

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF ATYPICAL STROKE AND RISK FACTORS ASSOCIATED WITH MISSED STROKE DIAGNOSIS

Dang Phuc Duc¹, Pham Ngoc Tu^{2*},
Ngo Tien Quyen¹, Nguyen Huy Ngoc¹, Pham Dinh Dai¹, Nguyen Dang Hai¹

¹Vietnam Military Medical University - 160 Phung Hung, Ha Dong Ward, Hanoi City, Vietnam

²Military Hospital 4 - 137 Provincial Road 743B Thong Nhat 2 Quarter, Di An Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 22/07/2025

Revised: 14/08/2025; Accepted: 05/12/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate risk factors associated with missed diagnosis of stroke in patients with atypical presentations.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 900 stroke patients at the 103 Military Hospital from August 2024 to February 2025. Patients were divided into two groups: atypical stroke (n = 71) and typical stroke (n = 829). Clinical and paraclinical features were assessed and compared between the two groups to identify factors contributing to misdiagnosis of stroke as other conditions in the early phase.

Results: The rate of missed diagnosis in the atypical stroke group was 7,9%. This group had higher proportions of patients without limb weakness, without facial palsy, and with dizziness. Additionally, focal but non-classical neurological symptoms such as isolated limb weakness or localized sensory disturbances were more frequent in the atypical group than in the typical group. Independent factors associated with increased risk of missed early diagnosis included: absence of limb weakness (OR = 3,06), absence of facial palsy (OR = 2,51), and dizziness (OR = 4,33). Fewer positive signs in FAST and BEFAST screening tools was strongly associated with missed diagnosis: having only 0 – 1 positive sign on FAST or BEFAST increased the risk of missed diagnosis with OR of 10,9 and 7,9, respectively.

Conclusion: Atypical strokes are more likely to be missed due to the absence of classic focal neurological signs. Greater clinical vigilance is needed in patients presenting with sudden-onset symptoms such as dizziness or headache without limb weakness, or with isolated motor or sensory deficits in a single limb, to improve early recognition and timely management.

Keywords: Stroke, Stroke chameleons, FAST, BEFAST.

*Corresponding author

Email: phamngoctuv4@gmail.com Phone: (+84) 987678898 DOI: 10.52163/yhc.v66i6.3982

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG ĐỘT QUỴ NÃO KHÔNG ĐIỂN HÌNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY BỎ SÓT CHẨN ĐOÁN ĐỘT QUỴ NÃO

Đặng Phúc Đức¹, Phạm Ngọc Tú^{2*},
Ngô Tiến Quyền¹, Nguyễn Huy Ngọc¹, Phạm Đình Đài¹, Nguyễn Đăng Hải¹

¹Học viện Quân y - 160 Phùng Hưng, P. Hà Đông, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Quân y 4 - 137 Đường tỉnh 743B Khu phố Thống Nhất 2, P. Dĩ An, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận: 22/07/2025

Ngày sửa: 14/08/2025; Ngày đăng: 05/12/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố nguy cơ gây bỏ sót chẩn đoán đột quỵ não ở bệnh nhân đột quỵ không điển hình.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 900 bệnh nhân đột quỵ tại Bệnh viện Quân y 103 (08/2024–02/2025), chia thành hai nhóm: đột quỵ không điển hình (n=71) và điển hình (n=829). Đánh giá triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, so sánh đặc điểm giữa 2 nhóm để tìm ra các yếu tố nguy cơ gây chẩn đoán nhầm đột quỵ não với bệnh khác ở giai đoạn sớm.

Kết quả: Tỷ lệ đột quỵ không điển hình bị bỏ sót chẩn đoán là 7,9%. Nhóm này có tỷ lệ không liệt chi, không liệt dây VII và chóng mặt cao hơn. Ngoài ra các triệu chứng thần kinh khu trú nhưng không điển hình như liệt hoặc rối loạn cảm giác khu trú ở một chi ở nhóm đột quỵ không điển hình cũng chiếm tỉ lệ cao hơn so với nhóm điển hình. Các yếu tố làm tăng nguy cơ bỏ sót chẩn đoán bước đầu đột quỵ não gồm: không liệt chi với OR (Odds Ratio) =3,06, không liệt dây VII (OR=2,51) và chóng mặt (OR=4,33). Số triệu chứng dương tính của FAST và BEFAST ít (0 – 1 triệu chứng dương tính) làm tăng nguy cơ bỏ sót đột quỵ với OR lần lượt là 10,9 và 7,9.

