



Phòng khám đa khoa Hòa Hảo

BÁO CÁO HỘI NGHỊ ĐỘT QUY VÀ BỆNH THẦN KINH LIÊN QUAN TOÀN QUỐC LẦN IX

BS. Nguyễn Tấn Dũng

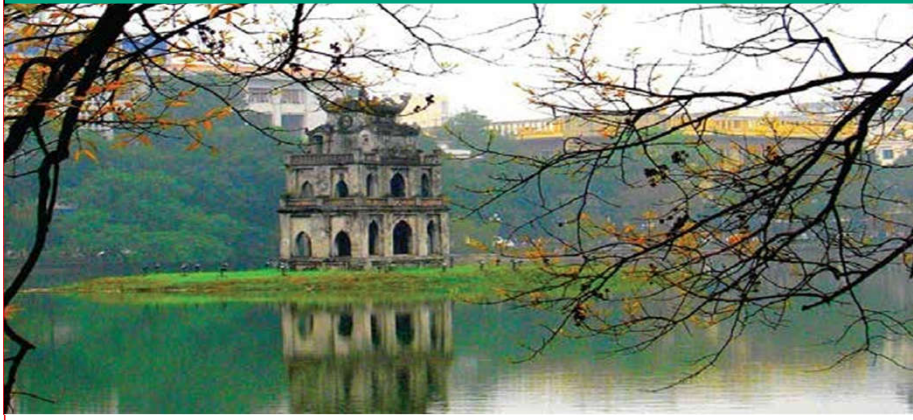


HỘI ĐỘT QUỴ VIỆT NAM THƯ MỜI

CHƯƠNG TRÌNH HỘI NGHỊ KHOA HỌC TOÀN QUỐC

CHUYÊN NGÀNH ĐỘT QUỴ VÀ CÁC BỆNH THẦN KINH LIÊN QUAN LẦN THỨ IX

📍 Trung tâm Hội nghị Quốc tế
Số 11 Lê Hồng Phong, Hà Nội
📅 Hà Nội | 22-23.10.2022



- Tổng 50 bài báo cáo
- Các bài báo cáo tại hội nghị được đăng trên tập chí Y học

10:30 - 10:50

Tỷ lệ mắc phình động mạch não ở người Việt Nam qua khảo sát MSCT 640 mạch máu não tại Phòng khám Đa khoa Hòa Hảo.

BSCK2. Nguyễn Tấn Dũng
Phòng khám Đa khoa Hòa Hảo -
Thành phố Hồ Chí Minh



CHƯƠNG TRÌNH HỘI NGHỊ KHOA HỌC TOÀN QUỐC
CHUYÊN NGÀNH ĐỘT QUÝ VÀ CÁC BỆNH THẦN KINH LIÊN QUAN LẦN THỨ IX

Ngày thứ bảy (22/ 10/ 2022):

Hội trường VIP - Tầng 2 (Chuyên đề Đột quy)

Chủ tọa đoàn: GS.TS. Lê Quang Cường, GS.TS. Nguyễn Văn Thông, GS.TS. Hoàng Anh, PGS.TS. Vũ Anh Nhị, PGS.TS. Nguyễn Hữu Công

07:30 - 08:00	Đón tiếp Đại biểu	
08:00 - 08:15	Khai mạc Hội nghị	
08:15 - 08:35	Tóm tắt hướng dẫn thực hành dự phòng đột quy do VXDM lớn trong sọ có triệu chứng (s-ICAS)	GS.TS. Nguyễn Văn Thông Chủ tịch Hội Đột quy Việt Nam
08:35 - 09:05	Điều trị phục hồi chức năng sau đột quy	GS.TS. Michael Brainin Danube University Krems, Áo; Nguyên Chủ tịch Tổ chức Đột quy Thế giới
09:05 - 09:35	Liệu pháp mạch máu - thần kinh trong đột quy - Exosomes và Cerebrolysin	GS.TS. Michael Chopp Chủ tịch Nghiên cứu Khoa học Thần kinh - Henry Ford Health, Đại học Oakland, Michigan, Mỹ; Nhận danh hiệu Zoltan J Kovacs về Nghiên cứu Thần kinh
09:35 - 09:55	Nghỉ giải lao	
09:55 - 10:25	Các lựa chọn điều trị được lý trong phục hồi chức năng sau đột quy	GS.TS. Andreas Winkler Bệnh viện Bad Pirawarth, Chủ tịch Hội Nghiên cứu Lâm sàng PHCN Áo
10:25 - 10:55	Dữ liệu mới hứa hẹn về liệu pháp bổ sung bảo vệ thần kinh trong đột quy thiếu máu não nặng và chảy máu dưới nhện	GS.TS. Zdravka Poljakovic Bệnh viện Đại học Y Zagreb, Croatia

