mai, điều trị bằng các phương pháp không bao gồm phương pháp tái tưới máu.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân nhồi máu não do tắc động mạch thân nền có các triệu chứng lâm sàng và các thiếu sót thần kinh khu trú phù hợp với chi phối của động mạch thân nền được đánh giá qua thang điểm NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) và hình ảnh học có bằng chứng nhồi máu não do tắc động mạch thân nền (được khẳng định qua phim chụp cắt lớp vi tính mạch máu não hoặc phim chụp cộng hưởng từ não- mạch não).

Triệu chứng lâm sàng và các thiếu sót thần kinh khu trú của bệnh nhân nhồi máu não do tắc động mạch thân nền bao gồm ít nhất một trong các triệu chứng sau: chóng mặt, mất thăng bằng, nói khó, nuốt khó, liệt vận động nửa người, liệt vận động tứ chi, rối loạn cảm giác, rối loạn ý thức, liệt các dây thần kinh sọ.

Hình ảnh học của bệnh nhân nhồi máu não do tắc động mạch thân nền bao gồm tổn thương mất tín hiệu dòng chảy động mạch thân nền trên chuỗi xung mạch máu và/hoặc kèm theo tổn thương nhồi máu trên nhu mô não thuộc vùng chi phối của động mạch thân nền (tổn thương tại ít nhất một trong các vùng sau: cầu não, cuống não, tiểu não, hành não, thùy chẩm, thùy thái dương, đồi thị).

- Bệnh nhân điều trị bằng các phương pháp không bao gồm phương pháp tái tưới máu (tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch và hoặc can thiệp nội mạch).

Các biện pháp điều trị không tái tưới máu gồm: kiểm soát hô hấp, tuần hoàn, đường máu, huyết áp, thân nhiệt; chống phù não; điều trị bằng thuốc kháng kết tập tiểu cầu, thuốc chống đông máu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân nhồi máu não có chuyển dạng chảy máu.

- Bệnh nhân nhồi máu não do huyết khối tĩnh mạch não.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

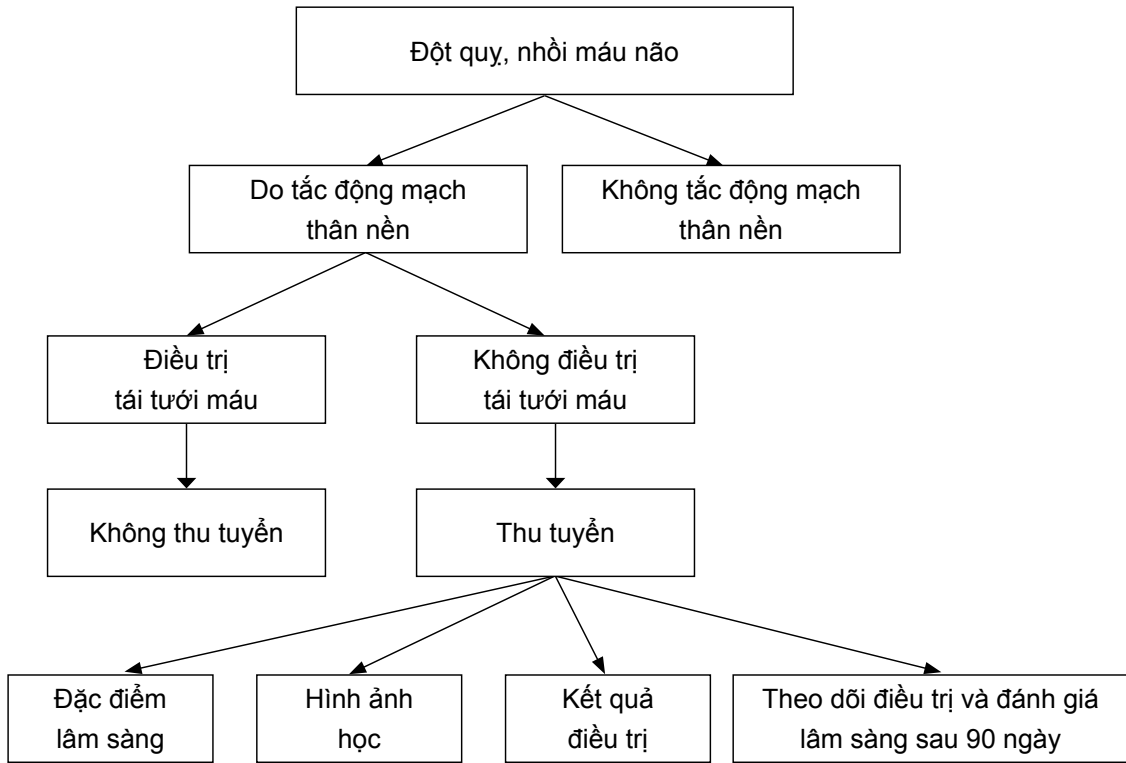
Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu nghiên cứu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian từ tháng 12/2021 đến 01/03/2023, tại Trung tâm Đột quy - Bệnh viện Bạch Mai, thực tế chúng tôi thu thập được 52 đối tượng nghiên cứu.