Kết luận: Đột quỵ không điển hình dễ bị bỏ sót thường do thiếu dấu hiệu thần kinh khu trú điển hình. Cần nâng thận trọng với các biểu hiện xuất hiện đột ngột như chóng mặt, đau đầu nhưng không kèm theo liệt chi hoặc các trường hợp liệt và rối loạn cảm giác khu trú ở một chi để cải thiện khả năng nhận diện và xử trí sớm.

Từ khóa: Đột quỵ não, Stroke chameleons, FAST, BEFAST.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là nguyên nhân gây tử vong và tàn phế hàng đầu ở người trưởng thành với gánh nặng ngày càng tăng tại Việt Nam [1], [2]. Việc chẩn đoán đúng và điều trị đột quỵ sớm đóng vai trò quan trọng trong cải thiện tiên lượng. Tuy nhiên, các trường hợp đột quỵ không điển hình thường có biểu hiện với các triệu chứng não chung đơn thuần như chóng mặt, đau đầu hoặc các triệu chứng thần kinh khu trú nhưng không không điển hình như liệt hoặc rối loạn cảm giác ở một chi thể, những biểu hiện như vậy làm cho đột quỵ không điển hình dễ bị bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm với bệnh lý khác. Nhiều nghiên cứu đã ghi nhận tỷ lệ bỏ sót chẩn đoán đột quỵ dao động từ 2,1% đến 13% [3], [4], [5]. Một nghiên cứu khác chỉ

ra rằng có 4% bệnh nhân đột quỵ có triệu chứng điển hình bị bỏ sót, trong khi đột quỵ biểu hiện bằng các triệu chứng không điển hình như rối loạn ý thức, rối loạn dáng đi hay chóng mặt đơn thuần bị bỏ sót chẩn đoán tới 64% (OR = 43,4) [6].

Một số công cụ sàng lọc đột quỵ như FAST chủ yếu tập trung vào việc xác định đột quỵ với các biểu hiện điển hình như liệt nửa người, liệt mặt và nói khó [7]. Trong khi đó, đột quỵ nhẹ hoặc đột quỵ tuần hoàn sau thường khởi phát với các triệu chứng không điển hình như chóng mặt, mất thăng bằng hoặc rối loạn thị giác, vì vậy FAST còn hạn chế trong việc phát hiện các thể đột quỵ này [8], [9]. BEFAST cải thiện về độ nhạy hơn so với FAST nhưng tỉ lệ dương tính giả lại

*Tác giả liên hệ

Email: phamngoctuv4@gmail.com Điện thoại: (+84) 987678898 DOI: 10.52163/yhc.v66i6.3982

cao hơn [10]. Do đó, nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố gây khó khăn trong chẩn đoán đột quỵ không điển hình có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Bệnh nhân nhập viện vào khoa đột quỵ hoặc vào khoa khác nhưng sau đó chuyển đến khoa đột quỵ và khi ra viện với chẩn đoán đột quỵ não theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới (1970): “Đột quỵ não là sự mất cấp tính chức năng của não (thường là khu trú hơn toàn thể), tồn tại quá 24 giờ hoặc dẫn đến tử vong, do căn nguyên mạch máu”.

+ Có bằng chứng tổn thương đột quỵ não trên chẩn đoán hình ảnh (CT hoặc MRI sọ não) hoặc chẩn đoán hình ảnh âm tính nhưng xét nghiệm dịch não tủy (+) hoặc lâm sàng điển hình.

+ Có hồ sơ bệnh án ghi nhận đầy đủ các thông tin nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án không đầy đủ, thiếu các thông tin cần thiết cho phân tích.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Bệnh nhân nhập viện vào khoa Đột quỵ hoặc được chuyển đến khoa Đột quỵ từ các khoa khác và được chẩn đoán đột quỵ não theo định nghĩa cập nhật dựa trên hướng dẫn của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ/AHA-ASA (2013): “Đột quỵ não là hội chứng lâm sàng đặc trưng bởi sự khởi phát đột ngột của thiếu sót thần kinh khu trú hoặc toàn thể kéo dài hơn 24 giờ hoặc dẫn đến tử vong, có nguyên nhân do mạch máu, được xác định bằng lâm sàng và/hoặc hình ảnh học (CT hoặc MRI sọ não).” [11].

+ Bệnh nhân có bằng chứng tổn thương não cấp tính phù hợp trên chẩn đoán hình ảnh (CT hoặc MRI sọ não), gồm:

+ Đột quỵ nhồi máu não: tổn thương giảm tỷ trọng trên CT hoặc tăng tín hiệu khu trú trên DWI-MRI phù hợp vùng cấp máu động mạch não.

+ Đột quỵ chảy máu não: hình ảnh tăng tỷ trọng trên CT hoặc tín hiệu đặc trưng trên MRI.