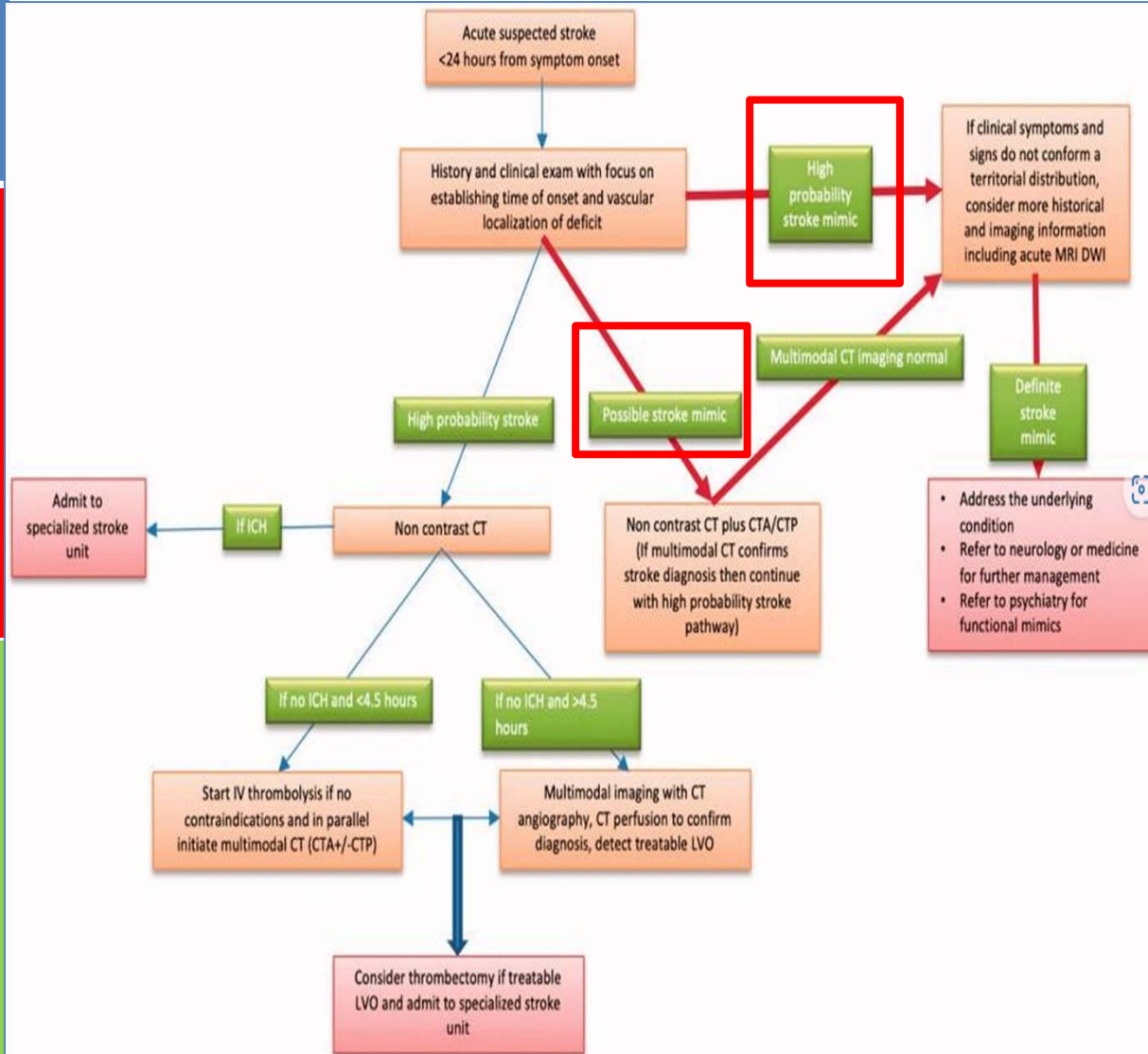
AAN Guideline Process*
2022 American academy of
neurology: 15 khuyến nghị
cho s-ICAS

- Khuyến cáo **cerebrolysin** 30ml/ngày (TM) tối thiểu 10 ngày và **citalopram** 20mg/ngày (u) PHCN thần kinh từ PubMed (6/2018 – 2/2020)
- **Exosomes** (nano sinh học độc hại) và **cerebrolysin** (rlcn mm não, bảo vệ, đảo ngược tttb não; rất mới lạ tạo ra exomes qua trung gian cerebrolysin)



Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng bệnh nhân giả đột quỵ (Stroke mimic)

TS.BS. Đặng Phúc Đức
Bệnh viện Quân y 103



F.A.S.T
Face

Khuôn mặt bị mất cân đối;
yếu liệt mặt. Hãy bảo người đó cười và quan sát.