Phương pháp thu thập dữ liệu

Dữ liệu thu thập được ghi chép vào mẫu bệnh án nghiên cứu. Kết quả điều trị bệnh nhân sau 90 ngày được đánh giá qua thang điểm Rankin sửa đổi (mRS), thông tin được thu thập bằng cách liên hệ với người nhà bệnh nhân qua số điện thoại lưu trong bệnh án.

Quy trình nghiên cứu



Sơ đồ 1: Quy trình nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu chính**a. Các biến số lâm sàng**

Giới tính, tuổi, thời gian từ khi khởi phát đến khi vào viện, tiền sử bệnh lý đã mắc, phân loại TOAST, thang điểm Glasgow khi nhập viện để đánh giá mức độ rối loạn ý thức, thang điểm NIHSS khi nhập viện.

b. Các biến số hình ảnh học

Vị trí tắc động mạch thân nền, vị trí tổn thương nhu mô, thang điểm pcASPECT (posterior circulation Alberta Stroke Programme Early CT Score).

c. Các biến số về điều trị

MRS sau 03 tháng.

Thang điểm Rankin sửa đổi (mRS):

- 0 điểm: Không có triệu chứng.

- 1 điểm: Không có tàn tật. Có thể thực hiện mọi hoạt động thường nhật, mặc dù có triệu chứng nhẹ.

- 2 điểm: Tàn tật nhẹ. Có thể tự chăm sóc bản thân mà không cần hỗ trợ, nhưng không thể thực hiện toàn bộ hoạt động trước đây.

- 3 điểm: Tàn tật mức độ trung bình. Cần sự giúp đỡ, nhưng vẫn có thể đi mà không cần giúp đỡ.

- 4 điểm: Tàn tật mức trung bình nặng. Không thể di chuyển cơ thể mà không có sự trợ giúp hoặc không thể đi mà không có sự trợ giúp.

- 5 điểm: Tàn tật nặng. Cần y tá chăm sóc thường xuyên, nằm tại giường.

- 6 điểm: Chết.

Xử lý số liệu

Nhập các thông tin trong mẫu bệnh án thu thập được vào phần mềm SPSS 20.0 để xử lý số liệu. Các tham số thống kê mô tả gồm giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, tứ phân vị, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất, tỉ lệ %. Thống kê suy luận bao gồm kiểm định sự khác biệt test Chi-Square và kiểm định chính xác Fisher. Sự khác biệt được cho là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu, không làm thay đổi điều trị của bệnh nhân. Mọi thông tin của bệnh nhân đều được giữ bí mật. Kết quả nghiên cứu nhằm mục đích phục vụ nghiên cứu khoa học, ngoài ra không nhằm mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ**1. Đặc điểm bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch thân nền****Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch thân nền**