+ Các trường hợp thiếu máu não thoáng qua (TIA), tức triệu chứng thần kinh khu trú hồi phục hoàn toàn trong vòng 24 giờ và không có tổn thương trên hình ảnh học, được loại trừ khỏi nghiên cứu.

+ Bệnh án phải ghi nhận đầy đủ các thông tin lâm

sàng, cận lâm sàng cần thiết cho phân tích.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Chia nhóm bệnh nhân nghiên cứu:

+ Nhóm 1: nhóm bệnh nhân ban đầu bị bỏ sót chẩn đoán đột quỵ (là những bệnh nhân ban đầu không được chẩn đoán là đột quỵ não tại khoa cấp cứu hoặc khoa khác, nhưng sau đó được xác định lại là đột quỵ não trong cùng đợt điều trị khi có kết quả hình ảnh học hoặc diễn tiến lâm sàng phù hợp).

+ Nhóm 2: Nhóm bệnh nhân được chẩn đoán đúng đột quỵ não ngay từ đầu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8/2024 đến tháng 2/2025.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa đột quỵ - Bệnh viện Quân y 103.

- Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

trong đó:

+ n: cỡ mẫu nghiên cứu.

+ α : Với $\alpha = 0,05$ thì $Z^2_{1-\alpha/2} = 1,96$.

+ d: là sai số cho phép, trong nghiên cứu này chúng tôi lấy $d = 0,02$.

+ p là tỷ lệ ước tính, theo nghiên cứu công bố bởi A. Andrea Tarnutzer và cộng sự là 9% [5]. Như vậy, với $d = 0,02$ ta tính được cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là tối thiểu là 787 bệnh nhân. Thực tế trong nghiên cứu này nhóm nghiên cứu thu thập được gồm 900 bệnh nhân.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

- Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân được lựa chọn đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu. Thông tin lâm sàng được thu thập tại thời điểm nhập viện, thông tin cận lâm sàng phục vụ chẩn đoán được thu thập trong suốt quá trình điều trị.

- Biến số và các chỉ số nghiên cứu: Tuổi, giới tính, tiền sử và bệnh lý kèm theo (tăng huyết áp, đái tháo đường, đột quỵ não, rung nhĩ), tỉ lệ các triệu chứng liệt vận động, liệt dây VII, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn cảm giác, rối loạn thị giác, rối loạn tâm thần, chóng

mặt, đau đầu, điểm NIHSS, điểm FAST và BEFAST (mỗi triệu chứng dương tính thuộc công cụ FAST, BEFAST được tính 1 điểm: F (Face/miệng méo), A (Arm/liệt tay), S (Speech/rối loạn ngôn ngữ); B (Balance/rối loạn thăng bằng), E (Eyes/rối loạn thị giác)), thể đột quy, vị trí tổn thương não, phân tích mối liên quan giữa biểu hiện của một số triệu chứng lâm sàng với nguy cơ bỏ sót đột quy dựa vào tỉ suất chênh OR.

2.3. Phân tích số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel 2016. Phân tích thống kê sử dụng phần mềm SPSS 22.0. Trước khi phân tích, các biến định lượng được kiểm tra phân phối bằng Shapiro–Wilk test và sử dụng T-test đối với biến số có phân phối chuẩn, kiểm định Mann-Witney hoặc Willcoxon đối với biến không phân phối chuẩn. Các biến phân loại được kiểm định bằng thuật toán Chi-square hoặc Fisher’s test. Các giá trị $p < 0,05$ được xem như có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận bởi hội đồng Đạo đức nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Quân y 103 (số 88/HĐĐĐ ngày 19 tháng 8 năm 2024).

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm 1 (n = 71) (n, %)	Nhóm 2 (n = 829) (n, %)	p
Tuổi TB ($\pm$ SD)	68,7 $\pm$ 11,9	65,9 $\pm$ 13,4	0,093
Nam giới	46 (64,8)	548 (66,1)	0,822
Tăng huyết áp	47 (66,2)	495 (59,7)	0,284
Đái tháo đường	13 (18,3)	161 (19,4)	0,820
Tiền sử ĐQN	17 (23,9)	179 (21,6)	0,645
Rung nhĩ	1 (1,4)	28 (3,4)	0,367

Trong số 900 bệnh nhân đột quy não, có 71 ca (7,9%) thuộc nhóm không điển hình bị bỏ sót chẩn đoán ban đầu. Tuổi trung bình ở nhóm không điển hình là 68,7 $\pm$ 11,9, ở nhóm điển hình là 65,9 $\pm$ 13,4. Nam giới chiếm đa số. Tăng huyết áp là bệnh lý kèm theo phổ biến, trong khi rung nhĩ chiếm tỉ lệ thấp ở cả 2 nhóm. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2. Chẩn đoán bước đầu của bệnh nhân nhóm đột quy không điển hình

Ở nhóm đột quy không điển hình (n = 71), chẩn đoán ban đầu tại thời điểm nhập viện rất đa dạng và không hướng đến đột quy, phản ánh tính chất lâm sàng không đặc hiệu của nhóm này.