F.A.S.T
Arm

Yếu liệt tay chân.
Hãy bảo người đó giơ tay lên và so sánh.



F.A.S.T
Speech

Giọng nói bị thay đổi.
Hãy bảo người đó nói những từ đơn giản.



1800 1115
F.A.S.T
Time

Nếu phát hiện các dấu hiệu trên,
hãy nhanh chóng đưa bệnh nhân đến cơ sở y tế có thể điều trị đột quỵ gần nhất vì thời gian là sự sống còn của não.

Time in brain



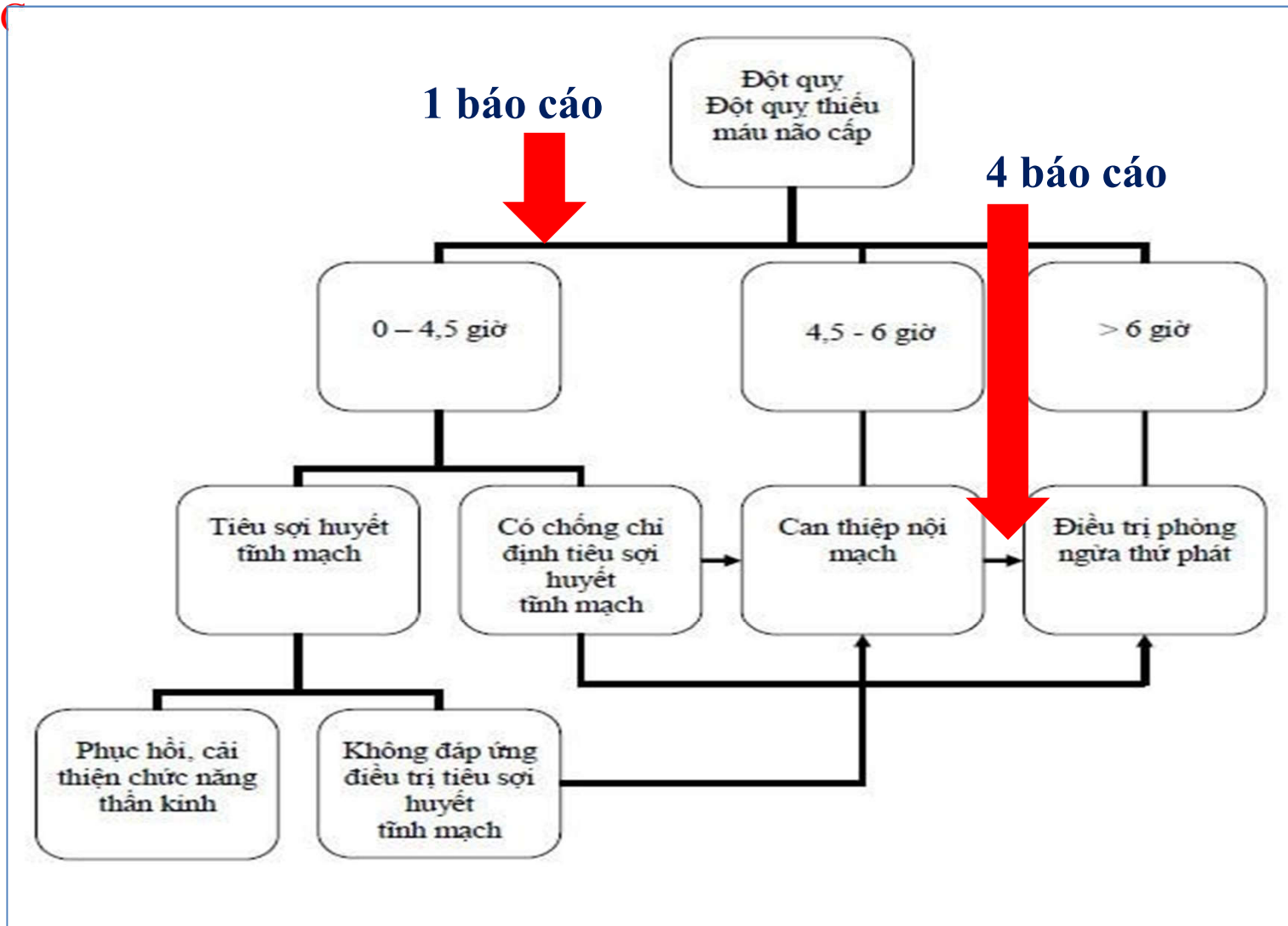
Thang điểm NISHH

Mục khám	Thang điểm	Kết quả điểm từng lần		
		Ngày đánh giá:	Giờ đánh giá:	
1a. Mức ý thức	0 = tỉnh, đáp ứng nhanh 1 = ngủ gà, đánh thức dễ 2 = lơ mơ, cần kích thích mạnh 3 = mê, không đáp ứng hoặc chỉ đáp ứng vận động phản xạ			
1b. Hồi thán và tuổi	0 = trả lời đúng cả hai câu 1 = đúng một câu 2 = không đúng cả hai			
1c. Thực hiện hai lệnh vận động (nhắm mắt + nắm tay)	0 = làm đúng cả hai 1 = chỉ làm đúng một 2 = không làm đúng cả hai mệnh lệnh			
2. Vận nhãn ngang	0 = bình thường 1 = liệt vận nhãn 1 phần, 1 hoặc 2 mắt, lệch mắt vượt qua được 2 = lệch mắt/liệt vận nhãn hoàn toàn, mắt búp bê không khắc phục			
3. Thị trường	0 = không mất thị trường 1 = bán manh 1 phần, góc manh hoặc triệt tiêu 2 = bán manh hoàn toàn 3 = bán manh 2 bên (mù/mù vò)			
4. Liệt mặt	0 = không liệt 1 = yếu nhẹ (mờ nếp mũi má, mắt đối xứng khi cười) 2 = liệt một phần (liệt phần dưới mặt khá nặng đến hoàn toàn) 3 = liệt hoàn toàn nửa mặt 1 hoặc 2 bên hoặc BN hôn mê			
