

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY CHẬM TRỄ CHẨN ĐOÁN Ở NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY CHẢY MÁU NÃO

*Đặng Phúc Đức¹, Phạm Ngọc Tú², Ngô Tiến Quyền¹
Nguyễn Đăng Hải¹, Phạm Mạnh Cường¹, Phạm Đình Đài^{1*}*

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố nguy cơ gây chậm trễ chẩn đoán ở người bệnh (NB) đột quy chảy máu não (ĐQ CMN). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 283 NB ĐQ CMN. Phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Tất cả các kiểm định đều là kiểm định hai chiều và có ý nghĩa khi $p < 0,05$. **Kết quả:** ĐQ CMN không điển hình chiếm 4,9% số NB ĐQ CMN. Một số đặc điểm lâm sàng làm tăng nguy cơ chậm trễ chẩn đoán NB ĐQ CMN như chóng mặt (OR = 3,58), không rối loạn ý thức (OR = 3,40), không rối loạn ngôn ngữ (OR = 6,10), không liệt chi (OR = 5,67), không liệt dây VII (OR = 5,47), FAST âm tính OR = 8,50, điểm NIHSS thấp, ≤ 4 (OR = 4,02). **Kết luận:** NB ĐQ CMN mức độ lâm sàng nhẹ (NIHSS ≤ 4), thiếu các triệu chứng phổ biến (liệt chi, liệt dây VII, rối loạn ngôn ngữ) làm tăng đáng kể nguy cơ chẩn đoán sai. Đáng chú ý, không có triệu chứng nào ở NB ĐQ CMN theo tiêu chuẩn FAST làm tăng 8,5 lần nguy cơ chậm trễ chẩn đoán.

Từ khóa: Đột quy chảy máu não; Đột quy không điển hình; Chậm trễ chẩn đoán; Bỏ sót chẩn đoán.

EVALUATION OF RISK FACTORS FOR DELAYED DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH HEMORRHAGIC STROKE

Abstract

Objectives: To identify risk factors associated with delayed diagnosis in patients with hemorrhagic stroke. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 283 patients with hemorrhagic stroke. Data were analyzed using SPSS version 22.0. All statistical tests were two-tailed and a p-value threshold of < 0.05 was considered statistically significant. **Results:** Atypical presentations of hemorrhagic stroke were observed in 4.9% of hemorrhagic stroke patients.

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Học viện Quân y

*Tác giả liên hệ: Phạm Đình Đài (phamdai103@gmail.com)

Ngày nhận bài: 16/9/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 29/10/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50i9.1706>

Several clinical features were significantly associated with an increased risk of delayed diagnosis, including dizziness (OR = 3.58), absence of impaired consciousness (OR = 3.40), absence of language impairment (OR = 6.10), absence of limb paralysis (OR = 5.67), absence of cranial nerve VII palsy (OR = 5.47), negative FAST test (OR = 8.50), and low NIHSS score ≤ 4 (OR = 4.02). **Conclusion:** Patients with mild clinical severity (NIHSS ≤ 4) and absence of typical symptoms (e.g., paralysis, cranial nerve VII palsy, or language impairment) are at significantly higher risk of misdiagnosis. Notably, the absence of symptoms in hemorrhagic stroke according to FAST criteria exhibited an 8.5-fold increased risk of delayed diagnosis.

Keywords: Hemorrhagic stroke; Atypical stroke; Diagnostic delay; Misdiagnosis.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuật ngữ "stroke chameleon" (tạm dịch: ĐQ tắc kè hoa) xuất hiện để mô tả những trường hợp ĐQ thật sự nhưng biểu hiện lâm sàng lại không điển hình (giống như tắc kè có khả năng ngụy trang), khiến việc chẩn đoán bị chậm trễ hoặc bỏ sót [1]. Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu, hiện vẫn chưa có định nghĩa thống nhất được đưa ra cho stroke chameleon. Trong hầu hết các ấn bản y học quốc tế về stroke chameleon đều sử dụng khái niệm "là một cơn ĐQ thực sự ban đầu biểu hiện với các triệu chứng không điển hình, khó phát hiện hoặc không xuất hiện các triệu chứng kinh điển, khiến nó bị chẩn đoán sai hoặc bỏ sót trong lần đánh giá đầu tiên". Do vậy, trong hầu hết các nghiên cứu, tiêu chuẩn lựa chọn "stroke chameleon" thường là NB ĐQ não bị bỏ sót chẩn đoán ban đầu. Việc bỏ sót hoặc chẩn đoán chậm sẽ làm mất đi cơ hội vàng áp dụng các biện pháp điều trị chuẩn giai đoạn cấp, hạn chế biến chứng, phục hồi chức năng, và phòng ngừa thứ phát cho NB ĐQ. Tỷ