Bảng 2. Chẩn đoán nhập viện ở nhóm đột quy không điển hình

Chẩn đoán	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tăng huyết áp	16	22,5
Tăng huyết áp khẩn cấp	6	8,5
Hội chứng tiền đình	17	23,9
Bệnh thần kinh trung ương khác	11	15,5
Bệnh thần kinh ngoại vi	7	9,9
Đau đầu	5	7,0
Sốt, nhiễm khuẩn	3	4,2
Chẩn đoán khác	6	8,5

Tăng huyết áp là nhóm chẩn đoán thường gặp nhất với tổng số 22 bệnh nhân (chiếm 31%), trong số bệnh nhân tăng huyết áp này có 6 trường hợp được chẩn đoán tăng huyết áp cấp cứu (chiếm 8,5% tổng số đột quy không điển hình). Tiếp đến là chẩn đoán rối loạn tiền đình đứng thứ hai với 17 bệnh nhân (chiếm 23,9%). Chẩn đoán về các bệnh lý thần kinh trung ương khác như Parkinson, u não, sa sút trí tuệ, chấn thương sọ não ... chiếm 15,5%. Các bệnh lý thần kinh ngoại vi như tổn thương rễ thần kinh, liệt dây VII ngoại vi ... cũng có mặt trong chẩn đoán vào viện ở nhóm này với 9,9%. Các chẩn đoán khác như đau đầu, sốt, nhiễm khuẩn ... cũng xuất hiện nhưng với tỉ lệ thấp hơn.

3.3. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng	Nhóm 1 (n = 71) n(%)	Nhóm 2 (n = 829) n(%)	p
Liệt nửa người	14 (19,7)	593 (71,5)	< 0,001
Liệt 1 chi	5 (7,0)	16 (1,9)	0,006
Liệt dây VII	13 (18,3)	531 (64,1)	< 0,001
Rối loạn ngôn ngữ	16 (22,5)	488 (58,9)	< 0,001
Chóng mặt	39 (54,9)	96 (11,6)	< 0,001
Rối loạn cảm giác nửa người	0 (0)	214 (25,8)	< 0,001

Triệu chứng	Nhóm 1 (n = 71) n(%)	Nhóm 2 (n = 829) n(%)	p
Rối loạn cảm giác 1 chi	5 (7,0)	5 (0,6)	< 0,001
Đau đầu	22 (31,0)	175 (21,1)	0,053
Rối loạn thị giác	3 (4,2)	14 (1,7)	0,132
Điểm NIHSS ≤ 4	45 (63,4)	253 (30,5)	< 0,001
Thể nhồi máu	57 (80,3)	560 (67,6)	0,027

Nhóm không điển hình có tỷ lệ liệt chi (29,6%), liệt dây VII (18,3%), rối loạn ngôn ngữ (22,5%), rối loạn cảm giác (8,5%) thấp hơn rõ rệt so với nhóm điển hình (tương ứng 83,1%, 64,1%, 58,9%; 28%; $p < 0,001$). Ngược lại, các triệu chứng liệt và rối loạn cảm giác khu trú ở 1 chi, chóng mặt, đau đầu phổ biến hơn ở nhóm không điển hình ($p < 0,001$). Đáng chú ý, trong số 6 trường hợp có triệu chứng rối loạn cảm giác ở nhóm không điển hình thì có tới 5 trường hợp rối loạn cảm giác khu trú chỉ ở 1 chi (83,3%). Điểm NIHSS thấp (≤ 4 điểm) ở nhóm không điển hình chiếm tỉ lệ cao hơn so với nhóm điển hình, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Về thể đột quy, nhồi máu não chiếm đa số ở cả 2 nhóm nhưng ở nhóm không điển hình chiếm tỉ lệ cao hơn ($p < 0,05$).