5. Vận động tay a. Tay trái b. Tay phải	0 = giữ tay 90° hoặc 45° đủ 10 giây không trôi rơi 1 = trôi rơi trước khi hết 10 giây, không chạm giường 2 = gắng sức nhưng không thể nâng tay hoặc rơi tay chạm giường 3 = có vận động nhưng không gắng sức, rơi ngay xuống giường 4 = hoàn toàn không có vận động hoặc BN hôn mê UN = cụt chi, cứng khớp, ghi rõ: _____			
6. Vận động chân a. Chân trái b. Chân phải	0 = giữ chân 30° đủ 5 giây không trôi rơi 1 = trôi rơi trước khi hết 5 giây, không chạm giường 2 = có gắng sức chống trọng lực nhưng rơi chạm giường trước 5 giây 3 = có vận động nhưng không gắng sức, rơi ngay xuống giường 4 = hoàn toàn không có vận động hoặc BN hôn mê UN = cụt chi, cứng khớp, ghi rõ: _____			
7. Thất điều chi	0 = không có thất điều hoặc BN liệt/không hiểu/hôn mê 1 = có ở một chi 2 = có ở hai chi			
8. Cảm giác	0 = bình thường 1 = mất cảm giác nhẹ - trung bình, giảm/mất cg đau, còn cg sờ chạm 2 = mất cảm giác nặng, toàn bộ hoặc BN hôn mê			
9. Ngôn ngữ	0 = bình thường 1 = mất ngôn ngữ nhẹ - trung bình, giao tiếp được dù hơi khó 2 = mất ngôn ngữ nặng, giao tiếp rất hạn chế 3 = câm lẳng, mất ngôn ngữ toàn bộ, không nói/không hiểu lời, mê			
10. Rối loạn khớp âm (Dysarthria)	0 = bình thường 1 = nhẹ - trung bình, giao tiếp được dù hơi khó 2 = nặng, giao tiếp rất hạn chế UN = có NKQ hoặc các vật cản trở vật lý khác, ghi rõ: _____			
11. Sự triệt tiêu mà mắt chú ý (thờ ơ)	0 = không bất thường 1 = mất chú ý thị giác, xúc giác, thính giác, không gian hoặc bản thân hoặc triệt tiêu ở một thể thức cảm giác 2 = mất chú ý nửa thân nặng hoặc ở >1 thể thức. Không nhận biết bàn tay mình hoặc chi hướng về không gian 1 bên hoặc mê			
TỔNG ĐIỂM (tối đa 42 điểm)				