lệ chậm trễ chẩn đoán ĐQ dao động cao trong các nghiên cứu, từ 1,2 - 12,7% [2]. Hầu hết nghiên cứu này đều ở khu vực châu Âu. Ở khu vực châu Á, có một vài báo cáo tổng quan về "stroke chameleon", chỉ có một nghiên cứu hồi cứu tại Thái Lan trên đối tượng ĐQ nhồi máu não [3], chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào riêng cho đối tượng CMN. Trong khi đó, ĐQ CMN lại thường có mức độ lâm sàng nặng và nguy cơ tử vong cao gấp 2 - 4 lần so với thể nhồi máu não dễ hiểu rõ hơn về các yếu tố dẫn đến chẩn đoán sai ĐQ có thể giúp thúc đẩy các biện pháp can thiệp để giảm thiểu tình trạng này. Do đó, chúng tôi tiến hành một nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm: *Xác định một số yếu tố nguy cơ gây chậm trễ chẩn đoán ở NB ĐQ CMN.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 283 NB ĐQ khám và nhập viện điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 8/2024 - 02/2025.

** Tiêu chuẩn lựa chọn:*

Chẩn đoán ĐQ theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới được áp dụng thường quy tại Khoa Đột quy. Thu thập toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán xác định khi ra viện là ĐQ CMN.

** Tiêu chuẩn loại trừ:* NB không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

** Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

NB chậm trễ chẩn đoán (nhóm 1) được định nghĩa là NB ĐQ được chẩn đoán ban đầu nghĩ tới bệnh lý khác ĐQ, NB được chuyển vào các khoa khác (không phải Khoa Đột quy), sau đó mới được xác định là ĐQ và chuyển tới khoa ĐQ. NB nhóm 1 đều được xác chẩn bằng chẩn đoán hình ảnh (cắt lớp vi tính sọ não hoặc cộng hưởng từ não). NB được chẩn đoán ban đầu chính xác (nhóm 2) là các NB được chuyển thẳng vào Khoa Đột quy từ Khoa Cấp cứu.

Các dữ liệu về tiền sử, triệu chứng phát hiện qua thăm khám tại Khoa Cấp cứu và chẩn đoán hình ảnh não được lưu trữ để so sánh giữa 2 nhóm.

** Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm SPSS 22.0. Tất cả các kiểm định đều là kiểm định hai chiều, và giá trị p được coi là có ý nghĩa nếu $< 0,05$. Mô tả đặc điểm lâm sàng 2 nhóm bằng phép kiểm Chi-bình phương (thay thế bằng Fisher's exact test với cỡ mẫu nhỏ) và Independent sample T-test. Các biến độc lập mà khác biệt có ý nghĩa thống kê được lựa chọn đưa vào phân tích hồi quy đơn biến.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện đầy đủ theo quy định của Học viện Quân y. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thu thập từ tháng 8/2024 - 02/2025. Tổng số NB ĐQ CMN thu dung là 283. Chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của NB nghiên cứu.

Đặc điểm	Nhóm 1 (n = 14)	Nhóm 2 (n = 269)	Tổng (n = 283)	p
Giới tính, nam, (n, %)	6 (42,9)	175 (65,1)	181 (64,0)	0,092
Tuổi ($\bar{X} \pm SD$)	69,07 $\pm$ 11,76	61,72 $\pm$ 13,97	62,08 $\pm$ 13,95	0,054
Tăng huyết áp (n, %)	11 (78,6)	164 (61,0)	175 (61,8)	0,186
Đái tháo đường (n, %)	3 (21,4)	42 (15,6)	45 (15,9)	0,562
Tiền sử ĐQ não (n, %)	2 (14,3)	42 (15,6)	44 (15,5)	0,894

Tuổi trung bình NB là 69,07 $\pm$ 11,76, nam giới chiếm 64,0%. ĐQ CMN không điển hình chiếm 14/283 (4,9%) NB ĐQ CMN.

Bảng 2. Chẩn đoán bước đầu của NB nhóm ĐQ CMN không điển hình.

Chẩn đoán	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh tim mạch	7	50,0
Sốt nhiễm khuẩn	1	7,1
Đau đầu	2	14,3
Bệnh lý thần kinh TW khác	4	28,6
Tổng	14	100,0

(TW: Trung ương)

Trong nhóm ĐQ CMN không điển hình, nhóm bệnh lý chẩn đoán sai ban đầu hay gặp nhất là bệnh tim mạch (50%), tiếp đến là nhóm bệnh lý thần kinh TW khác (28,6%).