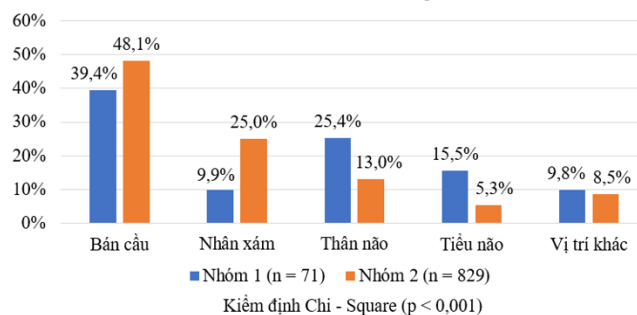
Kết quả phân tích ở trên cho thấy các biểu hiện không liệt chi hoặc liệt khu trú ở 1 chi, không liệt dây VII, không rối loạn ngôn ngữ, có chóng mặt, rối loạn cảm giác khu trú ở một chi xuất hiện với tỉ lệ cao hơn ở nhóm không điển hình so với nhóm điển hình và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Do đó, chúng tôi tiến hành hồi quy đa biến các yếu tố này nhằm ước tính nguy cơ bỏ sót chẩn đoán đột quy có liên quan đến các đặc điểm lâm sàng này.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan độc lập đến nguy cơ bỏ sót chẩn đoán đột quy.

Biểu hiện lâm sàng	OR	KTC 95%	p-value
Không liệt chi	6,09	2,87 – 12,93	< 0,001
Liệt 1 chi	6,17	1,68 – 22,68	< 0,001
Rối loạn cảm giác ở một chi	7,85	1,73 – 35,76	0,008
Chóng mặt	3,86	2,15 – 6,93	< 0,001
Không liệt dây VII	2,03	0,94 – 4,39	0,072
Không rối loạn ngôn ngữ	1,52	0,77 – 2,99	0,23

Kết quả phân tích có 4 yếu tố liên quan độc lập làm tăng nguy cơ bỏ sót chẩn đoán đột quy ở nhóm không điển hình gồm không liệt chi hoặc liệt khu trú ở một chi, rối loạn cảm giác ở 1 chi và chóng mặt. Trong đó triệu chứng rối loạn cảm giác ở 1 chi làm tăng nguy cơ bỏ sót đột quy cao nhất ($OR = 7,85$), tiếp theo là liệt 1 chi ($OR = 6,17$), không liệt chi ($OR = 6,09$) và chóng mặt ($OR = 3,86$).

3.4. Đặc điểm về vị trí tổn thương



Biểu đồ 1. Đặc điểm vị trí tổn thương não

Vị trí tổn thương não được chúng tôi ghi nhận theo phân vùng giải phẫu, không phân biệt thể nhồi máu hay chảy máu, nhằm phản ánh chính xác biểu hiện lâm sàng liên quan đến vùng tổn thương. Kết quả phân tích cho thấy tổn thương bán cầu chiếm đa số và gần tương đương ở cả 2 nhóm với tỉ lệ lần lượt là 36,6% ở nhóm không điển hình và 41,5% ở nhóm điển hình. Trong khi đó, tổn thương ở thân não và tiểu não (vốn được chi phối bởi hệ tuần hoàn sau) ở nhóm không điển hình lại chiếm tỉ lệ cao hơn so với nhóm điển hình (40,9% và 18,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.5. Giá trị của FAST, BEFAST trong nhận diện đột quy không điển hình

Bảng 5. Đặc điểm FAST và BEFAST ở bệnh nhân nghiên cứu

Tiêu chí					
Số triệu chứng (+)	Nhóm 1 (n = 71) n(%)	Nhóm 2 (n = 829) n(%)	p	OR	P
FAST					
0 - 1	54 (76,1)	96 (22,1)	< 0,001	10,9	< 0,001
2 - 3	17 (23,9)	646 (77,9)			
Trung vị	0	2	< 0,001		

Tiêu chí					
Số triệu chứng (+)	Nhóm 1 (n = 71) n(%)	Nhóm 2 (n = 829) n(%)	p	OR	P
BEFAST					
0 - 1	47 (66,2)	164 (19,8)	< 0,001	7,9	< 0,001
2 - 5	24 (33,8)	665 (80,2)			
Trung vị	1	2	< 0,001		

Điểm FAST và BEFAST thấp (0 – 1 điểm) chiếm đa số ở nhóm đột quỵ không điển hình (76,1 % với FAST và 66,2% với BEFAST), trong khi ở nhóm điển hình tỉ lệ này lại thấp hơn nhiều, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Để đánh giá mối liên quan giữa số biểu hiện dương tính thuộc FAST và BEFAST thấp (0 – 1 biểu hiện dương tính) với nguy cơ bỏ sót chẩn đoán đột quỵ, chúng tôi tiến hành hồi quy đơn biến với từng yếu tố này. Kết quả cho thấy số biểu hiện dương tính của các triệu chứng thuộc FAST và BEFAST thấp làm tăng nguy cơ bỏ sót chẩn đoán đột quỵ ở nhóm không điển hình với OR lần lượt là 10,9 và 7,9 ($p < 0,001$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân đột quỵ không điển hình

