

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP CÓ BỆNH LÝ UNG THƯ KÈM THEO

Lương Thị Thu Hoài¹, Đinh Trung Hiếu², Nguyễn Anh Tuấn^{2,3}

Mai Duy Tôn^{2,3,4} và Đào Việt Phương^{2,3,4,✉}

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Bệnh lý ung thư là một trong các yếu tố nguy cơ của đột quỵ nhồi máu não, làm tăng gánh nặng bệnh tật, tỷ lệ tử vong cũng như di chứng tàn tật ở bệnh nhân nhồi máu não. Nghiên cứu quan sát mô tả được tiến hành trên 87 bệnh nhân nhồi máu não cấp kèm theo bệnh lý ung thư tại Trung tâm Đột quỵ Bạch Mai từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 03 năm 2024 nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân này. 87 bệnh nhân (tuổi trung bình $67,7 \pm 11,7$; NIHSS nhập viện 5 (3 - 8)) tham gia nghiên cứu. Ba bệnh lý ung thư phổ biến nhất là ung thư đại tràng (16,1%), ung thư tuyến giáp (14,9%) và ung thư phổi (12,6%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp là liệt vận động (81,6%) và nói khó (71,3%). Hầu hết các bệnh nhân đều có tổn thương đa ổ, kích thước nhỏ trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não hoặc chụp cộng hưởng từ. Giá trị xét nghiệm D-dimer trung vị là 2,8 (1,12 - 4,10). Có 48,3% bệnh nhân có kết quả điều trị tốt (mRS 0-2). Những yếu tố liên quan tới kết quả điều trị tốt bao gồm: giới tính nam, điểm NIHSS và nồng độ D-dimer.

Từ khóa: Nhồi máu não cấp, ung thư, D-dimer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não và ung thư là những thách thức rất lớn trong hệ thống y tế toàn cầu cũng như ở Việt Nam, là hai trong 5 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới, trong đó nhồi máu não là một trong những bệnh lý thần kinh cấp cứu thường gặp nhất, đòi hỏi cần được chẩn đoán đúng và xử trí sớm, bởi những hậu quả nặng nề do bệnh để lại.

Theo Cơ quan Nghiên cứu Ung thư Quốc tế (IARC) ước tính có 19,3 triệu ca ung thư mới trên toàn thế giới vào năm 2020, cùng với 10

triệu ca tử vong do ung thư.¹ Nhồi máu não cấp có thể xảy ra trên mọi đối tượng, và bệnh nhân ung thư được coi là một trong những đối tượng có nguy cơ cao. Thực tế, đã có những nghiên cứu chứng minh ngày càng có nhiều bệnh nhân bị ung thư có xuất hiện nhồi máu não cấp. Khi đột quỵ não xuất hiện trên các bệnh nhân ung thư thì gánh nặng bệnh tật để lại cho gia đình và xã hội càng nặng nề hơn vì mức độ nguy hiểm của hai bệnh kết hợp lại, tỷ lệ tử vong cao cũng như di chứng tàn tật càng nặng nề hơn so với đột quỵ đơn thuần.² Cứ 10 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp có 1 bệnh nhân có bệnh lý ung thư. Nguy cơ mắc đột quỵ tương quan trực tiếp với giai đoạn ung thư, trong đó ung thư giai đoạn IV có nguy cơ cao nhất, cụ thể là tăng gấp 10 lần trong tháng đầu tiên sau khi bệnh