Đặc điểm		Số lượng bệnh nhân n = 52	Tỷ lệ %
Tuổi		69,3 ± 13,1	
Giới	Nam	35	67,3
	Nữ	17	32,7
Yếu tố nguy cơ	Tăng huyết áp	38	73,1
	Đái tháo đường	17	32,7
	Rung nhĩ	2	3,8
	Đột quỵ não cũ	6	11,5
Điểm NIHSS nhập viện		25 (1 - 40)	
Điểm Glasgow nhập viện		8 (3 - 15)	
Huyết áp tâm thu (mmHg)		143 (110 - 200)	
Huyết áp tâm trương (mmHg)		80 (60 - 100)	
Khoảng thời gian từ khi khởi phát - nhập viện (phút) (trung vị - tứ phân vị)		541 (302 - 779)	
Vị trí tắc động mạch thân nền	Đoạn gần	42	80,8
	Đoạn giữa	2	3,8
	Đoạn xa	8	15,4
Điểm pc-ASPECT		5 (0 - 9)	
Nguyên nhân nhồi máu não	Căn nguyên xơ vữa mạch máu	50	96,2
	Căn nguyên tim	2	3,8
	Căn nguyên hiếm gặp hoặc không rõ căn nguyên	0	0

Nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là 69,3. Tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ lần lượt là 67,3% và 32,7%. Yếu tố nguy cơ hay gặp nhất là tăng huyết áp (73,1%) và đái tháo đường (32,7%). Điểm NIHSS khi nhập viện của nhóm bệnh nhân nghiên cứu trung bình là 25, điểm Glasgow trung bình là 8 và điểm pcASPECT trung bình là 5. Thời gian

tính từ lúc khởi phát cho tới thời điểm nhập viện trung vị là 541 phút (9 giờ). Căn nguyên gây nhồi máu não ở bệnh nhân tắc động mạch thân nền hay gặp nhất là xơ vữa mạch máu lớn chiếm 96,4%. Vị trí tắc động mạch thân nền hay gặp nhất là đoạn gần (80,8%).

2. Các triệu chứng lâm sàng và vị trí ổ nhồi máu lúc vào viện

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng và vị trí ổ nhồi máu lúc vào viện

	Số bệnh nhân (n = 52)	Tỷ lệ (%)	
Triệu chứng lâm sàng	Liệt nửa người	15	28,8
	Liệt tứ chi	35	67,3
	Nhức đầu	6	11,5
	Nôn, buồn nôn	8	15,4
	Rối loạn ý thức	45	86,5
	Chóng mặt	10	19,2
	Co giật	1	1,9
	Nuốt khó	47	90,4
	Nói khó	50	96,2
	Rối loạn cơ tròn	41	78,8
	Liệt dây thần kinh sọ não	7	13,5
Vị trí ổ nhồi máu	Cầu não	46	88,5
	Cuống não	20	38,5
	Đồi thị	18	34,6
	Thái dương, chẩm	27	51,9
	Hành não, tiểu não	39	75,0

Nói khó, nuốt khó là triệu chứng hay gặp nhất trong nhồi máu não do tắc động mạch thân nền, tỷ lệ lần lượt là 96,2% và 90,4%. Rối loạn ý thức đứng thứ ba chiếm 86,5%. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, có tổn thương ở cầu

não gặp nhiều nhất (88,5%), tổn thương thuộc diện cấp máu của động mạch tiểu não chiếm 75,0%, và tổn thương thuộc diện cấp máu của động mạch não sau chiếm 51,9%.

3. Điểm Rankin sửa đổi sau 3 tháng

Bảng 3. Điểm Rankin sửa đổi sau 3 tháng

Điểm Rankin sửa đổi	Số lượng bệnh nhân n = 52	Tỷ lệ (%)
0	0	0
1	0	0
2	1	1,9
3	1	1,9
4	3	5,8
5	8	15,4
6	39	75,0
Tổng	52	100

Tỷ lệ bệnh nhân để lại di chứng tàn tật nặng nề và tử vong (mRS 5 - 6) trong vòng 3 tháng lên đến 90,4 %, trong đó tỷ lệ bệnh nhân tử vong là 75 %.