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 8/2024 – 2/2025 tại Khoa Đột quỵ, Bệnh viện Quân y 103, tổng cộng 900 bệnh nhân được đưa vào phân tích. Trong số này có 71 trường hợp đột quỵ não không điển hình bị bỏ sót chẩn đoán đột quỵ ban đầu, chiếm 7,9% tổng số ca đột quỵ. Kết quả này tương đối phù hợp với các báo cáo quốc tế, trong đó Tarnutzer và cộng sự ghi nhận tỷ lệ này khoảng 9% [5]. Đa số bệnh nhân trong cả hai nhóm đều có các yếu tố nguy cơ mạch máu như tăng huyết áp, đái tháo đường hoặc tiền sử đột quỵ não. Điều này cho thấy bệnh cảnh không điển hình không nhất thiết xảy ra trên nhóm bệnh nhân có nguy cơ thấp, mà có thể xuất hiện ngay cả ở những người đã có nền bệnh lý mạch máu rõ ràng.

Về triệu chứng lâm sàng, nhóm không điển hình có tỉ lệ liệt chi, liệt dây VII và rối loạn ngôn ngữ thấp hơn rõ rệt so với nhóm điển hình, trong khi các biểu hiện như chóng mặt (54,9%), đau đầu (31%) và rối loạn cảm giác khu trú một chi (7,0%) lại phổ biến hơn ($p < 0,001$). Đáng chú ý, ở nhóm không điển hình có tỉ lệ liệt 1 chi (7,0%) cao hơn ở nhóm điển hình (1,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với nhận định trong một báo cáo tổng hợp của Candelaresi và cộng sự (2023) khi các tác giả ghi nhận kiểu liệt khu trú không điển hình ở đột

quỵ này chiếm tỉ lệ thấp (1 – 4,1%) và có thể bị chẩn đoán nhầm thành bệnh lý ngoại biên [12], [13].

Điểm NIHSS ≤ 4 được ghi nhận ở 63,4% bệnh nhân nhóm đột quỵ không điển hình, hơn gấp đôi so với nhóm điển hình (30,5%), điều này cho thấy đặc trưng mức độ nhẹ và kín đáo về biểu hiện tổn thương thần kinh ở nhóm bệnh nhân này. Phát hiện này phù hợp với nghiên cứu của Liberman và cộng sự khi các tác giả này ghi nhận các trường hợp đột quỵ có điểm NIHSS thấp với biểu hiện bằng các triệu chứng không điển hình có nguy cơ bị bỏ sót cao hơn đáng kể trong đánh giá lâm sàng ban đầu [14]. Tương tự, nghiên cứu của Inoa và cộng sự (2014) ghi nhận 71% đột quỵ tuần hoàn sau, vốn được xem là “nhẹ” (do biểu hiện chủ yếu với các triệu chứng không điển hình) nếu dựa vào thang điểm NIHSS có điểm dao động từ 0 – 5 điểm [15].

Về thể bệnh, nhồi máu não chiếm đa số ở nhóm không điển hình (80,3%), cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm điển hình. Điều này phản ánh thực tế rằng nhồi máu thể nhỏ, mức độ nhẹ, đặc biệt là đột quỵ tuần hoàn sau thường có biểu hiện kín đáo hơn chảy máu não, vốn thường khởi phát rầm rộ và dễ nhận diện hơn về mặt thần kinh và hình ảnh tổn thương trên CT sọ não thường. Nhận định này cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đó, trong đó nhóm bệnh nhân đột quỵ không điển hình bị bỏ sót (stroke chameleons) chủ yếu là thể nhồi máu và các nghiên cứu về stroke chameleons trước đây chủ yếu tập trung vào nhóm bệnh nhân nhồi máu não [14], [16].

Ngoài ra, vị trí tổn thương cũng cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa: nhóm không điển hình có tỉ lệ tổn thương ở thân não và tiểu não cao hơn hẳn so với nhóm điển hình (40,9% so với 18,3%, $p < 0,001$). Các vùng này vốn được cấp máu bởi hệ tuần hoàn sau, được biết đến là có biểu hiện lâm sàng đa dạng, dễ nhầm lẫn và thường không tuân theo các mô hình định hình như FAST hoặc các thang điểm tầm soát thông thường. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng nhóm đột quỵ bị bỏ sót có tỉ lệ đột quỵ tuần hoàn sau cao hơn có ý nghĩa so với nhóm được chẩn đoán đúng ngay từ đầu [16].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tăng nguy cơ bỏ sót chẩn đoán đột quỵ ở nhóm đột quỵ không điển hình