- **NISHH < 4** **nhồi máu não mạch nhỏ không dùng thuốc tiêu huyết khối (ngoại trú).**
- **4 < NISHH < 22** **dùng thuốc tiêu huyết khối (nhập viện)**



Lưu đồ điều trị đột quỵ thiếu máu não cấp





Đánh giá kết quả điều trị nhồi máu não cấp tại Trung tâm đột
quỵ Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

BS. Vũ Đình Duy

Bệnh viện Trung ương - Đại học Y Thái Nguyên

Đối tượng: 406 BN từ 1/2022 – 6-2022

Kết quả và kết luận: Tuổi trung bình 68,04, tăng huyết áp 66,74%, đái tháo đường 20,94%, rung nhĩ 19,21%, tiền sử đột quỵ 19,21%. Nhồi máu não do tắc tuần hoàn trước nhiều hơn tuần hoàn sau. Tỷ lệ tiêu sợi huyết và lấy huyết khối 20%, **thời gian cửa kim trung bình là 26,5 phút**, cửa bện trung bình 65 phút. Điểm NIHSS trung bình lúc vào viện 6,97, lúc ra viện 2,49 điểm. Sự phục hồi sau 1 tháng với điểm **Rankin dưới 2 điểm 78,6%**.



Kết quả điều trị can thiệp nội mạch lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học trên bệnh nhân nhồi máu não cấp trong cửa sổ từ 6 đến 24 giờ

Ths.BS. Trần Thị Minh Hằng
Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch
Bệnh viện 115

Kết quả: 1/2021 tháng 5/2021 có 80 BN nghiên cứu. Tại thời điểm 90 ngày, kết cục độc lập chức năng (mRS 0-2) 51,2%, tỉ lệ tử vong 12,5%. Tỉ lệ tái thông mạch máu sau thủ thuật (TICI 2b/3) 96,2%. Tỉ lệ chảy máu có triệu chứng 5%

Kết luận: Hiệu quả an toàn vì vậy nên được áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng nhằm tạo thêm cơ hội điều trị cho bệnh nhân đến trễ sau cửa sổ thời gian chuẩn tại Việt Nam

		mRS	TV	Tici	CM
Kết quả điều trị lấy huyết khối cơ học ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc mạch lớn liên quan tới xơ vữa	<i>ThS.BS. Nguyễn Thanh Long</i> Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An	56,6	14,4	84,4	7,8
Kết quả điều trị nhồi máu não cấp do tắc mạch máu lớn đến muộn bằng can thiệp nội mạch kết hợp trí tuệ nhân tạo (RAPID)	<i>ThS.BS. Phan Ngọc Nhu</i> Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ	45,7	4,3	73,9	8,7
Kết quả lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học trên bệnh nhân đột quy thiếu máu não cấp	<i>TS.BS. Bùi Văn Dũng</i> Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng	59,2	16,8	82,5	4,9
		45-60	<17	74-85	5-9



Các bài báo cáo chẩn đoán hình ảnh

Kết quả bước đầu ứng dụng cộng hưởng từ sức căng khuếch tán 3 tesla đánh giá đặc điểm bó thể chai trên bệnh nhân Alzheimer người Việt Nam

ThS.BS Nguyễn Đăng Hải
Bệnh viện Quân y 103 - Đại học Y Hải Phòng

DTI có thể hữu ích tái tạo đđ bó thể chai AD -> đường dẫn truyền khác giữa trung khu não bộ AD và người khỏe mạnh/ **Tái tạo đường bó thể chai** (nghiên cứu 19 BN)

Mối tương quan giữa thang điểm đánh giá trực quan toàn diện MRI não (CVRS) và thang điểm MMSE ở người bệnh Alzheimer

BSCK1. Nguyễn Vinh Khang
Đại học Y - Dược - Bệnh viện Đại học Y thành phố Hồ Chí Minh

CVRS có mối **tương quan nghịch** điểm số MMSE

Các phân nhóm bệnh Alzheimer theo hình ảnh cộng hưởng từ cấu trúc

BS. Nội trú Trần Hoàn Vũ
Đại học Y - Dược - Bệnh viện Đại học Y thành phố Hồ Chí Minh

4 phân nhóm dựa vào **vị trí teo não** bằng các thang điểm đánh giá bằng mắt, có sự khác biệt các phân nhóm về nhân khẩu học và cn nhận thức

Siêu âm đo đường kính bao dây thần kinh thị giác bình thường ở người Việt Nam trưởng thành

ThS.BS. Nguyễn Thị Cúc
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

ONSD ở người Việt Nam trưởng thành $4,93 \pm 0,4$ mm, nam cao hơn nữ, không có tương quan với vòng eo, BMI, độ tuổi, nhưng **có tương quan mạnh đường kính vòng đầu**

Tỷ lệ mắc hình động mạch não ở người Việt Nam qua khảo sát MSCT 640 mạch máu não tại Phòng khám Đa khoa Hòa Hảo.