Tác giả liên hệ: Đào Việt Phương

Bệnh viện Bạch Mai

Email: daovietphuong85@gmail.com

Ngày nhận: 05/06/2024

Ngày được chấp nhận: 24/07/2024

nhân được chẩn đoán mắc ung thư.³

Tại Việt Nam, hiện nay những nghiên cứu riêng về nhồi máu não ở những bệnh ung thư còn hạn chế. Trong những năm gần đây, tỷ lệ người mới mắc và chết do đột quỵ và ung thư có xu hướng ngày càng tăng, nhất là ở các nước nghèo, đang phát triển, trong đó có Việt Nam.^{4,5} Tại Trung tâm Đột quỵ, Bệnh viện Bạch Mai số lượng bệnh nhân nhồi máu não cấp có bệnh lý ung thư ngày càng gia tăng, xuất hiện những ca bệnh có biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng khác biệt, để lại di chứng nặng nề. Việc chẩn đoán sớm đột quỵ và ung thư cũng như xác định các yếu tố liên quan đến kết cục điều trị có thể góp phần cải thiện chất lượng điều trị và giảm mức độ tàn phế cho người bệnh. Từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị ở bệnh nhân nhồi máu não cấp có bệnh lý ung thư kèm theo.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhồi máu não cấp nhập viện điều trị nội trú tại Trung tâm Đột quỵ, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian nghiên cứu và có tiền sử hoặc đang điều trị bệnh ung thư hoặc u ác tính mới được chẩn đoán xác định.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.
- Có triệu chứng khởi phát của nhồi máu não cấp nhập viện điều trị trong vòng 72h.
- Được chẩn đoán nhồi máu não theo tiêu chuẩn sau:
 - + Tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng theo định nghĩa đột quỵ não của WHO.
 - + Tiêu chuẩn chẩn đoán hình ảnh: Có bằng chứng nhồi máu não trên phim chụp cộng hưởng từ (MRI) sọ não hoặc trên phim chụp cắt lớp vi tính (CT-Scanner) sọ não.

- Tiền sử có bệnh ung thư hoặc u ác tính mới được chẩn đoán hoặc đang điều trị bệnh ung thư.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Có bằng chứng hình ảnh học chẩn đoán chảy máu não, chảy máu dưới nhện.
- Cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian
 - + Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2023 - tháng 5/2024.
 - + Thời gian thu thập số liệu: Từ tháng 1/2023 - tháng 3/2024.
- Địa điểm: Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện Bạch Mai.

Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện toàn bộ các bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhồi máu não cấp điều trị nội trú tại Trung tâm Đột quỵ, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2023 đến tháng 03/2024 và có tiền sử hoặc đang điều trị bệnh ung thư hoặc u ác tính mới được chẩn đoán hoặc đang điều trị ung thư.

Nội dung nghiên cứu

- Các biến số đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới, dân tộc, nghề nghiệp, tiền sử các bệnh ung thư.
- Các biến số lâm sàng: loại ung thư, điểm Glasgow lúc vào viện, các triệu chứng lâm sàng, NIHSS nhập viện, phân loại nguyên nhân nhồi máu não theo phân loại TOAST.
- Các biến số cận lâm sàng: xét nghiệm D-dimer (mg/L FEU) được đo bằng máy ACL TOP 750-2, đặc điểm hình ảnh học trên chụp cộng hưởng từ sọ não hoặc chụp cắt lớp vi tính sọ não (gồm số lượng ổ nhồi máu, đường kính ổ nhồi máu lớn nhất).
- Kết quả điều trị khi ra viện đánh giá theo

mRS: tốt (mRS \leq 2), không tốt (mRS $>$ 2).

Quy trình tiến hành nghiên cứu

Nghiên cứu viên tiến hành hỏi bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân về các thông tin về tiền sử, khám lâm sàng, hình ảnh học sọ não để xác định các biến số và ghi chép vào bệnh án nghiên cứu.

Phương pháp xử lý số liệu

- Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 sau đó được phân tích bằng phần mềm SPSS 25.

- Phương pháp thống kê mô tả theo số lượng gồm giá trị trung bình với độ lệch chuẩn hoặc trung vị với khoảng tứ phân vị và phần trăm được sử dụng để mô tả.

- Test thống kê: Sử dụng test χ^2 hoặc kiểm định Fisher chính xác, t-test độc lập hoặc kiểm

định Mann-Whitney.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức theo quyết định số 407/ QĐ-ĐHYHN Trường Đại học Y Hà Nội.

Đối tượng phỏng vấn hoàn toàn tự nguyện tham gia hợp tác nghiên cứu, đảm bảo giữ bí mật cá nhân và thông tin cung cấp. Số liệu thu thập được chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu mà không phục vụ một mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được tiến hành trên 87 bệnh nhân nhồi máu não cấp có bệnh lý ung thư kèm theo tại Trung tâm Đột quy Bạch Mai từ tháng 01/2023 đến tháng 03/2024, thu được kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 87)