Phân tích hồi quy đa biến cho thấy có bốn yếu tố lâm sàng liên quan độc lập đến nguy cơ bỏ sót chẩn đoán đột quỵ gồm không liệt chi (OR = 6,09), liệt 1 chi (OR = 6,17), rối loạn cảm giác khu trú 1 chi (OR = 7,85) và chóng mặt (OR = 3,86). Đây đều là những biểu hiện thần kinh mức độ nhẹ, không có triệu chứng thần kinh khu trú hoặc khu trú không điển hình, dễ bị nhầm lẫn với các bệnh cảnh khác như hội chứng tiền đình hoặc bệnh thần kinh ngoại vi. Đặc biệt, chóng mặt là một trong những triệu chứng thần kinh phổ biến ở nhóm này nhưng không đặc hiệu nhất, góp phần đáng kể vào việc trì hoãn chẩn đoán đột quỵ

nếu không được đánh giá thần kinh một cách toàn diện, tỉ mỉ. Kết quả này phù hợp với nhận định của Saber Tehrani và cộng sự trong một phân tích tổng hợp rằng chóng mặt là triệu chứng liên quan chặt chẽ nhất đến tình trạng đột quỵ bị bỏ sót [17].

Ngoài ra, chúng tôi cũng ghi nhận một số yếu tố lâm sàng không trực tiếp là triệu chứng thần kinh nhưng có thể che khuất biểu hiện đột quỵ, làm giảm mức độ cảnh giác của bác sĩ khi tiếp cận ban đầu. Cụ thể, 30,9% bệnh nhân khởi phát trong tình trạng tăng huyết áp, trong đó có 8,4% tăng huyết áp cấp cứu. Tình trạng này dễ khiến người khám quy kết triệu chứng thần kinh (nếu có) là hậu quả của tăng huyết áp hơn là một đột quỵ đang diễn tiến. Kết quả này tương đối phù hợp với nghiên cứu của Dupre và cộng sự khi các tác giả ghi nhận 12,13% các trường hợp stroke chameleons được chẩn đoán ban đầu là cơn tăng huyết áp khẩn cấp [18].

Các công cụ sàng lọc đột quỵ FAST và BEFAST khi áp dụng cho nhóm không điển hình cho thấy số các triệu chứng dương tính thấp chiếm tỉ lệ đa số: 76,1% bệnh nhân nhóm này có từ 0 - 1 triệu chứng dương tính theo FAST và 66,2% theo BEFAST ($p < 0,001$). Đây là bằng chứng thực nghiệm khẳng định giới hạn của các công cụ tầm soát nhanh hiện nay, đặc biệt ở nhóm đột quỵ mức độ nhẹ hoặc đột quỵ tuần hoàn sau. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu gần đây, trong đó BEFAST được ghi nhận có độ nhạy cải thiện so với FAST, nhưng vẫn có thể bỏ sót một số trường hợp đột quỵ không điển hình nếu triệu chứng khởi phát không thuộc các tiêu chí đánh giá của các công cụ sàng lọc này [10].

Cuối cùng, kết quả hồi quy đơn biến cho thấy, khi bệnh nhân chỉ có từ 0 - 1 biểu hiện dương tính theo FAST hoặc BEFAST, nguy cơ bỏ sót chẩn đoán đột quỵ ở nhóm không điển hình tăng rõ rệt với OR lần lượt là 10,9 và 7,9 ($p < 0,001$). Điều này chứng tỏ giá trị nhận diện đột quỵ của FAST và BEFAST trong nhóm bệnh nhân có biểu hiện kín đáo còn hạn chế, đồng thời cảnh báo rằng các trường hợp có điểm số thấp theo các thang sàng lọc này không thể loại trừ đột quỵ. Nhận định này hoàn toàn phù hợp với các kết quả đã được công bố trước đây khi các tác giả nhận định tỉ lệ FAST âm tính cao trong các trường hợp đột quỵ tuần hoàn sau, vốn thường không được biểu hiện với các triệu chứng điển hình như liệt nửa người, nói khó hay liệt mặt. Trong khi đó, BEFAST được cải tiến từ FAST có độ nhạy cao hơn và giúp giảm tỉ lệ bỏ sót đột quỵ nhưng không phải hoàn toàn [10] [19].