BSCK2. Nguyễn Tấn Dũng
Phòng khám Đa khoa Hòa Hảo -
Thành phố Hồ Chí Minh

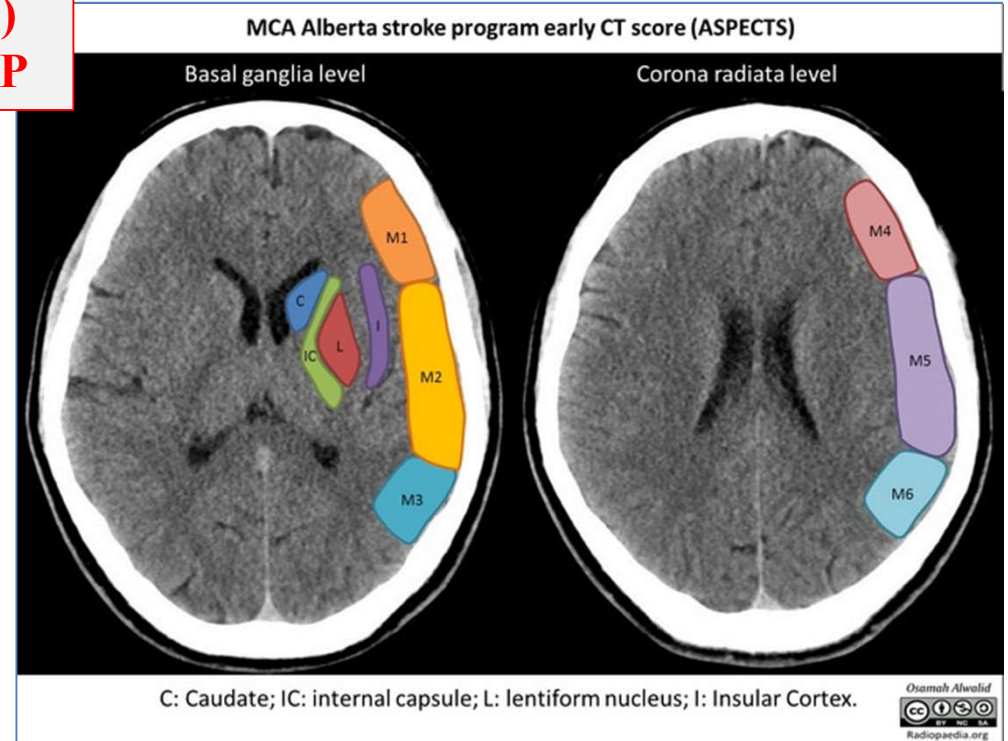
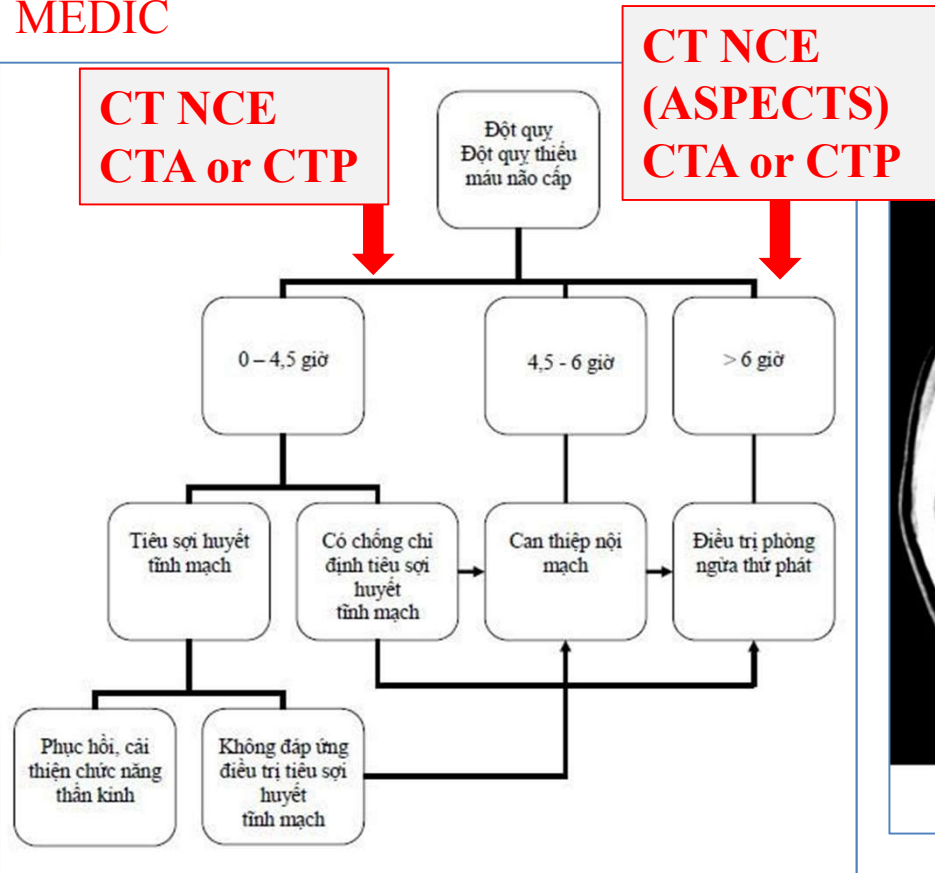
Tỉ lệ mắc hiện hành **hình động mạch não không vỡ ở người Việt Nam là 3,9%**, tỉ lệ mắc nữ cao hơn nam lần lượt là 6%; 2,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với KTC 95% ($p=0,013 < 0,05$).