4. Các yếu tố tiên lượng đến tiến triển của bệnh

Tiến triển tốt (mRS ≤ 4), tiến triển xấu (mRS 5 - 6)

Bảng 4. Các yếu tố tiên lượng đến tiến triển bệnh

Yếu tố	Điểm mRS		p
	0 - 4 n (%)	5 - 6 n (%)	
Tuổi	≤ 70	5 (17,2)	0,147
	> 70	8 (34,8)	
Liệt vận động	Liệt nửa người	7 (46,7)	< 0,01
	Liệt tứ chi	4 (11,4)	
	Không liệt chi	2 (100,0)	
Điểm NIHSS	1 - 4	3 (100)	< 0,01
	5 - 15	4 (44,4)	
	16 - 20	1 (25,0)	
	21 - 42	5 (13,9)	
Vị trí tắc mạch	Đoạn gần	10 (23,8)	0,056
	Đoạn giữa	2 (100)	
	Đoạn xa	1 (12,5)	

Không có sự khác biệt về tiến triển bệnh giữa các nhóm tuổi và vị trí tắc mạch. Bệnh nhân có triệu chứng liệt tứ chi có tỷ lệ tiến triển

xấu (88,6%), cao hơn liệt nửa người (53,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$. Điểm NIHSS càng cao, tỷ lệ tiến triển xấu càng cao.

5. Mối liên hệ giữa điểm pc- ASPECT và tỉ lệ sống chết

Bảng 5. Mối liên hệ giữa điểm pc- ASPECT và tỉ lệ sống chết

Yếu tố	Điểm mRS		p
	0 - 5 n (%)	6 n (%)	
pcASPECT	≥ 8	3 (50,0)	0,013
	< 8	10 (21,7)	

Bệnh nhân có điểm pc- ASPECT ≥ 8 có tỉ lệ sống cao hơn bệnh nhân có điểm pc- ASPECT < 8, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hơn 2/3 đối tượng nghiên cứu là nam giới (67,3%), tỷ lệ bệnh nhân nữ là 32,7%. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hong Fei Sang và cộng sự, tỉ lệ nữ giới thấp hơn nhiều so với nam giới (khoảng 25%), nghiên cứu BASICS cũng ghi nhận sự khác biệt liên quan tới giới tính (tỉ lệ bệnh nhân nữ là 34,2%).³ Độ tuổi trung bình bệnh nhân là 69,3 cũng tương tự với nghiên cứu BASICS có độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 67,2 và nghiên cứu BEST có độ tuổi trung bình là 68, điều này cho thấy nhồi máu não do tắc động thân nền hay gặp ở nhóm bệnh nhân > 60 tuổi.^{4,5} Yếu tố nguy cơ chiếm tỉ lệ cao nhất là tăng huyết áp (73,1%) và đái tháo đường (32,7%), điều này phù hợp với tỉ lệ căn nguyên gây đột quy theo phân loại TOAST của chúng tôi khi căn nguyên xơ vữa mạch máu lớn có tỉ lệ cao nhất (96,4%), tiếp theo là căn nguyên tim mạch (3,6%), điều này có thể giải thích rằng tăng huyết áp và đái tháo đường là hai yếu tố nguy cơ chính gây xơ vữa mạch máu lớn. Chúng tôi nhận thấy