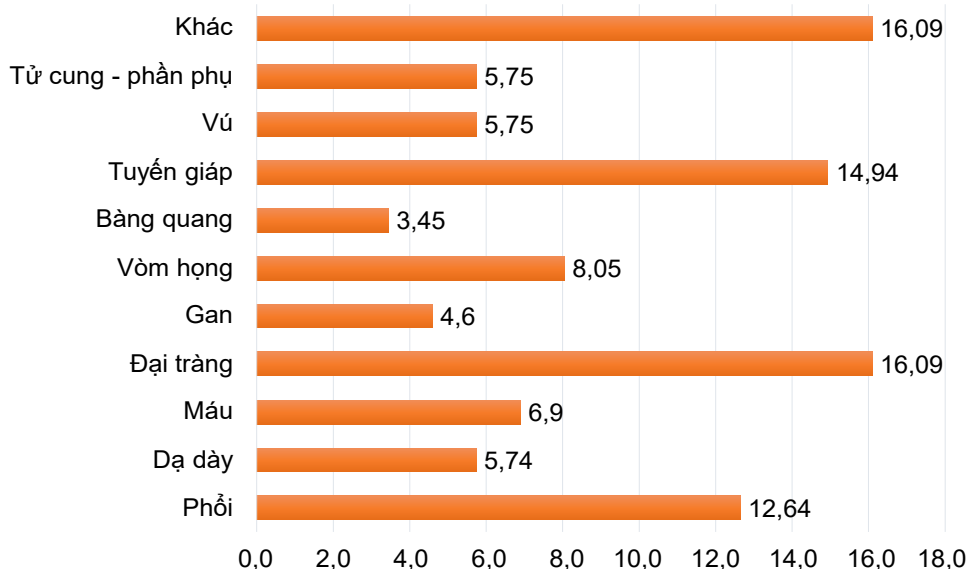
	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	\leq 65 tuổi	31	35,6
	$>$ 65 tuổi	56	64,4
Tuổi trung bình (Mean \pm SD)		67,7 \pm 11,7	
Giới tính	Nam	58	66,7
	Nữ	29	33,3
Nghề nghiệp	Trí thức	3	3,4
	Công nhân	1	1,2
	Nông dân	2	2,3
	Già/hưu trí	81	93,1
Tiền sử bệnh lý khác ngoài ung thư	Hút thuốc lá, thuốc lào	5	5,8
	Lạm dụng rượu bia	1	1,2
	Tăng huyết áp	44	50,6
	Đái tháo đường	18	20,7
	Rối loạn chuyển hoá	1	1,2
	Bệnh tim mạch	7	8,1

Có 64,4% đối tượng nghiên cứu lớn hơn 65 tuổi. Nam giới chiếm 2/3 tổng số bệnh

nhân. Nghề nghiệp chủ yếu là già hoặc hưu trí (93,1%). Tiền sử mắc bệnh tăng huyết áp và

đái tháo đường khá phổ biến có tỷ lệ lần lượt là 50,6% và 20,7 trong khi tiền sử lạm dụng rượu

bia và rối loạn chuyển hoá chỉ chiếm 1,2%.



Biểu đồ 1. Phân loại bệnh ung thư của đối tượng nghiên cứu (n=87)

Những loại ung thư phổ biến nhất là ung thư đại tràng (16,1%), ung thư tuyến giáp (14,9%) và ung thư phổi (12,6%). Các loại ung thư ít phổ biến hơn là ung thư gan (4,6%), ung bàng

quang (3,5%) và một số loại ung thư khác (da, lưỡi, tuyến thượng thận, niệu quản, thanh quản...) chiếm 16,09%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 87)

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ
Triệu chứng	Chóng mặt	10	11,5
	Đau đầu	13	14,9
	Buồn nôn, nôn	8	9,2
	Nói khó	62	71,3
	Liệt mặt	47	54,0
	Liệt vận động	71	81,6
	Rối loạn cảm giác	47	54,0
	Rối loạn ý thức	4	4,6
	Rối loạn cơ tròn	1	1,2

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ
<i>Phân loại TOAST</i>	Xơ vữa mạch lớn	29	33,3
	Tắc mạch nhỏ	14	16,1
	Căn nguyên huyết khối từ tim	2	2,3
	Căn nguyên không xác định	42	48,3
<i>Điểm Glasgow</i>	Median (IQR)	15,0 (14,0-15,0)	
<i>Điểm NIHSS</i>	Median (IQR)	5,0 (3,0-8,0)	

Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là liệt vận động (81,6%) và nói khó (71,3%). Rối loạn cơ tròn (1,2%), rối loạn ý thức (4,6%) và buồn nôn, nôn (9,2%) là những triệu chứng ít phổ biến hơn. Theo phân loại TOAST, các căn

nguyên không xác định chiếm tỷ lệ cao nhất (48,3%) trong khi căn nguyên huyết khối từ tim chỉ chiếm 2,3%. Giá trị trung vị của điểm Glasgow và NIHSS lần lượt là 15,0 (14,0 - 15,0) và 5,0 (3,0 - 8,0).