Tiền lượng hồi phục ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp dựa vào tuần hoàn bàng hệ trên hình ảnh cắt lớp vi tính mạch máu não đa pha

BS. Nội trú Nguyễn Lệ Thu
Bệnh viện Quân y 103 - Học viện Quân y

THBH trên hình ảnh 3 pha **có giá trị tiên lượng kết quả hồi phục ở BN ĐQNMN cấp.**

Vai trò CT trong stroke



Yếu tố tiên đoán bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn thỏa chỉ định can thiệp lấy huyết khối trong cửa sổ từ 6 đến 24 giờ

ThS.BS. Nguyễn Minh Đức Thịnh
 Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn,
 Bệnh viện 115 thành phố Hồ Chí Minh

Điểm cắt 7, độ nhạy 95%, độ đặc hiệu 63%. Điểm ASPECTS trên CT không can quang là 1 yếu tố có giá trị để tiên đoán chỉ định can thiệp nội mạch cửa sổ 6-24 giờ



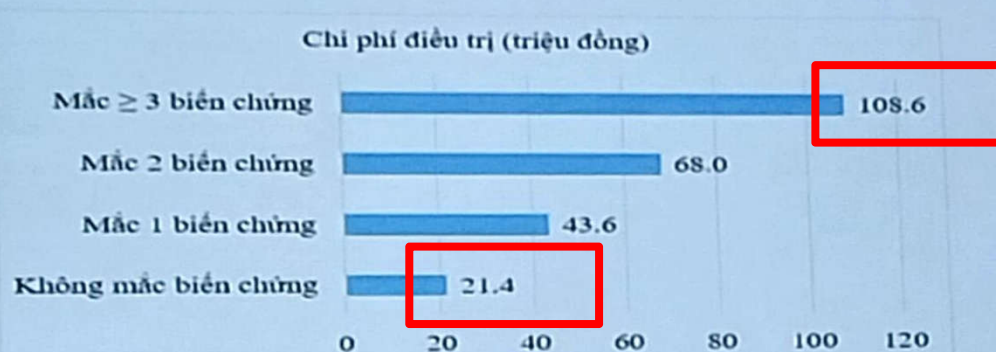
Các biến chứng và sự gia tăng gánh nặng bệnh tật ở bệnh nhân đột quỵ não có biến chứng

TS.BS. Đỗ Đức Thuận
Bệnh viện Quân y 103

Bảng 2. Các biến chứng xuất hiện ở bệnh nhân đột quỵ não

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)	n
Chảy máu chuyển thể (ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não)	7	2,6	275
Viêm phổi	50	11,8	422
Viêm tiết niệu	26	6,2	422
Loét da	16	3,8	422
Huyết khối tĩnh mạch sâu	12	2,8	422
Chảy máu dạ dày	5	1,2	422
Đột quỵ tái diễn	4	0,9	422
Có mức ít nhất 1 biến chứng	81	19,2	422

Gánh nặng chi phí điều trị trung bình ở bệnh nhân đột quỵ não có biến chứng (n = 422)



422 BN chia làm 2 nhóm (nhóm có biến chứng, không biến chứng)

Kết luận: Sự xuất hiện các biến chứng làm gia tăng gánh nặng tài chính và sức khỏe cho BN. Cần tối ưu chiến lược dự phòng điều trị biến chứng cho bệnh nhân đột quỵ.