sự tương đồng này trong nghiên cứu BASICS và BEST và nghiên cứu của tác giả Hong Fei Sang.⁶ Điểm NIHSS trung bình khi nhập viện của bệnh nhân là 25 tương tự với nghiên cứu BEST có điểm NIHSS trung bình là 26. Khoảng thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện của bệnh nhân trung vị là 9 giờ, do một số bệnh nhân đã nhập viện tại cơ sở y tế khác trước khi chuyển đến Trung tâm Đột quy, Bệnh viện Bạch Mai. Vị trí tắc mạch của động mạch thân nền chúng tôi hay gặp là đoạn gần là 80,8%, tiếp theo là đoạn xa là 15,4%, kết quả này trái ngược với kết quả trong nghiên cứu BEST (tỉ lệ tắc đoạn xa cao hơn đoạn gần). Điểm pc- ASPECT trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 5, có sự khác biệt với nghiên cứu BEST (trung bình là 8). Triệu chứng nói khó chiếm 96,2%, là triệu chứng chiếm tỉ lệ cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi. Tỉ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Thorleif Etgen với 53,5%.⁷ Triệu chứng rối loạn nuốt chiếm tỉ lệ 90,4%, tỉ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Devuyst là 49%.⁸ Sự khác biệt này có thể do bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đa số là bệnh nhân nặng, và tổn thương cầu não lên đến 88,5%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân tắc động mạch thân nền có tổn thương ở cầu não gặp nhiều nhất chiếm

88,5%, cao hơn nghiên cứu của Thorleif Etgen là chiếm 70,8%.⁷ Tổn thương cuống não chiếm 38,5% cao hơn nghiên cứu của Lê Thị Mỹ là 30,8%.⁹ Sự khác biệt này là do trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân có tắc động mạch thân nền, còn nghiên cứu của Thorleif Etgen và Lê Thị Mỹ trên bệnh nhân tắc động mạch hệ sống nền, trong đó có bệnh nhân chỉ tắc động mạch đốt sống đơn thuần. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả chức năng cải thiện (mRS ngày thứ 90 từ 0-3) là 3,8%, thấp hơn trong nghiên cứu BAOCHE là 24,3%.¹⁰ Tỷ lệ bệnh nhân tử vong trong vòng 3 tháng là 75%, cao hơn so với nghiên cứu BASIC là 43,2%. Chúng tôi giải thích sự khác biệt này do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân chỉ điều trị đơn thuần không có tái tưới máu, trong khi đối tượng nghiên cứu của BAOCHE và BASIC là bệnh nhân điều trị nội khoa bao gồm tiêu sợi huyết. Tỷ lệ bệnh nhân có di chứng nặng nề (mRS 4 - 5) ngày thứ 90 trong nghiên cứu của chúng tôi là 21,2%, tương đương với nghiên cứu BASIC là 37%.¹

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt về tiến triển bệnh giữa các nhóm tuổi và vị trí tắc mạch. Triệu chứng liệt tứ chi có tỷ lệ tiến triển xấu cao với 88,6%. Điểm NIHSS càng cao, tỷ lệ tiến triển xấu càng cao. Có mối liên quan giữa điểm pc-ASPECT với tỷ lệ sống (mRS 0 - 5) và tỷ lệ chết (mRS 6) ngày thứ 90. Nhóm pc-ASPECT dưới 8 có tỷ lệ tử vong chiếm 78,3%, cao hơn nhóm từ 8 - 10 điểm là 50%. Volker Puetz và CS kết luận nhóm bệnh nhân có điểm pc-ASPECT từ 8 đến 10 điểm kết quả tốt hơn nhóm bệnh nhân có pc-ASPECT dưới 8 điểm (RR = 1,7; 95% CI: 0,98 - 3,0).¹¹