5. KẾT LUẬN

Đột quỵ não không điển hình chiếm 7,9% tổng số bệnh nhân đột quỵ và dễ bị bỏ sót do biểu hiện lâm sàng kín đáo, thiếu các dấu hiệu thần kinh khu trú điển hình. Nhóm này thường gặp các triệu chứng như chóng mặt, đau đầu, liệt hoặc rối loạn cảm giác

khu trú ở một chi, với điểm NIHSS thấp và tỷ lệ tổn thương vùng thân não - tiểu não cao hơn rõ rệt. Các yếu tố làm tăng nguy cơ bỏ sót chẩn đoán đột quỵ gồm: không liệt chi, liệt một chi, rối loạn cảm giác một chi và chóng mặt. Ngoài ra, số lượng dấu hiệu dương tính thấp theo FAST và BEFAST (0 - 1 dấu hiệu) cũng liên quan chặt chẽ với khả năng bỏ sót chẩn đoán đột quỵ, phản ánh giới hạn của các công cụ sàng lọc nhanh hiện nay trong nhận diện đột quỵ không điển hình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Feigin V L, Forouzanfar M H, Krishnamurthi R, et al. (2014). Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 383(9913): 245-255.
- [2] Học viện Quân y (2019), Giáo trình Bệnh học thần kinh (dành cho đào tạo sau đại học), Nhà xuất bản Quân Đội Nhân Dân: Hà Nội, 23-24.
- [3] Richoz B, Hugli O, Dami F, et al. (2015). Acute stroke chameleons in a university hospital: risk factors, circumstances, and outcomes. *Neurology*, 85(6): 505-511.
- [4] Norris J, Hachinski V (1982). Misdiagnosis of stroke. *The Lancet*, 319(8267): 328-331.
- [5] Tarnutzer A A, Lee S-H, Robinson K A, et al. (2017). ED misdiagnosis of cerebrovascular events in the era of modern neuroimaging: a meta-analysis. *Neurology*, 88(15): 1468-1477.
- [6] Lever N M, Nyström K V, Schindler J L, et al. (2013). Missed opportunities for recognition of ischemic stroke in the emergency department. *Journal of emergency nursing*, 39(5): 434-439.
- [7] Wallace E J, Liberman A L (2021). Diagnostic challenges in outpatient stroke: stroke chameleons and atypical stroke syndromes. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*: 1469-1480.
- [8] Gulli G, Markus H (2012). The use of FAST and ABCD2 scores in posterior circulation, compared with anterior circulation, stroke and transient ischemic attack. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 83(2): 228-229.
- [9] Huwez F, Casswell E J (2013). FAST-AV or FAST-AB tool improves the sensitivity of FAST screening for detection of posterior circulation strokes. *International Journal of Stroke*, 8(3).
- [10] Tanglay O, Cappelen-Smith C, Parsons M W, et al. (2024). Enhancing Stroke Recognition: A Comparative Analysis of Balance and Eyes-Face, Arms, Speech, Time (BE-FAST) and Face, Arms, Speech, Time (FAST) in Identifying Posterior Circulation Strokes. *Journal of Clinical Medicine*, 13(19): 5912.

- [11] Sacco R L, Kasner S E, Broderick J P, et al. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 44(7): 2064-2089.
- [12] Candelaresi P, Di Monaco C, Pisano E (2023). Stroke chameleons: Diagnostic challenges. *European Journal of Radiology Open*, 11: 100533.
- [13] Maeder-Ingvar M, van Melle G, Bogouslavsky J (2005). Pure monoparesis: a particular stroke subgroup? *Archives of neurology*, 62(8): 1221-1224.
- [14] Liberman A L, Prabhakaran S (2017). Stroke chameleons and stroke mimics in the emergency department. *Current neurology and neuroscience reports*, 17: 1-11.
- [15] Inoa V, Aron A W, Staff I, et al. (2014). Lower NIH stroke scale scores are required to accurately predict a good prognosis in posterior circulation stroke. *Cerebrovascular Diseases*, 37(4): 251-255.
- [16] Brunser A M, Lavados P M, Muñoz-Venturelli P, et al. (2025). Clinical and Radiological Differences between Patients Diagnosed with Acute Ischemic Stroke and Chameleons at the Emergency Room: Insights from a Single-Center Observational Study. *Cerebrovascular Diseases*, 54(3): 315-322.
- [17] Saber Tehrani A S, Kattah J C, Kerber K A, et al. (2018). Diagnosing stroke in acute dizziness and vertigo: pitfalls and pearls. *Stroke*, 49(3): 788-795.
- [18] Dupre C M, Libman R, Dupre S I, et al. (2014). Stroke chameleons. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23(2): 374-378.
- [19] Aroor S, Singh R, Goldstein L B (2017). BE-FAST (balance, eyes, face, arm, speech, time) reducing the proportion of strokes missed using the FAST mnemonic. *Stroke*, 48(2): 479-481.