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ	
<i>Chụp MRI</i> (n = 51)	Số lượng ổ nhồi máu	Đơn ổ	4 7,8	
		Đa ổ	47 92,2	
	Đường kính lớn nhất của ổ nhồi máu	Median (IQR)	12,0 (9,0 - 22,0)	
<i>Chụp CT-Scanner</i> (n = 38)	Số lượng ổ nhồi máu	Đơn ổ	13 34,2	
		Đa ổ	25 65,8	
	Đường kính lớn nhất của ổ nhồi máu	Median (IQR)	13,5 (8,0 - 25,50)	
Chỉ số (n = 87)	D-dimer (mg/L)	Median (IQR)	2,8 (1,12 - 4,10)	

Có 51/87 bệnh nhân được chụp MRI, tổn thương đa ổ là chủ yếu (92,2%), giá trị đường kính ổ nhồi lớn nhất là 12,0 (9,0 - 22,0). Trong 38 bệnh nhân được chụp CT-Scanner, hơn

65% tổng số là tổn thương đa ổ, giá trị đường kính lớn nhất của ổ nhồi máu là 13,5 (8,0 - 25,50). Giá trị trung vị của chỉ số D-dimer là 2,8 (1,12 - 4,10).

Bảng 4. Kết quả điều trị của đối tượng nghiên cứu theo mRS

	Kết quả điều trị theo mRS	Số lượng	Tỷ lệ
<i>Tốt</i>	0 điểm	0	0,0
	1 điểm	25	28,8
	2 điểm	17	19,5

Kết quả điều trị theo mRS		Số lượng	Tỷ lệ
Không tốt	3 điểm	15	17,2
	4 điểm	21	24,1
	5 điểm	7	8,1
	6 điểm	2	2,3

Có 48,3% bệnh nhân có kết quả điều trị tốt và 51,7 % là kết quả điều trị không tốt. Trong số những bệnh nhân có kết quả điều trị không tốt,

điểm 4 theo đánh giá mRS chiếm tỷ lệ cao nhất (24,1%), thấp nhất là điểm 6 (2,3%), không có bệnh nhân nào có điểm mRS bằng 0.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan tới kết quả điều trị của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố	Kết quả điều trị				p	
	Tốt		Không tốt			
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ		
Tuổi	≤ 65 tuổi	15	48,4	16	51,6	0,99
	> 65 tuổi	27	48,2	29	51,8	
Giới	Nam	23	39,7	35	60,3	0,02
	Nữ	19	65,5	10	34,5	
Điểm NIHSS*	3,0 (2,0 - 4,0)		8,0 (6,0 - 11,5)		< 0,001	
Chỉ số D-dimer*	2,0 (0,8 - 3,8)		3,3 (1,4 - 4,20)		0,04	

Kiểm định: Mann-Whitney*

Tỷ lệ kết quả điều trị không tốt ở nam (60,4%) cao hơn so với nữ (34,5%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,02$. Điểm NIHSS ở nhóm có kết quả điều trị không tốt cao hơn so với nhóm còn lại với $p < 0,001$. Chỉ số D-dimer cao hơn ở nhóm có kết quả điều trị không tốt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,04$.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của đối tượng trong nghiên cứu này là $67,7 \pm 11,7$ và chủ yếu là nhóm lớn hơn 65 tuổi, kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trên thế giới như nghiên cứu của tác giả Cestari và nghiên cứu của Eun-Jae Lee.^{5,6} Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nam giới có tỷ lệ mắc nhồi máu não nhiều hơn nữ giới, tương tự nghiên cứu của Cestari với tỷ lệ