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 52 bệnh nhân nhồi máu não do tắc động mạch thân nền không được điều trị tái tưới máu chúng tôi rút ra kết luận sau: Tỷ lệ

bệnh nhân để lại di chứng tàn tật nặng nề và tử vong (mRS 5 - 6) trong vòng 90 ngày cao chiếm 90,4%, trong đó tỷ lệ bệnh nhân tử vong là 75%. Những bệnh nhân có triệu chứng liệt tứ chi thường có kết cục xấu. Có mối liên quan giữa thang điểm pc-ASPECT và tỷ lệ sống - chết ở bệnh nhân nhồi máu não do tắc động mạch thân nền. Bệnh nhân nhập viện có điểm NIHSS càng cao, tỷ lệ tiến triển xấu càng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Treatment and outcomes of acute basilar artery occlusion in the Basilar Artery International Cooperation Study (BASICS): a prospective registry study - PubMed. Accessed September 28, 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19577962/>.
2. Mai DT, Dao XC, Luong NK, Nguyen TK, Nguyen HT, Nguyen TN. Current State of Stroke Care in Vietnam. *Stroke Vasc Interv Neurol*. 2022; 2(2): e000331. doi:10.1161/SVIN.121.000331.
3. Sang HF, Yuan JJ, Qiu ZM, et al. Association Between Time to Endovascular Therapy and Outcomes in Patients With Acute Basilar Artery Occlusion. *Neurology*. 2021 Nov 30; 97(22): e2152-63.
4. Langezaal LCM, van der Hoeven EJRJ, Mont'Alverne FJA, et al. Endovascular Therapy for Stroke Due to Basilar-Artery Occlusion. *N Engl J Med*. 2021 May 20; 384(20): 1910-20.
5. Liu X, Dai Q, Ye R, et al. Endovascular treatment versus standard medical treatment for vertebrobasilar artery occlusion (BEST): an open-label, randomised controlled trial. *Lancet Neurol*. 2020 Feb; 19(2): 115-22.
6. Li F, Sang H, Song J, et al. One-Year Outcome After Endovascular Treatment for Acute Basilar Artery Occlusion. *Stroke*. 2022; 53(1): e9-e13. doi:10.1161/STROKEAHA.120.033658.

7. Thorleif Etgen; Helga Graf (2004): "Detection of acute brainstem infarction by using DWI/ MRI". *Neurological Differential Diagnose*.

8. Devuyst G, Bogousslavsky J, Meuli R, Moncayo J, De Freitas G, Van Melle G. Stroke or Transient Ischemic Attacks With Basilar Artery Stenosis or Occlusion: Clinical Patterns and Outcome. *Arch Neurol*. 2002; 59(4): 567. doi:10.1001/archneur.59.4.567.

9. Lê Thị Mỹ (2015). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của nhồi máu não thuộc hệ động mạch sống nền". Luận văn tốt

nghệ nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.

10. Posterior circulation stroke from diagnosis to management, including recent data on thrombectomy for basilar artery occlusion from the BAOCHE and ATTENTION trials - PubMed. Accessed September 28, 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35929195/>.

11. Volker Puetz, P.N. Sylaja, Shelagh B. Coutts, et al(2008). Extent of Hypoattenuation on CT Angiography Source Images Predicts Functional Outcome in Patients With Basilar Artery Occlusion. *Stroke*; 39: 2485- 2490.

Summary

RESULTS OF TREATMENT OF ACUTE ISCHEMIC STROKE DUE TO OCCLUSION OF THE BASILAR ARTERY WITHOUT REPERFUSION THERAPY

Acute ischemic stroke due to occlusion of basilar artery has clinical symptoms atypical in the early stages or rapidly manifest into severe clinical signs, threatening rapid death. Objective: Evaluate the treatment results of patients with cerebral infarction due to occlusion of the basilar artery without reperfusion treatment and analyze some factors affecting that outcome. Methods: this is a retrospective, descriptive study on 52 patients with acute ischemic stroke due to basilar artery occlusion without reperfusion treatment who were admitted at the Stroke Center of Bach Mai Hospital from December 2021 to March 1, 2023. Results: The mortality rate of patients, leaving severe sequelae was high (90.8%). Hospitalized patients with quadriplegia symptoms, and high NIHSS scores often have poor treatment outcomes. Conclusion: patients with acute ischemic stroke due to basilar artery occlusion without reperfusion treatment had poor treatment results with a mortality rate of 75%.

Keywords: Acute ischemic stroke, basilar artery, treatment results.