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng NB nghiên cứu.

Đặc điểm	Nhóm 1 (n = 14)	Nhóm 2 (n = 269)	Tổng (n = 283)	P
Đau đầu, n (%)	8 (57,1)	120 (44,6)	128 (45,2)	0,358
Chóng mặt, n (%)	4 (28,6)	27 (10,0)	34 (10,9)	0,030
Rối loạn ý thức, n (%)	4 (28,6)	155 (57,6)	159 (56,2)	0,033
Rối loạn thị giác, n (%)	4 (28,6)	34 (12,6)	38 (13,4)	0,088
Rối loạn ngôn ngữ, n (%)	3 (21,4)	168 (62,5)	171 (60,4)	0,002
Liệt dây VII, n (%)	2 (14,3)	133 (49,4)	135 (47,7)	0,010
Co giật, n (%)	1 (7,1)	1 (0,4)	2 (0,7)	0,97
MRC	4,43 ± 1,02	2,41 ± 1,82	2,11 ± 1,84	< 0,001
NIHSS	4,86 ± 4,47	12,68 ± 9,72	12,29 ± 9,67	0,003

(MRC: UK Medical Research Council - Hội đồng Nghiên cứu Y học Anh; NIHSS: National Institutes of Health Stroke Scale - Thang điểm Đột quỵ của các viện Sức khỏe Quốc gia Hoa Kỳ)

So sánh tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng đơn lẻ cho thấy NB ĐQ CMN nhóm không điển hình có tỷ lệ chóng mặt 28,6%, cao hơn nhóm điển hình (10%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trái lại, nhóm không điển hình lại có tỷ lệ gặp rối loạn ý thức là 28,6%, rối loạn ngôn ngữ là 21,4%, liệt dây VII là 14,3%; thấp hơn so với nhóm điển hình (lần lượt 57,6%, 62,5% và 49,4%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

So với nhóm ĐQ CMN điển hình, nhóm không điển hình có xu hướng liệt nhẹ với MRC là $4,43 \pm 1,02$, mức độ lâm sàng nhẹ với NIHSS là $4,86 \pm 4,47$ (so với MRC là $2,41 \pm 1,82$ và NIHSS là $12,68 \pm 9,72$). Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Đặc điểm về vị trí tổn thương CMN.

Vị trí tổn thương	Nhóm 1 (n = 14) n (%)	Nhóm 2 (n = 269) n (%)	Tổng (n = 283) n (%)	p
Bán cầu	6 (42,9)	78 (29,0)	84 (29,7)	0,795
Hạch nền	3 (21,4)	75 (27,9)	78 (27,6)	
Đồi thị	1 (7,1)	29 (10,8)	30 (10,6)	
Thân não	1 (7,1)	22 (8,2)	23 (8,1)	
Tiểu não	0 (0,0)	19 (7,1)	19 (6,7)	
Dưới nhện	3 (21,4)	46 (17,1)	49 (17,3)	

Tổn thương CMN gặp nhiều nhất ở bán cầu (29,7%) và hạch nền (27,6%), khác biệt phân bố vị trí tổn thương giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Một số yếu tố liên quan đến nguy cơ chậm trễ chẩn đoán ở NB ĐQ CMN không điển hình.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến nguy cơ chậm trễ chẩn đoán.

Biểu hiện lâm sàng	OR	95%CI	p
Giới tính nữ	2,48	0,84 - 7,37	0,092
Tăng huyết áp	2,35	0,64 - 8,61	0,186
Đái tháo đường	1,47	0,39 - 5,51	0,562
Tiền sử ĐQ não	0,90	0,19 - 4,17	0,894
Đau đầu	1,66	0,56 - 4,90	0,358
Chóng mặt	3,58	1,05 - 12,21	0,030
Rối loạn ý thức (không)	3,40	1,04 - 11,11	0,033
Rối loạn ngôn ngữ (không)	6,10	1,66 - 22,38	0,002
Liệt chi (không)	5,67	1,55 - 20,74	0,003
Liệt VII (không)	5,47	1,25 - 24,01	0,010
FAST âm tính	8,50	2,73 - 26,52	< 0,001
NIHSS thấp (≤ 4)	4,02	1,35 - 12,00	0,008

Kết quả phân tích cho thấy một số đặc điểm lâm sàng làm tăng nguy cơ chậm trễ chẩn đoán NB ĐQ CMN gồm: Chóng mặt OR = 3,58 (95%CI: 1,05 - 12,21), không rối loạn ý thức OR = 3,40 (95%CI: 1,04 - 11,11), không rối loạn ngôn ngữ OR = 6,10 (95%CI: 1,66 - 22,38), không liệt chi OR = 5,67 (95%CI: 1,55 - 20,74), không liệt dây VII OR = 5,47 (95%CI: 1,25 - 24,01) FAST âm tính OR = 8,50 (95%CI: 2,73 - 26,52), điểm NIHSS thấp (≤ 4) OR = 4,02 (95%CI: 1,35 - 12,00).

BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 8/2024 - 02/2025 tại Khoa Đột quỵ, Bệnh viện Quân y 103, tổng cộng 283 NB được đưa vào phân tích. Có 14/283 trường hợp ĐQ CMN không điển hình bị chậm trễ chẩn đoán ĐQ ban đầu (4,9%). Theo Tarnutzer và CS ghi nhận tỷ lệ chậm trễ chẩn đoán gấp ở 9% NB ĐQ não (cả 2 thể) [4].

Trong nhóm ĐQ CMN không điển hình, nhóm bệnh lý chẩn đoán sai ban đầu hay gặp nhất là bệnh tim mạch (50%), tiếp đến là nhóm bệnh lý thần kinh trung ương khác (28,6%). Về bản chất, ĐQ CMN là bệnh lý do tổn thương mạch máu, các biến động rầm rộ chức năng tim mạch khá phổ biến trong ĐQ CMN cấp. Bên cạnh đó, các biến động chức năng tim mạch cũng thường liên quan tới xử trí cấp cứu, gây áp lực về

thời gian chẩn đoán đối với bác sĩ khoa cấp cứu. Nghiên cứu của Dupre và CS ghi nhận có tới 12,13% các trường ĐQ không điển hình được chẩn đoán ban đầu là cơn tăng huyết áp khẩn cấp [1].

So sánh triệu chứng giữa 2 nhóm cho thấy NB ĐQ CMN nhóm không điển hình hay gặp chóng mặt hơn (28,6% so với 10%), ít gặp triệu chứng rối loạn ý thức, mức độ liệt và mức độ lâm sàng cũng nhẹ hơn so với nhóm điển hình. Kết quả trên phù hợp với thực tiễn lâm sàng, các NB ĐQ não có bảng lâm sàng nhẹ, mờ nhạt, thiếu vắng các triệu chứng phổ biến (liệt chi thể, rối loạn ngôn ngữ, liệt dây VII). Chính mức độ lâm sàng nhẹ với các triệu chứng ĐQ quan trọng mờ nhạt là trở ngại cho bác sĩ tiếp cận ban đầu chẩn đoán chính xác bệnh. Dựa vào kết quả phân tích sàng lọc ban đầu trong bảng 3 và bảng 4, chúng tôi đã tiến hành phân tích hồi quy đơn biến các yếu tố liên quan tới nguy cơ chậm trễ chẩn đoán (Bảng 5).

Phân tích hồi quy đơn biến cho thấy một số đặc điểm lâm sàng làm tăng nguy cơ chậm trễ chẩn đoán NB ĐQ CMN gồm chóng mặt, không rối loạn ý thức, không rối loạn ngôn ngữ, không liệt chi, không liệt dây VII. Tác giả Saber Tehrani và CS (2018) trong một phân tích tổng hợp đã kết luận chóng mặt là triệu chứng liên quan chặt chẽ

nhất đến tình trạng ĐQ bị bỏ sót [5]. NB có triệu chứng chóng mặt (không kèm theo hoặc có triệu chứng mờ nhạt yếu cơ, thay đổi giọng nói, liệt mặt) dễ bị nhầm lẫn với các bệnh lý lành tính ở tai trong hoặc tình trạng bất thường sức khỏe khác.

Tác giả Madsen TE và CS cũng công bố kết quả cho thấy những người không có triệu chứng ĐQ khu trú kinh điển (như liệt mặt hoặc yếu chi) có nguy cơ bị bỏ sót chẩn đoán ĐQ tại khoa cấp cứu cao hơn đáng kể. Trong số các trường hợp bị bỏ sót chẩn đoán, chỉ khoảng 49,1% bị yếu cơ khu trú so với 77,5% ở nhóm ĐQ não điển hình. NB có triệu chứng yếu cơ cục bộ (bao gồm liệt mặt và yếu cơ chi) làm giảm đáng kể nguy cơ bỏ sót chẩn đoán ĐQ với $OR = 0,38$ (95%CI: 0,31 - 0,48; $p < 0,001$) [6].