nam giới mắc nhồi máu não có kèm theo ung thư là 61,5%.⁵ Nghề nghiệp hay gặp nhất là già/hưu trí hoàn toàn phù hợp với đặc điểm tuổi của đối tượng nghiên cứu. Tiền sử phổ biến ở bệnh nhân nhồi máu não kèm theo ung thư là tăng huyết áp và đái tháo đường trong khi các tiền sử lạm dụng rượu bia và rối loạn chuyển hoá lại ít phổ biến hơn. Kwangsoo Kim và cộng sự đã chỉ ra những tiền sử phổ biến gây đột quỵ ở bệnh nhân ung thư theo thứ tự giảm dần lần lượt là tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc, lạm dụng rượu bia, bệnh tim mạch, đã có tiền sử đột quỵ và rối loạn chuyển hoá lipid. Tuy nhiên, tỷ lệ các yếu tố này lại thấp hơn so với nhóm bệnh nhân đột quỵ không mắc ung thư kèm theo.⁷ Điều này phù hợp với kết quả

nghiên cứu của chúng tôi.

Những loại ung thư phổ biến là ung thư đại tràng, ung thư tuyến giáp và ung thư phổi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Mashio Nakamura.¹⁰ Trong khi nghiên cứu của Cestari lại cho thấy ung thư phổi (30%), não (9%) và tuyến tiền liệt (9%) mới là những loại ung thư phổ biến hơn.⁵ Sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về cỡ mẫu của chúng tôi với các nghiên cứu khác hoặc do sự khác biệt về chủng tộc, địa dư, văn hoá, thời gian nghiên cứu... dẫn tới khả năng mắc các ung thư tại các cơ quan khác nhau.

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là nói khó và liệt vận động, các nghiên cứu khác cũng đã chỉ ra rằng đây là những triệu chứng phổ biến ở bệnh nhân đột quy thông thường.⁵ Một số triệu chứng thần kinh khác ít phổ biến hơn có thể do cơ chế gây đột quy ở bệnh nhân ung thư có những yếu tố khác so với đột quy ở bệnh nhân không kèm theo bệnh lý ung thư.⁹ Nguyên nhân gây đột quy theo phân loại TOAST chủ yếu là căn nguyên không xác định (42,48%), nghiên cứu Cestari lại chỉ ra nguyên nhân phổ biến nhất gây ra đột quy ở bệnh nhân ung thư là viêm nội tâm mạc không do vi khuẩn hoặc nhiễm trùng nội tâm mạc, Lee và cộng sự đã xác định xơ vữa mạch máu lớn là nguyên nhân chính gây đột quy ở những bệnh nhân ung thư, đặc biệt là ở những người có kèm theo cả rối loạn đông máu.^{5,6} Sự khác biệt này được lý giải do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác có vị trí cơ quan ung thư và giai đoạn ung thư không giống nhau. Ngoài ra, tiền sử bệnh lý tim mạch và tiền sử các bệnh lý không phải ung thư của đối tượng nghiên cứu giữa các nghiên cứu cũng khác nhau. Điểm NIHSS càng cao càng cho thấy mức độ nghiêm trọng của đột quy càng tăng, điểm số này tương quan với kích thước ổ nhồi máu trên cả kết quả chụp CT-Scanner và MRI.¹⁰ Trong

nghiên cứu này, giá trị trung vị của điểm NIHSS là 5,0 (3,0 - 8,0) tương đồng với Cestari và thấp hơn kết quả nghiên cứu Shawna và cộng sự ($8 \pm 9,3$).^{5,11}

Trong số 87 đối tượng nghiên cứu, 51 bệnh nhân được chụp MRI và 38 bệnh nhân được chụp CT-Scanner. Hầu hết bệnh nhân đều có hình ảnh tổn thương đa ổ, kích thước nhỏ trên phim chụp (ổ nhồi máu có đường kính < 15mm), kết quả này phù hợp với giá trị của điểm NIHSS trên đánh giá lâm sàng và tương đồng với một số nghiên cứu khác, Chien-Tai Hong và cộng sự nghiên cứu hồi cứu trên 70 bệnh nhân có nhồi máu não cấp có kèm theo ung thư chỉ ra rằng 2/3 tổng số bệnh nhân có hình ảnh tổn thương đa ổ, vị trí ổ nhồi máu chủ yếu là vùng dưới lều (30%).¹² Cơ chế này được giải thích do tình trạng tăng đông máu do ung thư gây ra hoặc do các khối u ác tính xâm lấn hoặc xâm nhập vào mạch máu, gây ra những bất thường dẫn tới thuyên tắc động mạch, biểu hiện bằng hình ảnh tổn thương đa ổ, kích thước nhỏ. Quá trình tạo ra D-dimer đòi hỏi hoạt động của ba enzyme: thrombin, yếu tố hoạt hóa XIII (yếu tố XIIIa) và plasmin. Đầu tiên thrombin được tạo ra bởi hệ thống đông máu chuyển fibrinogen hòa tan thành các fibrin đơn phân tử. Các fibrin đơn liên kết với nhau tạo thành các chuỗi fibrin thông qua các tương tác không cộng hóa trị dựa trên sự thay đổi dị lập thể trong protein. Fibrin được tăng cường thông qua tương tác với yếu tố XIII, yếu tố này sau khi được kích hoạt bởi thrombin sẽ liên kết chéo các miền D của các fibrin đơn liên kết. Sự có mặt của các phân tử D-dimer gợi ý đến tình trạng đông máu nội mạch vì nó chỉ có thể được tạo ra sau khi hình thành thrombin và sau đó là sự thoái hóa của fibrin liên kết ngang. Vì vậy, D-dimer đóng vai trò là một dấu hiệu toàn diện về việc kích hoạt hệ thống đông máu và tiêu sợi huyết, đồng thời có chức năng như một dấu hiệu gián tiếp của hoạt động huyết khối