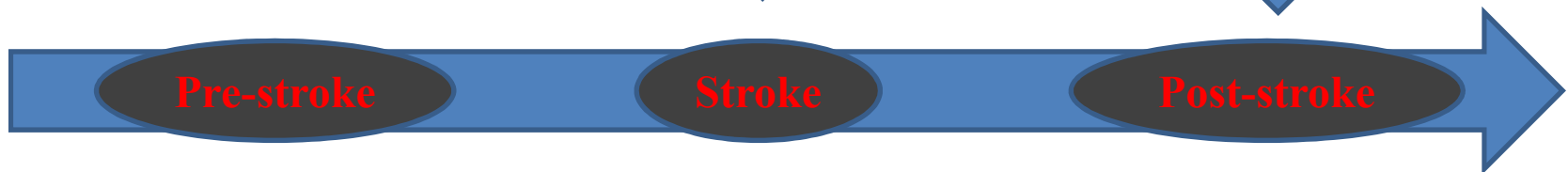


TASKS

- Khám sàng lọc
- Chẩn đoán và điều trị dự phòng stroke

NIHSS <4;
GLASGOW

- Khám sàng lọc và đánh giá kết cục
- Chẩn đoán và điều trị dự phòng tái phát stroke





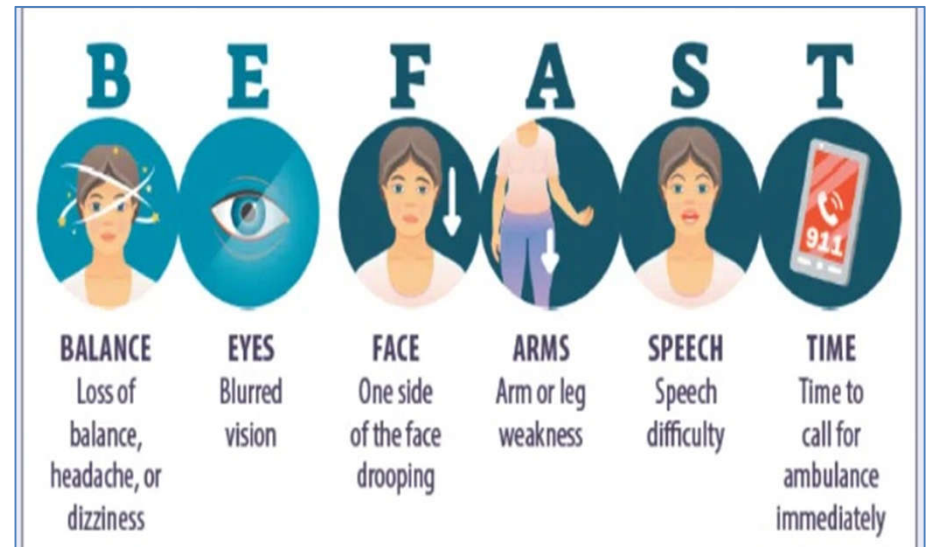
Screening of acute stroke

2013 ASA/F.A.S.T

F.A.S.T can miss up to 14% of stroke cases.



B.E.F.A.S.T had missed cases down to 4%.



Additional symptoms of stroke may include:

ADD

Sudden **confusion**

Numbness of the face, arms, or legs, especially on one side of the body

Sudden, severe **headache**



Chẩn đoán, điều trị dự phòng đột quỵ

On average, someone in the **United States has a stroke every 40 seconds**. While there are numerous factors that increase risk (including high blood pressure, diabetes, heart rhythm disorders, high cholesterol, exposure to tobacco, physical inactivity, and kidney disease), diet is a major modifiable risk factor for stroke.

7 tiêu chí

1. Tăng huyết áp.
2. Hút thuốc lá.
3. Rung nhĩ
4. Đái tháo đường
5. Vỡ xơ động mạch (rối loạn lipid máu)
6. Hẹp động mạch cảnh (Doppler cổ)
7. Chẩn đoán hình ảnh phát hiện sớm: CT não không cản quang, MRI não NCE (có hình ảnh tái tạo mạch máu cổ não), MRA CE não; CTA cổ não.



Xin cảm ơn sự chú ý của quý
Thầy Cô và các bạn đồng nghiệp!