Nhiều nghiên cứu đã khẳng định tỷ lệ bỏ sót chẩn đoán ĐQ cao nhất xảy ra ở nhóm NB rối loạn ý thức nhẹ (lú lẫn nhẹ, giảm chú ý) so với nhóm rối loạn ý thức trung bình và nặng, do biểu hiện không điển hình, dễ nhầm với các nguyên nhân khác [7, 8]. Một nghiên cứu hồi cứu trên > 2.000 ca ĐQ cũng ghi nhận rối loạn ý thức nhẹ làm tăng nguy cơ bỏ sót chẩn đoán gần 4 lần ($AOR = 3,58$; 95%CI: 2,65 - 4,84; $p < 0,0001$) [6].

Điểm NIHSS thấp (≤ 4) làm tăng nguy cơ chậm trễ chẩn đoán với $OR =$

4,02 (95%CI: 1,35 - 12,00). NIHSS là thang điểm tiêu chuẩn được sử dụng rộng rãi đánh giá mức độ ĐQ. Tuy nhiên, NIHSS đánh giá không tốt mức độ tổn thương ở vùng phân bố hệ tuần hoàn sau, nhóm này thường có NIHSS thấp, thậm chí 0 điểm vẫn có thể bị ĐQ [9]

Đáng chú ý, FAST âm tính làm gia tăng tới gần 8,5 lần nguy cơ chậm trễ chẩn đoán ($OR = 8,50$; $p < 0,001$). Mặc dù FAST là tiêu chuẩn phát hiện nhanh ĐQ được ứng dụng rộng rãi, các nghiên cứu vẫn cho thấy FAST có khả năng bỏ sót 14% các trường hợp ĐQ [10].

KẾT LUẬN

ĐQ CMN không điển hình chiếm 4,9% số NB ĐQ CMN. Nhóm bệnh lý chẩn đoán sai ban đầu hay gặp nhất là bệnh tim mạch (50%), tiếp đến là nhóm bệnh lý thần kinh trung ương khác (28,6%). Một số đặc điểm lâm sàng làm tăng nguy cơ chậm trễ chẩn đoán NB ĐQ CMN gồm chóng mặt, không rối loạn ý thức, không rối loạn ngôn ngữ, không liệt chi, không liệt dây VII, điểm NIHSS thấp. Đặc biệt FAST âm tính làm tăng nguy cơ bỏ sót chẩn đoán đột quy tới 8,5 lần.

Hạn chế của đề tài: Chúng tôi chưa đề cập đến yếu tố con người, trang bị và tổ chức trong vấn đề chậm trễ chẩn đoán. Nghiên cứu mới dừng lại ở mức đánh giá các đặc điểm triệu chứng ở bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dupre CM, et al. Stroke chameleons. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2014; 23(2):374-378.
2. Candelaresi PC, Di Monaco, and E Pisano, Stroke chameleons: Diagnostic challenges. *Eur J Radiol Open*. 2023; 11:100533.
3. Chompoopong P, et al. Are we overlooking stroke chameleons? A retrospective study on the delayed recognition of stroke patients. *Cerebrovascular Diseases*. 2017; 44(1-2):83-87.
4. Tarnutzer AA, et al. ED misdiagnosis of cerebrovascular events in the era of modern neuroimaging: A meta-analysis. *Neurology*. 2017; 88(15):1468-1477.
5. Saber Tehrani AS, et al. Diagnosing stroke in acute dizziness and vertigo: Pitfalls and pearls. *Stroke*. 2018; 49(3): 788-795.
6. Madsen TE, et al. Potentially missed diagnosis of ischemic stroke in the emergency department in the Greater Cincinnati/Northern Kentucky Stroke Study. *Academic Emergency Medicine*. 2016; 23(10):1128-1135.
7. Wallace EJC and AL Liberman. Diagnostic challenges in outpatient stroke: Stroke chameleons and atypical stroke syndromes. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2021; 17:1469-1480.
8. Shake A, A Oostema, and J Jones. BET 2: Missed diagnosis of ischaemic stroke in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*. 2018; 35(12):768-769.
9. Hoyer C and K Szabo. Pitfalls in the diagnosis of posterior circulation stroke in the emergency setting. *Frontiers in Neurology*. 2021; 12:682827.
10. Aroor S, R Singh, and LB Goldstein, BE-FAST (Balance, Eyes, Face, Arm, Speech, Time). *Stroke*. 2017; 48(2): 479-481.