và hoạt động tiêu huyết khối sau đó.¹³ Điều này có thể giải thích cho cơ chế đột quy do tăng đông máu và tắc mạch ở bệnh nhân ung thư. Giá trị D-dimer trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của Kwangsoo và cao hơn so với nghiên cứu của Nakamura.^{7,8}

Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị tốt của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Anouk.¹⁴ Tuy nhiên, sự khác biệt này có thể do tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu khác nhau, tác giả Anouk chỉ lựa chọn những bệnh nhân đột quy kèm theo ung thư được điều trị nội mạch. Những yếu tố liên quan tới kết quả điều trị của người bệnh bao gồm giới, điểm NIHSS và chỉ số D-dimer. Khác với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, đa số các nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan giữa giới với kết quả điều trị.^{9,11} Sự khác biệt này có thể được lý giải do mô hình bệnh tật ở nam và nữ tại Việt Nam khác biệt so với các quốc gia khác. Một nghiên cứu được thực hiện tại Hàn Quốc đã chỉ ra rằng những bệnh nhân có điểm NIHSS ban đầu cao thì thường có kết quả điều trị không tốt, tương tự với nghiên cứu của chúng tôi.¹⁵ Nakamura và cộng sự chỉ ra trong kết quả nghiên cứu của mình rằng cứ mỗi đơn vị D-dimer tăng lên thì tỷ suất chênh tử vong tăng lên 1,03 lần (KTC: 1,02 - 1,03).⁸ Những yếu tố này có thể góp phần nâng cao khả năng sàng lọc sớm và chất lượng điều trị nhồi máu não ở những bệnh nhân mắc ung thư.

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế: Bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu là tất cả những người đã được chẩn đoán xác định là ung thư tại cơ sở y tế, có giấy ra viện hoặc giấy khám bệnh làm minh chứng khi khai thác tiền sử của người bệnh. Khi nhập viện chúng tôi chưa đủ điều kiện cận lâm sàng để rà soát xác định lại toàn bộ giai đoạn TNM của bệnh nhân mà chỉ dựa vào tiền sử bệnh của cơ quan ung thư tiên phát. Ngoài ra, nhóm nghiên

cứu chưa đủ điều kiện thực hiện tầm soát đầy đủ các căn nguyên liên quan đến tim mạch ở những bệnh nhân nguy cơ thấp ví dụ như đeo holter điện tim, siêu âm tim qua thực quản... Do đó, có thể bỏ sót một số trường hợp rung nhĩ cơn hoặc các căn nguyên tim mạch khác. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thể là tiền đề cho những nghiên cứu trong tương lai với mức độ chuyên sâu hơn.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não cấp có bệnh lý ung thư tương tự với các bệnh nhân đột quy không có bệnh lý ung thư, nồng độ D-dimer cao ở hầu hết các trường hợp, và hình ảnh tổn thương thường gặp trên phim là những tổn thương đa ổ kích thước nhỏ.

Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị tốt là 48,3%. Những yếu tố liên quan tới kết quả điều trị là giới, điểm NIHSS và nồng độ D-dimer.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2021;71(3):209-249.
2. Aboul-Nour H, Maraey A, Jumah A, et al. Mechanical Thrombectomy for Acute Ischemic Stroke in Metastatic Cancer Patients: A Nationwide Cross-Sectional Analysis. *Journal of stroke*. Jan 2023;25(1):119-125. doi:10.5853/jos.2022.02334
3. Navi BB, Reiner AS, Kamel H, et al. Risk of arterial thromboembolism in patients with cancer. *Journal of the American College of Cardiology*. 2017;70(8):926-938.
4. Bộ Y tế. *Quyết định số 5531/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quy não"*. 2020.
5. Cestari DM, Weine DM, Panageas KS, et

- al. Stroke in patients with cancer. *Neurology*. 2004;62(11):2025-2030. doi:10.1212/01.WNL.0000129912.56486.2B
6. Lee E-J, Nah H-W, Kwon J-Y, et al. Ischemic Stroke in Patients with Cancer: Is it Different from Usual Strokes? *International Journal of Stroke*. 2014;9(4):406-412. doi:10.1111/ij.s.12124
7. Kim K, Lee JH. Risk factors and biomarkers of ischemic stroke in cancer patients. *J Stroke*. May 2014;16(2):91-6. doi:10.5853/jos.2014.16.2.91
8. Nakamura M, Sakon M, Sasako M, et al. Association of D-dimer level with thrombotic events, bleeding, and mortality in Japanese patients with solid tumors: a Cancer-VTE Registry subanalysis. *Int J Clin Oncol*. Apr 2024;29(4):407-416. doi:10.1007/s10147-024-02475-6
9. Cacho-Díaz B, Spínola-Marroño H, Mendoza-Olivas LG. Clinical presentation, risk factors and outcome of central nervous system metastasis vs stroke in cancer patients. *Current Problems in Cancer*. 2019/08/01/ 2019;43(4):324-330. doi:https://doi.org/10.1016/j.currprobcancer.2018.09.001
10. Sato S, Toyoda K, Uehara T, et al. Baseline NIH Stroke Scale Score predicting outcome in anterior and posterior circulation strokes. *Neurology*. 2008;70(24 Part 2):2371-2377.
11. Cutting S, Wettengel M, Conners JJ, et al. Three-Month Outcomes Are Poor in Stroke Patients with Cancer Despite Acute Stroke Treatment. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2017/04/01/ 2017;26(4):809-815. doi:https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.10.021
12. Hong CT, Tsai LK, Jeng JS. Patterns of acute cerebral infarcts in patients with active malignancy using diffusion-weighted imaging. *Cerebrovasc Dis*. 2009;28(4):411-6. doi:10.1159/000235629
13. Johnson ED, Schell JC, Rodgers GM. The D-dimer assay. *American Journal of Hematology*. 2019;94(7):833-839. doi:https://doi.org/10.1002/ajh.25482
14. Rozeman A, Hund H, Boiten J, et al. Circle of Willis variation and outcome after intra-arterial treatment. *BMJ Neurol Open*. 2022;4(2):e000340. doi:10.1136/bmjno-2022-000340
15. Lee E-J, Bae J, Jeong H-B, et al. Effectiveness of mechanical thrombectomy in cancer-related stroke and associated factors with unfavorable outcome. *BMC Neurology*. 2021/02/06 2021;21(1):57. doi:10.1186/s12883-021-02086-y

Summary

CLINICAL FEATURES, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES IN PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE AND CANCER PATHOLOGY

Cancer is considered one of the risk factors for ischemic stroke, leading to an increasing health burden, mortality, and disability among acute ischemic stroke (AIS) patients. A cross-sectional study was conducted on AIS patients with cancer diseases at Bach Mai Stroke Center from January 2023 to March 2024 to describe the clinical and paraclinical characteristics and treatment outcomes of this group of patients. 87 patients (mean age 67.7 ± 11.7 ; median admission NIHSS score 5 (3 - 8)) were recruited. The three most common cancers were colon (16.1%), thyroid (14.9%), and lung cancer (12.6%). Hemiplegia (81.6%) and speech disturbance (71.3%) were the most prevalent clinical symptoms. Most patients had small, multifocal lesions on a brain CT or MRI. The median D-dimer value was 2.8 (1.12 - 4.10). 48.3% of patients got a good outcome (mRS 0-2). Factors associated with a good outcome included male sex, NIHSS score, and D-dimer levels.

Keywords: Acute ischemic stroke, cancer, clinical, paraclinical, D-dimer.